

# Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE  
GESTION

DEPARTEMENT DES SCIENCES DE GESTION

FILIERE DES SCIENCES FINANCIERES ET COMPTABILITE



## *Mémoire de fin de cycle*

En vue de l'obtention du Diplôme de Master en Science Financières et Comptabilité

Spécialité : Audit et Contrôle de Gestion

## *Thème*

*Le contrôle budgétaire des organismes sanitaires*

*Cas : CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou*

**Réalisé par :**

M<sup>lle</sup> BERSI Dyhia

M<sup>r</sup> TABTI Sofiane

**Encadré par :**

M<sup>r</sup> MALEK Nadir

**Devant le jury composé de :**

**Président :** M<sup>r</sup> HADDADI Lounes, MAA, UMMTO.

**Examinatrice :** M<sup>me</sup> BOUZIDA Zahia, MCB, UMMTO.

**Rapporteur :** M<sup>r</sup> MALEK Nadir, MAA, UMMTO.

8<sup>ème</sup> Promotion

2021/2022



**Télécharger la version PDF sur :**

**[https://linktr.ee/tabtis?utm\\_source=qr\\_code](https://linktr.ee/tabtis?utm_source=qr_code)**

## ***Remerciements***

*Nous rendons grâce à dieu le tout puissant de nous avoir donné le courage la, volonté et la force pour réaliser ce travail.*

*Toute notre reconnaissance et gratitude vont à notre encadrant **Mr MALEK Nadir**, Professeur à l'Université Mouloud MAMMARI de Tizi-Ouzou, pour sa présence, son écoute, son entière implication et son aide précieuse.*

*On exprime, par la même, notre profonde et respectueuse gratitude aux membres de jury qui ont eu l'amabilité de juger et d'évaluer le présent travail.*

*Par ailleurs, nous tenons à exprimer notre gratitude à **M<sup>me</sup> BENTAHAR** directrice des finances et contrôle au sein du CHU Nedir Mohamed, pour son chaleureux accueil au cours de notre stage. Nous tenons à remercier particulièrement **M<sup>me</sup> SIDI MAMMAR Hayet**, de nous avoir guidé dans notre travail sur le terrain, sa disponibilité nous a été sans faille ainsi aux autres employées de la DFC pour leurs aides et leurs éclaircissements.*

*Enfin, nous remercions nos parents pour leur soutien, patiente et leur encouragement tout en long de notre parcours universitaire.*

## ***Dédicaces***

*Je dédie ce travail à ma famille, elle qui m'a doté d'une éducation digne, son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.*

### ***A ma très chère mère***

*Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point te remercier comme il se doit. Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles.*

### ***A mon très cher père***

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Ce modeste travail est le fruit de tout tes sacrifices que tu as déployer pour mon éducation et ma formation.*

### ***A mon cher fiancé***

*Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager merci pour, ton amour, tes conseils et ton aide que tu m'as toujours accordé. Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude, mon amour et mon respect. Que dieu te garde pour moi.*

### ***A mon binôme Sofiane.***

***Dyhia***

## *Dédicaces*

*A MES CHERS PARENTS ;  
A TOUTE PERSONNE QUE J'AIME ET CEUX  
QUI M'AIMES.*

*SOFIANE*

## Liste des abréviations

---

### Liste des abréviations

**CHU** : Centres hospitalo-Universitaire.

**CME** : Commission Médicale d'Établissement.

**CSE** : Conseil Scientifique d'Établissement.

**DA** : Dinar Algérien.

**DFC** : Direction de Finance et Contrôle.

**DNS** : Dépenses National de Santé.

**DSP** : Direction de la Santé et de la Population.

**EHS** : Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

**EPH** : Etablissements publics hospitaliers.

**EPSP** : Etablissements Publics de Santé de Proximité.

**INSP** : Institut National de la Santé Publique.

**MSPRH** : Ministère de Santé de la Population et des Réformes Hospitalières.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**PCH** : Pharmacie Centrale des Hôpitaux.

**T.O** : Tizi-Ouzou.



# *Sommaire*

# Sommaire

---

## Sommaire

*Introduction générale*.....02

### *Chapitre I : le système de santé en Algérie : structure et financement*

**Introduction**.....06

**Section 1** : organisation du système national de santé.....07

**Section 2** : présentation et classification des établissements de santé.....22

**Section 3** : le financement de l'hôpital publique.....32

**Conclusion**.....37

### *Chapitre II : le contrôle budgétaire en milieu hospitalier*

**Introduction**.....38

**Section 1** : cadre théorique du contrôle budgétaire.....40

**Section 2** : le processus du contrôle budgétaire dans les administrations publiques.....53

**Section 3** : les outils du contrôle budgétaire.....64

**Conclusion**.....70

### *Chapitre III : terrain de recherche et étude de cas*

**Introduction**.....71

**Section 1** : présentation de la direction finance et contrôle du CHU NEDIR Mohamed de Tizi Ouzou.....72

**Section 2** : la pratique du contrôle budgétaire au sein de CHU NEDIR Mohamed.....76

**Conclusion**.....101

*Conclusion générale*.....102

*Bibliographie*



*Introduction générale*

# Introduction générale

---

## Introduction générale

La santé est revendiquée partout dans le monde entier comme un droit fondamental de tout être humain, elle fait partie de l'un des principes garantis de l'individu, selon la déclaration universelle des droits de l'homme : toute personne, a droit à un niveau de vie satisfaisant pour assurer sa santé.

Depuis l'intronisation de l'ordonnance présidentielle n°73-65 en 1973 portant sur l'institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires. La politique de santé en Algérie a adopté le principe de l'accès gratuit aux soins, c'est un pilier du pacte social fondateur de la république algérienne. Il s'est concrétisé à travers l'instauration d'un système de sécurité sociale universel.

La transition connue par l'Algérie tant démographique qu'épidémiologique et ainsi que l'essor extraordinaire des technologies médicales à engendrer des nouveaux défis comme la prise en charge des pathologies modernes, le renforcement de la couverture sanitaire à travers le pays ou encore la réforme du système de financement qui est devenu une préoccupation majeure des gouvernement suite à la croissance des coûts de la santé , Afin d'améliorer l'accès aux soins de qualité à l'ensemble de la population .

Le financement de la santé en Algérie est basé sur les dotations budgétaires de l'Etat et d'une contribution forfaitaire des organismes de la sécurité sociale, et d'une participation importante des ménages. Dans le secteur public les soins y sont quasiment gratuits et accessible pour tout le monde. Et dans le but d'améliorer la santé de toute la population et d'aller vers plus de justice sociale en réduisant les inégalités de santé, le système algérien a vécu plusieurs transformations depuis l'indépendance à nos jours.

Le rôle de l'état est loin d'être limite ou définie, il est considéré comme la colonne vertébrale de système de santé, elle supervise l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement, la formation des professionnels de santé. L'Etat veille à une bonne répartition des structures sanitaires, médico-sociales et ambulatoires sur le territoire national. Elle émet des lois et des règlements à suivre par tous les parties qui constituent le système de santé pour assurer son équilibre et son bon fonctionnement.

La première leçon de l'économie c'est la rareté des ressources, les ressources mises à la disposition d'une entreprise doivent être gérées de façon optimale. Il en est également d'un hôpital qui, de nos jours, est géré comme une entreprise spécifique car n'ayant pas pour

## Introduction générale

---

objectif la recherche de bénéfice mais d'améliorer et de protéger la santé des populations et répondre aux exigences de l'état.

Les hôpitaux sont un élément clé de tout système de santé et sont l'une des organisations les plus complexes, confrontés à des changements soudains et profonds dans un environnement complexe et stable, suffisamment complexe pour utiliser des procédures d'apprentissage qui nécessitent des années de formation régulière afin que ces compétences soient bien définies, est en fait normalisé.

L'hôpital en Algérie est un établissement public à caractère social qui a pour principal objectif, la prestation des soins (consultation, hospitalisation, chirurgie...) aux personnes malades, L'hôpital est l'une des organisations les plus complexes. La multiplicité des acteurs qui interviennent, les nombre défis auxquels il est soumis et la diversité des missions et objectifs qu'il doit atteindre, font de la gouvernance de l'hôpital une problématique assez complexe.

Les dépenses des établissements publics de santé sont en nette augmentation, c'est un défi major pour l'état, la disponibilité des ressources suffisantes pour chaque dépense est indispensable pour un bon fonctionnement des hôpitaux publique et cette disponibilité doit être accompagnée par une gestion efficace.

Pour faire face à ces enjeux, plusieurs modalités de financement sont prises en compte par l'état et mettre des lois et textes réglementaires qui régissent leur fonctionnement et leur organisation pour assurer une gestion qui permet une utilisation optimale et rationnelle des ressources disponibles, afin d'améliorer la qualité des soins de santé, le contrôle de gestion dans ce contexte est une opportunité d'appliquer des outils et des méthodes pour atteindre cet objectif.

Le contrôle de gestion se définit comme la gestion de la performance de l'entreprise, sa finalité est la maîtrise des coûts, afin d'atteindre les objectifs fixés par l'organisation tout en recherchant l'optimisation des méthodes de mise en œuvre commodes, c'est donc une aide à la décision. Et il se compose de divers outils lui permettant d'assurer la pérennité et le développement des organisations, dont la gestion budgétaire notamment le contrôle budgétaire.

Pour pouvoir instaurer un contrôle de gestion, la gestion budgétaire reste parmi les outils les plus important d'où la nécessité de s'assurer de sa bonne conception ainsi que de sa

## Introduction générale

---

mise en action. Souvent synonyme de « bonne gestion » Cette dernière désigne le fait de planifier, à plus ou moins terme, les recettes et les dépenses prévues sur une période pour s'assurer de la capacité budgétaire de l'organisme à conduire les missions et les activités dont il est chargé, il repose sur trois concepts : la prévision, la budgétisation et le contrôle budgétaire. Le contrôle budgétaire consiste principalement à comparer les prévisions et les réalisations. Dans le but d'améliorer le processus prévisionnel de l'hôpital.

### ➤ **Problématique**

Le contexte et la réalité du fonctionnement des hôpitaux publics ainsi que les insuffisances et dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui leur organisation et leur gestion, ont amené les dirigeants à mettre en place les outils de contrôle de gestion, dont l'objectif est d'optimiser les performances et d'améliorer le rapport entre les moyens engagés et les résultats obtenus.

Notre problématique s'efforce de construire un thème de recherche d'actualité, mais aussi de répondre à une série d'interrogations relatives aux préoccupations des hôpitaux et de leur gestion.

Nous avons de ce fait, axé la problématique de notre recherche sur la question suivante :

### **Comment les outils de contrôle budgétaire sont adaptés à la réalité de gestion hospitalière ?**

Pour élargir notre champ d'analyse, on a subdivisé cette question principale en trois questions secondaires :

1. Quelles sont les caractéristiques et spécificités des organismes hospitaliers ?
2. Comment le contrôle budgétaire se pratique au niveau de CHU Nedir Mohamed de Tizi Ouzou ?
3. Quelle place occupe le contrôle budgétaire dans le cadre de dispositif de contrôle de gestion ?

### ➤ **Hypothèses à vérifier**

Pour cerner la problématique de notre thème, il est important d'énoncer les hypothèses sur lesquelles nous fondrons notre champ d'analyse :

## Introduction générale

---

**Hypothèse 01** : les CHU algériens, particulièrement la CHU Nedir Mohamed, prennent de plus en plus conscience de l'importance que pourrait avoir les outils du contrôle de gestion notamment le contrôle budgétaire dans la mesure et le pilotage de la performance.

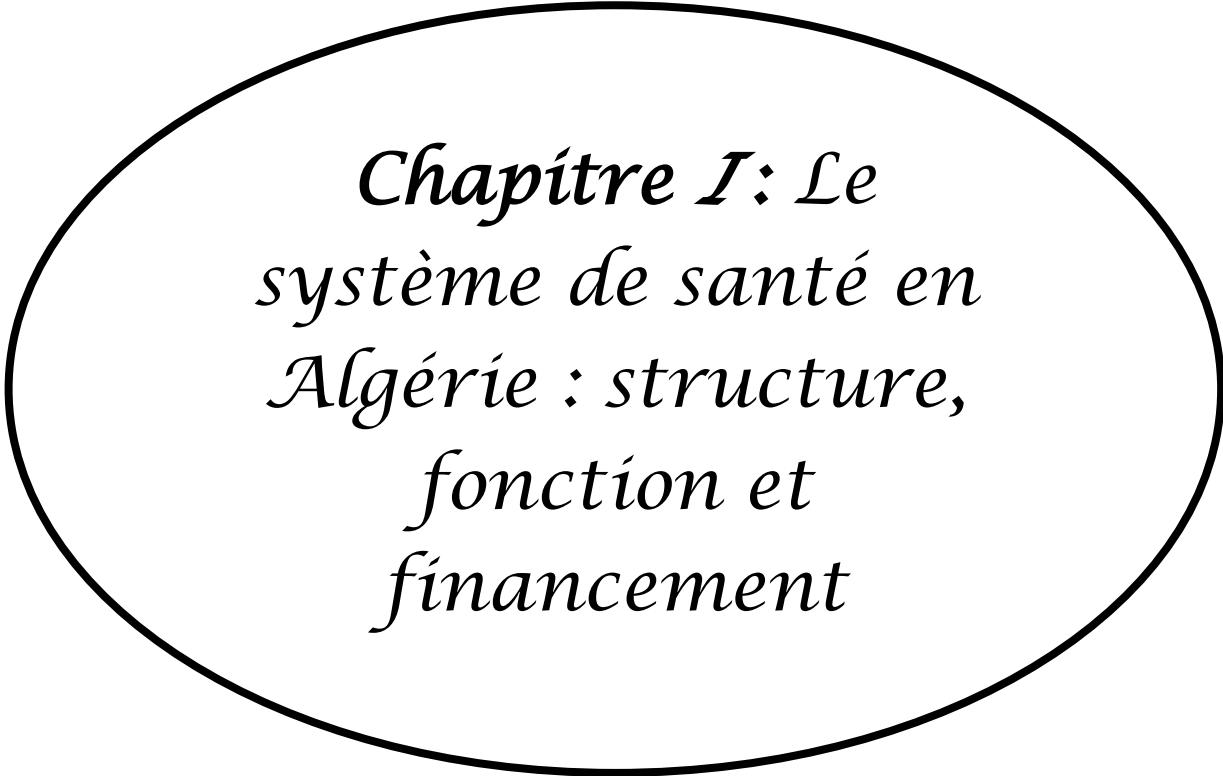
**Hypothèse 02** : Le contrôle budgétaire au sein de CHU de Tizi-Ouzou est un outil efficace pour l'atteinte des objectifs de celui-ci.

### ➤ La démarche méthodologique

La démarche méthodologique s'articule sur deux axes : la recherche documentaire et le stage pratique. La recherche documentaire nous a permis de consulter le fonds documentaire spécialisé et Plusieurs bibliothèques universitaires ont été visitées pour comprendre les concepts et les différentes étapes à suivre pour mettre en place un système de gestion budgétaire hospitalière. Nous avons aussi consulté des articles extraits de revues spécialisées en contrôle de gestion hospitalière à savoir : des rapports du la MSPRH, office national des statistiques (ONS). En outre, le stage pratique nous a permis, dans une première phase, de faire un diagnostic du système de gestion budgétaire hospitalière au CHU Nedir Mohamed pour comprendre son fonctionnement sur le terrain. Pour cela, nous avons collecté les données appropriées, permettant de mieux comprendre le fonctionnement et la gestion hospitalière

### ➤ Structure de mémoire

Notre travail de recherche est structuré en trois chapitres, chaque chapitre est subdivisé en sections. Le premier chapitre est consacré à donner une brève présentation de système de santé en Algérie : son l'évolution ainsi sa structure, sa fonction et le système de financement appliquer. Le deuxième chapitre porte sur la présentation d'un bref aperçu sur le contrôle de gestion et la gestion budgétaire et abordera principalement le contrôle budgétaire aux seins des hôpitaux publics et les outils utilisés pour mener à bien le processus de contrôle budgétaire. Le troisième chapitre traite une étude de cas au niveau de CHU de Tizi-Ouzou dans lequel nous analysons le système de la gestion budgétaire du centre hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.



*Chapitre I: Le  
système de santé en  
Algérie : structure,  
fonction et  
financement*

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

## Introduction

La santé est un droit fondamental de l'homme et un investissement social. Il s'agit en conséquence d'un phénomène complexe à mesurer et à appréhender. Il se situe en outre à la coïncidence de facteurs diverses parmi lesquelles on trouve : l'ajustement du système de santé afin de satisfaire les demandeurs de soins.

Aujourd'hui, le développement des technologies scientifiques et des connaissances médicales et les nouvelles exigences de la société obligent l'hôpital à redéfinir ses missions sans pour autant renoncer à son héritage. Il se trouve en effet pris entre plusieurs contradictions : devoir d'accueil au sens le plus large pour répondre à son exigence d'humanité, et devoir d'excellence pour être en mesure de répondre aux demandes de soins.

Comme tous les pays, l'Algérie connaît une évolution rapide de ses dépenses de santé. Le contexte économique et budgétaire ne permet malheureusement pas à l'heure actuelle de faire face à cette situation et l'offre de service de santé doit donc s'adapter pour éviter un décalage trop important entre l'offre et la demande. Dans cette perspective, les dépenses hospitalières jouent un rôle fondamental puisqu'elles représentent une part importante des dépenses de santé. Cette situation explique la volonté de la tutelle à améliorer le système hospitalier Algérien à partir de l'instauration d'un nouveau mode de pilotage des établissements.

Le système de santé Algérien a connu des changements, il est passé par des différentes périodes ; après l'indépendance, la phase de transition et aujourd'hui. Il est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé publique et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

Le présent chapitre est composé de trois sections. La première section sera consacrée à une analyse de l'organisation du système de santé algérien, la deuxième section aborde l'analyse de la classification des établissements de santé, l'organisation administrative et fonctionnel des structures hospitalières, enfin, la troisième section sera consacrée à l'analyse de l'approche de financement des établissements hospitaliers et leurs sources de financement.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## Section 01 : Organisation du système national de santé

Le fonctionnement et l'organisation des services de santé et les conditions d'accès aux différents soins de santé, reposent primordialement sur la question de financement, mais face à des ressources financières restreintes.

Les dépenses de santé ont un lien étroit avec ce financement donc elles doivent réaliser une grande efficacité pour atteindre les objectifs fixés par l'Etat dans ce secteur.

### 1. La structure pyramidale du système national de santé

L'organisation administrative du système de santé Algérien est à structure pyramidale répartie fondamentalement en trois niveaux : L'administration centrale, Niveau intermédiaire et Le Niveau périphérique ou local. Il fait référence à une organisation administrative et une organisation sanitaire.

**1.1 Organisation administrative :** Le système national de santé est structuré sous forme pyramidale :

#### 1.1.1 Le niveau central :

Il est constitué du Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme hospitalière, des instituts et des agences nationales de santé. Ils sont chargés de la conception et de l'orientation de la politique de santé, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre des ressources financières, matérielles et humaines. On distingue :

#### A. L'administration centrale :

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), a pour objectif d'assurer les moyens humains et matériels nécessaires à la prise en charge de la population, de gérer les soins hospitaliers et de contrôler les conditions d'exercice du secteur privé.

Le Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme hospitalière, a sous son autorité l'inspection générale et le secrétaire général qui supervise l'action de huit directions centrales du ministère des instituts et des agences nationales de santé.

Ils sont chargés de la conception et de l'orientation de la politique de santé, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre des ressources financières, matérielles et humaines.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

## a) La direction des services de santé est chargée <sup>1</sup> :

- D'étudier et de proposer les mesures destinées à : l'organisation et au fonctionnement des services de santé ; à l'amélioration des conditions d'hospitalisation et à la prise en charge médicale des maladies chroniques et des maladies émergentes et ré émergentes ;
- Assurer une couverture sanitaire équilibrée et complète de la population en assurant l'accès aux soins des catégories en difficulté ;
- Assurer la hiérarchisation des soins : veiller à l'unification du système national de santé et d'assurer la répartition harmonieuse et le contrôle technique de l'ensemble des moyens sanitaires ;
- Participer à la définition et à la tarification des actes médicaux en recueillant les données statistiques et procédant à l'évaluation des actions et mesures relevant de ses missions.

Cette direction comprend quatre sous directions : la sous-direction des établissements hospitaliers, la sous-direction des structures extra hospitalières, la sous-direction des urgences et des soins de proximité et enfin la sous-direction de l'action sanitaire en milieux spécifiques.

## b) La direction de la prévention est chargée <sup>2</sup> :

- D'étudier et de proposer, en liaison avec les services et organismes concernés, les mesures appropriées destinées à assurer : la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; l'hygiène publique et l'assainissement de l'environnement ;
- D'étudier, de proposer et de suivre les programmes de prévention ;
- De procéder à l'évaluation des actions entreprises et en établir les bilans.

Elle comprend quatre sous directions : La sous-direction des maladies transmissibles et de l'hygiène du milieu, la sous-direction des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, la sous-direction "mère et enfant", la sous-direction de la prévention en milieu éducatif.

---

<sup>1</sup> Décret exécutif du 07 novembre 2005 relatif aux statuts et organigrammes des établissements publics. Article

<sup>2</sup> Idem article 3.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

## c) La direction de la pharmacie est chargée de <sup>3</sup> :

- Définir les besoins en produits pharmaceutiques et d'élaborer les mesures appropriées destinées à assurer leur régulation et leur disponibilité ;
- Veiller à l'enregistrement, au contrôle et à la sécurité des produits pharmaceutiques et à une saine concurrence ;
- Evaluer les coûts et les budgets relatifs aux produits pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux et suivre la consommation sur le marché du médicament ;
- Contribuer à la promotion des investissements en produits pharmaceutiques ;
- Etudier, élaborer et proposer toutes les mesures destinées à déterminer les prix des produits pharmaceutiques ;
- Procéder à l'évaluation des actions entreprises et en établir les bilans.

Elle comprend quatre sous directions : la sous-direction de l'enregistrement, la sous-direction de la régulation et des activités techniques, la sous-direction de la pharmacie hospitalière, La sous-direction des prix et du marché des produits pharmaceutiques.

## d) La direction de la population est chargée <sup>4</sup> :

- D'étudier et de proposer les stratégies et programmes de population visant le renforcement de la relation population et développement ;
- De proposer toutes mesures destinées à la maîtrise de la croissance démographique ;
- De proposer et de mettre en œuvre les programmes visant à améliorer la santé reproductive ;
- D'évaluer les résultats des actions entreprises et en établir les bilans.

Elle comprend trois sous directions : La sous-direction des programmes de population, la sous-direction des études et analyses en population, la sous-direction de la santé reproductive et de la planification familiale.

---

<sup>3</sup> Décret exécutif du 07 novembre 2005. Op.cit. article 4.

<sup>4</sup>Idem article 5.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

## e) La direction de la planification et du développement est chargée <sup>5</sup> :

- D'étudier, en liaison avec les services et organismes concernés, les propositions relatives à la détermination des besoins sanitaires du pays et à la planification des moyens destinés à les couvrir ;
- De tenir à jour les informations relatives à la réalisation des projets d'investissements publics et privés ;
- D'élaborer et de tenir à jour la carte sanitaire nationale ;
- De veiller à la collecte permanente des informations et données sanitaires ;
- De proposer et suivre la normalisation des moyens et ressources du secteur ;
- De contribuer à la définition des mesures visant à évaluer les performances des personnels et services de santé ;
- D'étudier et de proposer toutes mesures destinées à améliorer la gestion des structures et établissements de santé.

Elle comprend quatre sous directions : la sous-direction des systèmes d'information, la sous-direction de la planification et des programmes d'investissement, la sous-direction des équipements et du matériel médical, la sous-direction de la normalisation des moyens et de l'évaluation des activités et des coûts.

## f) La direction de la réglementation et de la documentation est chargée <sup>6</sup> :

- De mener toutes études et tous travaux d'élaboration, de coordination et de synthèse relatifs à l'application de la législation et de la réglementation régissant les activités dévolues au secteur de la santé ;
- D'assurer le suivi du traitement des affaires contentieuses du secteur ;
- D'assurer la gestion et la conservation des archives et de la documentation de l'administration centrale.

Elle comprend trois sous directions : la sous-direction de la réglementation, la sous-direction du contentieux, la sous-direction de la documentation et des archives.

---

<sup>5</sup> Décret exécutif du 07 novembre 2005. Op.cit. article 6.

<sup>6</sup> Idem article 7.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## **g) La direction des ressources humaines est chargée <sup>7</sup> :**

- De proposer et de mettre en œuvre la politique de gestion et de valorisation des ressources humaines du secteur ;
- D'étudier et de proposer toutes mesures de nature à promouvoir une formation adaptée aux besoins essentiels du secteur de la santé ;
- De définir, proposer et mettre en œuvre les programmes de formation à même de répondre aux besoins du secteur ;
- De déterminer les programmes de formation initiale et continue ;
- D'assurer la gestion des relations de travail.

Elle comprend trois sous directions : La sous-direction des personnels, la sous-direction de la formation initiale, la sous-direction de la formation continue.

## **h) La direction des finances et des moyens est chargée <sup>8</sup> :**

- D'évaluer les besoins en crédits de fonctionnement de l'administration centrale et des services déconcentrés relevant du secteur ;
- D'exécuter les budgets de fonctionnement et d'équipement de l'administration centrale du ministère chargé de la santé ;
- De procéder au contrôle de la gestion financière et comptable des établissements de santé et de proposer toutes mesures visant à améliorer l'efficacité dans la gestion des établissements de santé ;
- D'assurer le suivi de la contractualisation et des mesures prises dans le cadre de la réforme hospitalière.

Elle comprend quatre sous directions : La sous-direction du budget et de la comptabilité, la sous-direction du contrôle de la gestion, la sous-direction du suivi de la contractualisation, la sous-direction des moyens généraux.

## **B. Les Organismes d'Appui :**

Sur le plan des institutions, de la disponibilité des ressources humaines et de l'expertise, l'Algérie offre d'incontestables opportunités pour développer ou renforcer la coopération technique entre les pays en développement ; parmi les institutions, on peut citer :

---

<sup>7</sup> Décret exécutif du 07 novembre 2005. Op.cit. article 8.

<sup>8</sup>Idem article 9.

## Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

- **L'Institut Pasteur d'Algérie** : chargé de la production et de la commercialisation des vaccins et des produits biologiques, des laboratoires de références de santé publique. Il réalise pour l'OMS des expertises virologiques, la surveillance et la formation à la résistance aux antituberculeux, la surveillance de la résistance des germes aux antibiotiques ;
- **Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP)** : qui est un centre collaborateur de l'OMS pour l'expertise et la formation ;
- **La Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH)** : chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques
- **Le Centre National de Pharmacovigilance et Matérovigilance** : qui collabore avec l'OMS à la formation à la prescription rationnelle des médicaments ;
- **Le Centre National de Toxicologie** : chargé de l'étude et de l'évaluation de tout ce qui concerne les risques toxiques.
- **L'Agence Nationale du Sang** : qui collabore à la téléformation des personnels des centres de transfusion sanguine avec le Bureau régional ;
- **L'Agence Nationale de Documentation de la Santé** : chargée, entre autres, du réseau "Intranet Santé", qui relie entre elles l'ensemble des structures de santé ;
- **L'Institut National de Santé Publique** : qui a à sa charge, notamment toute la surveillance épidémiologique sur tout le territoire national.
- **L'École Nationale d'Administration** : qui forme annuellement les directeurs d'administration sanitaire pour les diverses structures de santé ;
- **L'École Nationale de Santé Publique** : est chargée de la formation spécifique des gestionnaires des structures sanitaires ; elle collabore avec le Bureau régional pour la réalisation d'un cours sur la gestion de ressources humaines et dispose de capacités pour établir un observatoire des réformes du système de santé en Afrique <sup>9</sup>.
- **Un institut pédagogique national de formation paramédicale** ainsi que 43 écoles paramédicales dispensant de formations dans toutes les spécialités paramédicales, selon les besoins. À côté de l'aide-soignant, trois grades y sont formés :
  - L'infirmier breveté
  - L'infirmier diplômé d'État

<sup>9</sup> BOULAHBE. B, « Besoins sociaux à l'horizon 2025 : la santé », in <http://www.avocatparis.org/system/files/editos/guidesep-web.pdf>?. Consulté le 17 octobre 2022 ( 9:40 a.m).

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

- Le professeur d'enseignement paramédical.

## 1.1.2 Le niveau intermédiaire :

Le ministère de la santé s'appuie également sur 48 structures déconcentrées (les directions de wilaya de santé) et sur 05 régions sanitaires.

### A. Les régions sanitaires :

Selon l'article 199 de la loi sanitaire de 2003, « La région sanitaire est constituée de l'ensemble des établissements publics de santé, des structures et établissements privés de santé situés dans une aire géographique pouvant regrouper plusieurs wilayas. La carte sanitaire détermine la constitution des régions sanitaires en tenant compte du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques »<sup>10</sup>.

La création de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-ouest, Sud-est) par le décret exécutif 96-148 le 27 avril 1996, regroupant un ensemble de wilayas, et disposant chacune d'un observatoire régional de la santé rattaché à l'institut national de santé publique.

Ces régions sanitaires sont pourvues d'un conseil régional de la santé, organe consultatif, qui a pour mission de développer la coordination intersectorielle, d'assurer la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence ;

Selon l'Article 256 : « l'agence régionale sanitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière »<sup>11</sup>. Elle est chargée, notamment :

- D'évaluer les besoins en santé de la population de la région sanitaire ;
- D'élaborer les programmes régionaux de santé et d'en affecter les ressources ;
- Soutenir, sur le plan technique et financier, les programmes locaux de la santé ayant un caractère prioritaire de santé publique ;
- D'assurer la coordination et la supervision des activités sanitaires ;
- De définir les modes de coopération entre les établissements de santé publics et privés ;

---

<sup>10</sup> Avant-projet de la loi sanitaire provisoire de 2003. Article 199.

<sup>11</sup> Idem article 256.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

- De contrôler et d'évaluer les activités des structures situées dans son aire géographique ;
- D'assurer la couverture médicale sanitaire au niveau de la région, notamment à l'organisation et à la régulation des affectations des professionnels de santé.

## **B. Les Directions de la Santé et de la Population :**

Il existe une Directions de la Santé et de la Population (DSP) au niveau de chaque wilaya, ce qui donne un total de 48 au niveau national. Elles sont chargées de l'organisation des structures de santé et de la coordination de la mise en œuvre locale de la politique sanitaire. Elles ont pour prérogatives :

- La mise en œuvre des programmes sectoriels d'action sanitaire et leur évaluation ;
- La coordination des activités des établissements et structures de santé ;
- De veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans les domaines liés aux activités de santé de la population.

### **1.1.3 Le niveau périphérique (local) :**

La prise en charge des problèmes de santé de la population d'une manière intégrée et hiérarchisée est assurée au niveau de différentes structures de santé publiques et privés :

#### **A. Les établissements publics :**

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public qui bénéficient de l'autonomie administrative et financière. La plupart sont communaux ou intercommunaux, donc rattachés à une collectivité territoriale. Ils sont gérés par un organe délibérant, le conseil d'administration (qui vote le budget annuel et définit le projet d'établissement) ; un organe d'exécution, le directeur (qui est responsable de l'équilibre des comptes) ; des organes consultatifs (la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement et la commission des services de soins infirmiers).

#### **B. Les établissements privés :**

Gérés par des personnes physiques ou morales, ils peuvent être à but lucratif (sociétés anonymes, etc.) ou non lucratif (associations, fondations, organismes gérés par une mutuelle, une congrégation religieuse). Certains participent au service public.

## **2. L'offre de soins en Algérie**

L'offre de soins en Algérie est structurée de façon pyramidale en quatre niveaux (A, B, C, D) selon le degré de complexité et de spécialisation des soins dispensés par chaque niveau :

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

- Un niveau de premier recours de type " D " qui correspond à l'offre de soins de base et de proximité et qui est représenté par des établissements extrahospitaliers (salles de soins et de consultations, centres de santé et polycliniques) et des structures de soins privées (cabinets médicaux, officines pharmaceutiques ...). Ces unités de soins légères sont implantées dans chaque commune ;
- Un niveau de deuxième recours de type " C " qui correspond à l'offre de soins généraux et qui est représenté par les hôpitaux de daïra et des cliniques médicales et médicochirurgicales privées ;
- Un niveau de troisième recours de type " B " qui correspond à l'offre de soins spécialisés et représenté par les établissements hospitaliers de wilaya ;
- Un niveau de quatrième recours de type " A " qui correspond à l'offre de soins hautement spécialisés représenté par des CHU et des EHS.

## 2.1 L'offre de soins hospitalière<sup>12</sup>

Le secteur de la santé dont le budget est estimé à 405 Millions de Dinars en 2012, soit 11,7% du budget global, a enregistré ces vingt dernières années, l'ouverture de plusieurs cliniques privées, la levée du monopole de l'Etat sur l'importation et la distribution des médicaments et l'encouragement à la création d'unités de fabrication.

L'offre de soins hospitalière est réalisée par 778 hôpitaux avec une capacité d'accueil (secteurs public et privé confondus) de plus de 71.000 lits. Cela comprend 14 centres hospitalo-universitaires et 68 établissements hospitaliers spécialisés, ce qui correspond à 1,9 lits pour 1000 habitants. Il y a aussi la création de nouvelles maternités autonomes ou intégrées à des polycliniques ou centres de santé.

L'offre hospitalière privée est représentée par plusieurs cliniques réparties en cliniques médicales, cliniques médico-chirurgicales et cliniques de diagnostic. Les spécialités les plus existantes dans ces cliniques privées sont : la néphrologie, la gynéco-obstétrique, la chirurgie générale, la cardiologie, l'orthopédie....

Le choix des lieux d'implantation de ces cliniques est basé uniquement sur des considérations économiques. En l'absence de mesures incitatives qui encourageraient leur implantation dans des zones défavorisées et rurales, le secteur privé a tendance à construire de plus en plus ces cliniques dans des grandes villes où il cible la clientèle solvable.

<sup>12</sup> <http://www.djazair50.dz/? Plus-de-80-000-médecins-formes-par> - Consulté en Octobre 2022 (3:24 p.m).

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

## 2.2 L'offre de soins ambulatoire

Les soins ambulatoires sont assurés, d'une part par des services publics, à travers les établissements extrahospitaliers et, d'autres parts, par le secteur privé à travers les cabinets médicaux et les officines pharmaceutiques. En 2012, les infrastructures extrahospitalières comprennent : 1500 polycliniques, 7349 établissements publics de santé de proximité, 7033 salles de soins et 9000 agences pharmaceutiques. Rapportés à la population, les ratios de couverture dégagés sont :

- 1 polyclinique pour 24 000 habitants ;
- 1 centre de santé pour 4 900 habitants ;
- 1 salle de soins et de consultation pour 2 116 habitants.

Remarquons qu'on est loin des normes fixées par la carte sanitaire de 1982, surtout pour les salles de soins et de consultation.

Aujourd'hui, le nombre de médecins est de 46 379 assurés par 11 facultés de médecine. Ces médecins garantissent le fonctionnement des hôpitaux et des autres établissements sanitaires dans le pays. La couverture sanitaire est passée de 1 médecin pour 26 000 habitants, 1 dentiste pour 72848 et un pharmacien pour chaque communauté de 41667 individus en 1962, à 1 médecin pour 900 habitants, un dentiste pour 3097 et un pharmacien pour chaque groupe de 3967 individus en 2012. Malgré ces chiffres, un déficit persiste en matière de couverture sanitaire plus particulière notamment dans les hauts plateaux et le sud.

## 3. Le financement et les dépenses de santé en Algérie

Les différentes sources de financement des dépenses de santé peuvent être regroupées en trois grandes catégories : l'Etat, les caisses de la sécurité sociale et les ménages (avec une participation secondaire des assurances privées et des mutuelles pour les ménages qui peuvent souscrire à ces structures privées de couverture sociale).

### 3.1 Le financement de la santé

Le financement de la santé demeure une préoccupation. Il doit être basé sur la solidarité entre les couches sociales (solidarité verticale et solidarité horizontale) en vue de l'accès aux soins pour tous. Le financement doit concerner en priorité la prévention, les services de soins de santé de base, la planification familiale et l'éducation pour la santé.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

« Le financement de la santé fait référence à la collecte de fond de source divers, à la mise en commun des fonds et à la répartition des risques à travers les plus grands groupements de population, ainsi qu'à l'allocation ou à l'utilisation des fonds pour acheter des services chez les prestataires public et privés de soins de santé »<sup>13</sup>.

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

## 3.1.1 L'évolution de la participation des financeurs de la santé

Les modes de financement de la santé ont été énumérés dans la réglementation de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.

La santé en Algérie est financée par :

- Le maintien de la participation de l'Etat (cotisation fiscale) ;
- Consolidation du système de couverture sociale (cotisation sociale) ;
- Recherche des sources alternatives de financement des dépenses de santé ;
- Contribution des ménages (ticket modérateur).

Le tableau suivant représente le % de la participation de chaque source de financement de la santé dans les dépenses totales de santé en Algérie.

**Tableau N° 01 :** Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé

Années	État	Sécurité sociale	Ménages
1974	76,51 %	23,49 %	0,00 %
1979	60,88 %	38,58 %	0,54 %
1983	48,04 %	49,13 %	2,83 %
1986	36,60 %	61,40 %	2,00 %
1987	34,21 %	64,20 %	1,59 %
1988	27,50 %	51,20 %	21,30 %
1992	30,50 %	38,87 %	29,30 %

<sup>13</sup> Voir rapport de l'OMS sur le financement communautaire de la santé 2010.

## Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

<b>1994</b>	34,50 %	37,10 %	27,00 %
<b>1996</b>	38,45 %	35,64 %	25,90 %
<b>1997</b>	37,93 %	32,57 %	29,50 %
<b>1998</b>	34,09 %	39,70 %	26,20 %
<b>1999</b>	42,56 %	29,33 %	28,10%
<b>2000</b>	47,27 %	26,02 %	26,70 %
<b>2001</b>	51,62 %	25,77 %	22,60 %
<b>2002</b>	48,42 %	26,88 %	24,70 %
<b>2003</b>	50,38 %	27,01 %	22,60 %
<b>2004</b>	48,43 %	24,01 %	27,50 %
<b>2005</b>	51,16 %	23,63 %	25,20 %
<b>2006</b>	53,80 %	27,40 %	18,80 %
<b>2007</b>	50,70 %	30,90 %	18,40 %
<b>2008</b>	55,10 %	31,00 %	13,90 %
<b>2009</b>	55,20 %	31,00 %	13,80 %

**Source :** Kaid Tlilane. N. (2004). « La problématique du financement des soins en Algérie ». Revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57. Editions scientifiques européennes. Octobre-décembre 2004. P.116.

Durant les années 70, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 23,49%. Cette faible part s'explique par la place occupée par l'Etat qui, en raison des excédents financiers de l'époque (les 2 chocs pétroliers<sup>73</sup> et <sup>79</sup>), couvrait une part importante des dépenses de santé (76,51%). Cependant, la sécurité sociale a vu son rôle renforcé, puisque sa part dans les dépenses totales de santé a augmenté au fil des années et, en raison de la crise qu'a connue le pays à la fin de 80 et début de 90 (86 : contre choc pétrolier, 88 : cessation de paiement, 92 : instabilité géopolitique), la sécurité sociale a pris donc le relais pour soutenir le budget de l'Etat et pour intervenir d'une manière plus renforcée.

A partir de l'année 1998, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé. Cette situation est le fait de l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières où le prix du baril de pétrole a connu des augmentations continues atteignant 28,90 dollars en 2003 à 65,40 dollars en 2006. De plus, les dépenses des ménages commencent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé algérien, elles représentent en 2005 un quart des dépenses totales de santé. Les patients algériens ont de plus en plus recours

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages.

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

## 3. 2 L'évolution des dépenses de santé en Algérie

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

### 3.2.1L'analyse du niveau des dépenses de santé

D'après les chiffres de la banque mondiale en 2006<sup>14</sup>, les pays à revenu élevé consacrent en moyenne 7,7% de leur PIB aux dépenses de la santé et dans les pays à revenu intermédiaire, ces dépenses représentent 5,8% du PIB. Les pays à faible revenu ne dépensent que 4,7% de leurs PIB dans la santé. Le tableau suivant représente l'évolution des dépenses de santé en Algérie depuis 1974 jusqu'à 2011.

**Tableau N°02 : Evolution des dépenses de santé en Algérie**

Désignation	Dépenses totales de santé en millions de DA	Dépenses publiques	Dépenses privés	Dépenses publiques en % des dépenses de santé	Dépenses privées en % des dépenses de santé	Dépenses de santé en % du PIB
1974	847,3	847,3	00	100 %	00 %	-
1979	1852	1852	10	99,46 %	0,54 %	<b>3,5 %</b>
1988	19822	4103,1	79,3	29,60 %	4,07 %	-
1992	42667	30037,5	12629,5	70,40 %	29,60 %	<b>4,07 %</b>
1995	83680	63070	20610	75,40 %	24,60 %	<b>4,20 %</b>

<sup>14</sup> Banque Mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, Banque mondiale, rapport n° 36270-dz, Volume 1, août 2007, P.172. In/ [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org). Consulté le 19 octobre 2022 (7 :35 p.m).

## Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

1998	11285	84833	30176	73,80 %	26,20 %	<b>4,10 %</b>
2000	143870	105503	38368	73,30 %	26,70 %	<b>3,50 %</b>
2001	162231	125618	36613	77,40 %	22,60 %	<b>3,80 %</b>
2003	190895	148940	41955	78 %	22 %	<b>3,60 %</b>
2004	228625	168498	60127	73,70 %	26,30 %	<b>3,70 %</b>
2005	267795	203080	64715	75,80 %	24,20 %	<b>3,50 %</b>
2006	362575	294249	68326	81,20 %	18,80 %	<b>4,30 %</b>
2007	405956	331277	74679	81,60 %	18,40 %	<b>4,40 %</b>
2008	603156	519068	84089	86,10 %	13,90 %	<b>5,40 %</b>
2009	679262	585503	93759	86,20 %	13,80 %	<b>5,80 %</b>
2010	-	-	-	-	-	<b>6,60 %</b>
2011	-	-	-	-	-	<b>7,32 %</b>

**Source :** Tableau réalisé par nos soins à partir des travaux suivants :

- Oufriha F.Z., « Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie ». Alger. OPU, 1992. P 155.
- Kaïd Tlilane N. « Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants », enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques. Université d'Alger, 2003. P 88.
- ZIANI Lila., ACHOUCHE Mohamed : Colloque International - Algérie : Cinquante ans d'expériences de développement Etat - Economie-Société.

En Algérie, les dépenses nationales de santé rapportées au PIB ont connu une progression non régulière en passant de 3,5% en 1979 à 6% en 1988 et 3,5% en 2005. Cette diminution des dépenses de santé a été le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre du programme d'ajustement structurelle (PAS) : la limitation des embauches et l'investissement dans le secteur de la santé. Mais à partir de 2006, celles-ci n'ont pas cessé d'évoluer pour atteindre 7,32 % en 2011. Cela est dû à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne ces dernières années.

En valeur courante, les dépenses nationales de santé ont connu d'importantes augmentations, elles ne représentaient que 1852 millions de DA en 1979 pour passer à 19 822 millions DA en 1988. Soit une multiplication par 10,7 au cours de cette période. Depuis 1992, ce chiffre enregistre une croissance sans cesse, pour atteindre 83 680 millions DA en 1995, 143 870 millions DA en l'an 2000, plus de 267795 millions DA en 2005 et plus de 679 262 millions DA en 2009. Ces dépenses sont majoritairement des dépenses publiques. Sur la période 1974 à 2009, rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses publiques enregistrent une part nettement plus importante par rapport aux dépenses privées de santé. Les

## **Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement**

---

dépenses publiques représentaient 100% en 1974 où l'Etat et la sécurité sociale étaient les seuls financeurs de la santé en Algérie. Elles passent à 70,4% en 1992 puis elles augmentent jusqu'à 86,2% en 2009. La part des dépenses privées reste très limitée dans le financement de la santé au cours de cette période.

Quant aux dépenses de santé par habitant, elles ont connu une évolution importante. Elles ont été multipliées par sept pour la période 1995 à 2011, cette augmentation est due principalement au désengagement de l'Etat progressif du financement de la santé et au développement du secteur privé et la dégradation de la qualité des prestations fournies par le secteur public, ce qui pousse les Algériennes à contribuer pour l'amélioration de leurs santés.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## Section 2 : Présentation et classification des établissements de santé

Dans cette section, nous allons étudier le système hospitalier qui repose sur une distinction fondamentale entre plusieurs types d'établissements de santé.

### 1. Présentation des établissements public hospitaliers

La dimension collective de l'accueil des malades s'est traduite par la création des établissements de santé qui se sont structurés et organisés afin de répondre aux besoins de soins de santé de la population par le traitement des pathologies identifiées, recevoir en urgence et soigner les blessures n'ont pas de traitement des pathologies.

#### 1.1 Définition d'un établissement de santé :

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

« L'hôpital est une organisation de production de soins (OPS). Il fournit des prestations de diagnostic et de traitement, plus au moins spécialisés qui exigent des plateaux techniques plus au moins sophistiqués. Il fonctionne comme un élément du système national de soins »<sup>15</sup>.

#### 1.2 Historique de l'hôpital

L'apparition de l'hôpital est passé par deux (2) périodes :

##### a) Du moyen Age à 1945 : de la charité à la technicité

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

---

<sup>15</sup> A. BELGHITI ALAOUI et al. : « Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital », RABAT, Royaume-Uni ,9/10/2005.p 16.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## b) L'hôtel de Dieu : une mission religieuse

En occident, à partir de 6ème siècle, les fondations chrétiennes vont commencer à se multiplier. Elles restent modestes par rapport aux fondations byzantines qui pouvaient accueillir des centaines de malades. Ces fondations ne donnent pas lieu à de nouvelles constructions et sont le plus souvent situées dans des maisons offertes par des riches croyants appelés « Maison Dieu » ou « Hôtel Dieu », mais contenaient aucun médecin. L'assistance consistait essentiellement à nourrir et héberger les plus pauvres.

Parallèlement à la création des hôtels de Dieu, dès 7ème siècle les monastères ont développé des structures d'accueil que l'on appelle des « Hospitalia » où les pauvres pouvaient se faire héberger et se soigner à l'aide des monastères qui se sont spécialisés dans la médecine traditionnelle (médecine de plante).

Les hôtels Dieu se dégradent peu à peu jusqu'à la création de 1er hôpital par Louis XIV au 17ème siècle appelé Hôpital général, il rassemble dans le même lieu, les malades, les enfants abandonnés, les mendiants ..., et c'est à partir de ce moment que l'hôpital devient un outil de l'action sociale.

## 2. Classification des établissements de santé

Les établissements de santé sont communément regroupés sous deux rubriques : le statut juridique d'une part et la nature des soins prodigués de l'autre part.

### 2.1 Classification selon le statut juridique :

Les structures de santé en Algérie se classent selon deux types : le public et le privé.

#### 2.1.1 Les structures publiques :

Ce sont des établissements publics à caractère administratif, dotés d'une personnalité morale et ont une autonomie financière. Ils sont régis par le droit public. Ils agissent selon les directives étatiques et selon les orientations politiques.

#### 2.1.2 Les structures privées :

Les structures sanitaires privées sont des concrétisations de la volonté d'assurer des soins d'une personne ou d'un groupe agissant dans le domaine sanitaire. Elles se présentent comme des cabinets agréés ou des polycliniques spécialisées agréées. Pour la création d'une

# **Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement**

---

structure sanitaire privé les lois en vigueur exigent : le diplôme du créateur et son expérience, le but de la création, l'hygiène de la place choisie pour la création.... etc.

## **2.2 Classification selon la taille et la nature des soins**

Dans cette partie nous allons axer notre travail sur les structures sanitaires publiques seulement, étant donné le nombre et la taille très limités des structures sanitaires privées en Algérie. Les structures sanitaires publiques sont classées selon leur taille et selon la nature des soins prodigués. Nous distinguons trois (03) sortes de structures :

### **2.2.1 Les hôpitaux généraux**

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

### **2.2.2 Les hôpitaux spécialisés**

L'établissement hospitalier spécialisé est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est constitué d'une ou plusieurs structures qui ont pour objectifs de faire face aux besoins médicaux spécifiques ou à la prise en charge d'une maladie déterminée ; tels que des problèmes psychiatriques.

Dans son domaine d'activité, l'établissement hospitalier spécialisé a notamment pour tâches : la mise en œuvre des activités de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ; l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ; de contribuer au recyclage et au perfectionnement des personnels des services de santé <sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## 2.2.3 Les hôpitaux universitaires (CHU)

Un hôpital universitaire ou un hôpital d'enseignement. Il combine l'aide aux patients à l'enseignement aux étudiants en médecine et qui est souvent lié à une école de médecine.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur<sup>17</sup>.

Dans le cadre des missions prévues par le MSPRH, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

### A. En matière de santé :

En matière de santé, le CHU a pour vocation de :

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

### B. En matière de formation

En matière de formation, le CHU a pour vocation de :

- Assurer en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y annexes ;
- Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

---

<sup>17</sup> Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## C. En matière de recherche

En matière de recherche, le CHU a pour vocation de :

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

### 2.2.4 Les établissements public de santé de proximité (EPSP)

L'établissement public de santé de proximité est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population. La consistance physique de l'établissement public de santé de proximité et l'espace géo-sanitaire couvrant le bassin de population sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée :

- La prévention et les soins de base ;
- Le diagnostic ;
- Les soins de proximité ;
- Les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ;
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population ; Il est chargé également de la contribution à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- La contribution au perfectionnement des personnels des services de santé.

La structure d'un secteur sanitaire est beaucoup plus complexe que celle des autres établissements, car il dispose de la structure principale qui est l'hôpital et des structures périphériques qui sont les sous- secteurs sanitaires qui se définissent comme suit :

#### A. La polyclinique :

La polyclinique est le siège technico- administratif du sous-secteur. Elle coordonne, contrôle et évolue les activités et le fonctionnement de toutes les unités de base existantes

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

dans la commune ou le quartier dont elle a la charge, tout en assurant ses propres prestations sanitaires.

## **B. Centre de santé :**

Le centre de santé est l'unité de base du sous- secteur sanitaire, chaîne intermédiaire entre la polyclinique et la salle de soins et de consultation.

Le centre de santé constitue la structure essentielle en matière de « soins de santé primaire ». Il est organiquement rattaché à la polyclinique du point de vue administratif, laquelle est rattaché à la structure principale.

## **C. La salle de soins et de consultation :**

La salle de soins et de consultation est l'unité de base de la santé rurale, et habitat dispersé. Elle constitue le point de développement de prestation de certaines activités des soins primaires. La salle de soins et consultation est rattachée au centre de santé duquel elle dépend directement dans le cadre du fonctionnement global du secteur sanitaire.

## **2.3 Les missions de l'hôpital**

L'OMS a envisagé quatre (04) fonctions théoriques de l'hôpital <sup>18</sup> :

### **2.3.1 Les soins directs aux patients**

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

Cette prise en charge est réalisée principalement à travers la fonction de diagnostic et la fonction thérapeutique de l'hôpital.

### **2.3.2 La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé**

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

---

<sup>18</sup> OMS : Hôpitaux Et Santé Pour Tous, Rapport Technique N°744, Genève, p 26.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## 2.3.3 La formation et l'encadrement du personnel

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

## 2.3.4 Le soutien administratif et gestionnaire

Les fonctions de gestion comprennent l'allocation et le contrôle des ressources, l'action intersectorielle de santé, le développement et le déploiement du personnel, l'achat et la distribution des fournitures, enfin, la planification, la surveillance et l'évaluation de la situation sanitaire et des services de santé grâce à un système d'information efficace et à la recherche.

Ainsi, appréhender l'hôpital comme élément d'un système de santé suppose de le définir par rapport aux autres niveaux de l'offre de soins.

## 2.4 L'organisation administrative et fonctionnelle d'un hôpital

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

- Les organes de décisions de l'établissement public de santé ;
- Le conseil médical ;
- Les instances consultatives de l'établissement hospitalier ;
- Les instances consultatives spécialisées.

Dans ce qui suit nous allons présenter ses différents niveaux un par un.

### 2.4.1 Les organes de décisions de l'établissement public de santé

L'établissement public hospitalier (EPH) est administré par un Conseil d'Administration et dirigé par un directeur. Il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil médical » (CM)<sup>19</sup>.

#### A. Le Conseil d'Administration

Il est composé de plusieurs catégories de membres à savoir : des représentants des collectivités territoriales, du personnel, des personnalités qualifiées nommées pour trois ans

---

<sup>19</sup> Décret exécutif n°07-140 du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 pour la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

par le directeur de l'ARH et des représentants des usagers. Ce conseil délibère sur les documents de planification et les documents budgétaires qui comprennent :

- Le projet d'établissement (les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que l'établissement a fixé) ;
- Le projet médical ;
- Le projet social.

Le conseil délibère sur les questions relatives à l'organisation de l'établissement et ses relations avec les autres établissements publics de santé.

## B. Le directeur

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

### 2.4.2 Le conseil médical

Il est composé des regroupements suivants :

#### A. Le regroupement des services, des départements et des unités fonctionnelles

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

#### B. L'unité fonctionnelle

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

#### C. Le service de soins infirmiers

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

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## 2.4.3 Les instances consultatives de l'établissement hospitalier

Il est composé des commissions suivantes :

- La commission médicale d'établissement (CME) ;
- Le comité technique d'établissement.

### A. La commission médicale d'établissement (CME)

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

Les attributions de la (CME) :

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

### B. Le comité technique d'établissement

Il est présidé par le directeur et est composé de représentants du personnel non hospitalier relevant de la fonction publique hospitalière, élus par les collègues définis selon l'appartenance des agents aux catégories A (emploi direction), B (emploi d'encadrement, C'est et D (personnel d'organisation).

Il est obligatoirement consulté sur le projet d'établissement, le projet social, le budget et le rapport annuel d'orientation.

## 2.4.4 Les instances consultatives spécialisées

Elles sont composées de deux (02) comités :

- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales ;
- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Condition de Travail.

### A. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales

Il est chargé de :

- Coordonner l'action des professionnels de santé en matière de prévention et de surveillance des infections nosocomiales.
- De préparer chaque année avec l'équipe d'hygiène hospitalière, le programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales.

## **Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement**

---

- Et enfin, d'élaborer le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales.

### **B. Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Condition de Travail.**

Il est constitué dans un établissement public de santé qui emploie au moins 50 agents.

Il a pour mission de :

- Contribuer à la protection de la santé physique et mentale, ainsi qu'à la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par les entreprises extérieures.
- Il doit également veiller à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

## Section 03 : Le financement de l'hôpital public

A partir de 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite, les hôpitaux sont financés selon une nouvelle procédure appelée " budget global ". La budgétisation vient se substituer au mode de rémunération pratiquait depuis l'indépendance appelée " prix de journée ". Ce budget global est préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles).

Le financement des établissements publics de santé dispose de l'ensemble des ressources générées par leurs activités ainsi que celles qui leurs sont affectées. Il convient de faire une distinction entre deux origines différentes. Les ressources budgétaires de l'établissement public hospitalier peuvent provenir d'un financement externe à l'établissement : le budget de l'Etat et la sécurité sociale. Elles peuvent aussi émaner de l'établissement lui-même par le biais des services et prestations qu'il offre : la participation du patient.

### 1. Les sources de financement de l'hôpital public

L'hôpital public en Algérie est financé principalement par l'Etat, la sécurité sociale et les patients<sup>20</sup>.

#### 1.1 L'Etat

C'est le garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. L'Etat prend en charge, par l'intermédiaire des ressources fiscales, les dépenses de prévention, de formation et de recherche médicale, ainsi que les soins prodigués aux indigents, aux démunis et ceux ne disposant d'aucune couverture maladie. A cela s'ajoute, la contribution des établissements publics sanitaires et hospitaliers ainsi que la dotation en équipements qui sont également pris en charge par l'Etat.

#### 1.2 La sécurité sociale

La participation de la sécurité sociale au financement des établissements publics prend, principalement, la forme d'une dotation forfaitaire, appelée « forfaits hôpitaux », qui est versée au budget des établissements publics de santé, au titre des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit.

---

<sup>20</sup> M. 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 », Magister en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Béjaïa.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

## 1.3 Les patients

Faire participer les ménages au financement de la santé est l'une des politiques les plus répandues à l'échelle mondiale pour responsabiliser les usagers, réduire la demande de service de santé et surtout la surconsommation. La participation des usagers prend la forme de tickets modérateurs restant à la charge des patients, de paiement à l'acte ou de contribution même insignifiante lors des soins prodigués au niveau des établissements publics de santé.

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

## 2. Comparaison entre le financement de l'hôpital public et la clinique privée

Comme les entreprises, les cliniques privées qui appartient à des actionnaires, vendent leurs prestations de soins aux consommateurs. Ces prestations sont individuellement facturées aux clients. Ceux-ci se retournent ultérieurement vers leurs organismes d'assurances pour obtenir tous ou une partie de remboursement à la différence des hôpitaux publics où on trouve des services gratuits et semi-gratuit l'application de la règle de tiers payant.

On distingue plusieurs produits de la clinique privée à savoir :

- Le forfait journalier des soins ;
- Les autres prestations ;
- Les forfaits spéciaux.

La clinique privée doit préalablement réaliser un résultat positif car elle a un but lucratif. Par contre, pour l'hôpital le résultat positif n'est pas un objectif ou plus exactement l'objectif est d'équilibrer les comptes et non accroître la rentabilité.

## 3. L'hôpital dans la réforme hospitalière récente

« Le système de santé en Algérie fonctionne à l'instar des autres secteurs moyennant des surcoûts considérables dus au fonctionnement peu intensif, voire aux dysfonctionnements de l'ensemble des unités de soins et en particulier des plus importantes d'entre elles, à savoir les hôpitaux »<sup>21</sup>.

L'Etat Algérien est éveillé de l'importance de ces établissements dans l'exercice de son rôle social et de l'état providence. Cela est concrétisé à partir de l'année 2001 par le

---

<sup>21</sup> Oufriha F. Z « les reformes du système de santé en Algérie : de réforme en reforme, un système de santé au croisé des chemin » in cahier CREAD page 121.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

lancement d'un grand chantier de réformes dans le domaine de la santé, au point de changer même l'appellation du Ministère concerné, qui été le ministère de la santé et de la population pour devenir le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Le gouvernement espère que la réforme hospitalière sera le moteur de la réforme de l'ensemble du système de santé. La réforme hospitalière désigne l'ensemble des règles et des lois qui gère un hôpital.

Dans le but de mettre en place une nouvelle organisation des soins, d'apporter plus de souplesse dans le mode de gestion et d'instaurer de nouveaux mécanismes de financement basés sur l'activité réel et sur des relations contractuelles entre les bailleurs de fonds.

## 3.1 Les axes de la réforme hospitalière

La réforme du système de santé algérien se base sur un ensemble de points stratégiques et d'axes prioritaires <sup>22</sup> :

- Les besoins de santé et la demande de soins ;
- Structures hospitalières ;
- Les ressources humaines ;
- Les ressources matérielles ;
- Le financement ;
- L'intersectorialité.

### 3.1.1 Les besoins de santé et la demande de soins

Cet axe est défini comme priorité pour affirmer l'objectif de créer une cohérence entre le système national de santé et son sous système hospitalier. Ce dernier doit répondre aux exigences de la population et accompagner les changements sociaux, épidémiologiques, financiers, etc. Dans cet axe aussi, sont clairement déterminées les modalités de coopération entre les structures de proximité et l'hôpital pour bien hiérarchiser l'accès aux soins.

### 3.1.2 Structures hospitalières

Cet axe est basé sur le principe de confirmer la notion de l'autonomie des structures de soins en renforçant le contrôle de la tutelle. Il vise donc à revoir le statut et l'organisation des établissements publics et privés de santé. Cet objectif consiste à introduire des instruments de

---

<sup>22</sup> B. Foudi, « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux ». Mémoire de magistère en science économique, option économie de la santé et développement durable, 2011, p.123.

# **Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement**

---

planification et de régulation financière tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité à travers le renforcement du rôle de l'évaluation des activités médicales et des services hospitaliers ; il s'agit d'améliorer l'accueil, l'information, l'hébergement, la restauration et surtout la qualité des soins. Dans une seconde perspective, la promotion de la coopération, l'intégration et la complémentarité public-privé dans le cadre de la contractualisation.

### **3.1.3 Les ressources humaines**

Ce dossier prend en charge deux principales préoccupations : la promotion et la valorisation des personnels à travers la révision de leur statut, leurs conditions d'exercice, leurs rémunérations et la gestion de leurs carrières ; et la formation, qui est aussi une véritable urgence. L'objectif visé est la qualification de l'ensemble des personnels par l'adaptation des formations aux référentiels des différents métiers et professions. La réalisation de ceci nécessite l'intervention d'autres acteurs, tels que le ministère de l'enseignement supérieur, le ministère de la formation continue, ...

### **3.1.4 Les ressources matérielles**

Il s'agit de mettre l'accent sur l'intégration des moyens matériels au fonctionnement de l'offre de soins dans le but d'équiper un réseau de soins d'un ensemble de moyens matériels nécessaires à son bon fonctionnement. Il est suivi par la suite d'une politique de maintenance, le respect des normes techniques et de sécurité, qui sont obligatoires. Quant au vieillissement du parc matériel, une réhabilitation voire une remise à niveau ou carrément un renouvellement s'impose inévitablement. Cet axe prend en charge aussi la tâche de la réflexion sur les éléments qui pourraient participer à l'élaboration d'une politique nationale du médicament.

### **3.1.5 Le financement**

Les objectifs visés dans cet axe sont principalement la recherche d'autres sources de financement et la réforme des modalités de financement des hôpitaux, dont l'accent a été mis sur le financement contractualisé des activités et non des structures. La mission est donc de revoir les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier soucis l'accès aux soins équitables pour tous les malades. Ceci ne peut se réaliser qu'avec la révision des cahiers des charges définissant les objectifs des parties contractuelles (hôpitaux, bailleurs de fonds) et l'identification précise des besoins de santé, les supports d'information (carte CHIFA) et la gestion avec l'introduction de la comptabilité analytique

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

hospitalière, et l'instauration des activités d'évaluation dans le but de rationaliser l'utilisation des ressources et en finir avec les actes de gaspillage.

## 3.1.6 L'intersectorialité

Avec la nouvelle logique de l'organisation du secteur de la santé (la contractualisation) et l'intervention de plusieurs acteurs qui ne sont pas directement impliqués dans ce secteur, comme le Ministère des Finances, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, les collectivités locales... En effet, la stratégie en matière de santé doit contribuer à l'intégration des initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles. Il est donc important de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques pour intégrer la dimension santé dans toutes les stratégies du développement.

## 3.2 Les objectifs de la réforme hospitalière

Les objectifs de la réforme hospitalière consistent à :

- Améliorer l'infrastructures et les équipements hospitaliers ;
- Former les gestionnaires hospitaliers ;
- Pratiquer la planification stratégique ;
- Moderniser l'organisation et la gestion des hôpitaux ;
- Informatiser et maîtriser les coûts ;
- Paiement partiel par l'utilisateur (responsabiliser d'avantage les usagers et renforcer le mécanisme du tiers payant) ;
- Elaborer les projets d'établissement hospitalière.

# Chapitre I : Le système de santé en Algérie : structure et financement

---

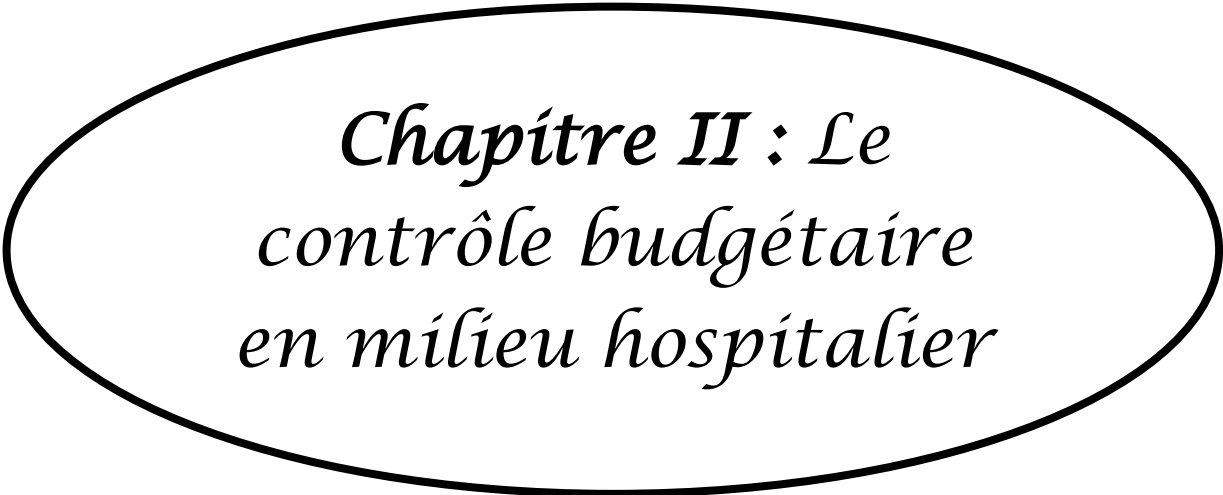
## Conclusion

Dans ce chapitre nous avons présenté un aperçu général sur le système de santé Algérien où nous avons constaté la persistance du décalage entre les nouveaux besoins de santé et l'offre de soins de santé actuelle.

Les intentions et projets de réforme sont nombreux mais la mise en œuvre est lente. L'augmentation et la diminution des dépenses nationales de santé est liée à la variation du Produit Intérieur brut (PIB) et plus particulièrement à la variation du prix du pétrole sur le marché mondial (le pétrole se mesure avec le baril qui contient 159 litres).

L'hôpital en Algérie est une institution qui joue un rôle primordial dans le bien-être individuel et collectif. L'évolution de ce dernier reste faible malgré qu'il ait subi des changements en matière de tutelle, de législation et de son organisation.

Toutefois, malgré les efforts consentis et les investissements majeurs, malgré le financement et les dépenses destinées aux organisations sanitaires, il persiste des déficits sociaux préoccupants, notamment l'inégalité dans l'accès aux soins, et les disparités dans la répartition du personnel médical et des infrastructures sanitaires, en effet, il est nécessaire de revoir et contrôler la gestion des hôpitaux en Algérie.



*Chapitre II : Le  
contrôle budgétaire  
en milieu hospitalier*

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

### Introduction

Suite à des transitions importantes qu'a vécues le pays depuis des décennies soit une transition démographique, transition économique ou transition épidémiologique. Les dépenses de santé en Algérie ne cessent de prendre l'ampleur selon les projections effectuées avec le modèle ARIMA, d'ici 2027, les dépenses totales de santé, pourraient atteindre 12 000,76 millions de dollars en 2027<sup>23</sup>.

Cette progression continue des dépenses de santé contraindra l'Algérie à entreprendre une réflexion et une politique active pour assurer une meilleure maîtrise et une plus grande efficacité de ces dépenses. Sans maîtrise des coûts, les dépenses de la santé vont servir à rien, le défi majeur pour tout le système de santé face à ces multiples enjeux c'est d'imposer un contrôle strict sur les ressources et fixer des objectifs de façon que chaque acteur pourra jouer pleinement son rôle dans la distribution des soins. C'est pourquoi la mise en place d'un système de contrôle de gestion y compris le contrôle budgétaire est indispensable pour garantir un meilleur fonctionnement des organismes sanitaire.

Le contrôle de gestion est un système de pilotage de la performance des organisations qui repose sur la fixation d'objectifs ainsi que sur le suivi de leur réalisation. Il constitue donc par essence un mode de gouvernance des organisations. Les réformes du financement et de la gouvernance des établissements de santé ont entraîné un développement rapide du contrôle de gestion, Aujourd'hui, la fonction ne se limite plus à l'analyse des coûts et englobe toutes les dimensions du dialogue de gestion interne et externe des structures sanitaires. Ces changements ont conduit à une grande variété d'outils, de méthodes et d'organisations.

Jack FORGET (2005)<sup>24</sup> définit le contrôle de gestion comme : « ensemble de dispositions prises pour fournir aux dirigeants des données chiffrées périodiques caractérisant la marche de l'entreprise ».

Selon R. N. ANTHONY (1965)<sup>25</sup> : le contrôle de gestion est défini comme étant « un processus par lequel les dirigeants s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées, avec efficacité, efficacité et pertinence, pour réaliser les objectifs de l'organisation et que les actions en cours vont bien dans le sens de la stratégie défini »

---

<sup>23</sup> Zehnati, A. (2014). « Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie ». Thèse de doctorat en cotutelle en sciences économiques. Université de Bejaia et de l'université de Bourgogne.

<sup>24</sup> Jack. FORGET, « Gestion budgétaire », ed d'organisation, Paris 2005, p 17.

<sup>25</sup> ANTHONY. R (1965), « management control system » 9ed, New Delhi.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

Pour pouvoir instaurer un contrôle de gestion, la gestion budgétaire reste parmi les outils les plus importants d'où la nécessité de s'assurer de sa bonne conception ainsi que de sa mise en action. Souvent synonyme de « bonne gestion » Cette dernière désigne le fait de planifier, à plus ou moins terme, les recettes et les dépenses prévues sur une période pour s'assurer de la capacité budgétaire de l'organisme à conduire les missions et les activités dont il est chargé,

La gestion budgétaire repose sur trois concepts : la prévision, la budgétisation et le contrôle budgétaire. Le premier consiste à prendre en compte certaines données historiques afin de mettre en œuvre un plan global du budget pour l'année à venir. Le second, à établir un rapport entre les objectifs espérés et les moyens mis à disposition pour les accomplir. Le troisième enfin, à fixer des critères qui permettent de déterminer si les objectifs ont été atteints ou non.

Le contrôle budgétaire consiste principalement à comparer les prévisions et les réalisations. Dans le but d'améliorer le processus prévisionnel de l'entreprise.

Ce deuxième chapitre est subdivisé en trois sections, la première section est consacrée pour présenter quelques éléments sur le cadre théorique du contrôle budgétaire, puis la deuxième section porte sur le processus du contrôle budgétaire au sein des administrations publiques et enfin la troisième section aborde les outils de contrôle budgétaire.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

### **Section 01 : Cadre théorique du contrôle budgétaire**

Après la consolidation des budgets, les responsables de centre de responsabilité et leur équipe doivent imaginer et proposer des plans d'actions, ces derniers incorporent les modalités concrètes d'action qui seront lancées, pour mettre en œuvre la stratégie. A la fin de la procédure, un découpage du budget est réalisé sur les différents mois ou trimestre, ce découpage permettra ultérieurement grâce au contrôle budgétaire de suivre en cours de l'année la marche de l'entreprise par rapport aux prévisions<sup>26</sup>.

#### **1. Présentation de contrôle de budgétaire**

Pour tendre vers les résultats escomptés, les budgets devront être assortit d'une procédure de contrôle, dans le but sera de suivre les réalisations et d'amener les responsables à déclencher des actions correctives, si le réel s'écarte trop de l'objectif. Pour mieux cerner la notion de contrôle budgétaire nous allons évoquer ce qui suit :

##### **1.1. Historique de contrôle budgétaire**

Le contrôle budgétaire est un dispositif central du contrôle de gestion, il a participé à l'émergence des grandes organisations (Chandler 1962). Grâce à son intervention chez général Motors dans les années vingt (Johnson et Kaplan, 1987) donner (1932), directeur comptable adjoint de général Motors dans les années trente, met en évidence trois type d'outils rattachés à ce dispositif : le calcul des écarts à partir de coût standard ou prévisionnelle, la multiplication des ré- prévisions budgétaire, tout au long de l'année et l'évaluation de la performance des managers en fonction de l'atteinte de leurs objectifs budgétaire<sup>27</sup>.

Ce dispositif permet notamment, la décentralisation par le contrôle (Sloan 1963) en rendant possible la direction par objectif et la gestion par exception. Il aurait joué un rôle important dans le succès de général Motors, en permettant à la fois de décentraliser la prise de décision, de coordonner et de motiver les managers. Depuis, le contrôle budgétaire s'est diffusé dans nombreuses organisations, notamment en France ou il est apparu dans les années 30 et s'est développé à partir des années 60 (Berland 1999)<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Berland.N « mesurer et piloter la performance », E-Book, 2009, source : [www.management.free.fr](http://www.management.free.fr), P.70

<sup>27</sup> Sponem.S, « contrôle budgétaire : recherche de l'efficacité ou recherche de légitime ? », comptabilité, contrôle, audit et institution, Mai 2006, Tunisie, p.p. CD ROM. Halash-00558254.

<sup>28</sup> Berland. N. Op cite. P.71.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

Dans les années 50, à la demande de la Controller hip foundation Argyries (1953) s'est intéressé aux effets du contrôle budgétaire dans les usines. Il a notamment montré que celui-ci peut avoir des effets néfastes sur la coopération entre les managers et au final sur la performance de l'organisation. De nombreuses études se sont ensuite succédé pour comprendre l'impact du contrôle budgétaire sur la performance et sur les composants de ce contrôle<sup>29</sup>.

### 1.2. Définition de contrôle budgétaire

Le contrôle budgétaire est le miroir à posteriori, il est destiné à faire ressortir et analyser les écarts qui se sont produits entre prévisions et réalisation, sur une période courte.

Gervais M, définit le contrôle budgétaire comme « la comparaison Permanente des résultats réels et prévisions chiffrées figurant aux budgets afin <sup>30</sup> :

- De rechercher la (ou les) cause(s) d'écarts ;
- D'informer les différents niveaux hiérarchiques ;
- De prendre les mesures correctives éventuellement nécessaires ;
- D'apprécier l'activité de responsables budgétaires ».

Le contrôle budgétaire est une fonction partielle du contrôle de gestion, Il pourrait être pleinement perçu par les responsables opérationnels comme un service qui les aide à maîtriser et à améliorer leur gestion au sens strictement mathématique et comptable du terme.<sup>31</sup>

Le contrôle budgétaire peut être s'expliquer par l'équation Suivante :

$$\text{Réalisation} - \text{Prévision} = \text{Ecart.}$$

Le contrôle budgétaire donc consiste à la confrontation périodique des réalisations avec les budgets, en mettant en évidence des écarts qui sont analysés afin d'entreprendre les mesures de régulation nécessaires, il permet d'identifier les causes et les responsabilités internes et externes. Il favorise un contrôle par exception, les actions correctives n'étant étudiées que pour les écarts les plus significatifs<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Sponem.S, Op.cite. P. 244.

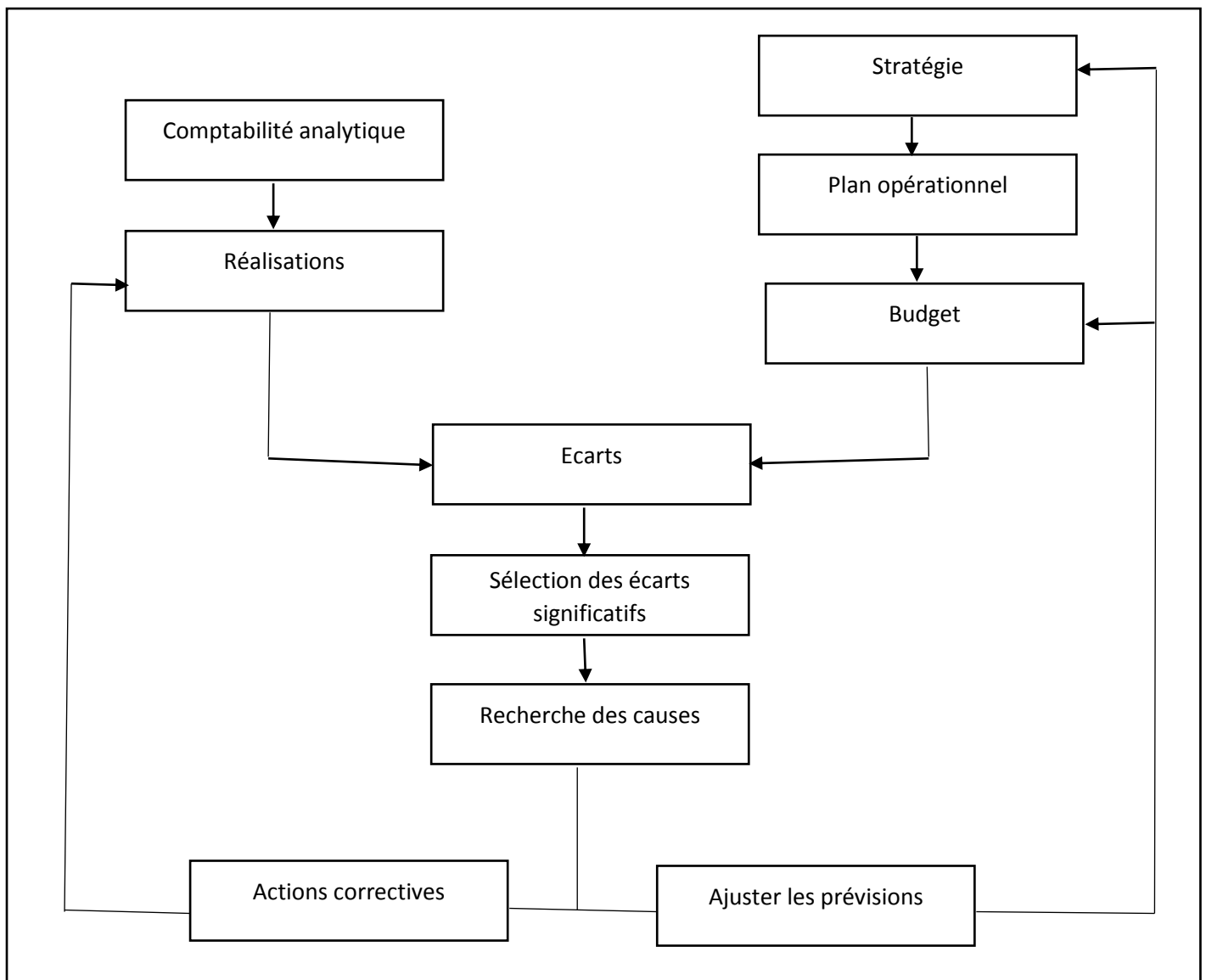
<sup>30</sup> Alazard.C. Sépari. S, « contrôle de gestion, application et manuel », 2ed, Dunod, Paris 2010, P 226.

<sup>31</sup> Lörning.H, Mallent.V, « contrôle de gestion : organisation, outils et pratique », 3éme édition, Dunod, P127.

<sup>32</sup> Doriath.B, et all, « Comptabilité et gestion des organisations », 7ed, Dunod, Paris 2010, P.99

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

Figure N°01 : processus de contrôle budgétaire



Source : Longloi L, Brinnger C, et Bringer M, 2008, « cotrole de gestion », ed Foucher, Paris, P300.

### 1.3. Rôles de contrôle budgétaire

Une fois que les prévisions réalisées et les objectifs déclinés sur chaque centre de responsabilités, l'entreprise peut entamer la phase de contrôle budgétaire, les prévisions vont être comparées aux objectifs afin de déterminer des écarts<sup>33</sup>. Outre que la constatation et l'interprétation des écarts ainsi que la mise en œuvre des actions correctives, plusieurs rôles peuvent être attribué au contrôle budgétaire <sup>34</sup> :

<sup>33</sup> Berland.N. (2009). « Mesurer et piloter la performance », édition de la Performance. Paris. P66.

<sup>34</sup> Lörning.H, et all, « le contrôle de gestion organisation outils et pratique », ed Dunod, Paris 1998, P127.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

- Interroger sur les origines des déviations, aussi bien en termes de responsabilité qu'en terme de pilotage (qu'ils sont les produits et les services concernés) ;
- Améliorer les bases des prévisions, et la qualité des choix stratégiques ;
- S'assurer que le plan de marche, se déroule comme anticipé afin d'atteindre les objectifs financiers ;
- Prendre des décisions correctives sur la base des écarts significatifs entre les réalisations et les prévisions ;
- Assurer si l'entreprise se progresse vers l'objectifs et de réagir aux évènements en temps utiles ;
- Suivi et amélioration de la performance des différents postes de responsabilités de l'entreprise.

Le contrôle budgétaire donc est utilisé pour des multiples objectifs tels que le suivi, apprentissage, signale, surveillance, motivation, et autres il apparait donc comme une solution à difficultés rencontrées par l'entreprise.

### 1.4. Les principes du contrôle budgétaire

Le contrôle budgétaire est une démarche qui consiste à comparer les réalisations aux prévisions, aux différents échelons jugés convenable, il est pour but d'analyser et contrôler les écarts constatés afin de provoquer des mesures correctives qui s'imposent. L'idée centrale est qu'il faut mettre en évidence partout où on le peut, les responsabilités de gestion, il convient donc de distinguer<sup>35</sup> :

- Les écarts sur quantités qui mettent en cause les notions de rendement et de productivité ;
- Les écarts sur prix qui intéressent les relations de l'entreprise avec son environnement ;
- Les écarts provenant des variations dans le taux d'emploi des moyens de productions et dont les causes peuvent être soit d'ordre interne, soit d'ordre externe.

Seuls les écarts importants qui sont portés à la connaissance de la direction (méthode d'exception), les autres sont portés à la connaissance des intéressés dans des formes qui varient suivant le niveau hiérarchique occupé.

---

<sup>35</sup> Lauzel.P, et all, « contrôle de gestion et budgets », 7ed, Dallez, Paris 1994, P250.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

Le contrôle budgétaire suit certains principes pour atteindre ses objectifs, Ils sont présentés comme suites selon l'auteur « Alazard Claude et Sabine Sépari »<sup>36</sup> :

- Un contrôle budgétaire pertinent s'appuie sur l'ensemble des budgets établis pour formaliser le fonctionnement à court terme de l'entité dont la gestion doit être mise sous tension.
- La mise en place de budget s'accompagne très souvent d'une décentralisation des responsabilités par la création de centres de responsabilité de nature différente, chaque responsable est jugé sur sa capacité à <sup>37</sup> :
- Respecter des consommations de ressource pour les responsables de centres de coût,
- Dégager des surplus financiers pour les responsables de centres de profits, tout en respectant des objectifs de volume.

Pour éviter des conflits sur la réalité de la performance mesurée, il est primordial que le calcul et la mise en évidence d'écarts respectent de façon stricte la localisation des responsabilités.

### **1.5. L'objectif du contrôle budgétaire**

Le contrôle budgétaire permet de comparer les réalisations avec les prévisions, déceler les écarts significatifs, les analyser et prendre des mesures correctives regroupant les aspects principaux du contrôle de gestion.

Le contrôle budgétaire n'est pas que synonyme de maîtrise du budget, c'est aussi un véritable outil de vérification, il permet de vérifier la performance de différents centres de responsabilités<sup>38</sup>.

### **1.6. Les fonctions du contrôle budgétaire**

Le contrôle budgétaire assume une double fonction :<sup>39</sup> une fonction de contrôle et une fonction de régulation.

---

<sup>36</sup> Alazard C, Sépari S, Op.cite, P. 476.

<sup>37</sup> Idem, P. 477.

<sup>38</sup> [www.dphu.org](http://www.dphu.org). Consulté le 22-10-2022 (5 :15 p.m).

<sup>39</sup> Hervé HUTIN, « toute la finance d'entreprise », 2ed d'Organisation, France 2002, P678.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

### **1.6.1. Fonction de contrôle**

Il faut contrôler tout au long de l'exercice budgétaire la maîtrise des objectifs :

- Les résultats chiffrés globaux ;
- Les résultats de chaque fonction et de chaque centre de responsabilité ;
- Le degré de réalisation des actions de progrès prévues dans le budget.

Pour ce qui est du contrôle des résultats globaux et des résultats par fonction et par centre de responsabilité : les résultats sont rapprochés des prévisions, des écarts sont calculés. Pour ce qui est du contrôle du degré de réalisations des actions de progrès, les mesures consistent à faire le point quantitatif et qualitatif de l'avancement de ces actions.

### **1.6.2. Fonction de régulation**

Les écarts significatifs étant détectés, il faut alors alerter les responsables et mettre en œuvre des actions correctives qui se traduiront soit par un rattrapage des écarts, permettant de repositionner le centre de responsabilité sur sa trajectoire d'objectifs, soit par une révision des objectifs.

## **1.7. Les éléments exigés pour un bon fonctionnement du contrôle budgétaire**

Les principes de fonctionnement du contrôle budgétaire est une confrontation périodique entre les données préétablies et les réalisations pour mettre en évidence des écarts qui doivent appeler des actions correctives, comme toute pratique d'analyste, tel que le contrôle budgétaire, et pour qu'elle soit efficace des éléments clés doivent être implorés à savoir :

### **1.7.1 La compétence du contrôleur du budget**

La tâche du contrôleur du budget est généralement assumée par le contrôleur de gestion. Il est généralement considéré comme étant la personne la plus habilitée à connaître les techniques et assumer la tâche du contrôle budgétaire. Cependant, ceci est très délicat, car afin de remplir cette mission correctement, le contrôleur de gestion doit être rattaché au niveau hiérarchique le plus « élevé, soit la direction générale » de l'organisation et avoir des liaisons fonctionnelles avec l'ensemble des centres de responsabilité.

### **1.7.2 La continuité**

Afin de pouvoir détecter à temps les écarts, entre les réalisations et les prévisions et réagir rapidement, la fonction de contrôle budgétaire doit s'exercer de façon continue, le

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

problème qui se pose cependant réside dans la détermination de la périodicité optimale du contrôle budgétaire, le choix de celle-ci dépend des avantages et inconvénients liés à une périodicité plus ou moins élevée.

### **1.7.3 La rapidité**

Une autre condition très pertinente doit être remplie pour que le système de contrôle budgétaire puisse opérer de manière efficace. Il ne s'agit pas seulement que celui-ci se déroule d'une manière fréquente et continue mais aussi, que le laps de temps qui s'écoule entre l'apparition de l'écart et son interprétation soit assez court pour lancer des mesures correctives adéquates, car le cas échéant ; c'est à dire, si les observations prises en compte sont dépassées, cela peut conduire à une action corrective mal adaptée et par conséquent entraîner des déséquilibres plus grands.

Il est important d'être au courant de l'intervalle de temps acceptable entre l'apparition d'un dérèglement et sa correction, la présence d'un système d'information pouvant assurer par la communication et la circulation rapide des informations entre les différents départements concernés est primordiale.

### **1.7.4 La liaison entre contrôle budgétaire et comptabilité**

La comptabilité générale sert à donner une vue globale de la situation financière de l'organisation hospitalière. Toutefois, la diversité et la complexité de ses activités requièrent la mise en place d'un outil de gestion approprié qui répond à ses exigences en matière de détails de son activité. C'est pour cela que l'instauration d'un système de comptabilité analytique est nécessaire permettant, ainsi, de tenir compte des charges dégagés au niveau de chaque centre de responsabilité et d'affronter les comptes de charges et de résultat de l'organisation hospitalière.

## **1.8. Les supports de contrôle budgétaire**

Toutes les données et informations collectées et utilisées par l'organisation sont mises en forme dans le tableau de bord et des rapports de contrôle, elles font également de débat lors des réunions périodique et suivi budgétaire.

### **1.8.1. Le tableau de bord budgétaire**

Le tableau de bord budgétaire est l'un des instruments de contrôle budgétaire, qui permet aux responsables d'effectuer des opérations de contrôle sur les recettes et dépenses,

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

liées aux différentes zones d'investigations de chaque département. Il donne au responsable les informations qui lui sont indispensables pour agir à court terme, en attirant son attention sur des points clés et en fusant ce qui a un caractère anormal ou ce qui a une incidence importante sur le résultat de l'entreprise.

Le tableau de bord comprend des informations comptables et budgétaires, permettant de suivre les coûts et les résultats du centre de responsabilité par rapport à la prévision budgétaire. Il inclut tous les éléments de recettes et de coûts qui sont importants, en valeurs ou sur lesquels le responsable a une influence non négligeable, le tableau de bord comprend aussi des informations sur le niveau d'activité et le degré d'efficacité du département, afin de pouvoir interpréter ses coûts et ses recettes<sup>40</sup>.

### **1.8.2. Les rapports de contrôle**

Le rapport de contrôle correspond à un compte rendu d'activités, qui sera transmis aux supérieurs hiérarchiques, ce rapport indique les variables de contrôle choisies et les cibles correspondantes, les résultats obtenus pour chaque variable contrôlée et l'analyse des écarts qui a été faite et les mesures qui ont été prises pour réorienter l'action vers la ligne de l'objectif. Une analyse des informations reçues sera ensuite effectuée par le destinataire du rapport, puis ce dernier procédera à leurs consolidations de façon à dégager les écarts caractérisant son département, puis en fonction des résultats obtenus il s'adresse aux responsables budgétaires des demandes explicatives complémentaires, puis il transmet à son supérieur hiérarchique la synthèse des contrôles effectués. A la fin l'entreprise parviendra au budget final qui sera contrôlé par la direction générale<sup>41</sup>.

### **1.8.3. Les réunions de suivi budgétaire**

Une réunion de suivi budgétaire, est un examen systématique des comptes, auxquels participe le contrôleur de gestion ainsi que les différents responsables budgétaires d'un niveau hiérarchique, afin de rendre comptes des écarts constatés et les actions correctives éventuellement décidées. Un compte rendu sera ensuite réalisé par le contrôleur de gestion,

---

<sup>40</sup> Gervais. M, « contrôle de gestion par le système budgétaire », ed Vuibert, Paris, 1987, P162.

<sup>41</sup> Idem P164.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

afin que lors des réunions suivantes il soit possible d'apprécier le degré de conformité de l'exécution et l'état d'avancement des mesures décidées<sup>42</sup>.

### 1.9. Les limites de contrôle budgétaire

Outre que les multiples avantages, le contrôle budgétaire peut comporter certaines limites qui peuvent influencer négativement sur la performance de l'organisation<sup>43</sup> :

- Le budget risque cependant de devenir normatif et de ne pas être remis en cause au moment de l'analyse des performances ;
- Lorsque l'information périodique est obtenue avec un délai qui nuit à la réactivité de l'organisation<sup>44</sup> ;
- Il ne traduit la performance qu'en terme financier, mettant de côté les performances en termes de qualité, de sécurité, de délai, climat social, etc. ;
- Il peut être source de démotivation dès lors que la performance est mal évaluée où en désignant le responsable d'écart défavorable (sanction de personnel) ;
- Les centres de responsabilités peuvent ne pas disposer d'une réelle autonomie dans ses décisions alors qu'il doit être un lieu de pouvoir de décision.

### 2. Les centres de responsabilité

Le découpage de l'entreprise en centres de responsabilité, qui doit nécessairement correspondre à l'organigramme de structure, est un élément du contrôle budgétaire pour suivre l'activité d'un responsable.

#### 2.1. Définitions

Selon ALAZARD et SEPARI<sup>45</sup>: « Un centre de responsabilité est un groupe d'acteurs de l'organisation regroupés autour d'un responsable, auquel des moyens sont octroyés pour réaliser l'objectif qui lui a été assigné ».

Un centre de responsabilité est donc une partie de l'organisation, base de calcul pour les performances du gestionnaire responsable.

---

<sup>42</sup> Gervais. M, Op. Cite, P162, P165.

<sup>43</sup> Doriath. B, Lazato.M « comptabilité et gestion des organisations », 6ème édition, DUNOD, Paris, 2008, P100.

<sup>44</sup> Doriath.B, Lazato.M, OP Cite, P100.

<sup>45</sup> ALAZARD, C, SEPARI, S, « Contrôle de gestion manuel et application ». 2ed.Dunod. Paris. p.2213.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

### Exemple :

- Les différents rayons au sein d'une grande surface de distribution peuvent être organisés en centres de responsabilité.
- Les centres de production d'une entreprise peuvent aussi constituer des centres de responsabilité.

### 2.2 Les types de centres de responsabilités

D'après ALAZARD et SEPARI<sup>46</sup> il est habituel de distinguer cinq types de centres de responsabilité, en fonction des missions qui sont assignées :

#### ➤ Centre de coûts

L'unité concernée doit réaliser le produit qu'elle fabrique au moindre coût, avec la meilleure qualité possible.

Plusieurs indicateurs peuvent être élaborés par le contrôle budgétaire pour mesurer les performances de ces centres :

- Coût : coût de production, taille du lot économique, niveau des stocks ;
- Qualité : taux de rebut, taux de panne, critère de qualité ;
- Délai : délai de réponse à la demande.

#### ➤ Centre de dépenses discrétionnaires

Pour les services fonctionnels dont la mission est d'aider une activité opérationnelle, un centre de coûts discrétionnaire est créé avec un budget fixe pour gérer au mieux l'opération.

A la différence des centres de coûts, cette solution est utilisée quand il n'est pas possible de rattacher le service directement à un output identifiable.

Le contrôle du centre se fait alors sur la capacité à respecter une dotation budgétaire.

#### ➤ Centre de recettes

L'unité doit maximiser le chiffre d'affaire du produit ou de l'activité visée. Les performances des responsables peuvent être évaluées avec deux optiques différentes :

---

<sup>46</sup> ALAZARD, C, SEPARI, S. Op.cit. P. 2214.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

- Dans une vision de contrôle-sanction : l'indicateur de gestion sera le volume de ventes réalisées ;
- Avec une dimension supplémentaire de conseil et d'expérience : des indicateurs sur les variables influençant les ventes sont possibles tels que le taux de remise consenti au client, le délai de paiement accordé, le nombre de visites effectuées aux clients, etc.

Il est préférable de mettre en place des critères de gestion par rapport aux moyens mis en place plutôt que par rapport aux résultats pour apprécier la performance des responsables.

### ➤ Centre de profit

Le service doit dégager la marge maximale en améliorant les recettes des produits vendus et en minimisant les coûts de ces produits.

Les centres de profit d'une entreprise devraient correspondre aux segments stratégiques définis par l'analyse stratégique, produit-marché, métier, niches, etc.

Les vrais centres de profit sont peu nombreux car la marge d'autonomie des responsables couvre rarement la gestion des ressources (coûts, investissements) et la gestion des recettes (ventes, prix, gammes...).

Les critères de performance et de gestion sont nombreux puisque tous les domaines influencent plus ou moins directement le profit :

- Résultat net, soldes intermédiaires ;
- Taux de marge, profit/chiffre d'affaires ;
- Ratio de rentabilité du capital investi, au sens d'actifs confiés à l'entité mais pas en termes de capitaux propres dont le montant échappe aux unités opérationnelles.

### ➤ Centre d'investissement

Le service concerne doit dégager la meilleure rentabilité possible des capitaux investis tout en réalisant un profit.

Les moyens d'action portent sur le capital et les investissements choisis mais aussi sur tous les coûts contribuant à obérer le cash-flow. Correspondant à des décisions stratégiques, les centres d'investissement se situent généralement au plus haut niveau hiérarchique.

Les indicateurs de gestion sont les critères de rentabilité classiques des capitaux investis : ratio de rendement des actifs : bénéfice/actif ; taux interne de rentabilité ; valeur actuelle nette ; niveau de cash-flow ; ratio d'endettement ; etc.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

Les centres d'investissement, à l'inverse des centres de profit qui ne recherchent trop souvent que des bénéfices à court terme, ont une vision à long terme.

L'ensemble de ces définitions est repris dans le tableau synthétique suivant. Il est à noter que les indicateurs de performance synthétique sont abandonnés au profit d'indicateurs plus spécifiques tendant à distinguer :

- Les résultats de la gestion courante et celles des investissements ;
- Les critères de gestion et ceux de performance.

**Tableau N°03 : les centres de responsabilité**

<b>Nature de centre de responsabilité</b>	<b>Caractéristiques et éléments de responsabilité</b>	<b>Critères et indicateurs utilisés</b>
<b>Centre de coûts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectif d'activité prévisionnelle(outputs) au moindre coût tout en respectant des objectifs de qualité de délai.</li> <li>- Le centre n'est pas responsable de son niveau d'activité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantité produite</li> <li>- Coût unitaire de l'UO</li> <li>- Coût unitaire des produits (coût rationnel)</li> <li>- Qualité</li> <li>- Délai</li> </ul>
<b>Centre de dépenses discrétionnaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de définition d'outputs mesurables.</li> <li>-Objectif de respect de l'enveloppe budgétaire prévu.</li> <li>-Qualité du service rendu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Coût total du centre.</li> <li>-Qualité de service en termes de taux de réclamations, temps moyen de traitement d'un dossier, etc.</li> </ul>
<b>Centre de recettes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Maximiser un chiffre d'affaire en termes de niveau de composition des ventes.</li> <li>-Quelquefois, minimiser des frais de commercialisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Montant de chiffre d'affaire.</li> <li>-Structure de ce chiffre (s'apparente la notion de la qualité du CA).</li> </ul>

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

		-Coût propre au centre.
<b>Centre de profit</b>	<p>-Responsabilité globale en terme du chiffre d'affaire et de consommations compte tenu de moyens (humain et capitaux) alloués et de spécificités concernant les outputs.</p> <p>-Peu ou pas de responsabilité sur l'adéquation capacité utilisé/capacité disponible.</p>	<p>-Marge générée avant financement des moyens alloués : EBE</p> <p>-Efficience du centre : production/moyens utilisés</p> <p>-Rendement des moyens alloués = marge/capitaux</p> <p>-Qualité des produits</p> <p>-Respect des délais.</p>
<b>Centre d'investissement ou de rentabilité</b>	<p>-Responsabilité globale en terme du chiffre d'affaire, de consommation et d'un certain niveau de rentabilité des actifs.</p> <p>-Responsabilité des coûts de capacité</p>	<p>-Vision globale de l'efficience</p> <p>-Coût de gaspillage = production/moyens utilisés</p> <p>-Coût de l'oisiveté = moyens utilisés/moyens disponibles</p>

Source : ALAZARD et SEPARI « contrôle de gestion manuel et application »

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

### **Section 02 : Le processus de contrôle budgétaire dans les administrations publiques**

#### **1. Définition**

Un processus est un enchaînement d'activités qui contribuent à la création d'un bien ou d'un service. BESCOUS et MENDOZA<sup>47</sup>, définissent le processus comme « un ensemble d'activités liés en vue d'atteindre pour objectif commun (ex : ensemble d'activités nécessaire à la facturation d'un client) ». BESCOUS et all (1993) : « le processus pour lequel les dirigeants de l'entreprise s'assurent que les moyens sont utilisés de manière efficace et efficiente pour atteindre les objectifs fixés ».

A propos des deux définitions de BESCOUS et MENDOZA (1993)<sup>48</sup>, les auteurs soulignent que le contrôle budgétaire n'est pas une action isolée mais qu'il s'agit d'un processus. Ils rappellent le caractère finalisé de ce processus en mentionnant explicitement la notion d'objectifs. Ils ont mis en valeur la dimension incitative du contrôle budgétaire, abordant ainsi de façon implicite le thème majeur de la convergence des buts, développer dans la thèse et les travaux ultérieurs de M. FIOL (1991).

#### **2. Le processus de contrôle budgétaire**

Les budgets révèlent ce vers quoi l'organisation veut aller. Ils précisent la cible à atteindre et les moyens d'y parvenir. Mais rien ne garantit que l'entreprise réalise les objectifs qu'elle s'est fixés. C'est pourquoi il est essentiel d'associer aux budgets un système de contrôle budgétaire dont le but est de vérifier la réalisation des objectifs<sup>49</sup>.

En effet, la démarche budgétaire traduit une volonté d'anticipation et de maîtrise du devenir de l'organisation. C'est cette volonté d'anticipation que nous qualifions de suivi contrôle budgétaire. Pour un exercice donné les prévisions budgétaires sont établies et divisées annuellement.

En d'autres termes, le suivi contrôle budgétaire est un système d'alerte qui permet aux responsables d'être informés en cas de dérapage par rapport aux prévisions afin qu'ils réagissent.

---

<sup>47</sup> BESCOS. P, MENDOZA. C, « le management de la performance », ed comptable Malessherbes, 1994, p42.

<sup>48</sup> BESCOS. L et all, « contrôle de gestion et management », ed Montcherestien, 1993.

<sup>49</sup> CABANE Pierre. L'essentiel de la finance à l'usage des managers. Paris : EYROLLES. 2001.p.263.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

Lorsqu'une organisation adopte un système de gestion budgétaire, ses responsables de différents niveaux se voient dotés de plans d'actions à court terme « les budgets », qu'ils ont le plus souvent contribué à établir lors d'une phase de négociation préalable. Mais l'élaboration de ses plans resterait un exercice formel si elles n'étaient complétées par un suivi effectif des réalisations. Il revient précisément au contrôle budgétaire de procéder au rapprochement entre les prévisions budgétaires et les réalisations des centres de responsabilités de l'organisation. Ce rapprochement vise à déceler les écarts inévitables entre prévisions et réalisations, à les interpréter afin d'adopter les mesures correctives qui pourraient se révéler nécessaire par rapport aux plans d'actions initialement élaborés<sup>50</sup>.

GERVAIS, Michel qui s'intéresse au contrôle de gestion l'a défini comme : la comparaison permanente des résultats réels et des prévisions chiffrées figurant aux budgets afin<sup>51</sup> :

- De rechercher les cause(s) d'écarts ;
- D'informer les différents niveaux hiérarchiques ;
- De prendre les mesures correctives éventuellement nécessaires ;
- D'apprécier l'activité des responsables budgétaires.

Le contrôle budgétaire consiste à faire des comparaisons, parfois à établir des corrélations à faire des analyses. Il s'agit d'une fonction décentralisée au niveau de chaque responsable d'unité de gestion<sup>52</sup>. Il s'agit de :

- **Comparer** ce qu'on a prévu à la réalité (investissement, exploitation, coûts et prix), c'est-à-dire à détecter les écarts par rapport aux budgets et, de là, aux objectifs ;
- **Analyser** les évolutions et les écarts en valeur absolues et en valeurs relatives sans trop s'attarder sur des chiffres et des écarts peu significatifs ;
- **Décider** ce qu'il y a lieu de faire pour parvenir à l'optimum en agissant vite avant que les actions correctives ne coûtent trop cher et qu'elles n'aient plus d'influence sur le respect des objectifs.

---

<sup>50</sup> Elie COHEN. Dictionnaire de gestion. Paris : La découverte.2004. p.81.

<sup>51</sup> ALAZRD Claude et GERVAIS Michel. « Contrôle de gestion et planification de l'entreprise »1990 Ed :2ème. p. 226.

<sup>52</sup> Lochard J, 1998, « La gestion budgétaire : outil de pilotage des managers », Edition d'organisation, Paris, P.37.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

Le contrôle budgétaire permet l'amélioration des performances de l'entreprise, on distingue trois types de contrôle :

### **2.1 Le contrôle avant l'action (à priori)**

Le responsable d'un centre de responsabilité dispose d'une délégation qui lui permet d'engager les ressources (financières, humaines, ou autres...) dans le cadre d'un budget défini. Ce contrôle permet de s'assurer que les dépenses engagées s'inscrivent dans le cadre budgétaire. Il permet aussi de s'assurer que les dépenses non prévues au budget ne pourraient être engagées sans l'accord de la direction générale. Ainsi les risques de dépassement budgétaire peuvent être considérablement limités.

### **2.2 Le contrôle pendant l'action**

C'est-à-dire pendant l'exercice budgétaire. Il a pour objectif de repérer rapidement les décalages entre les prévisions et les réalisations de façon à mettre en œuvre les actions correctives nécessaires. Pour réaliser ce contrôle, il faut pouvoir fournir, de façon permanente et rapide, aux opérationnels, les informations sur les réalisations. Avant de mettre en œuvre des actions correctives, on effectue des analyses complémentaires pour expliquer les causes de décalage. La technique de l'analyse des écarts est utilisée pour comprendre l'origine des problèmes.

### **2.3 Le contrôle après l'action (à postériori)**

Il consiste à la comparaison des performances avec les prévisions et les réalisations avec les engagements inscrit au budget. Ce suivi sert aussi à :

- Informer l'ensemble des responsables hiérarchiques des éventuels écarts ;
- Rechercher et analyser les causes de ces écarts ;
- Proposer les actions et corriger les écarts constatés ;
- Procéder éventuellement à l'ajustement du budget ;
- Apprécier la performance des responsables budgétaires<sup>53</sup>.

La comparaison entre prévisions et réalisations constitue une phase primordiale du contrôle budgétaire et qui doit être effectuée d'une façon efficace et rapide, et ceci mène à identifier Les causes d'écarts. Ces dernières doivent être rectifiées par la mise en place des actions correctives adéquates. En revanche, ces actions seront sans effets si les écarts

---

<sup>53</sup> ALAZRD Claude et GERVAIS Michel, Op.cit. P.227.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

proviennent des causes extérieures. Néanmoins, si elles sont issues des modifications internes structurelles le budget initial va subir des modifications.

Dans les autres situations :

- Les écarts budgétaires positifs seront encouragés ;
- Les écarts budgétaires négatifs doivent être annihilés ;
- L'évolution des écarts globaux doit mener à des actions qualité ou de travail sur la motivation.

De manière générale, sur le dégagement des écarts il convient d'effectuer la comparaison de la prévision à l'objectif budgétaire. Il faut également faire la comparaison du réalisé mensuel avec la dernière prévision et non le budget pour en tirer des enseignements immédiatement pour la nouvelle prévision.

Le suivi budgétaire est un outil essentiel au pilotage. C'est à la fois un outil de mesure, d'analyse, de projection et de simulation de la performance économique. Il est indissociable de la construction du budget : il s'inscrit dans sa continuité et servira de support pour la préparation du budget suivant.

Sans suivi budgétaire, le budget perd tout son sens et ne peut justifier tout le temps et l'énergie qu'on a y consacré. Le suivi budgétaire n'est pas qu'un outil de mesure et d'analyse, c'est surtout un outil tourné vers l'action. C'est pourquoi il ne peut se suffire d'une vision du passé mais doit donner au responsable les moyens de se projeter sur les mois à venir et réévaluer revenus et dépenses en fonction des changements éventuels et ainsi décider en connaissance de cause<sup>54</sup>.

L'ensemble des budgets traduit l'engagement de chaque responsable devant la direction de l'organisation, cet engagement doit être cohérent avec l'objectif d'activité retenu. Le cadre d'analyse et de calcul des budgets et la constatation des réalisations nécessite la mise en place de comptabilité analytique dans une entreprise. Le budget donc est une synthèse de ce que l'organisation souhaite faire ou estime pouvoir faire<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Désiré Marie Noëlle et HIRCH Daniel. et al. Le grand livre du contrôle de gestion. Paris : EYROLLES. 2013.p.102.

<sup>55</sup> Lauzel.P, Teller.R, « contrôle de gestion et budgets ». 8Ed SIREY. Paris 1999. P. 236.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

Périodiquement et rapidement, les valeurs réelles constatées sont mises en parallèle avec chacun des responsables intéressés, pour rendre aisées ces confrontations périodiques entre les budgets et les réalisations, puis en dégager des écarts significatifs. La discussion de ces écarts avec les responsables, doit être une étude en commun, qui vise à entreprendre des actions de redressement, pour se rapprocher des objectifs dont on s'est provisoirement écarté, pour une adaptation éventuelle du budget des périodes suivantes<sup>56</sup>.

### 3. Les conditions préalables à la mise en œuvre de contrôle budgétaire

Le processus budgétaire suppose remplir certaines conditions préalables d'efficacité qui sont les suivant <sup>57</sup> :

- Mise en place d'une structure décentralisée ;
- Délégation systématique du pouvoir ;
- Prise en compte des problèmes humains.

Pour remplir ces conditions, le contrôle budgétaire en tant que fonction complémentaire de délégation de responsabilités, doit comprendre :

- Un ensemble de procédures qui apportent de négociations horizontal et vertical pour l'ajustement des objectifs ;
- Des outils de gestion qui apportent des informations sur la marche de chaque sous système par rapport aux objectifs.

### 4. La démarche de la surveillance des budgets

L'analyse des budgets est préparée en commun avec une discussion objective, afin de trouver le moyen nécessaire pour délimiter l'écart entre la prévision et l'objectif à atteindre, si cet écart est significatif, la surveillance des budgets consiste<sup>58</sup> :

- À mesurer les performances de gestion ;
- À les confronter aux objectifs en analysants les écarts ;
- À proposer éventuellement de nouveaux objectifs ou des actions correctrices.

Un écart est révélateur soit <sup>59</sup> :

---

<sup>56</sup> Lauzel.P, Teller.R. Op.cit. P. 236.

<sup>57</sup> Idem p. 238.

<sup>58</sup> Idem p.238.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

- D'une modification des données ;
- De l'apparition d'un phénomène inconnu ;
- D'une erreur d'appréciation des conséquences des décisions ;

L'analyse et l'interprétation des écarts permettent de mettre à jours les informations, intégrer de nouveaux éléments dans l'analyse et de modifier l'évaluation escomptée des performances et de contrôler les résultats en provoquant le dialogue sur les nouvelles décisions à prendre.

La surveillance des budgets est une procédure qui permet d'orienter les responsables sur les nouvelles actions à entreprendre

### 5. La procédure de contrôle budgétaire

Le processus d'élaboration des budgets, est considéré comme la traduction du programme d'activité en terme du budget, ce dernier est fixé par rapport à des objectifs, cette démarche prévisionnelle est engagée afin que ses objectifs soient réalisés, ce qui justifier le suivi des réalisations et l'analyse des écarts. Sans eux, il n'aurait pas d'effet-miroir donc pas d'actions correctives, ni de phénomènes d'apprentissage. L'ensemble des budgets et le suivi de leurs réalisation constitué le contrôle budgétaire, qu'est pour objectif d'aider les chefs de chaque centre de responsabilité d'allant dans le sens des objectifs fixé et des budgets alloué<sup>60</sup>.

La procédure de contrôle budgétaire vise à faire en sorte que les résultats obtenus aillent dans le sens des objectifs souhaités, sa mise en œuvre s'articule généralement autour de deux phases <sup>61</sup> :

- Perception d'un écart, d'une déviation par rapport aux objectifs ;
- Réaction face à cet écart.

---

<sup>59</sup> Lauzel.P, Teller.R, Op. Cit, P239.

<sup>60</sup> Lörning.H, Mallert.V, Op.cite, P117.

<sup>61</sup> Gervais.M, « contrôle de gestion et la stratégie de l'entreprise » Op.cite, P.443.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

### 5.1. Constatation des écarts budgétaire

Avant de déterminer des écarts budgétaires, il est nécessaire de s'interroger sur <sup>62</sup> :

- Les propriétés qu'ils doivent posséder ;
- La procédure à utiliser pour en effectuer le constat ;
- Le moment opportun de l'exercice du contrôle budgétaire.

Le contrôle budgétaire est à la fois permanent et périodique, il est tout d'abord permanent au niveau du responsable budgétaire, dont le contrôle va s'exercer sur les recettes et les dépenses liée à l'action du responsable, un tel suivi lui permettra à tout moment d'orienter son action à court terme et d'informer sa hiérarchie, s'il le juge utile. En outre le service comptable lui communiquera périodiquement le montant des dépenses qui sortent de sa responsabilité budgétaire, une telle information lui permettra d'avoir une vision complète de son domaine d'activité et de pouvoir se situer dans le contexte global de l'entreprise.

Le suivi budgétaire devient périodique, lorsque le responsable d'un budget rend compte à sa hiérarchie des résultats obtenus dans son département. A date fixe des rapports (comptes rendus) chiffrés et explicatifs sont élaboré et transmis par voie hiérarchique. Ces comptes rendus doivent <sup>63</sup> :

- Reconstitué des masses de recettes et de dépenses comparable à la prévision ;
- Déterminer des écarts et d'en expliquer les plus significatifs ;
- Faire état des mesures prises par le responsable, au vu des écarts constatées pour orienter les actions.

Le destinataire de ces comptes rendus doit <sup>64</sup> :

- Analysera chacun des rapports ;
- Consolidera les chiffrages de service qui dépendent de lui ;
- Dégagera les écarts globaux.

---

<sup>62</sup> Gervais.M, op.cit. p 444.

<sup>63</sup> Idem P447.

<sup>64</sup> Idem. P448.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

En fonction de ces analyses, il adressera aux responsables budgétaires des demandes d'explications complémentaires et l'annonce des décisions prise par le siège, au vu des résultats du contrôle et il envoie au supérieur hiérarchique la synthèse des contrôles effectués.

Après la récapitulation des données issues de différents rapports budgétaire, le budget d'ensemble sera contrôlé par la direction générale<sup>65</sup>.

Par ailleurs, mensuellement des réunions de suivi budgétaire, autour du contrôleur de gestion les responsables d'un niveau hiérarchique données et leur supérieur. Au cours de celles-ci, chaque responsable fera le point sur la situation qu'il rencontre, après un large échange de vues, les actions correctives déjà mises en œuvre seront harmonisées et d'autres seront éventuellement décidées.

Un compte rendu de séance sera établi par le contrôleur de gestion afin qu'il soit possible, lors des réunions suivantes, d'apprécier l'état d'avancement des mesures arrêtées et le degré de conformité de leur exécution.

### **5.2. Mise en œuvre des actions correctives<sup>66</sup>**

Une fois que les réalisations mesurées et communiqués, seuls les écarts les plus importants ou ceux les plus significatif seront analysés, pour qu'une action corrective soit mise en œuvre.

#### **5.2.1. Choix des écarts significatifs :**

Chaque poste de recettes ou de dépenses, faisant l'objet d'une prévision budgétaire, un contrôle systématique conduirait rapidement à une multitude d'écarts de tous sens et de toutes tailles. Pour ne retenir que les écarts pertinents, le contrôle budgétaire se rattache à deux principes :

- Un contrôle par exception ;
- Un contrôle flexible.

---

<sup>65</sup> Gervais.M, Op.cit. P.449.

<sup>66</sup> Idem P 450.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

La règle du contrôle par exception aboutit à ne présenter ou à n'expliquer que les écarts qui sortent d'un seuil d'acceptation préalablement défini, chaque responsable budgétaire doit donc apprécier, rubrique par rubrique, le niveau de ces seuils en fonction<sup>67</sup>:

- Du coût qu'entraînera l'analyse de l'écart par rapport au bénéfice attendu ;
- Du degré d'incertitude qui existe sur la norme préétablie ;
- Des conséquences qu'aura sur le résultat global de l'entreprise, la constatation de tel niveau d'écart ;
- Des moyens d'action dont dispose le responsable pour corriger ou non ces écarts sans recours au supérieur hiérarchique.

La règle de contrôle flexible consiste à analyser les écarts d'une manière efficace et pertinente il faut avoir défini préalablement la part respective des frais fixes et des frais variables existant dans chaque rubrique budgétaire, afin de pouvoir estimer des budgets flexibles correspondent à différents niveaux d'activité et déterminer ainsi les causes de la variation constatée.

### 6. Le contrôle budgétaire outils de suivi de la performance

Le contrôle budgétaire est une démarche importante, qui sert à analyser les budgets qui sont élaborer en fonction d'objectifs afin d'atteindre une meilleure rentabilité. Le suivi de la performance de l'entreprise repose sur une mesure d'écarts par rapport aux objectifs et éventuellement aux années antérieures. Cette mesure d'écarts, permettra à l'entreprise de prendre des décisions correctives, et le fait de disposer de prévisions et d'objectifs permet de limiter le champ de l'analyse et d'améliorer l'efficacité<sup>68</sup>.

Les écarts entre prévision et réalisation peuvent servir d'alerte, dans le cas de constatation d'un écart significatif, l'entreprise doit donc déclencher une réaction, mais pour que cette réaction soit pertinente il faut d'abord <sup>69</sup> :

- Rechercher les causes d'écarts ;
- Imaginer la solution qui sera adaptée en tenant compte des contraintes de temps.

---

<sup>67</sup> Gervais. M. Op.cit p 451.

<sup>68</sup>Giraud.F, Olivier.S, « contrôle de gestion et pilotage de la performance », 3ed, Gualino, P250.

<sup>69</sup> Idem P. 251.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

Pour analyser les causes de l'écart de performance globale, il est nécessaire de disposer une décomposition de l'écart global en écarts élémentaire, cette décomposition se fera en suivant les indicateurs retenus, pour mesurer la performance ces indicateurs constituent le modèle qui va structurer la recherche des causes de cet écart significatif<sup>70</sup>.

La compréhension des causes réelles de l'écart de performance global, nécessite donc l'interprétation des écarts élémentaires, et l'interprétation repose le plus souvent sur une réflexion collective organisée. La constatation et l'analyse des écarts ont pour but d'améliorer le processus d'apprentissage ainsi que la rentabilité de l'entreprise<sup>71</sup>.

### **7. Les conditions d'efficacité du suivi budgétaire**

Le suivi budgétaire est un outil de mesure et d'anticipation pertinent et dynamique, qui aide les responsables à mener à bien leurs missions et contribuer efficacement aux résultats de l'entreprise. Pour que le suivi budgétaire soit efficace et utile il doit :

#### **7.1. S'assurer de la pertinence des données**

Les informations présentées dans un suivi budgétaire doivent être pertinente, afin d'éviter que la lecture des écarts ne conduise à des conclusions et à des prises de décisions erronées, car toute déviation évoque une non-performance potentielle. Donc le contrôleur de gestion, doit s'assurer avant toute diffusion, la pertinence des chiffres du budget et que les chiffres de la comptabilité sont bien la transcription fidèle de l'activité de la période<sup>72</sup>.

#### **7.2. Adapter la périodicité de suivi aux besoins des utilisateurs**

Le suivi budgétaire généralement est mensuel ou trimestrielle dans les organisations disposant de moins de ressources. La fréquence mensuelle peut se révéler insuffisante pour certains (suivi des ventes par secteur, par exemple), inversement elle ne s'impose pas pour le suivi des dépenses dont la maîtrise est assurée par autres dispositif (dépenses contractualisées comme loyers ou salaire)<sup>73</sup>.

---

<sup>70</sup> Giraud. F. Olivier. S. op.cit. P251.

<sup>71</sup> Idem. p. 252.

<sup>72</sup> Désiré-Luciani.M, Hisch.D, « le grand livre du contrôle de gestion », Ed Eyrolles, Paris 2013, P290.

<sup>73</sup> Idem P.291.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

La fréquence des états de suivi doit être donc adaptée aux besoins d'information des responsables à qu'elle est destinée et leurs besoins de réactivité, dans le cas d'un suivi mensuelle, il est souhaitable que les responsables disposent d'information au plus tard dans les huit premiers jours de mois suivant.

### 7.3. Rendre le suivi directement lisible et exploitable

Pour que les opérationnels puissent faire le lien avec leurs activités et identifier des priorités d'actions, le contrôleur de gestion doit veiller à transformer les données brutes en données opérationnels. Les données pourront être rendues plus facilement exploitables :

- En faisant apparaître le nom des produits, activités, lignes de fabrication, et les intitulés de dépenses plutôt que les comptes comptables ;
- En mettant le réalisé et le budget en perspective avec les données d'activité familières aux responsables (volume de ventes, de productions, de consommations matières, nombre d'heures...), ce qui prépare mieux l'analyse des écarts<sup>74</sup>.

Les états de suivi budgétaire ne doivent pas pour autant, présenter aux responsables des chiffres trop détaillés, la présentation doit permettre d'aller à l'essentiel.

### 7.4. Utilisation régulière de suivi budgétaire

La dernière condition d'efficacité de suivi budgétaire c'est son utilisation régulière par leurs destinataires. La direction générale ou le contrôleur de gestion doit créer un rendez-vous mensuel sous forme de dialogue autour de suivi budgétaire<sup>75</sup>.

L'une des principales difficultés avec le contrôle budgétaire est donc la nature de l'information recueillie, car ne permettant ni l'anticipation, ni la compréhension des phénomènes et des leviers d'action pour agir rapidement lorsque les résultats se dégradent.

L'élaboration des plans d'action et des budgets nécessite de nombreuses navettes budgétaires, celles-ci sont horizontales quand elles concernent les ajustements existant au sein d'un même service. Elles sont verticales quand elles se traduisent par des confrontations des points de vue entre deux niveaux hiérarchiques différents.

---

<sup>74</sup> Désiré-Luciani.M, Hisch. D op cit, P292.

<sup>75</sup> Lörning. H, Mallert.V, OP Cite, P131.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

### Section 03 : les outils de contrôle budgétaire

Le contrôle budgétaire est la troisième étape de la gestion budgétaire après la prévision et la budgétisation. Il permet de comparer les réalisations avec les prévisions. Cette comparaison fait apparaître des différences qu'on appelle écarts, les analyser et prendre des mesures correctrices dans le but de rapprocher le résultat attendu. C'est aussi un outil de vérification qui permet à la direction de vérifier la performance des différents centres de responsabilité.

Le contrôle budgétaire s'appuie sur une approche comptable de l'organisation et fournit des indicateurs financiers qu'on appelle écarts (exprimés en unités monétaires) à l'aide des outils de la prévision et de la budgétisation.

#### 1. La comptabilité générale

La comptabilité générale est un outil de contrôle budgétaire au niveau de direction qui représente la situation de l'organisation et aussi considérée comme la première source d'information de l'organisation, qui fournit des informations globales.

##### 1.1. Définition de la comptabilité générale

La définition donnée par le plan comptable générale « la comptabilité est un system d'organisation financier permettant de saisir, classer, enregistrer des données de base chiffrés et de présenter des états reflétant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et de résultat et de l'entité à date de clôture »<sup>76</sup>.

##### 1.2. Les objectifs de comptabilité générale

Les objectifs de la comptabilité générale répondent à trois types de besoin :

- Aide à la décision (délais de paiement des clients, mesure et prévision du résultat, position de la trésorerie, capacité d'emprunt et de remboursement...);
- Evaluation des éléments de l'entreprise (actifs et passifs du bilan, charges et produits du compte résultat...);
- Contrôle extérieur des dirigeants concernant les performances et les risques, la bonne qualité de la gestion de leur gestion, la poursuite des objectifs annoncées...).

---

<sup>76</sup> Davasse H, Parruitte M, 2011, « Introduction à la comptabilité », ed Faucher, P.12.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

### 2. La comptabilité analytique

La comptabilité analytique est une discipline particulière issue de la comptabilité générale. Elle permet de procéder au calcul de différents coûts et constitue, à ce titre, un véritable outil de gestion et de pilotage d'un hôpital.

#### 2.1 Définition de la comptabilité analytique

Plusieurs définitions ont été données à la comptabilité analytique, nous nous limiterons en deux définitions suivantes :

**Définition N°1 :** la comptabilité analytique est un outil de gestion destiné à suivre et à examiner les flux internes de l'entreprise afin de fournir les informations nécessaires à la prise de décision<sup>77</sup>.

**Définition N°2 :** la comptabilité analytique est un système de saisie et de traitement de l'information permettant une analyse et un contrôle des coûts dans l'entreprise par des reclassements, des regroupements, ventilation, abonnements, calcul de charge...etc. En utilisons l'information comptable élémentaire rectifiée ou non<sup>78</sup>.

#### 2.2 Les objectifs de la comptabilité analytique

La comptabilité analytique est un mode de traitement de données dont les objectifs essentiels sont les suivant <sup>79</sup> :

- Connaître les coûts des différents fonctions assumées par l'hôpital ;
- Déterminer les bases d'évaluation de certains éléments du bilan de l'établissement ;
- Expliquer les résultats en calculant les coûts des services de soins pour réaliser les écarts ;
- Etablir les prévisions de charges et de produit courants (coût préétablis et budget d'exploitation, par exemple) ;
- Constater les réalisations et expliquer les écarts qui en résultent (contrôle des couts et des budgets, par exemple).

D'une manière générale, elle doit fournir tous les éléments de nature à éclairer les prises de décisions. Pour atteindre ces objectifs, le système de comptabilité analytique d'une

---

<sup>77</sup> Melyon G, Mlyon K, Raimbourg PH, 2013, « Comptabilité analytique », 5e Edition Bréal Paris, P08.

<sup>78</sup> Martinet A, Silem A, 2003, « Lexique de gestion », Dolloz, Paris, P.115.

<sup>79</sup> Yves Villeguérin et all, 2014, « dictionnaire de pratiques, comptable et financier, groupe revue fiduciaire »,12 Edition, Paris, P. 343.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

entreprise est conçu en fonction de sa structure organique et des activités d'exploitation particulière qu'elle exerce.

### 3. Le Tableau de bord

Un tableau de bord est « un document rassemblant, de manière clair et synthétique, un ensemble d'information organisé sur des variables choisies pour aider à décider, à coordonner, à contrôler les actions d'un service, d'une fonction, d'une équipe »<sup>80</sup>.

#### 3.1 Le rôle du tableau de bord <sup>81</sup>

Les attentes associées au tableau de bord sont nombreuses : il a dû d'abord compenser des limites d'autres outils et puis, au fur et à mesure de temps, la souplesse de ses utilisations a suscité un développement de plus en plus large de ces rôles.

- **Le tableau de bord, instrument de contrôle de gestion et de comparaison :**

Le tableau de bord permet de contrôler en permanence les réalisations par rapport aux objectifs fixés dans le cadre de la démarche budgétaire. Il attire l'attention sur les points clés de la gestion et sur leur dérive éventuelle par rapport aux normes de fonctionnement prévues. La qualité de cette fonction de comparaison et de diagnostic dépend évidemment de la pertinence des indicateurs retenus.

- **Le tableau de bord, aide à la décision :**

Le tableau de bord donne des informations sur les points clés de la gestion et sur ses dérapages possibles mais il doit surtout être à l'initiative de l'action. La connaissance des points faible doit être obligatoirement complétée par une analyse des causes de ces phénomènes et par la mise en œuvre d'action corrective suivies et menées à leur terme.

Ce n'est pas que sous ces conditions que le tableau de bord peut être considéré comme une aide à la décision et prendre sa véritable place dans l'ensemble des moyens du suivi budgétaire. De manière idéale, un tableau de bord devrait aider :

- Pour une prise de décision en temps réel dans l'entreprise ;
- Pour une prise de décision répartie ;
- Pour des informations adaptées à chaque décideur ;
- Pour le pilotage d'objectifs diversifiés.

---

<sup>80</sup> Alazard C, Sépari S, 2010, Op. Cit, P.552.

<sup>81</sup> Idem, P. 552-553.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

- **Le tableau de bord, outils de dialogue et de communication**

Le tableau de bord, dès sa parution, doit permettre un dialogue entre les différents niveaux hiérarchiques. Il doit permettre au subordonné de commenter les résultats de son action, les faiblesses et les points forts. Il permet des demandes de moyens supplémentaires ou des directives plus précises. Le supérieur hiérarchique doit coordonner les actions correctives entreprises en privilégiant la recherche d'un optimum globale plutôt que des optimisations partielles.

### **3.2 Les type du tableau de bord <sup>82</sup>**

Trois types de tableau de bord qui sont comme suite :

#### **3.2.1 Le tableau de bord d'activité**

Suit les opérations d'un système, sont être réfléchi en fonctions des impacts souhaités dans l'environnement. Les résultats ne permettent pas d'apprécier l'efficacité des activités et de remettre en question les manières de fonctionner, puisqu'ils ne renseignent pas sur les effets produit sur la clientèle. Ce type de tableau de bord comporte généralement trop d'information et il est par nature « destiné à tout le monde et à personne en particulier ».

#### **3.2.2 Le tableau de bord de pilotage :**

Est construit à partir d'indicateur d'effet et d'impact, puisque l'organisation ne contrôle pas toutes les variables, « les objectifs comportent une part de risque pour le responsable » et c'est cette part de risque qui pousse à l'innovation ceux réussissent dans l'incertitude, ce sont ceux « qui ont préparé, structuré, formalisé le « comment faire » de leurs action » pour mieux relever les défis.

Ce type de tableau de bord et celui qui est le plus valorisé par les théoriciens de la gestion axée sur les résultats, car il incite à l'amélioration continu pour atteindre les objectifs.

#### **3.2.3 Le tableau de bord de projet :**

Suit l'évolution d'un projet précis à partir de la date du début jusqu'à la fin. Il se divise en plusieurs phases composées chaque une d'activité et aux quelles s'associent des biens livrables intermédiaires. Bien que plus pertinent que le tableau de bord d'activité, puisque les projets cherchent à modifier les manières de faire ce type de tableau de bord

---

<sup>82</sup> Saulau. J.Y, 2006, « Tableau de bord pour les décideurs qualité », Afnor, la plaine sainte. Denis, P.30-32.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

demeure insuffisant pour considérer la qualité des projets en termes d'impact dans l'environnement voyer.

### **4. Le reporting**

Le reporting est un outil de contrôle a posteriori, primordiale pour les établissements publics dont la gestion décentralisée. Le reporting permet de fournir à la hiérarchie un compte rendu périodique des actions accomplies et des résultats obtenus par une unité de gestion.

#### **4.1. Définition du reporting**

Le reporting est « un ensemble d'indicateurs de résultat, construit a posteriori de façon périodique afin d'informer la hiérarchie des performances d'une unité »<sup>83</sup>.

#### **4.2. L'objectif de reporting**

Le reporting permet au supérieur hiérarchique direct ou à la direction générale d'effectuer un suivi soutenu du pilotage de la performance confié au responsable de chacune des unités de gestion <sup>84</sup> :

- En vérifiant la réalisation des objectifs ;
- En mesure le poids des écarts ;
- En appréciant la pertinence des actions correctives et leurs résultats.

Le reporting ne doit comporter que des données synthétiques pertinentes afin de faciliter leur interprétation, leur comparaison et les prise de décisions.

### **5. Le système d'information**

Le contrôle de budgétaire envisage ses rapports avec le système d'information il sert a déterminé la façon dont il contribue al prise de décision et à la connaissance des besoins de gestionnaires en matière d'information.

#### **5.1 Définition du système d'information**

Le système d'information est « un système utilisateur machine intégrée qui produit de l'information pour assister les êtres humains dans les fonctions d'exécution, de gestion et de prise de décision »<sup>85</sup>. Et aussi « Un système d'information se définit par l'information qu'il véhicule et par la manière dont il l'exprime sur ses différents supports. C'est un langage de

---

<sup>83</sup> Doriath B, 2008, « Le contrôle de gestion en 20 fiches », 5e Edition Dunod, Paris, P143.

<sup>84</sup> Béatrice, Grandguillot F, 2018, « L'essentiel du contrôle de gestion » ,10eEdition Lextenso, P. 168.

<sup>85</sup> Marsal C, Travail D : Les systèmes d'information de pilotage, les tableaux de bord, Fargo-centre de recherche en finance, Architecture et gouvernance des organisations, cahier du Fargo, n°1060901, Septembre, 2006, p.2.

## Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier

---

communication d'une organisation, adapté à la nature plus ou moins répétitive de l'information que l'on veut y'échanger »<sup>86</sup>.

Ces définitions qui mettent en avant les aspects prise de décision et communication montrent la place que peut avoir le système d'information dans les organisations.

### 5.2 Les finalités du système d'information

Trois buts, dont figure le contrôle, sont assignés au système d'information<sup>87</sup>

- **Le contrôle** : le système d'information doit être la mémoire de l'organisation, en traitant les données passées et en constituant un historique qui servira de base de comparaison afin de déceler toute anomalie dans l'organisation, en ce sens le système d'information doit être fiable.
- **La coordination** : le système d'information par son aspect dynamique traite aussi les informations relatives au présent en assurant la coordination entre les différents services, le système doit être rapide.
- **La décision** : le système d'information traite des informations concernant le futur, il doit permettre de construire des scénarios et grâce à la simulation de rendre possible le choix d'une solution plus au moins optimale, donc d'une prise de décision, le système d'information doit être pertinent.

---

<sup>86</sup> Marsal C, Travail D, Op. Cit, P.2.

<sup>87</sup> Nobert V, 2006, « Le contrôle : pour améliorer la performance de l'entreprise », 3e Edition, P.350.

## **Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier**

---

### **Conclusion**

A partir de ce Chapitre, nous avons démontré l'importance de la gestion budgétaire qui est considéré comme étant une fonction partielle de contrôle de gestion. Elle permet à l'entreprise d'atteindre ses objectifs et de faire face aux difficultés qu'elle rencontrera dans l'avenir.

La gestion budgétaire met en évidence une démarche qui consiste en la prévision, la budgétisation et le contrôle budgétaire. L'utilisation de contrôle budgétaire a pour objectif de déterminer dans quelle mesure une organisation atteint ses objectifs en termes financiers.

Il est nécessaire de comparer régulièrement les revenus et les dépenses réelles par rapport aux revenus et aux dépenses budgétées. Pour cela, il faut être capable de préparer un rapport d'analyse des écarts.

Le contrôle budgétaire montre dans quels domaines les dépenses sont trop élevées, à quels domaines ou à la réalisation de quels objectifs n'a pas été consacré suffisamment d'argent afin de permettre aux responsables de prendre les décisions adéquates.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

### Introduction

Le CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou a été créé en 1986 par le décret n° 86/302 du 16 décembre afin de répondre à la demande croissante de population de la wilaya et des régions avoisinantes. Cet établissement hospitalier, comme c'est le cas de tous les établissements de santé publique, est confronté à plusieurs problèmes, dus essentiellement à des problèmes purement financiers.

L'hôpital CHU connaît des transformations profondes par les réformes hospitalières engagées pour la modernisation de la gestion pour une meilleure performance, des nouveaux instruments de pilotage se sont mis en place, et suite à des réformes purement financières la nécessité de mettre en place un système de gestion budgétaire efficace et efficiente est indispensable, cela a entraîné un développement rapide des outils du contrôle budgétaire avec la surgie d'une grande variété d'outils et des méthodes.

Ce présent chapitre traduit nos connaissances théoriques sur un cas réel, notamment la phase de contrôle budgétaire au sein de CHU Nedir Mohamed. Il est composé de deux sections, la première section s'agit d'une courte présentation de la direction finance et contrôle du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou et la deuxième section traite la pratique de contrôle budgétaire au sein de CHU de Tizi-Ouzou.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

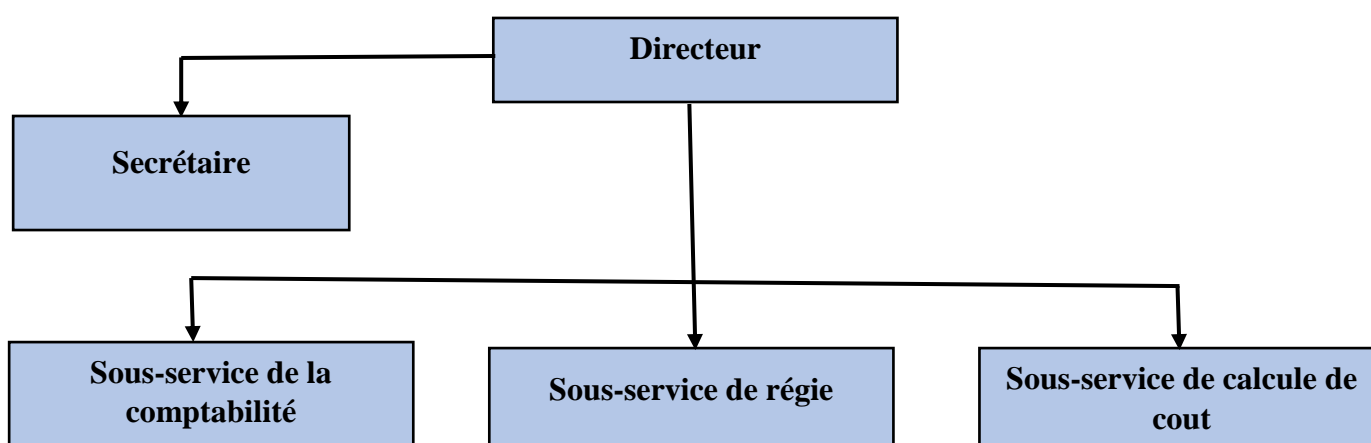
### Section 01 : Présentation de la direction finance et contrôle du CHU Tizi-Ouzou

Nous avons effectué notre stage au niveau de la direction des finances et contrôle, qui relève du ministère de la santé. Elle a été créée par l'arrêté interministériel du 26/04/98 fixant l'organisation administrative des CHU. Elle assure principalement la gestion et le suivi des opérations d'exécution des dépenses et des recettes, la vérification des pièces et la préparation du budget du CHU.

Dirigée par une directrice, elle comporte trois (03) sous services :

- Sous service de la comptabilité ;
- Sous service de régie ;
- Sous service de calcul de cout.

Figure N°02 : Organigramme de la direction de finance et contrôle



Source : document interne à la direction des finances du CHU T.O.

#### 1. La sous-direction des finances.

Elle comporte les bureaux suivants.

##### 1.1 Le bureau du budget et de la comptabilité :

Il est chargé des missions suivantes :

- Etablir les prévisions budgétaires ;
- Repartir par chapitres et par parties, les crédits alloués par titre, par le ministère de la santé ;

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

- Faire adopter par le conseil d'administration le projet réparti et le faire approuver par le ministère de la tutelle ;
- Assurer le suivi de l'exécution du budget à travers la comptabilité des engagements et des paiements ;
- Confectionner les situations budgétaires périodiques (mensuelles et trimestrielles), faisant ressortir les crédits, les engagements, les budgets, les mandatements et les paiements par article du budget ;
- Tenir un fichier fournisseur, renouvelables tous les ans ;
- Suivre les paiements en marches ;
- Produire le compte administratif après la clôture de chaque année budgétaire, dont une copie est transmise à la cour des comptes au plus tard, le 30 juin de l'année suivante.

### 1.2 Le bureau de régie :

Il a pour mission de prendre en charge par le biais de la régie et des différentes sous régies, l'ensemble des recettes réalisées par l'établissement. Celles-ci provenant de :

- L'Etat.
- La CNAS dans leurs participations au budget des établissements de santé ;
- Des ressources propres de l'établissement constituées par :
  - La contribution des patients aux consultations et aux frais de restauration et d'hôtellerie (ticket modérateur) ;
  - Les remboursements des caisses d'assurances, des séances de dialyse prodiguée aux malades concernés par cette pathologie ;
  - Les prestations assurées dans le cadre de la médecine du travail ;
  - Les prestations assurées aux profils des établissements privé liées avec le CHU par une convention, telle que la fourniture des produits sanguins et l'incinération des déchets hospitaliers ;
  - D'assurer le paiement en espèce de certaines dépenses revêtant un caractère exceptionnel, voir urgent ;
  - Consigner l'ensemble de ces recettes.

### 2. Sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts

Cette sous-direction est créée en vertu de l'arrêté interministériel du 26 avril 1998, portant sur l'organisation des centres hospitalo-universitaire. Elle est rattachée à la direction des finances et du contrôle. La mise en place de cette fonction calcul des couts intervient dans le cadre des réformes engagées dans le secteur de la santé par les pouvoirs publics. Son

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

organisation selon l'arrêté interministériel suscité, la sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts est composée de deux (02) bureaux à savoir : le bureau de la maîtrise des coûts, le bureau de la facturation.

### 2.1 Le bureau de la maîtrise des coûts

Il est chargé essentiellement de :

- Calculer le coût global des activités pratiquées par les services hospitaliers.
- Déterminer le coût par unité d'œuvre (journée d'hospitalisation, consultation, examen...) et par service selon le découpage de l'établissement en centres des responsabilités.
- Recueillir les données relatives à l'activité des différents services (hospitalisation, examens biologiques et radiologiques, séances de dialyse, consultation, etc.)
- Elaborer les rapports trimestriels et annuels relatifs au calcul des coûts détaillés par service et par rubrique de dépense selon le guide méthodologique élaboré par commission ad-hoc.
- Effectuer des études et analyses des données et résultats relatifs aux services afin de donner d'éventuelles explication ou éclaircissement, notamment en ce qui concerne l'évolution des dépenses d'un service donnée d'une période à une autre.

Le bureau de la maîtrise des coûts est chargé notamment de :

- Recueillir les données relatives aux actes et prestations prodigués aux malades hospitalisés sur la base de la fiche navette ;
- Contrôler la tenue correcte et régulière de la fiche navette dans les services d'hospitalisations afin de permettre une meilleure évaluation de l'activité et éventuellement de la qualité des soins ou de la prise en charge des malades ;
- Etablir des décomptes des frais d'hospitalisations afin individualisés à la sortie du malade hospitalisé ;
- Déterminer éventuellement la part qui revient à chaque partie concernée, à savoir le malade lui-même, la caisse d'assurance, les mutuelles, l'Etat...etc. Les objectifs de l'introduction du calcul des coûts ;
- Maîtriser les dépenses d'établissement de santé ;
- Aider les responsables à la prise de décision et à l'élaboration des budgets prévisionnels ;
- Mesurer la performance des services ;
- Evaluer l'efficacité et l'efficience d'une stratégie, d'un programme en décision en matière de santé au sein d'un établissement hospitalier ;

## **Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas**

---

- Créer un tableau de bord contenant des indicateurs aidant les responsables d'établissements quant à l'utilisation rationnelle des moyens à la disposition de l'hôpital.

*Chapitre III : Terrain  
de recherche et étude  
de cas*

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

### Section 02 : La pratique du contrôle budgétaire au sein du CHU NEDIR Mohamed

Le budget destiné au CHU, comporte deux grands titres chaque titre contient des chapitres (09 chapitres pour le titre I et 18 chapitres pour le titre II) et chaque chapitre contient des articles (83 articles pour le titre I et 99 articles pour le titre II).

#### ➤ La répartition budgétaire

**Le titre I** : est destiné aux dépenses du personnels, il est réparti sur 09 chapitres :

- Chapitre 1 : Traitement d'activités des personnels titulaires et stagiaires et des coopérants ;
- Chapitre 2 : Indemnités et allocation diverses ;
- Chapitre 3 : Traitement d'activité des résidents, des internes et des externes ;
- Chapitre 4 : Traitement des personnels contractuels ;
- Chapitre 5 : Charges sociales des personnels titulaires et stagiaires et des coopérants ;
- Chapitre 6 : charges sociales des résidents, des internes et des externes ;
- Chapitre 7 : Charges sociales des personnels contractuels ;
- Chapitre 8 : Pensions de services et pour dommages corporels et rente d'accidents de travail ;
- Chapitre 9 : Contribution aux œuvres sociales.

**Le titres II** : est destiné aux dépenses de fonctionnement ; il est réparti sur 18 chapitres

- Chapitre I : Remboursement de frais
- Chapitre 2 : Frais judiciaires et indemnités dues par l'Etat ;
- Chapitre 3 : Matériels et mobilier
- Chapitre 4 : Fournitures ;
- Chapitre 5 : Habillements ;
- Chapitre 6 : Charges annexes ;
- Chapitre 7 : Parc automobile ;
- Chapitre 8 : Entretien et répartition des infrastructures ;
- Chapitre 9 : Frais de formation de perfectionnement, de recyclage et de stage de personnels ;
- Chapitre 10 : Frais liés aux congrès, séminaires et autres manifestations scientifiques
- Chapitre 11 : Alimentation et frais de restauration ;
- Chapitre 12 : Loyers ;

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

- Chapitre 13 : Médicaments, produits pharmaceutiques et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux ;
- Chapitre 14 : Dépenses d'actions spécifiques de prévention ;
- Chapitre 15 : acquisition et maintenance du matériel, accessoires et outillage médicale ;
- Chapitre 16 : remboursement des frais d'hospitalisation et d'exploration avec les hôpitaux de l'armée et les organismes publics au titre des malades transférés, ne relevant pas d'une pathologie régie par une convention particulière ;
- Chapitre 17 : dépenses de recherche médicale ;
- Chapitre 18 : dépenses liées au jumelage entre établissements publics de santé.

La répartition du budget par titre et par chapitre et faite par le ministère de la santé, c'est à dire, que le budget arrive à l'hôpital avec une répartition préalable de l'Etat.

L'Etat accorde à la direction de l'hôpital le choix de répartir le budget sur les différents articles, mais cela ne signifie pas une décentralisation de la prise de décisions de fait que chaque transfert d'un chapitre à un autre doit y avoir l'aval de la tutelle.

La répartition du budget par article se fait par la présence du directeur général et des sous directions. Après répartition du budget par chapitre et article, donc il peut être exécuté.

### **1. Les recettes de l'hôpital Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou**

Les recettes de budget du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou proviennent de plusieurs sources, à savoir : l'Etat, les organismes de la sécurité sociale les autres recettes représentées par les remboursements de la CNAS au titre des prestations régies par convention, les reliquats des exercices antérieurs et les recettes provenant de l'activité de l'établissement (consultation médecine de travail, frais de consultation des malades, vente de sang au cliniques privés, la banalisation, ...).

#### **1.1 La dotation primitive**

C'est un budget autorisé pour le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou en principe avant le début de l'année pour couvrir les dépenses de l'année en cours, mais en pratique, la plupart du temps après quelques mois de début de l'année. Le tableau suivant illustre la contribution de chaque source au titre de l'exercice 2021.

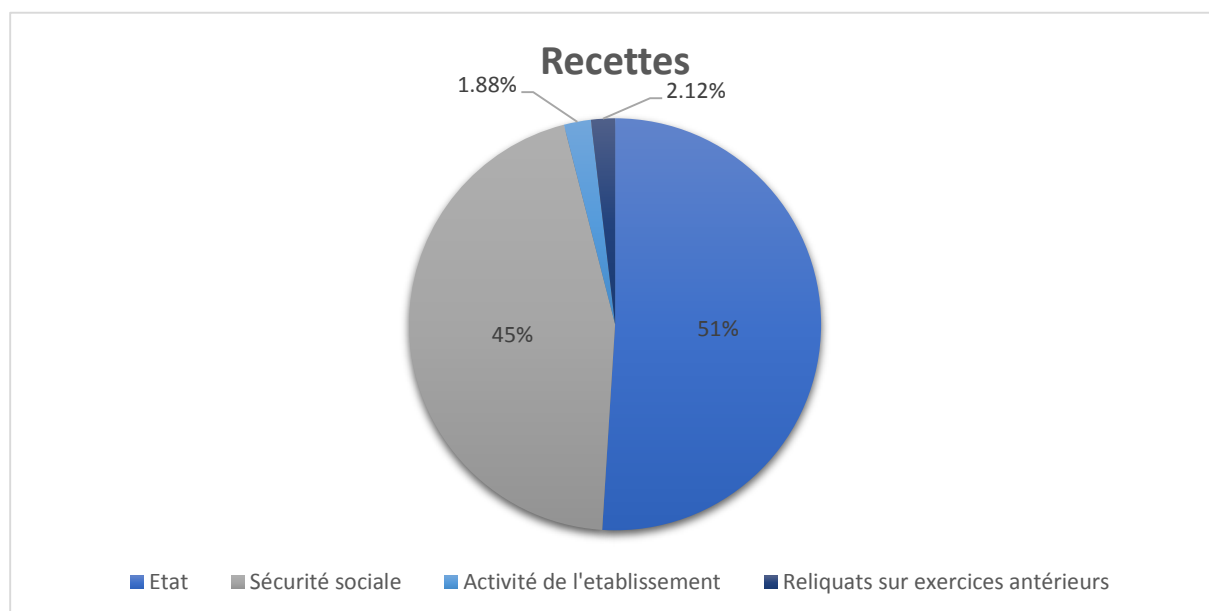
## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

**Tableau N°04** : les recettes de CHU Nedir Mohamed pour l'exercice 2020

Libellé	Montant	Pourcentage (%)
Contribution de l'Etat	2 999 340 600.00	51%
Contribution des organismes de la sécurité sociale	2 646 477 000.00	45%
Recettes provenant de l'activité de l'établissement	55 281 964.00	1.88%
Autres recettes	-	00%
Reliquats sur exercices antérieurs	124 678 472.00	2.12%
<b>Total</b>	<b>5 881 060 000.00</b>	<b>100%</b>

Source : réalisé par nos soins à partir des données de CHU Nedir Mohamed

**Figure N°03** : les recettes de CHU Nedir Mohamed pour l'exercice 2020



Source : réalisé par nos soins à partir des données de CHU Nedir Mohamed

A partir de tableau précédent et du graphique circulaire nous remarquons que la part du budget de l'état est la plus importante (**51 %**), vient ensuite en deuxième position la sécurité sociale qui couvre (**45 %**) du totale des recettes. Quant aux recettes provenant de l'activité de l'établissement, elles ne couvrent qu'un faible pourcentage qui est d'ordre de (**1.88 %**). En dernière position, vient le reliquat sur exercice antérieur qui couvre que (**2.12%**). Nous constatons aussi, que les autres recettes provenant de la caisse nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) au titre des prestations régies par conventions, n'a enregistré aucune couverture.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

### 1.2. Le budget complémentaire

Le budget complémentaire (ou budget supplémentaire) est une dotation budgétaire qui intervient au cours de l'exercice pour couvrir les dépenses imprévues. Le recours à la dotation complémentaire pour l'exercice 2021 est dû à l'insuffisance de la dotation primitive qui est de (2 940 530 000.00) et qui couvre (85 %) du total des besoins du CHU de Tizi-Ouzou.

**Tableau N°05** : les dépenses de CHU de Tizi-Ouzou pour l'exercice 2021

Titres	Crédits alloués	Budget supplémentaire	Budget final
<b>Titre I</b>	2 896 000 000.00	364 000 000.00	3 260 000 000.00
<b>Titre II</b>	2 940 530 000.00	519 460 000.00	3 459 990 000.00
<b>Total</b>	<b>5 836 530 000.00</b>	<b>883 460 000.00</b>	<b>6 719 990 000.00</b>

Source : réalisé par nos soins à partir des données de CHU Nedir Mohamed

**Titre I « dépenses des personnels »** : pour l'exercice 2021 les dépenses des personnels représentent **49 %** de total de budget d'une somme de **3 260 000 000.00 DA**. Le titre I a subi un budget supplémentaire d'une somme de **364 000 000.00 DA** pour couvrir quelques nouveaux articles ajoutés à la nomenclature budgétaire du titre I à cause de la pandémie covid-19, à titre d'exemple l'article 58 du chapitre 2 : Prime exceptionnelle aux profits de personnels et établissement publics relevant du secteur de la santé, mobilisés dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19.

**Titre II « dépenses de fonctionnement »** : les dépenses de fonctionnement pour l'exercice 2021 représentent **51 %** de total de budget d'une somme de **3 459 990 000.00 DA**. Le titre II a subi un budget supplémentaire d'une somme de **519 460 000.00 DA** pour raison de l'insuffisance de budget alloué pour couvrir les frais de l'article 5 du chapitre 13 : Gaz médicaux et autres dans la période du covid-19.

### 1.3. Les autorisations de transferts de crédits

Même avec les dotations complémentaires (BS), le service budget ne pouvait faire face aux dépenses nécessaires et inévitables tel que les dépenses du personnel, du médicament et d'alimentation. Cette situation pousse les gestionnaires à effectuer des mutations ou des transferts budgétaires entre les titres, en faveur de certains titres au détriment des autres ou entre les chapitres du même titre dont leurs dépenses ne sont pas urgentes.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

Cette mutation budgétaire s'appelle transferts de crédits, qui nécessitent :

- L'accord du MSPRH pour des mutations d'un titre à l'autre sachant que le titre I (dépenses du personnel) n'est pas concerné par les transferts de crédits.
- L'accord du directeur du CHU pour un transfert d'un chapitre à l'autre dans le même titre.

**Tableau N° 06** : exemple de transfert de crédits chapitre à chapitre pour l'exercice 2020

### Etat « A » crédits annulés

TIT	CHAP	LIBELLES	CREDIT INITIAL	CREDIT ANNULE	CREDIT REVISE
<b>II</b>		<b>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</b>			
	<b>9</b>	Frais de formation, de perfectionnement, de recyclage et de stage des personnels	4 250 000.00	4 000 000.00	250 000.00
	<b>10</b>	Frais liés aux congrès, séminaires, et autres manifestations scientifiques	6 250 000.00	2 850 000.00	3 400 000.00
	<b>18</b>	Dépenses liées au jumelage entre établissements publics de santé	3 800 000.00	3 800 000.00	-
<b>Total chapitre II</b>			<b>14 300 000.00</b>	<b>10 650 000.00</b>	<b>3 650 000.00</b>

### Etat « B » crédits ouverts

TIT	CHAP	LIBELLES	CREDIT INITIAL	CREDIT OUVERT	CREDIT REVISE
<b>II</b>		<b>DEPENSE DE FONCTIONNEMENT</b>			
	13	Médicaments, produits pharmaceutiques, et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux	2 856 000 000.00	10 650 000.00	2 866 650 000.00
<b>Total chapitre II</b>			<b>2 856 000 000.00</b>	<b>10 650 000.00</b>	<b>2 866 650 000.00</b>

Source : réalisé par nos soins à partir des données de CHU Nedir Mohamed

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

Les tableaux A et B représentent un transfert de crédit d'un chapitre à chapitre (inter chapitre). Le tableau A c'est l'annulation de crédit du :

- **Chapitre 9** : frais de formation, de perfectionnement, de recyclage et de stage de personnels d'une somme de **4 000 000.00 DA**
- **Chapitre 10** : frais liés aux congrès, séminaires et autres manifestations scientifiques d'une somme de **2 850 000.00 DA**
- **Chapitre 18** : dépenses liées au jumelage entre établissements publics de santé d'une somme de **3 800 000.00 DA**

Les crédits annulés sont des crédits restés non consommés dans ces chapitres, pour cela il est nécessaire de les transférer et de les consommer dans d'autres chapitres dont leurs crédits sont insuffisants. L'annulation de ces crédits est dû au besoin de crédit dans le chapitre 13 du titre II.

Le tableau B c'est l'ouverture du crédit pour le chapitre 13 : médicaments, produits pharmaceutiques et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux, d'une somme de **10 650 000.00 DA**, ce crédit ouvert est dû à l'insuffisance du crédit initial du chapitre 13 qui est de **2 856 000 000.00 DA**.

Le transfert de crédits chapitre à chapitre doit avoir l'accord de la direction de la santé de la wilaya de Tizi-Ouzou (DSP), et le visa du contrôleur financier pour qu'il soit valable est applicable.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

**Tableau N°07 : exemple de transfert de crédit article à article pour l'exercice 2020**

### Etat « A » crédits annulés

TIT	CHAP	ART	LIBELLES	CREDIT INITIAL	CREDIT ANNULLE	CREDIT REVISE
II			<b>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</b>			
	9		<b>Frais de formation, de perfectionnement, de recyclage et de stage des personnels</b>			
		1	Frais de stage de courte durée à l'étranger (allocations d'études, frais de voyage, frais d'inscription et de scolarité, frais de visa et d'assurance)	4 000 000.00	4 000 000.00	-
	10		<b>Frais liés aux congrès, séminaires, et autres manifestations scientifiques</b>			
		2	Frais liés à la prise en charge des délégations étrangères dans le partenariat et des échanges scientifiques	2 850 000.00	2 850 000.00	-
	18		<b>Dépenses liées au jumelage entre établissements publics de santé</b>			
		1	Frais de missions et déplacements	3 800 000.00	3 800 000.00	-
<b>TOTAL TITRE II</b>				<b>10 650 000.00</b>	<b>10 650 000.00</b>	<b>-</b>

### Etat « B » crédits ouverts

TIT	CHAP	ART	LIBELLES	CREDIT INITIAL	CREDIT ANNULLE	CREDIT REVISE
II			<b>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</b>			
	13		<b>Médicaments, produits pharmaceutiques, et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux</b>			

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

		5	Gaz médicaux et autres	75 000 000.00	10 650 000.00	85 650 000.00
<b>Total titre 13</b>				<b>75 000 000.00</b>	<b>10 650 000.00</b>	<b>85 650 000.00</b>

Source : réalisé par nos soins à partir de données de CHU Nedir Mohamed

Les tableaux A et B représentent un transfert de crédit d'un article à article (inter article). Le tableau A c'est l'annulation de crédit du :

- **L'article 1 du chapitre 9** : Frais de stage de courte durée à l'étranger (allocations d'études, frais de voyage, frais d'inscription et de scolarité, frais de visa et d'assurance) d'une somme de **4 000 000.00 DA**. L'annulation de cette somme est dû à l'absence des bourses d'étude à l'étrangers au cours de l'année 2020 en raison de covid-19.
- **L'article 2 du chapitre 10** : Frais liés à la prise en charge des délégations étrangères dans le partenariat et des échanges scientifiques d'une somme de **2 850 000.00 DA**. L'absence des délégations étrangères est dû au confinement imposé par les différents pays étrangers à cause de la pandémie covid-19.
- **L'article 1 du chapitre 18** : Frais de missions et déplacements d'une somme de **3 800 000.00 DA**. L'annulation d'une partie des frais de missions est dû à la diminution des déplacements du personnels pour éviter les regroupements pour stopper la propagation du coronavirus.

Le tableau B c'est l'ouverture du crédit pour l'article 5 du chapitre 13 : Gaz médicaux et autres d'une somme de **10 650 000.00 DA**, ce crédit ouvert est dû à l'insuffisance du crédit initial du l'article 5 qui est du **75 000 000.00 DA**. L'hôpital a eu une note du ministère pour acheter le gaz médical, et avoir le maximum de quantités possibles afin de stopper la crise du gaz en 2020 qui est dû au covid-19.

Le transfert de crédits inter articles doit avoir un accord du directeur général du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

### 2. Prévision budgétaire du CHU de Tizi-Ouzou

La prévision budgétaire consiste à fixer le montant probable des ressources publiques et à évaluer le montant des dépenses publiques, susceptible d'être inscrites dans le budget de la tutelle.

La prévision budgétaire est établie selon la lettre d'orientation du ministère de finance qui est dans la majorité de cas :

- Etat de paie de mois d'avril de l'année en cours ;
- Etat récapitulatif des prévisions budgétaires de l'année N-1 par chapitre accompagné par un cahier d'observation (exploitation sur la dépense) ;
- Etat de consommation du budget de l'année écoulée, à travers le compte administratif qui est établi à la fin de chaque exercice budgétaire et qui nous renseigne sur le taux d'exécution du budget en pourcentage ;
- Prévision, estimation et information sur la subvention de l'Etat, car le budget des établissements publics de santé bénéficie d'une augmentation d'environ 11% chaque année cela est dû à plusieurs raisons.

#### 2.1 Attribution du directeur de l'établissement

Il a pour rôle de préparer le budget général de l'établissement, il établit également les comptes prévisionnels qui sont adaptés par le conseil d'administration.

Il est assisté par deux services internes de l'établissement. Le service administratif financier qui joue le rôle de rapporteur de la situation financière de l'établissement et par la cellule de contrôle de gestion qui est chargée de faire le point sur l'exécution du budget et sur la situation de trésorerie, de faire le rapport périodique sur l'état de la gestion dans l'établissement, d'apporter toutes informations financière nécessaires pour la prise des décisions.

#### 2.2 Les organes consultatifs

L'établissement public de santé hospitalier est doté d'organes consultatifs, et plusieurs commissions consultatives dont la composition et les attributions fixées par le décret exécutif n°97-467 du 02 Décembre 1997. Précise la nature et la compétence de ces commissions. Selon l'article 1 du décret apporte la dénomination de ces commissions il s'agit :

- ✓ Le conseil médical d'établissement ;
- ✓ Conseil scientifique d'établissement.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

Et c'est pour le premier qu'est arrogée la faculté d'émettre son avis dans la préparation du budget. Selon article 27 du décret susnommé dresse les attributions de la commission médicale d'établissement et lui reconnaît, entre autres, le pouvoir de « émettre un avis sur le projet de budget... » L'avis émis par la CME ne lie, certes, ni la direction de l'établissement chargée d'assurer la préparation du budget, ni le conseil d'administration chargée d'assurer la préparation du budget, ni la participation d'un organe représentatif aussi bien sur le plan technique que sur le plan administratif de l'ensemble des services de l'établissement. Quant à la commission scientifique d'établissement (CSE) il ne dispose d'aucune prérogative en matière budgétaire et n'intervient que sur le plan technique. L'avis CME marque la fin de la phase de la préparation du projet de budget. La finalisation de la préparation du budget n'intervient qu'avec son adaptation par le conseil d'administration.

### 2.3 Le vote du budget

Le budget devra être soumis à l'aval de l'instance supérieure de l'établissement incarné par le conseil d'administration. Il devra, ensuite être soumis à l'appréciation de la tutelle avant d'acquiescer, en principe, force exécutoire.

### 2.4 La délibération du conseil d'administration de l'établissement

Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- Le plan de développement à court et moyen terme ;
- Le projet de budget de l'établissement ;
- Les comptes prévisionnels ;
- Les comptes administratifs ;
- Le projet d'organisation interne de l'établissement ;
- Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments, des équipements médicaux et des équipements connexes.

C'est par la voix délibérative que le budget et les comptes prévisionnels de l'établissement doivent être adoptés.

Le conseil détient le pouvoir original d'autorisation de l'exécution des recettes et des dépenses de l'établissement mais il ne dispose pas de pouvoir d'amendement. Il peut demander des explications plus fournies et il peut même solliciter la consultation d'experts mais ne peut procéder ni à un amendement ni à une modification du projet de budget soumis à sa délibération.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

Le vote délibératif du projet de budget sera constaté par procès-verbal signé par le président du conseil d'administration et consultable, par toute personne intéressée. Toute fois la délibération du conseil d'administration de l'établissement est frappé d'un sursis à exécution justifié par un contrôle et une approbation devant émaner de la tutelle.

En recapitulant, au cours de premier trimestre de l'année N, les responsables du CHU de Tizi-Ouzou élaborent le budget prévisionnel de l'année N+1, Ce dernier passe par les étapes suivantes :

- La négociation avec les chefs de services pour définir les objectifs à atteindre en termes d'activités, de recettes, de consommation de produits pharmaceutiques et de coûts moyens. Cette négociation est faite sur la base de l'analyse statistique de l'année N, et les résultats sont notés sur les fiches de contrats d'objectifs (fiches sur lesquelles sont inscrits les objectifs visés) élaborées à cet effet. Ces fiches sont signées conjointement par le directeur de l'hôpital et les chefs de services ;
- La préparation de l'avant-projet de budget par le directeur de l'hôpital, avec l'appui du service administratif et financier ;
- La soumission de l'avant-projet de budget au Conseil Médical Consultatif pour avis et amendements ;
- La présentation de l'avant-projet de budget au Conseil d'Administration, en vue de son acceptation ;
- La transmission de l'avant-projet au Ministère des Finances et au MSPRH.

**Tableau N°08 : l'état des prévisions budgétaires de l'année 2021 par chapitres de dépenses**

Nature des dépenses	Crédits budgétaires sollicités au titre de l'année 2020 (A)	Crédits alloués au titre du budget de l'exercice 2020 (B)	Ecart (B) – (A)	
<b>TITRE I : DEPENSES DES PERSONNELS</b>				
<b>Chapitre 01</b> : Traitement d'activité des personnels titulaires et stagiaires et des coopérants	1 982 713.00	864 214 030.00	(+)	862 231 317.00
<b>Chapitre 02</b> : Indemnités et allocations diverses	2 006 818 387.00	2 345 000 000.00	(+)	338 181 613.00

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

<b>Chapitre 03 :</b> Traitement d'activités des résidents, des internes et externes	773 500 000.00	3 689 400 000.00	(+)	2 915 900 000.00
<b>Chapitre 04 :</b> Traitement des personnels contractuels	63 000 000.00	93 000 000.00	(+)	30 000 000.00
<b>Chapitre 05 :</b> Charges sociales des personnels titulaires et stagiaires et des coopérants	565 000 000.00	675 952 875.00	(+)	110 952 875.00
<b>Chapitre 06 :</b> Charges sociales des résidents, des internes et des externes	30 000 000.00	45 756 600.00	(+)	15 756 600.00
<b>Chapitre 07 :</b> Charges sociales des personnels contractuels	22 000 000.00	321 000 000.00	(+)	299 000 000.00
<b>Chapitre 08 :</b> Pension de services et dommages corporels et rente d'accident de travail	7 972 138.00	6 871 280.00	(-)	1 100 858.00
<b>Chapitre 09 :</b> Contribution au œuvres sociales	75 000 000.00	60 000 000.00	(-)	15 000 000.00
<b>TOTAL TITRE I</b>	<b>3 700 000 000.00</b>	<b>3 429 170 000.00</b>	<b>(-)</b>	<b>270 830.00</b>
<b>TITRE II : DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</b>				
<b>Chapitre 01 :</b> Remboursement de frais	5 223 300.00	5 000 000.00	(-)	223 300.00
<b>Chapitre 02 :</b> Frais judiciaires et indemnités dues par l'état	1 428 000.00	1 300 000.00	(-)	128 000.00
<b>Chapitre 03 :</b> Matériels et mobiliers	40 985 400.00	32 865 000.00	(-)	8 120 400.00
<b>Chapitre 04 :</b> Fournitures	52 000 000.00	50 000 000.00	(-)	2 000 000.00
<b>Chapitre 05 :</b> Habillements	8 000 000.00	7 000 000.00	(-)	1 000 000.00
<b>Chapitre 06 :</b> Charges annexes	60 000 000.00	62 000 000.00	(+)	2 000 000.00
<b>Chapitre 07 :</b> Parc automobile	20 000 000.00	16 000 000.00	(-)	4 000 000.00

### Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

<b>Chapitre 08</b> : Entretien et réparation des infrastructures	100 000 000.00	92 000 000.00	(-)	8 000 000.00
<b>Chapitre 09</b> : Frais de formation de perfectionnement, de recyclages et de stage des personnels	3 000 000.00	1 259 600.00	(-)	1 740 400.00
<b>Chapitre 10</b> : Frais liés aux congrès, séminaires, et autres manifestations scientifiques	4 000 000.00	2 000 000.00	(-)	2 000 000.00
<b>Chapitre 11</b> : Alimentation et frais de restauration	160 000 000.00	141 000 000.00	(-)	19 000 000.00
<b>Chapitre 12</b> : Loyers	2 000 000.00	60 000.00	(-)	1 940 000.00
<b>Chapitre 13</b> : Médicaments, produit pharmaceutiques et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux	3 851 688 700.00	1 298 000 000.00	(-)	2 553 688 700.00
<b>Chapitre 14</b> : Dépenses d'actions spécifiques de prévention	28 000 000.00	22 000 000.00	(-)	6 000 000.00
<b>Chapitre 15</b> : Acquisition et maintenance au matériels accessoires et outillage médical	300 000 000.00	28 000 000.00	(-)	272 000 000.00
<b>Chapitre 16</b> : Remboursement des frais d'hospitalisation et d'exploration avec les hôpitaux de l'armée et les organismes publics au titre des malades transférés, ne relevant pas d'une pathologie régie par une convention particulière	400 000.00	236 925.00	(-)	163 075.00
<b>Chapitre 17</b> : Dépenses de la recherche médicale	-	-		-

### Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

<b>Chapitre 18</b> : Dépenses liées au jumelage entre établissements publics de sante	1 385 000.00	1 200 000.00	(-)	185 000.00
<b>TOTAL TITRE II</b>	<b>4 638 110 400.00</b>	<b>2 735 500 000.00</b>	<b>(-)</b>	<b>1 902 610 400.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8 338 110 400.00</b>	<b>6 164 670 000.00</b>	<b>(-)</b>	<b>2 173 440 400.00</b>

Source : réalisé par nos soins à partir des données du CHU Nedir Mohamed

A partir du tableau suivant nous constatons des grands écarts entre le budget de l'année 2021 et les prévisions de 2021 à savoir :

Un écart négatif d'une somme de **270 830.00 DA** concernant **le titre I** ce qui n'est pas significatif car le ministère des finances a alloué suffisamment de crédit concernant le titre I à savoir :

**Le chapitre 02** : indemnités et allocations diverses avec un écart positif de **338 181 613.00 DA**, cet écart est dû à la décision d'augmentation des salaires du personnel par le ministère, ce qui est indiqué dans **le chapitre 01** : traitement d'activité des personnels titulaires et stagiaires et des coopérants avec un écart positif de **862 231 317.00 DA**, les salaires ont augmentés donc automatiquement les indemnités des travailleurs vont augmenter, le régime indemnitaire varie en fonction de la variation des salaires des personnels (personnels paramédical, hospitaliers et administratifs).

**Le chapitre 05** : charges sociales des personnels titulaires et stagiaires et des coopérants, avec un écart positif de **110 952 875.00 DA**, cela est dû à l'augmentation des salaires des personnels, donc les charges qui représentent **25 %** des salaires des personnels vont augmenter en fonction d'augmentation des salaires et des indemnités.

**Le chapitre 03** : traitement d'activités des résidents, des internes et externes, avec un écart positif de **2 915 900 000.00 DA**, le ministère a décidé d'augmenter les personnels résidents, en plus, une augmentation de leurs salaires, donc les crédits alloués sont supérieurs aux prévisions.

**Le chapitre 06** : charges sociales des résidents, des internes et des externes, avec un écart positif de **15 756 600.00 DA**, ce qui est dû à l'augmentation des salaires des résidents dans **le chapitre 03**, l'augmentation des salaires implique une augmentation des charges qui représentent **25 %** des salaires.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

**Le chapitre 04 :** traitements des personnels contractuels, dans ce chapitre le crédit alloué est supérieurs au crédit sollicité d'un écart de **30 000 000.00 DA**, cet écart est dû à une décision ministérielle de recrutement de nouveaux postes budgétaires concernant les personnels contractuels.

**Le chapitre 07 :** charges sociales des personnels contractuels, avec un écart positif de **299 000 000.00 DA**, cet écart est dû aux nouveaux postes budgétaires accordés dans **le chapitre 04**, ce qui va impliquer une augmentation des charges qui représentent **25 %** des salaires, le chapitre 04 et le chapitre 07 varient l'un en fonction de l'autre.

**Les chapitre 08 et 09 :** pension de services et dommages corporels et rente d'accident de travail, contribution aux œuvres sociales ont des écarts négatifs de **1 100 858.00 DA** pour le chapitre 08 et **15 000 000.00 DA** pour le chapitre 09, cela est dû aux prévisions de l'hôpital qui sont élevés de 10 % par rapport au crédit alloué, ces prévisions ont été effectués en cas de forces majeurs imprévues (accidents de travail par exemple).

**Titre II :** Dépenses de fonctionnement, avec un écart d'une somme de **1 902 610 400.00 DA**, cela est justifier par :

**Le chapitre 06 :** charges annexes, avec un écart positif de **2 000 000.00 DA** qui est dû à la décision du ministère d'une dérogation pour payer les dettes concernant le chapitre 06, vu que l'hôpital n'as pas le droit de payer ses dettes sans autorisation du ministère des finances et ministère de la santé.

Un écart négatif concernant le **chapitre 13 :** Médicaments, produit pharmaceutiques et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux, d'une somme de **2 553 688 700.00 DA**. L'hôpital a effectué ses prévisions en prenant considération de la crise sanitaire « covid-19 » qui est apparu fin 2019, d'une estimation des dépenses pour le chapitre 13 de **3 851 688 700.00 DA** et cela pour faire face au besoin de l'hôpital des médicaments, gaz médicaux et des différents produits destinés à la médecine humaine, le ministère de la santé a accordé que **1 298 000 000.00 DA**, exceptionnellement pour le chapitre 13, il existes 2 annexes pour les ressources de crédit ; la première annexe (annexe 01) c'est le crédit alloué qui est de **1 298 000 000.00 DA**, la deuxième annexe (annexe 02) c'est un montant accordé par le ministère à l'hôpital pour l'achat des médicaments avec seulement des bons de commandes et c'est le ministère qui vas prendre en charge les frais de ces médicament. Avant d'arriver aux marchés, l'hôpital consomme d'abord le total de l'annexe 02, il effectue des bons de commandes pour la PCH et l'Institut Pasteur pour l'acquisition des médicaments

### Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

gratuitement jusqu'au l'épuisement du montant indiqué par le ministère, au même temps l'hôpital prépare son marché pour l'acquisition des médicaments avec le crédit de l'annexe 01, après avoir visé par le CF, l'hôpital effectue son marché et poursuit avec le crédit de l'annexe 01. Généralement le montant de l'annexe 02 couvre jusqu'au **60 %** de l'année, les **40 %** restant sont couverts par l'annexe 01 (budget alloué).

Le deuxième écart concerne le **chapitre 15** : Acquisition et maintenance au matériels accessoires et outillage médical, d'une somme de **272 000 000.00 DA**. L'hôpital a estimé une somme de **300 000 000.00 DA**, en raison de manque de matériels et outillage médicales, et les pannes des autres qui ont besoins des réparations coûteuses, le ministère de la santé a accordé que **28 000 000.00 DA** pour ce chapitre, et à la fin de l'année c'était cette somme uniquement qui a été dépensé dans le chapitre 15 en raison de ralentissement de l'activité de l'hôpital vu la pandémie covid-19, l'hôpital a donné importance pour le service du covid-19, pour accueillir le maximum des malades et éviter la propagation de la maladie.

Le troisième écart significatif c'est celui de **Chapitre 11** : Alimentation et frais de restauration d'un écart négatif de **19 000 000.00 DA**. L'hôpital a prévu une somme de **160 000 000.00 DA** or que le ministère a accordé que **141 000 000.00 DA** pour l'alimentation et les frais de restauration en raison de ralentissement de l'activité des marchés durant la crise covid-19 et la non-exécution de certains marchés et d'autres qui ne sont pas signés avec les fournisseurs. Malgré cela l'hôpital a pu faire face à ce ralentissement et il a pu répondre au besoin des malades et des personnels en matière d'alimentation et de restauration en effectuant des transferts de crédits des autres chapitres moins importants vers le chapitre 11 pour satisfaire les besoins de l'hôpital.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

### 3. Exécution et contrôle du budget

Après promulgation et l'approbation du budget par la tutelle, le budget n'est pas directement exécutoire par le CHU, il doit passer par trois phases, une répartition préalable (par la tutelle et une autre par le CHU), une phase d'exécution puis le contrôle.

L'exécution du budget se décompose en deux parties : l'opération de dépense et l'opération de recette. Chaque opération est composée de deux phases : la phase administrative et la phase comptable.

#### 3.1 Les dépenses :

L'exécution des dépenses est composée de deux phases : la phase administrative et la phase comptable.

##### 3.1.1 La phase administrative

La phase administrative est celle au cours de laquelle sont prises les décisions pour réaliser l'opération. C'est une fonction confiée à l'ordonnateur de l'établissement qui est souvent le directeur. Celui-ci a le pouvoir de faire naître une dépense publique dans la limite de l'autorisation budgétaire accordée. La phase administrative nécessite trois opérations qui sont respectivement :

- Engagement de la dépense ;
- La liquidation de la dépense ;
- Le mandatement de la dépense.

#### A. Engagement de la dépense

C'est une opération qui est définie comme l'acte de naissance d'une dépense publique. L'engagement constitue la première opération de l'exécution des dépenses. C'est un acte par lequel l'établissement public de santé CHU de T.O crée ou constate une obligation à son encontre. C'est l'ordonnateur de l'établissement qui est représenté par le directeur de l'établissement qui est la seule habilité à engager ses dépenses. La proposition d'engagement relève de la direction de l'établissement. Cette dernière est signée par l'ordonnateur de l'établissement dans la limite des crédits alloués. Aucune dépense ne peut être engagée sans être revêtue au préalable du visa du contrôleur financier.

Toutefois, certaines sont dispensées du visa préalable tels que : Les dépenses à caractère occasionnel qui ne peuvent être regroupées en vue de la passation d'un marché et qui sont répétitives imprévisibles. A titre indicatif, les frais des réparations urgentes (inondations,

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

pannes d'électricité, coupure d'eau à la suite d'une panne etc.). L'engagement a une double signification : engagement juridique et engagement comptable.

- **L'engagement juridique**

L'ordonnateur délivre un bon ou signe un contrat pour générer une dépense. Le document signé devient justifiable auprès des tribunaux en cas de litige.

- **L'engagement comptable**

Dès qu'il y a une émission de bon de commande ou signature de contrat, la règle est de réserver la somme d'argent qu'il faudra pour honorer l'engagement pris. L'opération d'engagement de la dépense se matérialise par l'établissement d'une fiche d'engagement. Cette fiche d'engagement doit contenir :

- Chapitre de la dépense
- Articles
- Ancien montant
- Nouveau montant
- Solde.

Elle est accompagnée de toutes les pièces justificatives de la dépense (bon de commande, factures...).

### **B. La liquidation**

Au terme de la loi 90-21 de 15 juillet 1990 relative à la comptabilité publique, la liquidation permet la vérification sur pièce et la fixation de montant exacte de la dépense publique, l'ordonnateur (le directeur de l'établissement) doit :

- S'assurer que le service est fait : le plus souvent, l'établissement publics ne sont pas débiteurs par le seul acte d'engagement, le recrutement d'un agent ne suffit pas à faire naître la dette. Celle-ci résulte de l'exécution de l'obligation par l'agent. Le paiement ne peut pas avoir lieu qu'à la contrepartie d'une prestation fournie.
- Evaluer le montant avec exactitude : c'est la détermination de la somme exacte à régler aux créanciers.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

### C. Le mandatement

Le mandatement est l'acte par lequel est donné l'ordre de payer la dépense publique. Voir la loi de 90-21 du 15 /08/1990. Dans la terminologie administrative, cet acte est appelé un mandat de paiement sur le mandat il doit figurer :

- La nature de la dépense ;
- Son imputation ;
- Son montant ;
- Le visa du contrôleur financier.

Le mandat doit être toujours accompagné des pièces justificatives de paiement à effectuer (la facture, état de paiement, la situation ...).il doit être signé par l'ordonnateur. S'il n'y a pas une erreur sur le contenu du mandant, ce dernier va être destiné au service des crédits, qui s'occupe du paiement des mandants.

#### 3.1.2 La phase comptable

Le comptable assure le paiement de dépenses, une fois ces derniers ont été engagées, liquidées et ordonnancées, il est chargé de contrôler la régularité de la dépense, sa conformité avec la loi et le règlement en vigueur.

#### A. Le paiement d'une dépense

Le paiement de la dépense est défini comme « l'acte libératoire de la dépense public ». C'est au comptable public d'achever toute la procédure, mais avant il doit s'assurer :

- Que tous les visas réglementaires existent (celui du contrôleur financier) ;
- Qu'il y a le caché service fait ;
- Que le crédit existe ;
- De l'imputation (chapitre ou article).

#### B. L'ordre de virement

C'est un document justificatif accompagnant la fiche de paiement, qui va être destinée à la banque.

### 4. Le contrôle de la dépense

Le contrôle de la dépense, prévient les dérivés et renforce l'efficacité des procédures. Dans les finances publiques, le contrôle permet d'évaluer les procédures qui entourent et

## **Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas**

---

couvrent la préparation budgétaire et aussi l'affectation des ressources. Donc, le contrôle est non seulement préventif mais aussi répressif. Le but du contrôle, est d'assurer la réalisation des objectifs définies au préalable et justifiés par une affectation des ressources.

Les établissements publics de santé, sont dotés d'une autonomie financière et budgétaire, pour cela un contrôle interne et externe lui est appliqué.

### **4.1 Le contrôle interne**

Il est effectué par la cellule de gestion de l'établissement, cette dernière présente un rapport trimestriel sur le fonctionnement de l'établissement, sur la gestion et sur l'état d'exécution de l'exercice en cours.

Ce rapport permet une vision prospective et récapitulative de la situation financière de l'établissement. Il dresse un état des lieux par rapport aux dépenses de l'établissement et aussi à leur situation d'exécutions. Il permet, en outre de relever les irrégularités éventuelles ou les manquements dans le fonctionnement financier de l'établissement.

### **4.2 Le contrôle externe**

Il est extérieur l'établissement, le contrôle est effectué par deux autorités différentes. Il peut s'agir du représentant local de l'Etat dans le cas d'un établissement public de santé régional ou départemental (wilaya). Il peut également s'agir du ministère des finances pour le cas des établissements publics de santé nationaux. Pour le premier cas, le contrôle est double.

D'abord dans l'adoption du budget, il est exigé du conseil d'administration de transmettre le projet de budget aux représentants de l'Etat pour approbation.

Ensuite, un pouvoir d'approbations est conféré aux représentants de l'état par le code des marchés publics. Les marchés d'un certain montant sont par le code des marchés publics. Les marchés d'un certain montant sont soumis à une approbation du conseil de l'administration de l'établissement.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

### 5. Le contrôle des situations financières

Le ministère de la santé (MSPRH), envoie à chaque fin d'exercice, un canevas destiné à la directrice de la DFC, qui le transmet à son tour aux employés du service. Ces derniers, ont un délai d'un mois pour le remplir et le remettre au MSPRH.

Ce canevas contient des informations sur :

- La situation financière de l'année achevée ;
- Situation financière par fournisseur sur le budget de fonctionnement ;
- La contribution d'achat pour compte du MSPRH ;
- L'état des paiements des dettes de l'exercice N et antérieur N-1 ;
- Etat des dettes par chapitre de l'exercice N et antérieur N-1 ;
- Etat des dettes par fournisseurs ;
- Dettes en litige ;
- Etat des débits d'office.

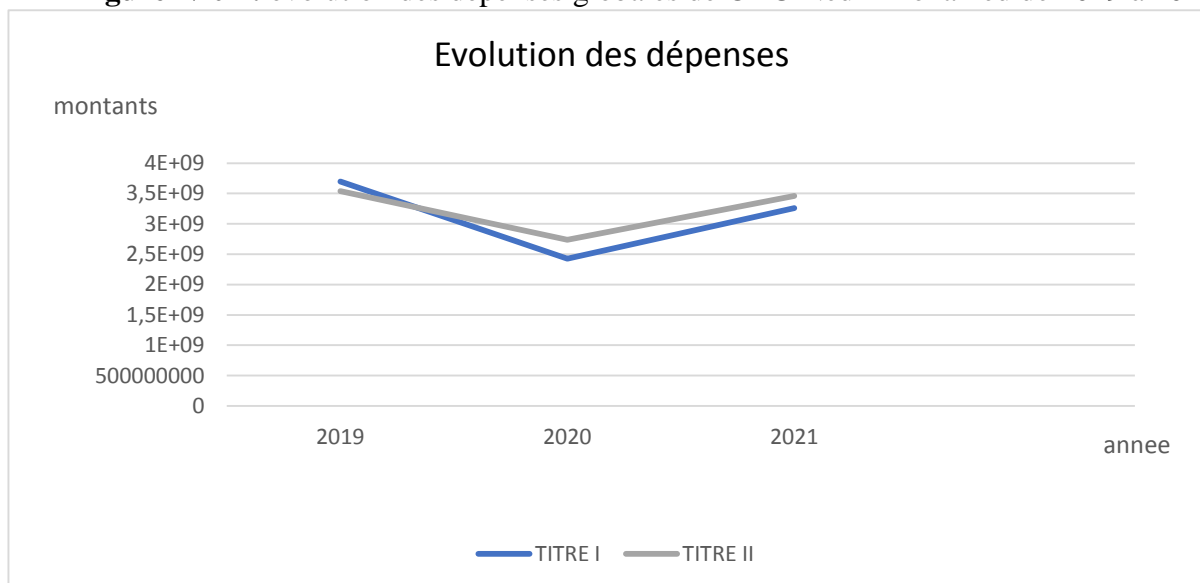
## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

**Tableau N°09** : évolution des dépenses globales de CHU Nedir Mohamed de 2019 à 2021

NATURE DES DEPENSES	2019	2020	2021
<b>TITRE I : Dépenses des personnels</b>	3 700 000 000.00	2 429 170 000.00	3 260 000 000.00
<b>TITRE II : Dépenses de fonctionnement</b>	3 538 200 000.00	2 738 500 000.00	3 459 990 000.00
<b>TOTAL DES DEPENSES</b>	<b>7 238 200 000.00</b>	<b>5 167 670 000.00</b>	<b>6 719 990 000.00</b>

Source : réalisé par nos soins à partir des données de CHU Nedir Mohamed

**Figure N°04** : évolution des dépenses globales de CHU Nedir Mohamed de 2019 à 2021



Source : réalisé par nos soins à partir des données de CHU Nedir Mohamed

**Titre I « Dépenses des personnels »** : les dépenses des personnels varient d'une année à l'autre en fonction de l'effectifs employés, et les dépenses de rémunération des personnels durant la période (2019, 2020, 2021) représentent respectivement : **3 700 000 000.00 DA**, **2 429 170 000.00 DA** et **3 260 000 000.00 DA** du budget global du CHU Nedir Mohamed.

En 2019 et 2021 les dépenses des personnels ont augmentées d'environ **30 %** par rapport à l'année 2020, et cela est dû au :

- Paiement des rappels relatifs aux différents régimes indemnitaires des corps médicaux et paramédicaux ;
- Recrutement des personnels médicaux ;
- Augmentation des échelons des personnels ce qui implique une augmentation des salaires.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

En 2020 les dépenses des personnels diminuent à **2 429 170 000.00 DA**, l'importance de cette affectation est dû à l'incompressibilité des dépenses des personnels notamment les salaires.

**Titre II « dépenses de fonctionnement »** : le montant de dépense de fonctionnement augmente en 2019 et en 2021 de **3 538 200 000.00 DA** en 2019 et **3 459 990 000.00 DA** en 2021 et cela est dû à l'augmentation des achats de moyens de préventions contre la crise covid-19 : médicaments, produits pharmaceutiques, et autres produits destinés à la médecine humaine et dispositifs médicaux (gaz médicaux, bavettes, gel...).

En 2020, les dépenses de fonctionnements diminuent à **2 738 500 000.00 DA**, en raison de ralentissement de l'activité opératoire à cause de covid-19, la non-exécution et l'annulation de certains marchés avec les fournisseurs ce qui implique le non-paiement de ces dépenses.

### 6. Logiciel de triple comptabilité hospitalière 3COH

Le MSPH, en collaboration avec le ministère des finances, ont mis en place un logiciel de triple comptabilité hospitalière 3COH ; ce dernier permet de conjuguer entre comptabilité budgétaire, comptabilité générale et la comptabilité d'analyse des coûts.

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

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

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

Parmi les objectifs de l'implantation et le management du système triple comptabilité 3COH, nous pouvons citer <sup>88</sup> :

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

Le logiciel de 3COH, contient une partie dédiée au tableau de bord, qui contient des informations sur le chiffre d'affaire, disponibilités, créances, dettes et autres informations, sont produites et analysées sous forme de graphe. Ce module n'est à la disponibilité que du directeur de l'hôpital (le gestionnaire) et du chef de service du centre de calcul, ainsi qu'au représentant du M.S.P.R.H qui contrôle l'application du système de 3COH et l'état de l'établissement.

---

<sup>88</sup> Manuel de comptabilité hospitalière 3COH, mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers, 2013.

## **Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas**

---

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

Au cours de notre stage pratique au sein du CHU, nous avons constaté que le logiciel de 3COH est inexploitable pratiquement dans la plupart des services, parmi eux la DFC ou nous avons effectué notre stage.

## Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas

---

### Conclusion

L'hôpital Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou est alimenté par plusieurs ressources financières principalement des subventions accordées par l'état, les organismes de la sécurité sociale et les organismes publics.

Le contrôle budgétaire est soumis à la réglementation de la comptabilité publique, elle repose sur des textes législatifs et réglementaires émis par l'état.

Le contrôle budgétaire au sein de CHU de Tizi-Ouzou est l'achèvement de processus de gestion budgétaire il se place à la troisième place du processus après la préparation et l'exécution des budgets.

Le contrôle budgétaire doit respecter la réglementation, il doit reposer principalement sur les règles de la comptabilité publique, notamment la séparation entre la comptabilité publique et l'ordonnateur.

Tous ces dispositifs (règlements, lois...) que les hôpitaux doivent respecter est un outil de contrôle pour l'état pour garantir le bon fonctionnement des hôpitaux et éviter toutes genre de détournement des fonds publics.

*Conclusion générale*

## Conclusion générale

---

### Conclusion générale

L'accès aux soins, constitue l'un des principes fondamentaux de la politique nationale en matière de santé. En effet, le système de santé en Algérie a connu une évolution remarquable, et des efforts considérables qui ont été mis en œuvre, commençant par la gratuité des soins à partir de 1974.

L'état joue un rôle primordial dans le maintien de bon fonctionnement de système de santé à travers les modalités de financement mise en place et émis des lois et des règlements à suivre par tous les parties qui constituent le système de santé, elle supervise l'ensemble de systèmes pour assurer son équilibre et son bon fonctionnement.

L'offre de moyens en matière de santé, dans sa double dimension matérielle (infrastructures médicales) et humaines (personnel médical, paramédical...) s'est développée rapidement. En Algérie l'hôpital a bien connu des évolutions et des changements dans le temps. Sa gestion se limite à l'élaboration et à l'application de principe, des règles et des directives conçues et décidés au niveau central.

Il s'est découlé, pour nous, de parler des particularités de gestion des ressources financières des établissements publics hospitaliers. Ces particularités apparaissent déjà au niveau des composantes du budget de l'établissement. Les nouveaux modes de gestion mis en place dont les hôpitaux prend en compte les exigences d'une gestion optimum des ressources alloués. Cela traduit la volonté des pouvoirs publics de mettre à l'abri l'établissement et ses ressources financières. Toute au long de la phase d'exécution du budget de fonctionnement.

Toutefois, des insuffisances sont apparentes au niveau des hôpitaux. Le personnel des établissements publics de santé est le premier à le constater. Il ne s'agit surtout pas des insuffisances qui touchent directement l'exécution des recettes et les dépenses, mais il s'agit des insuffisances sur le plan du financement, nous avons constaté que pour les hôpitaux les fonds de dotation représentent un volume relativement faible pour réaliser tous les objectifs prévus.

L'étude de contrôle budgétaire du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou qu'on a présenté à partir de notre courte expérience professionnelle issue dans le cadre de notre stage pratique, nous a permet d'apporter quelques éléments de réponse à notre problématique **« comment les outils de contrôle budgétaire sont adaptés à la réalité de gestion hospitalière ? »**. Afin de répondre à cette question, nous avons essayé de suivre l'application

## Conclusion générale

---

de toutes les techniques utilisées qui conviens pour maîtriser efficacement la gestion des ressources financières de l'établissement. Pour cela, nous avons suivi les étapes les plus importantes dans l'installation du processus de contrôle budgétaire. Dans une première étape, nous avons vérifié la phase des prévisions budgétaire et l'allocation des ressources financières. Dans la seconde, nous avons constaté la démarche de l'exécution des dépenses du CHU de Tizi-Ouzou. Ensuite, nous avons présenté la phase contrôle des dépenses.

Au terme de notre étude pratique, nous avons constaté et dégager un certain nombre d'informations qui nous ont permis de vérifier les hypothèses de recherche.

Toujours dans le registre du financement, la nécessité de diversifier les ressources est devenu une évidence. Il est vrai que les ressources propres générées par l'activité de l'établissement sont une source de financement non négligeable mais elles sont contingentes et relativement faibles. D'où l'urgence d'envisager de nouvelles possibilités de financement. Des ressources moins volatiles renforceraient les capacités des établissements publics de santé.

Dans l'exécution du budget, la répartition des tâches, bien qu'elle soit clarifiée par les attributions de chacun et par l'aménagement des responsabilités des uns et des autres, gagnerait à être repensée. Les administrations et le personnel soignant frappent la « toute puissance » de l'agent comptable particulier qui dispose d'un pouvoir d'opposition pour l'engagement et l'exécution des dépenses qui ne sont pas incompressibles.

Malgré l'énorme effort fait dans le domaine de santé malheureusement, pas accompagnée de la qualité des services et de prise en charge médicale dans les établissements publics de santé puisque les patients sont souvent confrontés au manque d'équipements et pousse ces derniers à chercher leurs besoins auprès des hôpitaux privées ce phénomène mène en question les bienfaits de principe de la gratuite de la santé.

De ce fait, les établissements de santé font face à de multiples textes réglementaires qui régissent leur fonctionnement et leur organisation. Le degré de liberté des administrateurs hospitaliers semble être faible en raison des multiples contraintes affectant la prise de décision des administrateurs hospitaliers.

Le système de santé algérien est soumis à un certain nombre de contraintes et de dysfonctionnements, ces derniers faisant que le rôle des hôpitaux est parfois mixte en raison de contraintes internes (mauvaise gestion, absence de choix de priorités...) et externes (liées aux problèmes de finances, d'environnement...).

## Conclusion générale

---

Ces lacunes et dysfonctionnements propres à l'organisation et à la gestion des hôpitaux publics actuels ont conduit le gouvernement à intégrer la réforme hospitalière dans ces attributs d'action. L'objectif primordial de la réforme hospitalière est de trouver des solutions adaptées avec tous les acteurs concernés pour mieux organiser ces établissements et améliorer leur gestion.

Le problème de financement de la santé en Algérie interpelle les décideurs pour la nécessité absolue d'engager une refonte globale du système de financement non seulement en se focalisant autour de la recherche de nouvelles sources de financement mais aussi en accordant un intérêt particulier au redéploiement et à la rentabilisation des moyens existants par la révision des mécanismes de rémunération et la définition de nouveaux critères d'affectation des ressources disponibles.

Pour conclure, il est fondamental de procéder à une évaluation de la réforme et dans tous les volets de l'hôpital, les finances n'y échapperont pas si la démarche se veut curative. Et nous pensons que c'est à ce niveau que la réflexion doit être portée maintenant. Les stratégies de financement et les outils de contrôle de l'exécution du budget de l'établissement public de santé doivent être les prochaines priorités des pouvoirs publics si la volonté de renforcer le cadre juridico-financier des établissements publics de santé est leur préoccupation. En tout cas, vu la situation de la majorité des établissements publics de santé, elle devrait l'être.



# *Bibliographie*

## Bibliographie

---

### ➤ Ouvrages :

1. Alazard. C.Sépari. S. (2010). « *Contrôle de gestion, application et manuel* ». 2ed Dunod. Paris.
2. ALAZRD Claude et GERVAIS Michel. (1990). « *Contrôle de gestion et planification de l'entreprise* ». 2Ed. Paris.
3. ANTHONY. R. (1965). « *Management control system* ». 9ed. New Delhi.
4. ACHOUCHE Mohamed Ziani Lila. « *Analyse des dépenses de santé en Algérie* » Colloque International. Algérie.
5. Béatrice. Grandguillot F. (2018). « *L'essentiel du contrôle de gestion* » ,10ed Lextenso. Paris.
6. BELGHITI ALAOUI et al. (2005). « *Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital* ». Ed RABAT. Royaume Uni.
7. BESCOS. P. MENDOZA. C. (1994). « *Le management de la performance* ». Ed Malesherbes. Paris.
8. BESCOS. L et all. (1993). « *Contrôle de gestion et management* ». Ed Montchrestien. Paris.
9. Berland. N. (2009). « *Mesurer et piloter la performance* ».
10. CABANE Pierre. (2001). « *L'essentiel de la finance à l'usage des managers* ». Ed EYROLLES. Paris.
11. Davasse H. Parruitte M. (2011). « *Introduction à la comptabilité* ». Ed Faucher. Paris
12. Doriath B. (2008). « *Le contrôle de gestion en 20 fiches* ». 5ed Dunod. Paris.
13. Doriath.B et all. (2010). « *Comptabilité et gestion des organisations* ». 7ed Dunod. Paris.
14. Doriath. B. Lazato.M. (2008). « *Comptabilité et gestion des organisations* ». 6ed DUNOD. Paris.
15. Elie COHEN. (2004). « *Dictionnaire de gestion* ». Ed La découverte. Paris.
16. Gervais. M. (1987). « *Contrôle de gestion par le système budgétaire* ». Ed Vuibert. Paris.
17. Giraud.F. Olivier.S. « *Contrôle de gestion et pilotage de la performance* ». 3ed Gualino. Paris.
18. Hervé HUTIN. (2002). « *Toute la finance d'entreprise* ». 2ed d'Organisation. France.
19. Jack. FORGET. (2005). « *Gestion budgétaire* ». Ed d'organisation. Paris.
20. Lauzel.Pet all (1994). « *Contrôle de gestion et budgets* ».7ed Dallez. Paris.

## Bibliographie

---

21. Lochard J. (1998). « *La gestion budgétaire : outil de pilotage des managers* ». Edition d'organisation. Paris.
22. Lörning.H, Mallent.V. (1998). « *Le contrôle de gestion : organisation, outils et pratique* ». 3ed Dunod. Paris.
23. Luciani.M, Hisch.D. (2013). « *Le grand livre du contrôle de gestion* ». Ed Eyrolles. Paris.
24. Marie Noëlle et HIRCH Danielet al. (2013). « *Le grand livre du contrôle de gestion* ». Ed EYROLLES. Paris.
25. Martinet A. Silem A. (2003). « *Lexique de gestion* ». Ed Dolloz. Paris
26. Melyon G. Mlyon K. Raimbourg PH. (2013). « *Comptabilité analytique* ». 5ed Bréal. Paris.
27. Nobert V. (2006). « *Le contrôle : pour améliorer la performance de l'entreprise* ». 3ed.
28. Oufriha F.Z. (1992). « *Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie* ». OPU Alger. Algérie.
29. Oufriha F. Z. « *les reformes du système de santé en Algérie : de réforme en réforme, un système de santé au croisé des chemin* ». CREAD. Algérie.
30. Sponem.S. (2006). « *Contrôle budgétaire : recherche de l'efficience ou recherche de légitime ?* ». Tunisie.
31. Saulau. J.Y. (2006). « *Tableau de bord pour les décideurs qualité* ». Ed Afnor, la plaine sainte. Denis.
32. Yves Villeguérin et all. (2014). « *Dictionnaire de pratiques, comptable et financier, groupe revue fiduciaire* ». 12ed. Paris.

### ➤ **Articles et revues et documents :**

1. ALVAREZ. F. (1997). « *Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels* ». 8<sup>ème</sup> conférence internationale de L'AAER.
2. ANTHONY. R. N. (2010). « *Tableau de bord et reporting : quelles différences ?* ». Revue finance et BI N°24.
3. BOULAHBE. B. « *Besoins sociaux à l'horizon 2025 : la santé* ».
4. CHEVALLIER. J. (1986). « *Science administrative* ». Presse universitaire de France.
5. EL BACHIR. W. (2003). « *Contrôle de gestion et réforme hospitalière. Cas de Sénégal* ». Africaine de gestion N°1 avril 2003.

## Bibliographie

---

6. KaidTlilane N. (2004). « *La problématique du financement des soins en Algérie* ». Revue internationale de sécurité sociale n°4. Editions scientifiques européennes.
7. Manuel de comptabilité hospitalière 3COH. (2013). « *Mise en œuvre du système de comptabilité de gestion au sein des établissements hospitaliers* ». Algérie.
8. Marsal C. Travaille D. « *Les systèmes d'information de pilotage, les tableaux de bord, Fargo-centre de recherche en finance, Architecture et gouvernance des organisations* ». Cahier du Fargo. N°1060901. Septembre 2006.
9. Rapport de l'OMS sur : « *le financement communautaire de la santé dans le monde* ». Septembre 2010.
10. Rapport de la Banque Mondiale. (2007) « *A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie* ». Rapport n° 36270.
11. Rapport de l'OMS : « *Hôpitaux Et Santé Pour Tous* ». Rapport Technique N°744. Genève.

### ➤ **Thèses et mémoires :**

1. Amalou. M. (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 Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable. Université de Béjaïa.
2. Foudi. A. (2011). « *La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux* ». Mémoire de Magistère en science économique, option économie de la santé et développent durable. Université d'Alger
3. Kaïd Tlilane N. (2003). « *Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia* ». Thèse de Doctorat d'Etat en Sciences Economiques. Université d'Alger.
4. Med OUAMAR. A. Z. (1989) « *Les différents types de contrôles de l'entreprise publique algérienne : Esquisse d'une Stratégie* ». Mémoire de Magister en économie quantitative, option gestion. Université d'Alger.
5. Zehnati. A. (2014). « *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie* ». Thèse de doctorat en cotutelle en sciences économiques. Université de Bejaia et de l'université de Bourgogne.

## Bibliographie

---

### ➤ Décrets et lois :

1. Article 199 de la loi sanitaire en 2003, Avant-projet de la loi sanitaire version provisoire soumise à concertation février 2003.
2. Article 256, Chapitre 3 de l'agence régionale sanitaire, avant-projet de la loi 2008.
3. Lois de 90-21 du 15 août 1990, relative à la comptabilité publique.
4. Décret exécutif du 07 novembre 2005, relatif aux statuts et organigrammes des établissements publics.
5. Décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.
6. Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.
7. Décret exécutif n°07-140 du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 pour la création, l'organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

### ➤ Sitographie :

1. <http://www.dphu.org>.
2. <http://www.avocatparis.org/system/files/editos/guidesep-web.pdf?>
3. [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
4. <http://perspective.usherbrooke.ca/>
5. [http://www.djazair50.dz/? Plus-de-80-000-médecins-formes-](http://www.djazair50.dz/?Plus-de-80-000-m%C3%A9decins-formes-).



*Annexes*

## **Annexes**

---

### **Liste des annexes**

**Annexe N°01** : budget des personnels

**Annexe N°02** : budget de fonctionnement

**Annexe N°03** : fiche d'engagement

**Annexe N°04** : fiche fournisseur

**Annexe N°05** : fiche fournisseurs par chapitre et article

**Annexe N°06** : mandant de paiement

**Annexe N°07** : ordre de virement

# Annexes

## Annexe 01

### TITRE I : DEPENSES DES PERSONNELS

IMPUTATION			LIBELLE	BUDGET PRIMITIF
TIT	CHAP	ART		
I	1		<b>DEPENSES DES PERSONNELS</b> <b><u>TRAITEMENT D'ACTIVITE DES PERSONNELS TITULAIRES ET</u></b> <b><u>STAGIAIRES ET DES COOPERANTS</u></b>	
		1	Traitements d'activités des personnels titulaires et stagiaires	
		2	Traitements d'activités des personnels coopérants	
		3	Bonification indiciaires des titulaires des postes supérieurs	
<b>TOTAL CHAPITRE 1</b>				
	2		<b><u>INDEMNITES ET ALLOCATIONS DIVERSES</u></b>	
		1	Indemnité de garde	
		2	Indemnité de risque de contagion	
		3	Indemnité de documentation	
		4	Indemnité de documentation pédagogique	
		5	Indemnité d'expérience pédagogique	
		6	Indemnité spécifique globale	
		7	Indemnité de qualification	
		8	Indemnité d'encadrement	
		9	Prime de rendement	
		10	Indemnités des services de soutien aux activités de santé	
		11	Indemnité des services administratifs communs	
		12	Indemnité des services techniques communs	
		13	Indemnité de nuisance	
		14	Indemnité forfaitaire de service	
		15	Indemnité d'amélioration et de performances pédagogiques	
		16	Prime d'amélioration des prestations de soins	
		17	Indemnité de véhicule	
		18	Indemnité kilométrique	
		19	Indemnité servie aux membres de comité de marché	
		20	Indemnité de soutien aux activités de santé	
		21	Indemnité d'inspection et de contrôle	
		22	Prime d'amélioration de la performance	
		23	Prime d'amélioration des performances	
		24	Indemnité d'amélioration des prestations médicales	
		25	Prime d'amélioration des prestations	
		26	Prime de suivi et de soutien psychologique	
		27	Indemnité d'astreinte para-médicale	
		28	Indemnité de soutien aux activités para-médicales	
		29	Indemnité de technicité	
		30	Indemnité d'astreinte aux soins obstétricaux et à la santé reproductive	
		31	Indemnité de soutien à la santé « mère et enfant »	
		32	Indemnité d'astreinte en soins spécialisés	
		33	Indemnité d'astreinte aux activités domestiques	
		34	Indemnité d'astreinte aux activités d'anesthésie réanimation	
		35	Indemnité de soutien aux activités d'anesthésie réanimation	
		36	Indemnité de responsabilité personnelle	
		37	Indemnité de rétribution	
		38	Indemnité de renonciation à l'activité complémentaire (I.R.A.C)	
		39	Indemnité forfaitaire composatrice	

## Annexes

		40 Indemnité de gestion des services de la sante 41 Indemnité de soutien aux activités de l'administration 42 Indemnité d'astreinte spécifique 43 Indemnité des services techniques 44 Indemnité de gestion et de suivi de projet 45 Indemnité de soutien aux activités pédagogiques 46 prime de premiere installation 47 Indemnité de zone 48 Indemnité spécifique de poste 49 Indemnité de travail posté 50 Indemnité mensuelle de logement 51 Indemnité du soutien scolaire et remédiation pédagogique 52 Indemnité de service technique 53 Indemnité du contrôle technique 54 Prime d'amélioration des performances technique 55 Indemnité de technicité spécifique 56 Indemnité de responsabilité particulière 57 Indemnité d'iastreinte et de risque 58 Prime exceptionnelle au profit des personnels des structures et établissements publics relevant du secteur de la santé, mobilisés dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la propagation du Coronavirus (COVID-19)	
<b>TOTAL CHAPITRE 3</b>			
	4	<b><u>TRAITEMENT DES PERSONNELS CONTRACTUELS</u></b> 1 Traitement du personnel contractuel à temps plein 2 Traitement du personnel contractuel à temps partiel 3 Indemnités et allocations diverses servies au personnel contractuel à temps plein 4 Indemnités et allocations diverses servies au personnel contractuel à temps partiel	
<b>TOTAL CHAPITRE 4</b>			
	5	<b><u>CHARGES SOCIALES DES PERSONNELS TITULAIRES ET STAGIAIRES ET DES COOPERANTS</u></b> 1 Prestations à caractère familial 2 Sécurité sociale (Régime général) (23,75 %) 3 Assurance chômage (1 %) 4 Retraite anticipée (0,25%)	
<b>TOTAL CHAPITRE 5</b>			
	6	<b><u>CHARGES SOCIALES DES RESIDENTS, DES INTERNES ET DES EXTERNES</u></b> 1 Prestations à caractère familial 2 Sécurité sociale (Régime général) (23,75 %) 3 Assurance chômage (1 %) 4 Retraite anticipée (0,25%)	
<b>TOTAL CHAPITRE 6</b>			
	7	<b><u>CHARGES SOCIALES DES PERSONNELS CONTRACTUELS</u></b> 1 Prestations à caractère familial 2 Sécurité sociale (Régime général) (23,75 %) 3 Assurance chômage (1 %) 4 Retraite anticipée (0,25%)	
<b>TOTAL CHAPITRE 7</b>			
	8	<b><u>PENSIONS DE SERVICES ET POUR DOMMAGES CORPORELS ET RENTE D'ACCIDENTS DE TRAVAIL</u></b> 1 Pension de service 2 Pension pour dommage corporel	

## Annexes

---

		3	Rente d'accident de travail	
<b>TOTAL CHAPITRE 8</b>				
		9	<b><u>CONTRIBUTIONS AUX ŒUVRES SOCIALES</u></b>	
		1	Contributions aux commissions des œuvres sociales (2%)	
		2	Quote-part financement logement sociale (0,5%)	
		3	Quote-part retraite (0,5%)	
<b>TOTAL CHAPITRE 9.....</b>				
<b>TOTAL TITRE I.....</b>				

# Annexes

## Annexe 02

### TITRE II : DEPENSES DE DE FONCTIONNEMENT

IMPUTATION			LIBELLE	BUDGET PRIMITIF
TIT	CHAP	ART		
II	1		<b><u>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT</u></b>	
			<b><u>REMBOURSEMENT DE FRAIS</u></b>	
		1	Frais de mission et de déplacement à l'intérieur du territoire national	
		2	Frais de mission et de déplacement à l'étranger	
		3	Frais d'étude, d'expertise, d'interprétariat, d'avocats et d'huissiers de justice	
		4	Frais de transport du personnel de garde	
		5	Frais de transport, chargement, transit et dédouanement de matériel	
		6	Frais de réception	
		7	Frais de contrôle médical et d'exploration	
		8	Frais de sépulture	
		9	Collecte, transport et traitements des déchets	
		10	Frais de transport à l'occasion du congé dans les départements du nord	
	11	Exercice clos		
<b>TOTAL CHAPITRE 1</b>				
	2		<b><u>FRAIS JUDICIAIRES ET INDEMNITES DUES PAR L'ETAT</u></b>	
		1	Frais judiciaires et indemnités dues par l'Etat	
<b>TOTAL CHAPITRE 2</b>				
	3		<b><u>MATERIELS ET MOBILIERS</u></b>	
		1	Acquisition de matériel et mobilier de bureau	
		2	Entretien du matériel et mobilier de bureau	
		3	Acquisition de matériel informatique et de logiciels	
		4	Entretien et réparation du matériel informatique	
		5	Prestations de service en informatique	
		6	Acquisition et réparation du matériel de prévention et de sécurité	
		7	Acquisition de matériel et accessoires de cuisine, Equipements collectifs d'exploitation et de soutien	
		8	Entretien et réparation du matériel de cuisine, Equipements collectifs d'exploitation et de soutien	
		9	Acquisition et installation de matériels et accessoires de téléphonie et de liaison	
		10	Acquisition du matériel audiovisuel	
		11	Entretien et réparation du matériel audiovisuel	
	12	Exercice clos		
<b>TOTAL CHAPITRE 3</b>				
	4		<b><u>FOURNITURES</u></b>	
		1	Papeterie	
		2	Fournitures de bureau	
		3	Consommables informatiques	
		4	Produits d'entretien ménager	
		5	Achat, confection et entretien de lingerie et literie	
	6	Frais de confection d'imprimés et divers documents		
<b>TOTAL CHAPITRE 4</b>				
	5		<b><u>HABILLEMENTS</u></b>	
		1	Habillements	
<b>TOTAL CHAPITRE 5</b>				
	6		<b><u>CHARGES ANNEXES</u></b>	
		1	Eau, gaz, électricité, combustible et énergie solaire	

## Annexes

		2	Frais de P et T (redevance téléphonique, télex, taxes diverses)	
		3	Dépenses d'abonnement Internet	
		4	Documentation et abonnement aux revues périodiques	
		5	Frais d'insertion dans la presse	
		6	Frais d'Assurances	
			Remboursement des frais de consommation domestique de gaz et	
		7	d'électricité à concurrence de (50%)	
		8	Exercice clos	
<b>TOTAL CHAPITRE 6</b>				
	7		<b><u>PARC AUTOMOBILE</u></b>	
		1	Acquisition et renouvellement de véhicule	
		2	Carburant et lubrifiant	
		3	Entretien et réparation des véhicules et achat de pièces de rechanges	
		4	Pneumatiques	
		5	Frais d'immatriculation et d'identification	
		6	Assurance véhicules	
		7	Frais d'acquisition de vignettes automobiles	
		8	Frais de contrôle technique des véhicules	
		9	Exercice clos	
<b>TOTAL CHAPITRE 7</b>				
	8		<b><u>ENTRETIEN ET REPARATION DES INFRASTRUCTURES</u></b>	
		1	Entretien, réhabilitation et aménagement des infrastructures	
		2	Matériaux de constructions, quincaillerie, plomberie, Electricité, chauffage, climatisation	
		3	Entretien des espaces verts, des allées et espaces communs	
		4	Exercice clos	
<b>TOTAL CHAPITRE 8</b>				
	9		<b><u>FRAIS DE FORMATION DE PERFECTIONNEMENT, DE RECYCLAGES ET DE STAGE DES PERSONNELS</u></b>	
		1	Frais de stages de courte durée à l'étranger (allocations d'études, frais de voyages, frais d'inscription et de scolarité, frais de visa et d'assurance)	
		2	Frais de formation, de perfectionnement et de recyclage des personnels	
		3	Frais d'organisation des examens et concours professionnels	
<b>TOTAL CHAPITRE 9</b>				
	10		<b><u>FRAIS LIES AUX CONGRES, SEMINAIRES, ET AUTRES MANIFESTATIONS SCIENTIFIQUES</u></b>	
		1	Frais de déplacement et de séjour à l'occasion des congrès, Séminaires, jumelage et autres manifestations scientifiques	
		2	Frais liés à la prise en charge des délégations étrangères dans le partenariat et des échanges scientifiques	
<b>TOTAL CHAPITRE 10</b>				
	11		<b><u>ALIMENTATION ET FRAIS DE RESTAURATION</u></b>	
		1	Alimentation	
		2	Frais de restauration	
		3	Exercice clos	
<b>TOTAL CHAPITRE 11</b>				
	12		<b><u>LOYERS</u></b>	
		1	Loyers des logements de fonction	
		2	Loyers des locaux à usage administratif	

## Annexes

		3	Loyers des logements réservés aux praticiens spécialistes dans le cadre du civil	
<b>TOTAL CHAPITRE 12</b>				
	13		<u><b>MEDICAMENTS, PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES PRODUITS DESTINES A LA MEDECINE HUMAINE ET DISPOSITIFS MEDICAUX</b></u> 1 Médicaments 2 Réactifs et produits de laboratoires 3 Films et produits d'imagerie médicale et d'exploration 4 Objets de pansements 5 Gaz médicaux et autres 6 Instrumentations 7 Consommables et non tissé 8 Dispositifs médicaux et logiciels destinés au diagnostic, à la prévention et au traitement 9 Produits et consommables dentaires 10 Autres produits destinés à la médecine humaine 11 Exercice clos	
<b>TOTAL CHAPITRE 13</b>				
	14		<u><b>DEPENSES D' ACTIONS SPECIFIQUES DE PREVENTION</b></u> 1 Vaccins, sérums, réactifs de dépistage et milieux de culture 2 Médicaments et autres produits à usage préventif 3 Matériel, produits et articles de l'hygiène hospitalière 4 Articles de protection 5 Carnets de santé et imprimés divers 6 Laits médicaux et produits diététiques pour la protection maternelle et infantile 7 Articles nécessaires à la gestion des DASRI (Déchets des activités de soins à risques infectieux) 8 Prestations dans le cadre de la gestion des DASRI (Déchets des activités de soins à risques infectieux) 9 Exercice clos	
<b>TOTAL CHAPITRE 14</b>				
	15		<u><b>ACQUISITION ET MAINTENANCE DU MATERIEL, ACCESSOIRES ET OUTILLAGE MEDICAL</b></u> 1 Acquisition de matériel médical 2 Acquisition d'outillage médical 3 Acquisition d'accessoires médicaux et chirurgicaux 4 Mobilier médical 5 Matériel d'ergothérapie, de réadaptation, de réinsertion des malades et tests psychologiques 6 Frais de maintenance et de réparation du matériel médical y compris les pièces de rechange 7 Exercice clos	
<b>TOTAL CHAPITRE 15</b>				
	16		<u><b>REMBOURSEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION ET D'EXPLORATION AVEC LES HOPITAUX DE L'ARMEE ET LES ORGANISMES PUBLICS AU TITRE DES MALADES TRANSFERES. NE RELEVANT PAS D'UNE PATHOLOGIE REGIE PAR UNE CONVENTION PARTICULIERE</b></u> 1 Remboursement des frais d'hospitalisation et d'exploration avec les hôpitaux de l'armée au titre des malades transférés, ne relevant pas d'une pathologie régie par une convention particulière	

## Annexes

		2	Remboursement des frais d'exploration avec les organismes publics	
		3	Exercice clos	
<b>TOTAL CHAPITRE 16</b>				
	17		<b><u>DEPENSES DE LA RECHERCHE MEDICALE</u></b>	
		1	Consultation et honoraires d'experts participant à la recherche médicale	
		2	Prestations liées à la recherche médical	
		3	Achat et entretien matériel, mobilier, outillage scientifique et médicaments, autres produits de laboratoire et consommables	
		4	Déplacements et missions dans le cadre de la recherche médicale	
<b>TOTAL CHAPITRE 17</b>				
	18		<b><u>DEPENSES LIEES AU JUMELAGE ENTRE ETABLISSEMENTS PUBLIQUES DE SANTE</u></b>	
		1	Frais de missions et déplacements	
		2	Frais d'hebergement et de restauration	
		3	Frais lies aux médicaments et aux consommables medicaux	
<b>TOTAL CHAPITRE 18.....</b>				
<b>TOTAL TITRE I.....</b>				
<b>TOTAL TITRE II.....</b>				

# Annexes

## Annexe 03


REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE MINISTERE DE LA SANTE CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DE TIZI-OUZOU "NEDIR MOHAMED"					
VISA Du Contrôleur Financier N° : ..... / Du : ..... /				CHU TIZI OUZOU /_/_/_/	ANNEE : 2022
				SERVICE /_/_/_/	FICHE N° : 08/
OBJET DE					
{ La Dépense (1) <input type="checkbox"/>					
{ L'économat (1) <input type="checkbox"/>					
Section/:					
Titre	Chapitre	Article	Ancien Solde	Montant de L'opération	Nouveau Soide
1	2	40		0,00	0,00
<u>OBSERVATIONS DU SERVICE</u>					
Titre 1 :	<i>Dépenses des Personnels.</i>				
Chapitre 2 :	<i>Indemnités et Allocations Diverses.</i>				
Article 40 :	<i>Indemnité de Gestion de Service de la Santé.</i>				
			0		
			0		









<p><b>CH 50 a</b> Cheques Postaux</p>		<p><b>ORDRE DE VIREMENT</b></p>	
		<p><b>Montant</b> </p>	
		<p>à porter sur ordre de</p>	
<p>Alger C/C 3060 10 Recette Cions, Diverses TIZI-OUZOU HOPITAL TIZI-OUZOU</p>			
<p><b>Compte à Créditer</b></p>			
.....		.....	
.....		.....	
Compte N° : .....		CLE .....	
Centre : .....			
<p><b>Réservé au Service</b></p>			



*Liste des tableaux et  
figures*

## Liste de tableaux et figures

---

### Liste des tableaux

<b>Tableau N°01</b> : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie.....	17
<b>Tableau N°02</b> : Evolution des dépenses de santé en Algérie.....	22
<b>Tableau N°03</b> : Les centres de responsabilités.....	51
<b>Tableau N°04</b> : Les recettes de CHU Nedir Mohamed pour l'exercice 2020.....	78
<b>Tableau N°05</b> : Les dépenses de CHU de Tizi-Ouzou pour l'exercice 2021.....	79
<b>Tableau N°06</b> : Exemple de transfert de crédit inter chapitree pour l'exercice 2020.....	80
<b>Tableau N°07</b> : Exemple de transfert de crédit inter articles pour l'exercice 2020.....	82
<b>Tableau N°08</b> : Etat de prévisions budgétaires de l'année 2021 par chapitres de dépenses...86	
<b>Tableau N°09</b> : Evolution des dépenses globales de CHU Nedir Mohamed de 2019 à 2021.....	97

## Liste de tableaux et figures

---

### Liste des figures

<b>Figure N°01</b> : Processus de contrôle budgétaire .....	42
<b>Figure N°02</b> : Organigramme de la direction finance et contrôle .....	72
<b>Figure N°03</b> : Les recettes de CHU Nedir Mohamed pour l'exercice 2020.....	78
<b>Figure N°04</b> : Evolution des dépenses globales de CHU Nedir Mohamed de 2019 à 2020.....	97



*Table des matières*

## Table des matières

---

### Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Liste des abréviations

Sommaire.....01

Introduction générale.....02

### *Chapitre I : le système de santé en Algérie : structure et financement*

Introduction.....06

Section 01 : organisation du système national de santé.....07

1. La structure pyramidale du système national de santé.....07

1.1. Organisation administrative.....07

1.1.1. Le niveau centrale.....07

A. L'administration centrale.....07

B. Les organismes d'appui.....11

1.1.2 Le niveau intermédiaire.....13

A. Les régions sanitaires .....13

B. Les Directions de la Santé et de la Population .....14

1.1.3. Le niveau périphérique .....14

A. Les établissements publics .....14

B. Les établissements privés .....14

2. L'offre de soins en Algérie .....14

2.1. L'offre de soins hospitalières.....15

2.2. L'offre de soins ambulatoire .....16

3. Le financement et les dépenses de santé en Algérie .....16

3.1. Le financement de la santé .....16

3.1.1 L'évolution de la participation des financeurs de la santé .....17

## Table des matières

---

3.2. L'évolution des dépenses de santé en Algérie.....	19
3.2.1 L'analyse du niveau des dépenses de santé .....	19
<b>Section 02 : présentation et classification des établissements de santé.....</b>	<b>22</b>
1. Présentation des établissements publics hospitaliers .....	22
1.1. Définition d'un établissement de santé.....	22
1.2. Historique de l'hôpital .....	22
2. Classification des établissements de santé .....	23
2.1. Classification selon le statut juridique .....	23
2.1.1 Les structures publiques .....	23
2.1.2 Les structures privés .....	23
2.2. Classification selon la taille et la nature des soins .....	24
2.2.1 Les hôpitaux généraux.....	24
2.2.2 Les hôpitaux spécialisés .....	24
2.2.3 Les hôpitaux universitaires .....	25
2.2.4 Les établissements de santé de proximité .....	26
A. Les polycliniques .....	26
B. Centre de santé .....	27
C. La salle de soins et consultation .....	27
2.3. Les missions de l'hôpital .....	27
2.3.1 Les soins directs aux patients .....	27
2.3.2 La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé .....	27
2.3.3. La formation et l'encadrement du personnels .....	28
2.3.4. Le soutien administratif et gestionnaire .....	28
2.4. L'organisation administrative et fonctionnelle d'un hôpital .....	28
2.4.1. Les organes de décision de l'établissement public de santé.....	28
A. Le conseil d'administration .....	28
B. Le directeur .....	29

## Table des matières

---

2.4.2. Le conseil médical.....	29
2.4.3. Les instances consultatives de l'établissement hospitalier .....	30
2.4.4. Les instances consultatives spécialisés .....	30
<b>Section 03 : Le financement de l'hôpital publique .....</b>	<b>32</b>
1. Les sources de financement de l'hôpital publique .....	32
1.1. L'Etat .....	32
1.2. La sécurité sociale .....	32
1.3. Les patients .....	33
2. Comparaison entre le financement de l'hôpital public et la clinique privés...	33
3. L'hôpital dans la réforme hospitalière récente .....	33
3.1. Les axes de la réforme hospitalière.....	34
3.1.1. Les besoins de la santé et la demande de soins .....	34
3.1.2. Structures hospitalières .....	34
3.1.3. Les ressources humaines .....	35
3.1.4. Les ressources matérielles .....	35
3.1.5. Le financement .....	35
3.1.6. L'intersectorialité .....	36
3.2. Les objectifs de la réforme hospitalière .....	36
<b>Conclusion .....</b>	<b>37</b>

### *Chapitre II : Le contrôle budgétaire en milieu hospitalier*

<b>Introduction.....</b>	<b>38</b>
<b>Section 01 : Cadre théorique de contrôle budgétaire .....</b>	<b>40</b>
1. Présentation du contrôle budgétaire .....	40
1.1. Historique du contrôle budgétaire .....	40
1.2. Définition du contrôle budgétaire .....	41
1.3. Rôle du contrôle budgétaire .....	42
1.4. Les principes du contrôle budgétaire .....	43

## Table des matières

---

1.5. L'objectif du contrôle budgétaire.....	44
1.6. Les fonctions du contrôle budgétaire.....	44
1.6.1. Fonction de contrôle .....	45
1.6.2. Fonction de régulation .....	45
1.7. Les éléments exigés pour un bon fonctionnement du contrôle budgétaire..	45
1.7.1. La compétence du contrôleur du budget .....	45
1.7.2. La continuité .....	45
1.7.3. La rapidité .....	46
1.7.4. La liaison entre contrôle budgétaire et comptabilité.....	46
1.8. Les supports du contrôle budgétaire.....	46
1.8.1. Le tableau de bord budgétaire .....	46
1.8.2. Les rapports de contrôle .....	47
1.8.3. Les réunions de suivi budgétaire .....	47
1.9. Les limites du contrôle budgétaire .....	48
2. Les centres de responsabilités.....	48
2.1. Définition.....	48
2.2. Les types de centres de responsabilités .....	49
<b>Section 02 : Les processus du contrôle budgétaire dans les administrations publiques.....</b>	<b>53</b>
1. Définition .....	53
2. Le processus de contrôle budgétaire .....	53
2.1. Le contrôle avant l'action .....	55
2.2. Le contrôle pendant l'action .....	55
2.3. Le contrôle après l'action .....	55
3. Les conditions préalables à la mise en œuvre du contrôle budgétaire .....	57
4. La démarche de la surveillance des budgets .....	57
5. La procédure de contrôle budgétaire .....	58
5.1. Constatation des écarts budgétaires .....	59

## Table des matières

---

5.2. Mise en œuvre des actions correctives .....	60
5.2.1. Choix des écarts significatifs .....	60
6. Le contrôle budgétaire outil de suivi de la performance .....	61
7. Les conditions d'efficacité de suivi budgétaire .....	62
7.1. S'assurer de la pertinence des données .....	62
7.2. Adapter la périodicité de suivi aux besoins des utilisateurs .....	62
7.3. Rendre le suivi directement lisible et exploitable .....	63
7.4. Utilisation régulière de suivi budgétaire .....	63
<b>Section 03 : Les outils du contrôle budgétaire .....</b>	<b>64</b>
1. La comptabilité générale.....	64
1.1. Définition de la comptabilité générale.....	64
1.2. Les objectifs de la comptabilité générale.....	64
2. La comptabilité analytique .....	65
2.1. Définition de la comptabilité analytique .....	65
2.2. Les objectifs de la comptabilité analytique .....	65
3. Le tableau de bord .....	66
3.1. Le rôle de tableau de bord .....	66
3.2. Les types de tableau de bord .....	67
3.2.1. Le tableau de bord de l'activité .....	67
3.2.2. Le tableau de bord de pilotage.....	67
3.2.3. Le tableau de bord de projet .....	67
4. Le reporting .....	68
4.1. Définition de reporting .....	68
4.2. L'objectif de reporting.....	68
5. Le système d'information .....	68
5.1. Définition du système d'information.....	68
5.2. Les finalités du système d'information .....	69

## Table des matières

---

<b>Conclusion .....</b>	<b>70</b>
-------------------------	-----------

### *Chapitre III : Terrain de recherche et étude de cas*

<b>Introduction .....</b>	<b>71</b>
---------------------------	-----------

#### **Section 01 : Présentation de la direction finance et contrôle du CHU Tizi**

<b>Ouzou .....</b>	<b>72</b>
--------------------	-----------

1.Sous-direction des finances .....	72
-------------------------------------	----

1.1. Le bureau du budget et de la comptabilité .....	72
--	----

1.2. Le bureau de régie .....	73
-------------------------------	----

2. Sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des couts .....	73
---	----

2.1. Le bureau de la maîtrise des couts .....	74
---	----

#### **Section 02 : La pratique du contrôle budgétaire au sein de CHU Nedir**

<b>Mohamed .....</b>	<b>76</b>
----------------------	-----------

1.Les recettes de l'hôpital Nedir Mohamed de Tizi Ouzou .....	77
---	----

1.1. La dotation primitive .....	77
----------------------------------	----

1.2. Le budget complémentaire .....	79
-------------------------------------	----

1.3. Les autorisations de transferts de crédits .....	79
---	----

2. Prévision budgétaire de CHU de Tizi Ouzou .....	84
--	----

2.1. Attribution du directeur de l'établissement .....	84
--	----

2.2. Les organes consultatifs .....	84
-------------------------------------	----

2.3. Le vote du budget .....	85
------------------------------	----

2.4. La délibération du conseil d'administration de l'établissement .....	85
---	----

3. Exécution et contrôle de budget .....	92
--	----

3.1. Les dépenses .....	92
-------------------------	----

3.1.1. La phase administrative .....	92
--------------------------------------	----

A. Engagement de la dépense .....	92
-----------------------------------	----

B. La liquidation.....	93
------------------------	----

C. Le mandatement.....	94
------------------------	----

3.1.2. La phase comptable .....	94
---------------------------------	----

## Table des matières

---

A. Le paiement d'une dépense .....	94
B. L'ordre de virement .....	94
4. Le contrôle de la dépense .....	94
4.1. Le contrôle interne .....	95
4.2. Le contrôle externe .....	95
5. Le contrôle des situations financières .....	96
6. Le logiciel de triple comptabilités 3COH.....	98
<b>Conclusion .....</b>	<b>101</b>
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>102</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexes</b>	
<b>Liste des tableaux et figures</b>	
<b>Tables des matières</b>	
<b>Résumé</b>	

## **Résumé**

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, et celui de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, En Algérie l'accès aux soins est un droit pour chaque individu pour cela un système de santé est mis en place afin de répondre aux besoins de santé. Suites à des évolutions sanitaires et la densité démographique, ainsi que l'essor extraordinaire des technologies médicales, Les dépenses de santé sont en nette augmentation.

Pour faire face à cette situation de croissance des dépenses et assurer le bon fonctionnement et la gestion efficace et efficiente des établissements publics de la santé, la mise en place d'une gestion budgétaire notamment le contrôle budgétaire est indispensable non seulement pour une gestion efficace des ressources mais aussi répondre aux exigences réglementaires émis par l'Etat.

L'objectif de ces derniers c'est d'illustrer une gestion transparente des hôpitaux publics qui permet une utilisation optimale et rationnelle des ressources disponibles.

Il s'agit dans ce travail de recherche, d'étudier et d'analyser les postes de dépenses de santé et les ressources disponibles et voir l'adaptation de la gestion budgétaire notamment le contrôle budgétaire à la réalité hospitalière.

**Mots clés :** Système de santé, CHU, gestion budgétaire, contrôle budgétaire, tableau de bord.

## **Abstract**

Everyone has the right to a level of sufficient life to ensure his health, and that of his family, including food, clothing, housing and health care. In Algeria, access to care is a right. For each individual, a health system is set up to meet health needs. Following health developments and population density, as well as the growth extraordinary medical technologies, Health expenditures are in net. increase.

To cope with this situation of increase expenditure and ensure the proper functioning and effective and efficient management of public health establishments, the establishment of budgetary management, in particular budgetary control is essential not only for efficient management of resources but a loss to meet the regulatory requirements is sued by the State.

The objective of the latter is to illustrate a transparent management of public hospital whitlows an optimal and rational use of available resources.

In this research work, it is a question of studying and analyzing the items of health expenditure and the resources available and seeing the adaptation of budgetary management, in particular budgetary control, to hospital.

**Keywords:** Health system, CHU, budget management, budget control, dashboard.