

*Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou
Faculté des sciences Economiques, Commerciales
et des Sciences de Gestion
Département : Sciences Economiques*



Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention d'un diplôme de Master en Sciences économiques
Spécialité : Economie de la Santé*

Thème

**L'élaboration de projet de budget au sein
des établissements de santé en Algérie
Cas : EPH d'AZAZGA**

Réalisé par :

M^r: BOUHINI ZOUHIR

M^{lle} : SEMMANI SIHEM

Encadré par :

M^r: ACHIR Mohamed

Devant le jury composé de :

Président : Mr. OULIKENE Slim, Professeur / FSECSC / UMMTO

Examineur : Mr. ABIDI Mohamed, MCB/ FSECSC / UMMTO

Rapporteur: Mr. ACHIR Mohamed, MCB / FSECSC / UMMTO

Promotion 2021

Remerciements

Au terme de notre travail nous remercions, le bon dieu de nous avoir donné la force et le courage pour réaliser ce travail dans les bonnes conditions.

Au premier lieu nous tenons à exprimer nos vifs remerciements et notre profonde gratitude à Mr, ACHIR, pour avoir dirigé notre travail en manifestant un grand intérêt, et aussi pour son aide précieux et ses encouragements et ses conseils.

Nos remerciements également à l'ensemble du personnel de l'EPSP d'AZAZGA d'avoir mis à notre disposition tous les documents nécessaires à notre recherche, ainsi que pour son suivi et ses recommandations.

Nos sincères considérations et remerciement sont également exprimés aux membres de jury, qui nous ont honorés par leur présence et par le temps consacré pour examiner ce travail et l'évaluer.

Enfin nos remerciements, s'adressent à tous les enseignants du département des sciences commerciales, et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail ;

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 la mémoire de mon cher père,

Ce travail est dédié à mon très cher père décédé trop tôt qui m'a toujours soutenue pousser et motiver dans mes études. J'espère que du monde qui est sien maintenant il apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance de la part de sa fille qui a toujours prié pour le salut de son âme que le dieu tout-puissant l'accueille dans son vaste paradis. Je t'aime papa je sais que tu serais fier de moi si t'étais présent à mes côté paix à ton âme.

Que ce travail traduit ma gratitude et mon affection

A mon frère : Hocine,

*E*t mon très cher frère Rachid, sa femme Fahima et leurs enfants Eline et Aksil.

A mes chères sœurs : Hassiba et Naouel.

*U*ne spéciale dédicace pour ma très chère grand-mère Zohra qui m'a aidé et qui m'a encouragé tous le temps, et à qui je souhaite bonheur, paix et longue vie.

A ma meilleure cousine : Lynda.

A mon cher fiancé : Mouloud . T

A ma meilleur amie Katia ainsi que tous mes ami(e)s qui m'ont toujours aidé, et à qui je souhaite plus de succès.

*U*ne spéciale dédicace pour mon binôme Zouhir et sa famille.

A tous mes enseignants.

En fin, je le dédie chaleureusement à tous ceux qui me connaissent et m'aiment.

SIHEM

Dédicaces

Je tiens à dédier ce travail

À ma très chère mère qui m'a soutenue et veillé sur ma bonne éducation et ma réussite dans la vie, je lui présente toute ma reconnaissance, un profond amour et respect.

À mes très chers frères

À mes très chères sœurs

À toute la famille,

À ma binôme Sihem et sa famille.

Sans oublier tous ceux qui ont aidé de près ou de loin pendant mon parcours universitaire.

ZOUHIR

Liste des abréviations

APC : Assemblé populaire communale

ATIH : Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation

B : Actes de biologie médicale

C.A.I.M.E.D : Centre for Administrative Innovation in the Euro-Méditerranéen Région

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMD : Catégories majeures de diagnostic

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance

Cont. Mal : Contribution des Malades

D : Actes de radiologie médicale

DEM : Draa El Mizan

D.M.I : Dispositifs médicaux implantables

DMS : Durée Moyenne de Séjours

E.F.P.M : Ecole de formation paramédicale de la Wilaya de Mascara

EHS : Etablissements Hospitaliers Spécialisés

EPA : Etablissement public à caractère administratif

EPH : Etablissement Public Hospitalier

EPS : Etablissement Public de Santé

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité

FMI : Fond Monétaire International

G.H.M : Groupes Homogènes de Malades

G.H.S : Groupes Homogènes de Séjours

H.A.D : Hospitalisation à Domicile

MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

M.I.G.A.C : Missions d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

NBR : Nombre

Nbr. J. Hos : Nombre de Journée d'Hospitalisation

Nbr. Mal. Adm : Nombre de Malade Admis

NGAP : La Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de Santé

OSS : Organismes de Sécurité Sociale

Part-Etat : Participation de l'Etat

Part-SS : Participation de la Sécurité Sociale

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PASS : Programme d'appui au secteur de la santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PMSI : Programme de médicalisation du système d'information

SF : Sources de Financement

SNMG : Salaire National Minimum Garanti

T2A : Tarification à l'activité

TOM : Taux D'Occupation Moyen

TRL : Taux de Rotation des Lits



Sommaire

Sommaire

Introduction Générale	01
Chapitre I : Généralités sur le financement des établissements publics de santé.....	07
Introduction	07
Section1: Définition des concepts de bases	08
Section2: Évolution du financement des établissements public de santé dans le monde	11
Section3: Historique du financement des établissements publics de santé en Algérie	17
Conclusion.....	21
Chapitre II : Organisation et Ressources Financières d'un établissement public de santé en Algérie.....	22
Introduction	22
Section 1 : Etablissements publics de santé en Algérie : Statut, missions et organisation.....	23
Section 2 : Dispositions financières d'un établissement public de santé en Algérie	27
Section 3 : Les Sources et les contraintes de financement des établissements publics de santé.....	32
Conclusion.....	41
Chapitre III : L'application du logiciel 3COH au sein de l'EPH AZAZGA.....	42
Introduction	42
Section 1 : Présentation du cadre méthodologique de l'étude.....	43
Section 2 : Evolution et mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière au sein de l'EPH AZAZGA	51
Section 3 : L'application du système 3COH dans le calcul des coûts de prise en charge des malades au sein de l'EPH d'AZAZGA	61
Conclusion.....
Conclusion générale	81



Introduction
Générale

Introduction Générale

La santé joue un rôle primordial dans le développement économique et social de toute nation, de gouvernement l'a reconnue et l'a retenue comme secteur prioritaire et a engagé le renforcement du système national de santé afin de le rendre plus performant.

Par ailleurs, le financement de la santé constitue le nerf de la gestion pour l'ensemble des pays et fait l'objet de plusieurs débats dans le monde. En Algérie, le problème du financement de la santé se pose avec une extrême acuité et devient une préoccupation majeure des pouvoirs publics et de la population.¹

Selon la Banque Mondiale, la société Algérienne a subi plusieurs mutations. D'abord l'allongement de l'espérance de vie à la naissance est passé de 42 ans en 1950 à 75 ans en 2014. En plus de ces facteurs, la baisse de la fécondité est passé de près de 7 enfants par femme en 1950 à moins de 2 enfants en 2014 ont conduit au développement des maladies chroniques, nécessitant une prise en charge longue et coûteuse.

De ce fait, le système de santé Algérien se trouve contraint de faire face à des coûts de prise en charge importants, mais surtout doit adapter son offre de soins à la nouvelle demande en termes de personnel et de structures sanitaires.²

Le financement des établissements publics de santé est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances avec une contribution de l'état, une contribution de la caisse nationale d'assurances sociales et enfin, par une participation des usagers qui peut varier d'une année à l'autre.

Le financement public des établissements publics de santé est partiellement aménagé à partir de la deuxième moitié des années 80. En 1984, l'Algérie a remis en cause partiellement la gratuité de soins, à cet effet les responsables ont décidé de faire participer les usagers au financement des établissements publics de santé à travers le paiement d'un ticket modérateur et d'assumer les frais des examens radiologiques, les analyses médicales et les explorations fonctionnelles, calculés sur la base de la nomenclature des actes qui remonte à 1987.

¹ZIANI, Zoulikha., ZIANI, Farida. Colloque international sur « *Le financement de la santé en Algérie* » 03 et 04 /12/2012, Université de Bejaïa, p.24.

²www.ons.dz : Office National des Statistiques.

Introduction Générale

L'idée du financement des services de soins par le recouvrement des coûts des prestations auprès des malades est apparue au début des années 80 et fut officiellement lancée par l'OMS en septembre 1987. Son postulat de base était que le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité, adapté à sa demande.

Néanmoins, la profondeur de la crise économique a hypothéqué largement les chances de succès d'une telle initiative. La baisse du budget de l'Etat alloué à la santé, emporté par le remboursement de la dette extérieure, s'est accompagnée d'une baisse du revenu moyen des ménages (mais aussi par une hausse des disparités au sein des populations).

Aujourd'hui, l'allocation des ressources au secteur de la santé est confrontée à de multiples contraintes induites par la crise économique et sociale que vît le pays. Les mécanismes de mobilisation et les sources traditionnelles de financement ne peuvent continuer à fonctionner selon le rythme actuel.

L'Etat, tenu par des engagements internationaux et vivants un contexte budgétaire de tassement, est contraint à limiter sa contribution, pour cela le financement gratuit de la santé pour lequel l'état a réservé une dépense allant jusqu'à 6% du PIB dans les années 80 est revue à une baisse sensible avoisinant les 3,6 % en 2000 comme prévu dans les quelque année de finances, il a la charge des sujétions publiques, à savoir la prévention, la formation et la prise en charge des démunis.³

En 1995, l'Algérie a instauré la contribution forfaitaire d'accès aux soins. À cet effet les ménages ont vu s'exercer sur eux une forte tendance à la participation au financement des prestations qui leur sont fournies. Toutefois, leurs revenus sont déjà érodés par le renchérissement des prix des biens et services. Mais la baisse du pouvoir d'achat, la pratique de la vérité des prix, la stagnation des salaires et l'accroissement des différentes charges locatives, d'énergie et autres ne permettent plus aux ménages de dégager des excédents pour participer davantage au financement de la santé.

Le problème du financement des établissements publics de la santé en Algérie interpelle les décideurs pour une refonte globale de la politique et des mécanismes de financement de ce secteur. Si le débat actuel est focalisé autour de la recherche de nouvelles

³Assistance sociale dans la région méditerranéenne, Algérie, C.A.I.M.E.D (center of Administration Innovation in the Euro-Méditerranéan Région, 2004.

Introduction Générale

sources de financement, il serait sans aucun doute plus opportun d'accorder la priorité au redéploiement et à la rentabilisation des moyens existants (définition de nouveaux critères d'affectation des ressources disponibles).

Un axe majeur de la réforme concernera en particulier le rôle futur de la sécurité sociale en tant que principal bailleur de fonds, pour cela le principe d'une contractualisation visant à rémunérer les prestataires de services en fonction des actes réellement accomplis est évoqué depuis le début des années 1990 exactement la loi de finance de 1993 sans toutefois avoir encore abouti.⁴ Cela supposerait de mieux identifier le montant des acte médicaux, d'actualiser la nomenclature des actes et surtout de définir qui paie quoi ? Cette méconnaissance des composantes économiques de la santé va jusqu'à l'absence de comptes nationaux de la santé.⁵

Problématique

Le financement des établissements publics de santé en Algérie est scindé en trois sources, la première source émane de l'état à travers le budget globale, la deuxième source émane de la sécurité sociale à travers le forfait hôpital enfin la troisième source émane des ménages à travers la contribution forfaitaire d'accès aux soins (consultation de médecine générale 50 DA, consultation de médecine spécialisé 100 DA). À cet effet, notre problématique s'articule autour de la question principale suivante :

La contribution des malades au financement des établissements publics de santé en Algérie est-elle suffisante pour leurs équilibres ?

Hypothèses de recherche

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

- La contribution des malades devient de plus en plus prépondérante ;
- Les frais de soins constituent un frein d'accès aux soins.

⁴PERROT, Jean., Eric de Roodenbeke (éd). La contractualisation dans les systèmes de santé pour une utilisation efficace et appropriée. Paris : karthala, 01/11/2005,p.576.

⁵Assistance sociale dans la région méditerranéenne, Algérie ; C.A.I.M.E.D (center for Administration Innovation in the Euro-Méditerranéan Région ; 2004.

Introduction Générale

Objet de l'étude

Il s'agit dans ce travail, d'étudier le financement des établissements publics hospitalier en Algérie et en particulier la contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers et le problème de leurs équilibres financiers.

Concernant les hôpitaux, on s'intéresse principalement aux établissements publics hospitaliers, du fait, que le cœur du système de santé est occupé principalement par les EPH, qui représentent plus de la moitié des structures sanitaires concernant les infrastructures avec 33665 lits fonctionnels par rapport aux CHU qui regroupent seulement 13042 lits, les EHS 10475 lits, et les EH représentent 608 lits⁶.

Afin d'approfondir et de mieux illustrer ce travail, on s'est appuyé sur un cas pratique au niveau d'un établissement public hospitalier, qui est celui d'AZAZGA. Ce choix est motivé par la principale raison : l'EPH d'AZAZGA est considéré comme l'une des plus importantes structures hospitalières en matière de capacités litières (254 lits), de couverture sanitaire et d'effectif au niveau de la wilaya de Tizi Ouzou. Sachant qu'en Algérie, les services de soins de santé consomment une importante fraction du budget de l'état, de la sécurité sociale et des ménages.

Méthodologie de la Recherche

Notre méthode de recherche consiste en une recherche documentaire sur les ouvrages, articles se rapportant à notre thématique de recherche, complétée par un entretien :

- L'exploitation des documents qui traitent des sujets liées au financement des établissements publics de santé en Algérie ;
- L'exploitation des travaux universitaires, des séminaires qui traitent le financement des établissements publics de santé en Algérie ;
- L'exploitation des thèses de Doctorat, Magister, de l'Université d'Oran, de Tlemcen ainsi que les mémoires de Master de l'Ecole National de Management et d'Administration de Santé en Algérie.

⁶Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : *statistiques sanitaire*, Alger, 2009, P.10.

Introduction Générale

Pour la collecte de données du terrain, nous avons adopté une méthode quantitative qui vise à répondre à notre problématique à travers une étude d'analyse de donnée.

Pour les outils de la recherche on a fait recourt à la recherche documentaire et bibliographique.

En ce qui concerne la collecte de données du terrain nous avons fait recours aux entretiens non directifs afin de répondre aux hypothèses de recherche par le biais d'une analyse statistique, il s'agit de l'analyse des données statistiques de l'établissement public hospitalier (EPH) d'AZAZGA.

Motifs de choix de sujet de recherche

Le choix du thème de recherche n'est pas fortuit, il est motivé par deux motifs Objectifs et Subjectifs:

Motifs Objectifs

- Le manque de travaux universitaires rapportant à la question ;
- Le thème d'étude est lié directement à notre spécialité économie de la santé ;
- La contribution des malades au financement des établissements publics de santé en Algérie est une préoccupation majeure des autorités.

Motifs Subjectifs

- C'est un thème d'actualité vu la situation économique actuelle du pays.
- Rareté des sujets traités sur la contribution des malades au financement des établissements publics hospitaliers.

Plan de Restitution

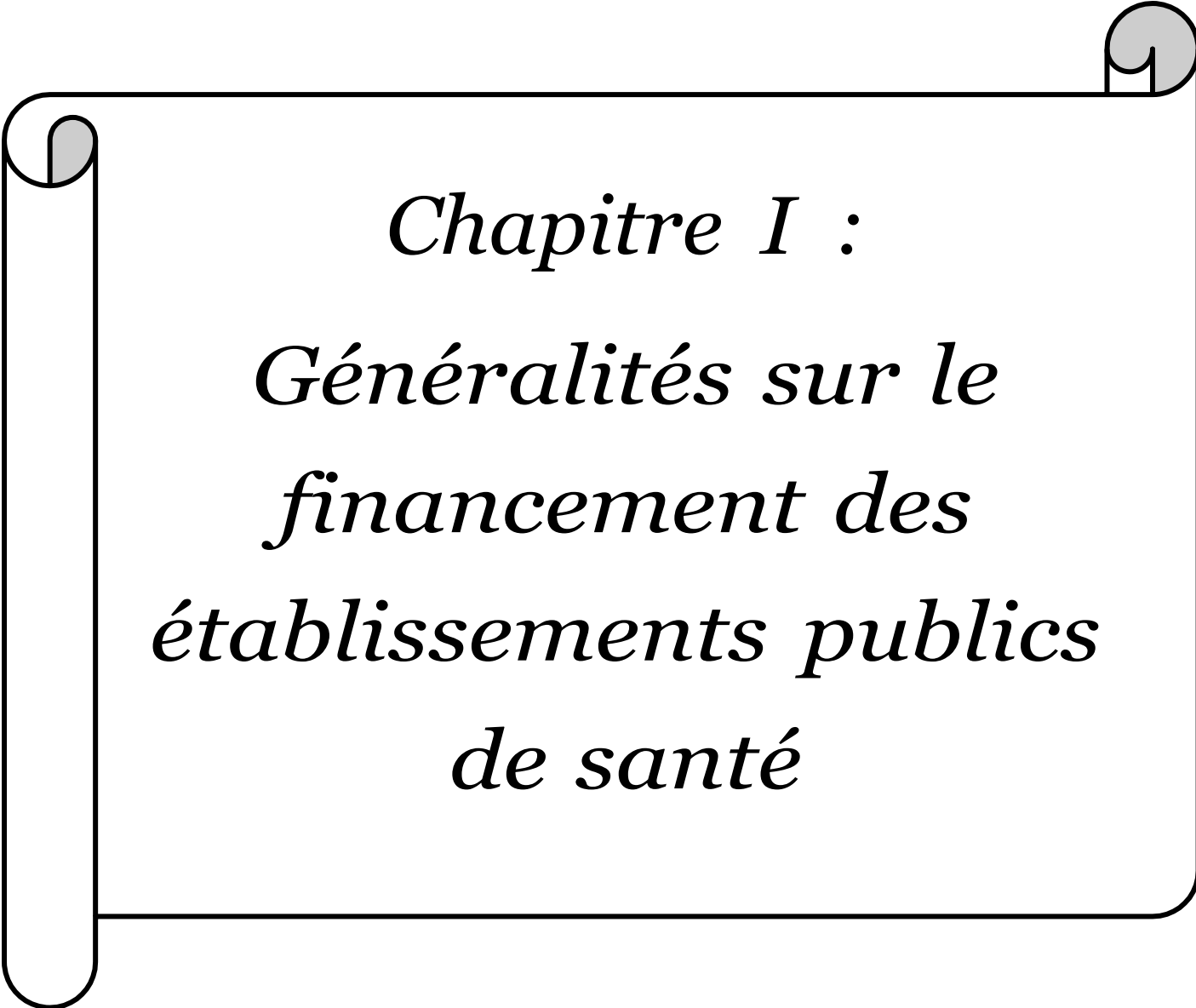
Le plan de notre recherche comporte trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections.

Le premier chapitre est consacré à donner les généralités sur le financement des établissements publics de santé. Ce chapitre comporte trois sections : la première section est consacrée à donner quelque définitions de concepts de bases, la deuxième section traite l'évolution du financement des établissements publics de santé dans monde, enfin dans la troisième section on a donné un aperçu historique sur le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Le deuxième chapitre nous conduira à décrire l'organisation et les ressources financières d'un établissement public de santé en Algérie. Ce chapitre comporte trois sections : dans la première section on a abordé le statut et les missions ainsi que l'organisation d'un établissement publics de santé en Algérie, la deuxième section est consacré à donner les dispositions financières d'un établissement public de santé en Algérie, dans la troisième section on a abordé les sources et les contraintes de financement des établissements publics de santé en Algérie.

Le troisième chapitre consiste à illustrer ce travail par un cas pratique, il sera tenté d'effectuer une analyse statistique des données au niveau d'un établissement public hospitalier en Algérie.

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



Chapitre I :
Généralités sur le
financement des
établissements publics
de santé

Introduction

Le financement des établissements publics de santé en Algérie est un sujet récurrent de l'économie de la santé, Il prend des aspects particuliers en Algérie depuis des années. En effet, dans ce pays se développent des systèmes de paiements par les usagers pour compléter le financement étatique qui est insuffisant.

Les établissements publics de santé sont financés surtout au moyen des budgets globaux qui octroient, à chaque hôpital, un montant forfaitaire annuel fondé sur les dépenses historiques en vue du traitement des patients.⁷

La question du financement révèle la difficulté relativement récente du secteur de la santé. Elle est significative des changements apparus dans les relations : d'une part entre le système de la santé et le système économique, d'autre part entre le système de santé et la population qui rend légitime son existence.⁸

⁷Jerôme, Dumoulin. , Miloud, Kaddar. *Sciences sociales et santé*, année 1993, volume 11, numéro2, p.81-p.119.

⁸KADDAR.M, *Le financement de la santé au Maghreb* : données et problèmes actuels .p.1.

Section 1 : Définition des concepts de bases

I.1- Le système de santé

Le système de santé est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, etc.)⁹. Le choix d'un système de santé traduit les conceptions de l'état dans le domaine sanitaire et social (système de santé libéral, socialiste ou mixte). Il se définit par :

- La structure et les caractères du système de soins, de l'appareil producteur et distributeur de biens et services de santé ;
- Les institutions de gestion et de financement.

Selon la loi n° 85-05 du 16 février 1985, le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.¹⁰

I.2- L'établissement public de santé

a- L'établissement public de santé (EPS) est une structure définie par un statut légal, et dont les missions sont fixées par le code de la santé publique. Ces missions (soins, prévention, recherche médicale, enseignement) sont exécutées dans le cadre d'un système de valeurs et d'obligations de service public (égalité d'accès aux soins, continuité du service...). La compétence de ces établissements peut être de nature communale, intercommunale, départementale, régionale, interrégionale ou nationale.

b- Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement.

c- Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotés d'une autonomie administrative et financière, c'est-à-dire qu'ils sont gérés par un Conseil

⁹CABANNE, C. et alii : Lexique de géographie humaine et économique, Ed. Dalloz, 1984, P. 387.

¹⁰Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.

d'administration et qu'ils disposent d'un budget propre, ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'état (autonomie de gestion)¹¹

I.3- L'établissement public hospitalier

a- Sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire, ils sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique (Il est entendu par la notion du plateau technique, toute l'activité qui concerne la radiologie, l'exploration fonctionnelle, le laboratoire et le bloc opératoire) et des consultations.

b- Selon le décret exécutif N° 07-140 portant la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitalier ce dernier est défini comme un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Il est constitué d'une structure de diagnostic, des soins, d'hospitalisation et réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de commune.¹²

I.4- Le financement de l'établissement public de santé

Par financement des établissements de santé on entend la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées.¹²

I.5- Budget Global

Budget Global (La budgétisation) est un mode de financement applicable aux établissements hospitaliers et se définit comme un ensemble de procédures qui visent à fixer le niveau de revenus et de dépenses que devra respecter chacun des établissements durant un exercice financier donné.¹³

¹¹Université médicale virtuelle francophone 2014.

¹²www.who.int consulté le 25 /06/ 2021.

¹³*Larousse médicale*, 2003, édition Larousse VDEF, Paris, P, 46.

I.6- Le ticket modérateur (ou coassurance) :

Constitue la forme la plus simple des frais modérateurs. Dans ce type de tarification, le patient est forcé de déboursier chaque fois un pourcentage fixe (100 Da la nuit) du coût des services qui lui sont dispensés. En conséquence, plus le coût du service n'est élevé, plus le montant à déboursier est important. Les grands utilisateurs sont désavantagés, car ils doivent contribuer proportionnellement plus que les autres au remboursement des frais engagés.¹⁴

I.7- Le prix de journée d'hospitalisation:

Le financement sur la base d'un prix de journée assure aux hôpitaux un montant forfaitaire par lit occupé. Cette formule était essentiellement appliquée dans les systèmes fondés sur un financement public et associant prestataires publics et prestataires privés.¹⁵

Selon le dictionnaire Larousse, le prix de journée d'hospitalisation est la somme réclamée au malade ou à son tiers payant pour chaque journée d'hospitalisation. Il peut également se définir comme « le tarif appliqué à un malade pour une journée d'hospitalisation, dans un service déterminé, médecine, chirurgie générale, chirurgie spéciale, maternité etc. ». Le prix de journée découle des prévisions de dépenses nécessaires à l'établissement pour assurer une journée d'hospitalisation.¹⁶

¹⁴www.santé.dz consulté le 25/06/2021

¹⁵KARA, TERKI Assia. La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public. Thèse de doctorat. Sciences économique. Option gestion, Tlemcen : Université Abou Bekr de Tlemcen, 2009/2010, p.574.

¹⁶Le dictionnaire Larousse.

Section 2 : Évolution du financement des établissements publics de santé dans le monde

Il est intéressant de voir comment le financement des hôpitaux a évolué depuis sa définition en tant qu'un établissement de soin. Jusqu'au 1984, les établissements publics et privés à but non lucratif étaient financés par des prix de journée.¹⁷ Ce modèle fortement inflationniste ne correspondait à aucune pertinence dans la prise en charge des patients, les structures ayant intérêt à les garder plus longtemps que nécessaire.

À partir de 1984, les prix de journée ont été remplacés par une dotation globale, qui reconduisait quasi mécaniquement les budgets année après année. Certes, ce système permet de maîtriser l'enveloppe de dépenses, mais il présente des inconvénients majeurs comme l'immobilisme ou absence d'adaptation des activités hospitalières aux besoins de santé sur le territoire.

Pour pallier les défauts des systèmes antérieurs, la loi de financement de la sécurité sociale en 2004 a introduit la tarification à l'activité(T2A). La France a ainsi rejoint une majorité de pays occidentaux qui, tout en appliquant des modèles variables, ont adopté le principe de tarifs, correspondant chacun à un paiement forfaitaire par type de séjour donné et en complément des dotations pour des missions spécifiques (soins d'urgences, etc.) Trois effets principaux étaient attendus de la réforme : la transparence, l'équité et l'efficacité. Or, ce système complexe a imposé une « révolution culturelle » au sein des hôpitaux avec des conséquences contrastées.

Le grand intérêt de cette tarification a été d'intégrer le coût de la santé dans la pratique médicale. La santé n'a pas de prix, mais à un coût, cette donnée est inhérente à toute politique de santé publique et permet de distinguer la qualité de la prise en charge de la quantité d'actes réalisés ou de la durée du séjour. Toutefois, les écueils sont nombreux : le financement repose sur la maladie et l'acte et non sur le patient et la spécificité de son parcours de soins ce qui peut générer des surconsommations d'actes techniques.

¹⁷COMET, Paul., PIGANIOL, Raymond. L'hôpital public. Troisième édition .5, rue Auguste-Comete, 75006 PARIS : BERGER-LEVRAULT, p. 194.

Le financement est similaire entre le secteur privé et public alors que les contraintes pesant sur ces derniers sont insuffisamment prises en compte.

On assiste à un nivellement des activités vers un coût standardisé des prises en charge alors que les disparités sont fortes (médecine/chirurgie) ou entre établissements situés dans ou hors zone urbaine avec des coûts de fonctionnement très différents. Puis, cette tarification peut avoir un impact sur l'exercice des praticiens. Ils peuvent intégrer dans leur relation au patient, la valorisation financière qu'ils peuvent générer.

Or, l'évolution des problématiques de santé publique contraint de moduler le système actuel. Le développement des pathologies chroniques, qui touchent aujourd'hui quinze millions de Français, rend nécessaire une évolution de la prise en charge des patients, d'autant que de nombreuses hospitalisations, en particulier de personnes âgées, sont évitables. Un double objectif doit être poursuivi: améliorer la qualité et maîtriser les dépenses.

Il s'agit également de repenser un parcours global de santé, qui crée les conditions d'une coordination entre les professionnels de santé, qu'ils exercent en libéral ou en établissement. Cette orientation exige de reconcevoir le principe de la T2A, en se recentrant sur le malade et ses particularités plus que sur la maladie.¹⁸

I.1- Qu'est ce qu'une tarification à l'activité (T2A) ?

La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé fondé sur le paiement à l'activité réalisée. Mise en place en 2004, elle fut programmée pour monter en puissance progressivement jusqu'en 2008.

Une classification des différentes prestations hospitalières est nécessaire pour déterminer quel sera le montant du paiement à l'établissement et repose sur la distinction par groupe homogène de malades (GHM). Il existe plus de 2 000 GHM, répartis en vingt-huit catégories majeures de diagnostic (CMD). Chaque GHM est lui-même traduit en groupe

¹⁸GROLIER, Jacques Gestion Financière et Pilotage Médico-Economiques pôle hospitaliers, édition de l'école des hautes études en santé publique, 2013, p .243.

homogène de séjour (GHS) de manière à prendre en compte les spécificités de certains séjours hospitaliers.

À chaque GHS est associé un tarif. Cette tarification est prospective, et fixée à une périodicité annuelle par le ministère de la santé dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale.¹⁹

La T2A peut aussi être défini comme étant un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée, celle-ci étant définie par des épisodes de soins deux éléments fondamentaux président à la T2A. Premièrement, l'activité hospitalière est définie et décrite à travers des groupes homogènes de malades (GHM) plutôt que selon les disciplines de services hospitaliers (ou spécialités). Par exemple, l'établissement reçoit un paiement pour un patient à qui l'on a posé une prothèse de la hanche plutôt que pour un patient soigné dans le service d'orthopédie. Les GHM, comme leur nom l'indique, identifient les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients. Le principe de base est de payer le même prix pour les mêmes prestations, à condition que l'on puisse fournir une description clinique correcte des patients pris en charge et des différentes prestations délivrées par les établissements de santé. Deuxièmement, les prix des GHM sont définis à l'avance (paiements prospectifs). Ces prix peuvent être fixés au niveau national, comme c'est le cas en France, ou au niveau local. Il existe différents principes et mécanismes pour fixer les prix.

Malgré ces éléments communs à tout système de T2A, la mise en application de ces deux principes de base (définition des GHM et fixation des prix) varie largement d'un système à l'autre, ce qui a des répercussions importantes sur l'efficacité individuelle des établissements ainsi que sur le fonctionnement du marché hospitalier dans sa globalité.²⁰

¹⁹G.SAINT-PAUL, *Réflexion sur l'organisation du système de santé*, France, direction de l'information légale et administrative, décembre 2012.

²⁰ZEYNEP, Or., RENAUD, Thomas. *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, Paris, Mars 2009. www.IRDES.FR.

I.2- L'objectif de la tarification à l'activité

L'objectif de la tarification à l'activité est de dynamiser la gestion des établissements de santé en les faisant financer par l'assurance maladie sur la base de leur activité et en mettant sous tension ces financements. En 2011, l'enveloppe financière à laquelle elle s'applique est de 54 Md€.

La Cour des comptes a déjà consacré des travaux importants à cette réforme, introduite à partir de 2004 dans les établissements prodiguant des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle a notamment présenté dans le RALFSS 2009 un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de cette réforme majeure. Elle concluait que les grands espoirs placés dans la tarification à l'activité (T2A) n'avaient pas encore été tous concrétisés et invitait à poursuivre les travaux de fond.

Deux ans plus tard, dans ce même esprit, la cour examine plus particulièrement le lien entre la tarification à l'activité et la convergence entre secteurs public et privé, ainsi que la contribution apportée à cet égard par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), opérateur spécifiquement créé en 2000 par le ministère de la santé dans la perspective de la mise en œuvre de la T2A. Rendue possible par l'amélioration de la connaissance des coûts hospitaliers, la T2A telle qu'elle a été mise en œuvre déconnecte néanmoins, les tarifs des coûts de production, sans faciliter la maîtrise de la dépense hospitalière. La poursuite de la convergence tarifaire entre secteurs public et privé accentue cette tendance, ce qui impose d'en définir rapidement et clairement l'objectif et les modalités pour respecter les échéances fixées à cet égard par le parlement.

I.3- Les modalités de financement de la T2A

En vue de permettre aux établissements de santé de faire face à l'hétérogénéité des patients et éviter les problèmes et comportements stratégiques rencontrés avec un système de tarification à la pathologie pur comme dans MEDICARE, la Tarification à l'activité met en jeu cinq modalités de financement, trois d'entre elles sont directement liées à l'activité réalisée et observée sur la base de la transmission des données P.M.S.I. :

- Le paiement d'un tarif par séjour des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement. Les types de séjours sont classés par Groupes Homogènes de Séjours (G.H.S.) pouvant correspondre à un ou plusieurs Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.) ;
- Le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et d'actes externes (seulement dans les établissements publics car les établissements privés travaillent avec des médecins libéraux dont les honoraires sont facturés en sus), d'urgence, de prélèvements d'organes et l'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.) ;
- Le paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation, notamment certains médicaments onéreux, dont les molécules onéreuses de chimiothérapie, ou certains dispositifs médicaux implantables (D.M.I.) comme les prothèses de hanche.

En revanche, il existe une modalité particulière de financement mixte. En effet, un forfait annuel sera versé aux établissements pour financer les coûts fixes d'une activité comme les urgences ou les prélèvements d'organes qui peuvent être fort conséquents.

Enfin, une partie du financement ne sera pas fondée sur la Tarification à l'Activité mais relèvera de la dotation : ce sont les Missions d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation (M.I.G.A.C.).²¹

I.4- Les avantages principaux de la T2A :

On peut citer trois avantages principaux de la T2A :

La T2A vise à améliorer la transparence: elle assure en effet une plus grande transparence dans le financement des soins hospitaliers en liant le financement à la production des soins. Elle est également perçue comme un mécanisme « équitable » dans la mesure où on paie le même prix pour un même service pour tous les fournisseurs de soins. Cette équité dépend toutefois de la fiabilité de la classification de l'activité en groupes tarifaires : il est impératif que cette classification soit suffisamment fine, et les groupes suffisamment homogènes, pour que les établissements qui attirent systématiquement les patients les plus lourds ne soient pas

²¹LAFFITTE, Fabien. *Un nouveau mode de financement du service public hospitalier en France le passage à la tarification à l'activité dans le plan hôpital 2007*. mémoire magister, Lyon : Université Lumière Lyon II, Septembre 2005, p. 103.

pénalisés. Il faut également bien prendre en compte les facteurs exogènes liés au contexte local et que les établissements ne contrôlent pas, car ils peuvent influencer fortement les coûts.

La T2A vise également à améliorer l'efficacité, à la fois de chaque établissement individuellement et de l'ensemble du marché : elle introduit en effet une forme de compétition stimulant l'efficacité dans un contexte où ces pressions compétitives étaient inexistantes. Ceci suppose toutefois que les prix reflètent correctement les coûts des producteurs les plus efficaces.

À ce stade, il faut bien distinguer les objectifs politiques poursuivis à travers une T2A de ceux qu'elle peut réellement atteindre, étant donné les caractéristiques inhérentes à ce mécanisme de financement. Souvent, dans les discours politiques en France comme dans les autres pays, on attribue à la T2A des missions qui sont loin de sa vocation, telle que celle d'améliorer la qualité, l'équité d'accès et la couverture optimale des soins.

En effet, la T2A comme mode de paiement n'a aucune vocation à assurer une couverture optimale des besoins ni à améliorer la qualité des soins. Au contraire, il est nécessaire de prévoir des mécanismes régulateurs additionnels pour garantir la qualité des soins et un accès territorial équitable, comme cela a été fait aux États-Unis.

D'autre part, les incitatifs fournis par une tarification basée sur les coûts moyens sont théoriquement neutres sur le niveau d'optimalité de la couverture de soins (à condition qu'ils reflètent bien les coûts réels des établissements).²²

I.5- Les inconvénients de la T2A

L'application d'une T2A peut induire des effets non souhaités au départ. À cet égard, un contrôle des coûts affaibli : puisque chaque patient est lié à un accroissement de revenu, les hôpitaux sont incités à multiplier le nombre de cas pris en charge et ainsi à accroître leur

²²ZEYNEP, Or., RENAUD, Thomas. *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, Paris, Mars 2009. www.IRDES.FR.

budget. Les payeurs qui souhaitent contrôler leur budget annuel ont recours soit à la fixation du budget de l'acheteur, à la diminution des tarifs au-delà du niveau d'activités attendu ou à la tarification liée aux coûts marginaux d'activités.

Une durée de séjour plus courte : le fait que les hôpitaux sont incités à traiter plus de patient va induire une diminution de leurs durée de séjour afin d'augmenter leur capacité d'accueil annuelle, ceci peut devenir un problème dans le cas où la rapidité des congés met en péril la qualité des soins prodigués. Pour prévenir les sorties d'hôpitaux trop rapides, les payeurs peuvent refuser de payer pour les ré hospitalisation à l'intérieur d'un délai donné.²³

Section3 : Historique du financement des établissements publics de santé en Algérie

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

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

- Les organismes de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayant droits ;
- L'état et les collectivités locales (Trésor et Caisse de Solidarité des Départements et Communes) pour les patients indigents détenteurs d'une carte d'indigence ;
- Les particuliers (couches aisées et les professions libérales).

L'hôpital est une entité de production de soins qui se fait rémunérer sur la base d'un système de tarification, ses recettes dépendent de cette activité et les gestionnaires disposaient de toute l'autonomie de gestion et sont tenus par le principe de l'obligation de résultats.

²³Jean- Marie, Fessler., Pierre, Frutiger. La tarification hospitalière à l'activité éléments d'un débat nécessaire et propositions, Paris, éditions Lamarre l'avenue Édouard-Belin 92500 Rueil-Malmaison, 2003. P173.

Chapitre I Généralités sur le financement des établissements publics de santé

A partir de 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite, Ordonnance 73-65 à la 28/12/73 portant gratuité de soins dans l'ensemble des services publics. Le décret du 1er janvier 1974 a instauré la gratuité des soins dans tout l'établissement public de santé. Progressivement, les personnels hospitalo-universitaires et des structures parapubliques (cliniques et CMS) sont rattachés au secteur public.²⁴ Les hôpitaux sont financés selon une nouvelle procédure appelée "**Budget Global**". La budgétisation vient se substituer au mode de rémunération de prix de journée.

Au fil des années, cette gratuité a, malheureusement, connu une déviation de son noble objectif initial, notamment, par son application indiscriminée, sa gestion et les gaspillages observés. Pour leur fonctionnement, les hôpitaux reçoivent un budget global préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles).

A l'origine et pendant toute la décennie 70, les sources de ce financement étaient au nombre de cinq (Etat, Sécurité Sociale, Collectivités Locales, Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) et les Ressources Propres).

A la fin de cette décennie, deux sources ont été totalement abandonnées: les Collectivités Locales pour la limitation de leurs moyens et la PCA pour raison de dissolution et restructuration en cinq entités autonomes.

Depuis le début des années 80, les hôpitaux sont financés selon deux principales sources : l'Etat à travers une contribution d'origine fiscale et la Sécurité sociale à travers une participation (appelée forfait hôpitaux) sur ses recettes de cotisations sociales. Les ressources propres sont négligeables et ne méritent aucun commentaire.

Le financement socialisé des hôpitaux allait être partiellement aménagé à partir de la deuxième moitié des années 80. En plus de la décision de 1984 de ne plus distribuer les médicaments gratuitement pour les soins ambulatoires. L'année 1986 est caractérisée par la remise en cause de la gratuité des soins et l'instauration du ticket modérateur dans les établissements publics de santé pour cela il fut décidé de faire participer les usagers à raison

²⁴ OUCHEFOUN, A., HAMOUDA, D. *Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie*. In Cahiers du CREAD N° 35/36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993.

de 20% (**Ticket Modérateur**) pour les examens radiologiques, les analyses médicales et les explorations fonctionnelles, calculés sur la base de la nomenclature des actes de 1981.

Cette politique avait pour objectif :

- Parer aux dépenses vertigineuses des secteurs sanitaires,
- Sensibiliser le citoyen et de le faire participer aux dépenses de soins.

En effet Certaines catégories de malades y compris les malades hospitalisés ont été dispensées de ces mesures. En vertu d'un arrêté interministériel pris en janvier 1995, les usagers des services publics de santé et en dehors de certaines catégories de populations qui en sont dispensées, sont tenus de participer définitivement et sans remboursement au financement des prestations. Des estimations grossières font état d'une représentation de 5% de cette source par rapport aux dépenses globales des établissements publics de santé.

Conjuguée à la crise économique des années 1990, celle-ci a conduit les pouvoirs publics à engager la révision des modalités de financement des établissements de santé.

C'est ainsi que le concept de contractualisation a pris naissance à partir de 1992.

En 1994, l'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (PAS) imposé par le FMI en raison des difficultés économiques auxquelles elle était confrontée. En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel (PAS) sont :

- Sur le plan interne, la compression des dépenses de soins.
- Sur le plan externe, la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part et la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger d'autre part.

La poursuite du PAS et les mesures de stabilisation économique tentent de limiter les déficits publics et donc la réduction des dépenses de l'Etat. Cette politique se traduit essentiellement par une double action :

- Action de limitation du secteur public et de la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts.
- Action d'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine.

Chapitre I Généralités sur le financement des établissements publics de santé

Cependant, les mesures prises à cet effet n'ont pas répondu à l'objectif fixé, mais au contraire ont abouti à une augmentation des charges financées sur ressources collectives, sans que l'efficacité n'ait suivi. En effet, depuis 1995 et sous les recommandations de la Banque Mondiale qui préconise la réduction des coûts, la gratuité totale des soins a laissé place :

- Au paiement des consultations et actes médicaux dont les tarifs officiels sont largement en deçà des honoraires réellement perçus par les médecins.
- Une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100 DA par jour, non remboursables.²⁵

Après publication du décret N° 01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux, texte indispensable pour la poursuite du processus, le dossier est relancé par la mise en place d'un comité chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale, installé le 16 mars 2002. Le comité remet un rapport d'étape le 31 décembre 2002 :

- Il propose la réalisation d'une simulation de la facturation basée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement.

En 2002, un Arrêté Interministériel fait obligation aux non assurés sociaux et en dehors des personnes démunies à payer les prestations reçues dans les établissements publics de santé selon une tarification définie. Cet Arrêté est gelé.²⁶

Elle témoigne aussi l'augmentation des prix du pétrole, ce qui va engendrer une amélioration des ressources des hôpitaux, grâce à une augmentation des allocations

²⁵OUFRIHA, Fatima Zohra. *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie*. In cahiers du CREAD N° 41, 3^{ème} trimestre 1997, P. 89.

²⁶CHAOUICHE, Ali, *Colloque international sur les politiques de santé : Le financement du système de santé*, 18 & 19 janvier 2014, Hôtel Aurassi, Alger, p.13.

²⁷ Rapport NABNI, « *Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020* », le troisième thème : santé, 2013, p.12.

Chapitre I Généralités sur le financement des établissements publics de santé

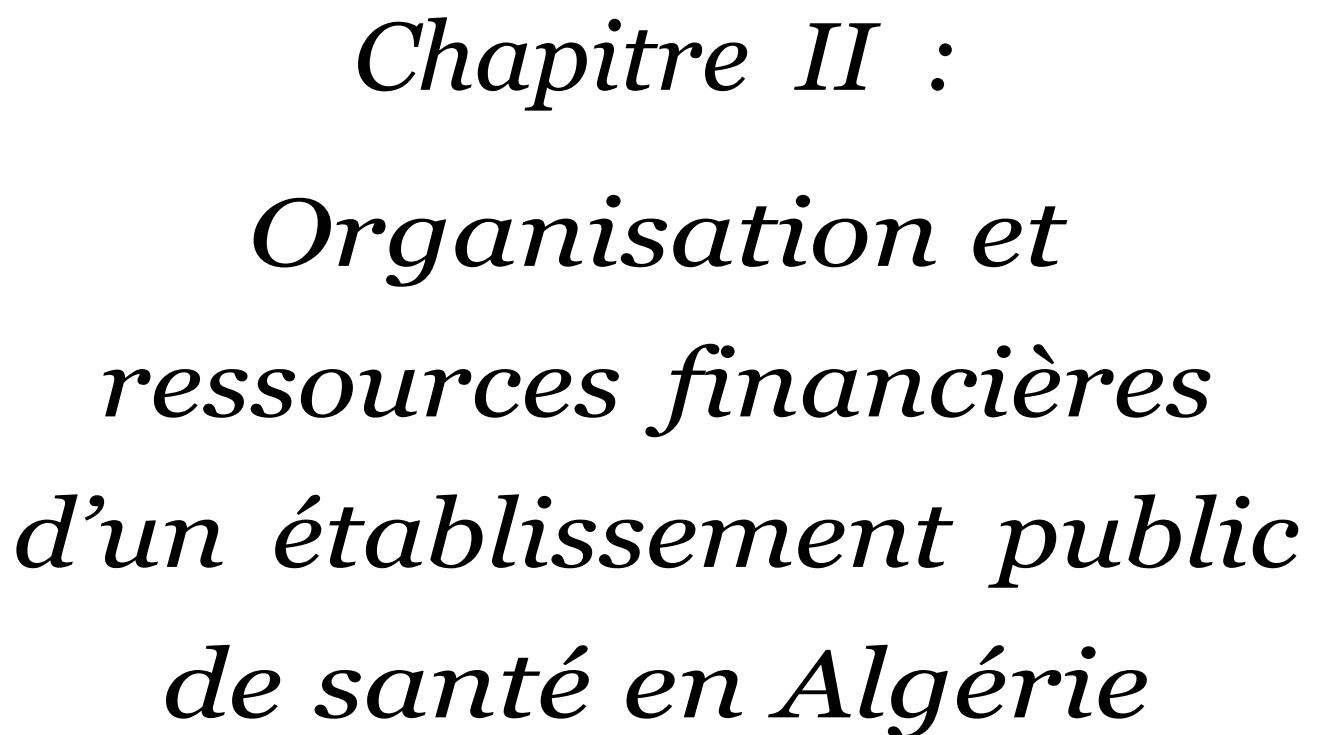
budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budgets d'équipement.

Ainsi, un certain nombre de dispositions réglementaires ont été prises, aussi bien dans le domaine de l'organisation de santé, que de celui du médicament. Par exemple, la mise en place depuis janvier 2007 d'une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la séparation entre EPSP, EPH, CHU et EHS:

- Création des EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité) ;
- Création des EPH (Etablissement Public Hospitalier) ;
- Le maintien des CHU (Centres Hospitalo-universitaires);
- Création de structures hautement spécialisées, les EHS (Etablissements Hospitaliers Spécialisés).²⁷

Conclusion

Dans le présent chapitre introductif, l'évolution du financement des hôpitaux publics en Algérie à montrer que depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée « prix de journée », à partir de 1974 les hôpitaux sont financés selon une nouvelle procédure appelée " **Budget Global** " donc la budgétisation vient se substituer au mode de rémunération de prix de journée. Par contre dans le monde jusqu'au 1984, le financement des hôpitaux publics se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelé le prix de journée à partir de 1984, ce dernier a été remplacé par une dotation globale, en 2004 la loi de financement de la sécurité sociale a introduit la tarification à l'activité (T2A).



Chapitre II :
Organisation et
ressources financières
d'un établissement public
de santé en Algérie

Introduction

L'établissement public de santé en Algérie est dirigé par trois structures, le conseil d'administration organe délibérant dont la majorité de ces membres sont nommé par la tutelle, la direction, organe exécutif à sa tête un directeur et le conseil médical, organe consultatif composé de professionnel de santé. Au sein de chacune de ces structures les intérêts divergent.

L'établissement public de santé est confronté à de multiples contraintes et dysfonctionnement qui font que le rôle de l'établissement public de santé est quelquefois mitigé en raison de contrainte interne (absence de choix des priorités des actions.....) et externes (liées aux problèmes de financement...). Cette situation a amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action. L'objectif prioritaire des réformes hospitalières²⁸ est de rechercher avec l'ensemble des acteurs concernés, les solutions les plus adéquates qui permettent une meilleure organisation et un financement pertinent de ces établissements.

En effet, le financement des établissements publics de santé revêt une particularité spéciale, du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'état, de la sécurité sociale, et celle des ménages, d'où un modèle de financement mixte qui tire ses ressources d'une part par la fiscalité nationale, et d'autre part des cotisations sociales.

L'hétérogénéité des Sources de financement des établissements publics de santé reste grande malgré les progrès récents d'unification et d'uniformisation de certaines d'entre elles, dont le poids dans l'intervention n'est pas le même²⁹

Il est clair que la question du financement des établissements publics de santé en Algérie est très complexe. Cependant, il nous paraît évident que les modalités de financement inflationnistes actuelles ne peut assurer la pérennité ces établissements de garantir l'équité d'accès des plus démunis³⁰

²⁸ *Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière en Algérie, les préalables et les actions urgentes.*

²⁹ OUFRIHA, Fatima Zohra et Collaborateur. *Un Système de santé à la croisé des chemins*, 2006, Alger : édition CREAD, 2006.

³⁰ OUFRIHA, Fatima Zohra. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger : Office des publications universitaires d'Alger, 1992.

Section 1 : Les établissements publics de santé en Algérie : Statut, Missions et Organisation

II.1- Statut d'un établissement public de santé

L'établissement public de santé est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologie et de traumatisme trop complexe pour pouvoir être soignées à domicile ou dans un cabinet de médecin. L'établissement public de santé comporte des structures dotées de lits d'hospitalisation et de structures qui ne remplissent pas la fonction d'hébergement des patients. En effet, l'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif (EPA), doté de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière afin de remplir une mission d'intérêt général. Il est placé sous la tutelle du wali. Il est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes. La consistance physique de l'établissement public hospitalier est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.³¹

II.2- Missions d'un établissement public de santé

L'établissement public de santé a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a, notamment pour tâches :

- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution de soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- d'appliquer les programmes nationaux de santé ;
- d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé ;

³¹ Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant *création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.*

Ainsi l'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

II.3- L'Organisation d'un établissement public hospitalier

L'organisation d'un établissement public de santé est profondément marquée par l'évolution globale de la société et par ces aspects politiques, économiques et sociologiques, comme l'évoque l'arrêté interministériel³² du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009. Cette organisation comprend :

La sous-direction des finances et des moyens ;

La sous-direction des ressources humaines ;

La sous-direction des services de santé ;

La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

II.3.1- La sous-direction des finances et des moyens

La sous-direction des finances et des moyens comprend trois bureaux, remplissant chacun une mission particulière.

- Le bureau du budget et de la comptabilité est chargé des prévisions budgétaires et de l'établissement du projet de budget pour l'EPH, ainsi que l'élaboration des comptes financiers et la tenue de tous les documents relatifs à la comptabilité hospitalière ;

- Le bureau des marchés publics est chargé de veiller sur le bon déroulement des approvisionnements et des processus sous-traitance avec les fournisseurs et partenaires sociaux de l'EPH ;

- Le bureau des moyens généraux et des infrastructures est chargé de la mise à la disposition des différents services administratifs et médicaux des moyens généraux indispensable à leur fonctionnement, organise les services hôteliers, assure la bonne marche des magasins et des services généraux.

³² Arrêté interministériel du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics de santé. Application de l'article 22 du décret exécutif N°07-140 du 19 Mai 2007.

II.3.2- La sous-direction des ressources humaines

La sous-direction des ressources humaines est composée de deux bureaux chargés respectivement de :

- Le bureau des ressources humaines et du contentieux est chargé de la gestion des carrières des personnels de l'EPH, de la gestion prévisionnelle des emplois et des Compétences ainsi que de la gestion des conflits et de la commission paritaire ;
- Le bureau de la formation est chargé de mettre en œuvre la politique de formation et de perfectionnement des personnels selon les besoins exprimés par les différents services et de veiller au bon fonctionnement de l'annexe de formation paramédicale.

II.3.3- La sous-direction des services de santé

En plus des services d'hospitalisations qui y sont rattachés, la sous-direction des services de santé regroupe trois bureaux à savoir :

- Le bureau des entrées est chargé essentiellement de l'accomplissement de six tâches : accueil et admissions des patients hospitalisés, gestion de l'état civil en collaboration avec les services concernés de l'APC, l'établissement des statistiques relatives au mouvement de la population hospitalière via le logiciel patient³³, la facturation, la tenue de la caisse et pour finir la gestion des archives ;
- Le bureau de calcul des coûts ;
- Le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé est chargé de l'établissement du bilan d'activité annuel des services de santé ainsi que du canevas statistique pour la tutelle, d'établir des plans d'action sanitaire en collaboration avec les services de santé et le suivi ainsi que la coordination des activités médicales et paramédicales.

³³ Logiciel de gestion du parcours du patient fonctionnant en réseaux.

II.3.4- La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes

La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes comprend deux bureaux :

- Le bureau de la maintenance des équipements médicaux ;
- Le bureau de la maintenance des équipements connexes.³⁴

II.4- L'Organisation d'un établissement public de proximité

Selon l'arrêté interministériel du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009, l'organisation des établissements publics de proximité comprend :

La sous-direction des finances et des moyens ;

La sous-direction des ressources humaines ;

La sous-direction des services de santé ;

La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

- La sous-direction des services de santé comprend trois bureaux :
 - Bureaux de la prévention et de l'hygiène du milieu ;
 - Bureaux des entrées, de contractualisation et du calcul des coûts ;
 - Bureaux d'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de soins.
- La sous-direction des ressources humaines comprend deux bureaux :
 - Bureau de gestion des ressources humaines et des contentieux ;
 - Bureau de la formation.
- La sous-direction des finances et des moyens comprend trois bureaux :

³⁴ BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Le Management Hospitalier : Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew*. Mémoire magister en management, Option stratégie, Oran : université d'Oran ,2011 /2012, P.181.

- Bureau du budget et de comptabilité ;
- Bureau des marchés ;
- Bureau des moyens généraux et des infrastructures.

La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes comprend deux bureaux :

- Bureau de la maintenance des équipements médicaux ;
- Bureau de la maintenance des équipements connexe.

Section2 : Dispositions financières d'un établissement public de santé en Algérie

II.1- Présentation du budget d'un établissement public de santé

La nomenclature budgétaire des établissements publics de santé est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Le budget des établissements publics de santé comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

Les recettes comprennent les subventions de l'état, les subventions des collectivités locales, les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, les mutuel, les entreprises et les établissements de formation, les dotations exceptionnelles, les dons et legs, les recettes diverses, toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement et les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

Les dépenses comprennent les dépenses de fonctionnement, les dépenses d'équipement et toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de son objet.³⁵

³⁵ Idem , P.24

Chapitre II Organisation et ressources financières d'un établissement public de santé en Algérie

En effet, les recettes et les dépenses définitives de l'Etat, fixées annuellement par la loi de finances et réparties selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, constituent le budget général de l'état. Ce dernier apparaît à l'intérieur de la loi de finances et contient les prévisions de recettes et les autorisations de dépenses de fonctionnement et d'équipements publics à caractère définitif. Ces recettes et dépenses figurent sur des états annexés à la loi de finances :

- L'état «A» portant évaluation des recettes définitives applicables aux dépenses définitives du budget général de l'état ;
- L'état «B» portant répartition par département ministériel des crédits ouverts au titre du budget de fonctionnement ;
- L'état «C» portant répartition par secteur des dépenses d'équipement à caractère définitif au titre du budget d'équipement.

Après la promulgation et la publication de la loi de finances, le gouvernement procède à la distribution des crédits budgétaires. Ces derniers sont répartis et mis à la disposition des départements ministériels pour les dépenses de fonctionnement, des opérateurs publics ayant la responsabilité d'exécuter les programmes d'équipements publics financés sur concours définitifs et des bénéficiaires des dépenses en capital pour les dépenses d'équipement à caractère définitif.

Les crédits budgétaires sont affectés et spécialisés, conformément à la nomenclature budgétaire, par chapitre budgétaire pour les dépenses de fonctionnement et, conformément à la nomenclature des investissements publics, par sous-secteur, pour les dépenses d'équipement à caractère définitif.

Les moyens financiers sont octroyés aux hôpitaux selon les prévisions d'activités telles que le nombre d'hospitalisation, le taux d'occupation moyen, les consultations externes et les entrées directes et indirectes.

Lors de l'élaboration du budget les différents services expriment leurs besoins sans aucune connaissance journalière du coût réel de leur activité à cause de l'absence d'une comptabilité analytique, les ressources budgétaires sont alors attribuées généralement en fonction de celles de l'exercice précédent.

II.1.1- L'exécution du budget général de l'état

La procédure d'exécution du budget général de l'état est soumise à l'ensemble des règles de la comptabilité publique.

L'exécution du budget général de l'état est assurée, au regard du principe de séparation des ordonnateurs et des comptables, par deux catégories de fonctionnaires, statutairement séparées les ordonnateurs, les comptables publics.

L'exécution du budget général de l'état est réalisée en matière de recettes, par des actes de constatation, de liquidation et de recouvrement et en matière de dépenses, par des actes d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement (ou de mandatement) et de paiement.

A. L'exécution des dépenses publiques :

Les dépenses publiques comprennent, notamment les dépenses de fonctionnement, les dépenses d'équipement à caractère définitif.

L'exécution des dépenses publiques est réalisée en deux phases, la première phase est administrative : elle comporte les actes d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement (ou mandatement) de la dépense et incombe aux ordonnateurs et la deuxième phase est comptable: elle se conclut, après la phase administrative, par le paiement des sommes dues, à la diligence du comptable public.

B. L'exécution des dépenses de fonctionnement

L'octroi des crédits budgétaires, l'élaboration et, le cas échéant, l'approbation des «budgets» (ou «fascicules budgétaires») autorisent l'exécution des dépenses de fonctionnement et permettent tout à la fois de les engager et de les régler.

L'exécution des dépenses d'équipement à caractère définitif ne peut être autorisée qu'après accomplissement de deux opérations essentielles : l'élaboration et la notification de la décision-programme par le ministre des finances ; l'individualisation du projet par le responsable compétent.

Le paiement est effectué par le comptable public qui procède au règlement de la dépense d'équipement à caractère définitif sur la base de décisions portant répartition des crédits de paiements.³⁶

II.2- Les insuffisances du budget

La mise en place d'un budget global était censée résoudre l'étranglement financier des hôpitaux induit par les retards de paiement des factures et par les difficultés de recouvrement des créances auprès des administrations et des organismes de sécurité sociale avant 1974. La budgétisation est une contrainte majeure dans la mesure où :

- L'ouverture de crédits définitifs pour une année est en soi une contrainte budgétaire du fait que l'ordonnateur est tenu, quelques soient les circonstances médicales ou autres, de dépenser dans la limite des crédits ouverts ; ceci lui ôte toute capacité de gestion, c'est-à-dire l'allocation optimale des ressources disponibles,
- Les crédits affectés à l'hôpital se font d'une manière aléatoire, forfaitaire ne tenant pas compte des problèmes de santé à résoudre mais juste de l'effectif budgétaire arrêté d'ailleurs de façon aussi administrative ; globalement la répartition des crédits entre les hôpitaux est empirique et subjective n'utilisant aucun critère scientifique censé l'orienter.
- Les procédures de transferts de crédits de titre à titre sont une contrainte majeure pour toute gestion optimale ; consolidé la masse des crédits alloués à certains hôpitaux n'est jamais consommée totalement et au niveau de certains hôpitaux on enregistre un endettement important et aussi au sein même d'un hôpital on trouve la situation paradoxale de coexistence d'un solde positif pour certains titres (notamment personnel) et de dettes pour d'autres titres, cette situation est anormale.

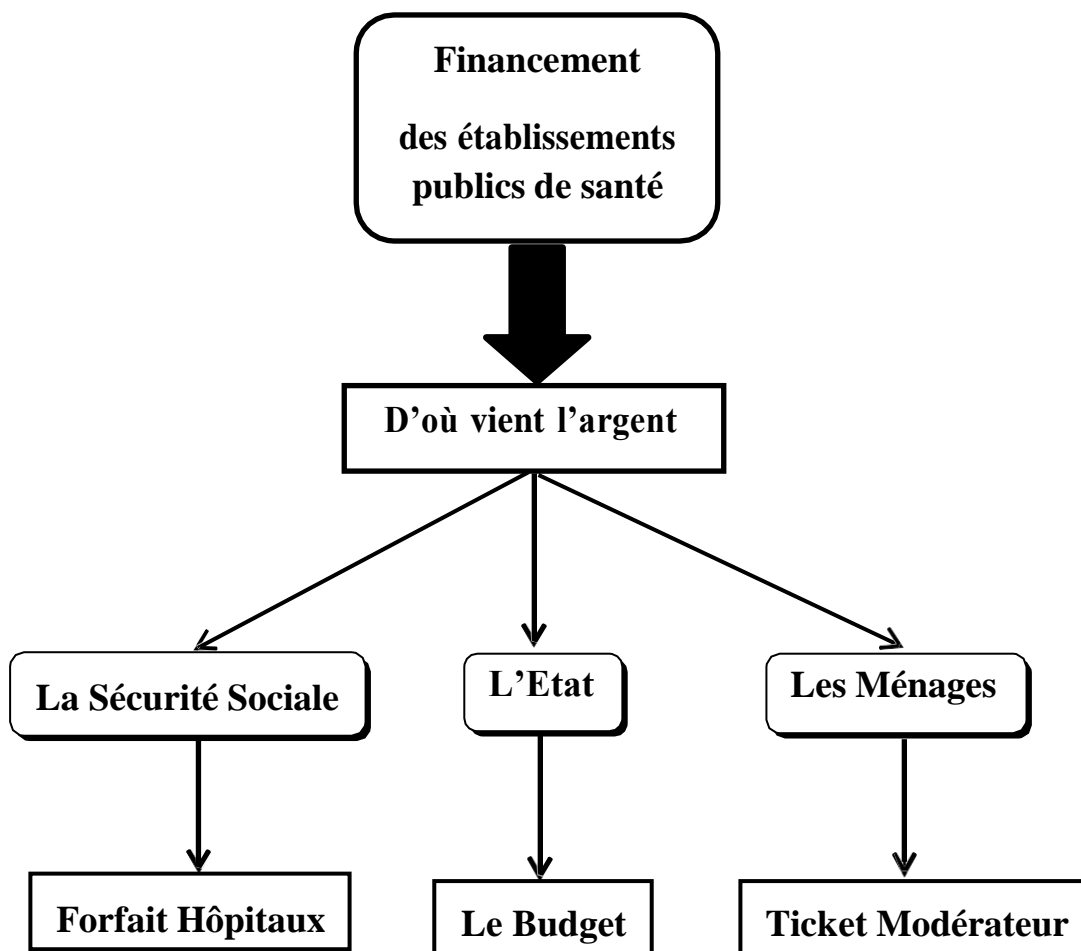
³⁶ AIT MOKHTAR, Omar. *L'évolution de la politique des dépenses publiques dans le contexte de la mondialisation*. Thèse de doctorat en science économique, Tlemcen : Université Abou Bakr Belkaid Tlemcen2013/2014, p.362.

Chapitre II Organisation et ressources financières d'un établissement public de santé en Algérie

- La participation de la sécurité sociale au financement du budget de fonctionnement des établissements publics de santé sous forme de " forfait hôpitaux " présente d'innombrables insuffisances :
 - L'allocation de ce forfait se fait d'une manière aléatoire et ne prend pas en compte un niveau de soins particulier à dispenser aux assurés sociaux, nul ne sait si ce montant couvre les besoins ou non des assurés sociaux et de leurs ayant droit ;
 - L'effet majeur de cette procédure est la déresponsabilisation à la fois des gestionnaires des établissements publics de santé et des responsables de la sécurité sociale. Les premiers sont en fait de simples dépensiers et les seconds ne suivent pas et ne contrôlent pas l'usage qui en est fait des ressources allouées ;
 - Aucun partenaire santé/sécurité sociale n'est incité ou motivé à maîtriser les dépenses de santé.
- Globalement, la nature des sources de financement, les procédures et les modalités de financement ne laissent point de place à une autonomie de gestion :
 - Les gestionnaires sont réduits au simple rôle de dépensiers et n'assurent point de fonction de véritables gestionnaires.
- Le Conseil d'Administration n'est pas impliqué ni dans la détermination des prévisions budgétaires ni dans le contrôle de leur exécution, ainsi les services ne fonctionnent pas selon un budget prévisionnel destiné à identifier le volume d'activités prévu et contrôler le niveau d'activités réalisé ; l'allocation des moyens au service devient subjective et relève de la relation de la direction avec le chef de service concerné.

Section3 : Les Sources et les contraintes de financement des établissements publics de santé

Figure n°01: Les Sources de financement des établissements publics de santé



Source : Figure réalisée par moi-même on utilisant les informations reçu de l'EPH de Draa El Mizan³⁷

³⁷ Informations reçu de l'EPH d'AZAZGA.

II.1- Les sources de financement

II.1.1- L'Etat :

Il participe au financement des établissements publics de santé selon la modalité d'un budget annuel global, forfaitaire et préétabli, et tout seul à l'encadrement de la politique de santé, de la formation médicale et paramédicale, de la recherche. L'Etat alloue annuellement un volume de crédits destiné à financer le budget de fonctionnement des établissements publics de santé en milliards de DA.

Les avantages de la méthode de financement par budget globale

Le contrôle des coûts est certainement l'avantage le plus important et généralement reconnu dans la littérature du financement des services publics de santé, ajoute que cette qualité est l'un des facteurs expliquant qu'elle a été la forme prédominante du financement durant de nombreuses années, le deuxième avantage est la simplicité de calcul c'est-à-dire si le budget à calculer n'est le premier depuis l'apparition de l'établissement public de santé, le calcul du nouveau montant est relativement simple, le dernier avantage est que le budget globale plus équitable pour la population, pour cela la banque mondiale considère le financement par budget globale comme la forme la plus équitable du point de vue de la population. En effet, la distribution des montants disponibles facilitent une meilleure répartition des services aux patients eus égard aux facteurs démographique, épidémiologique et socioéconomique.³⁸

II.1.2- La Sécurité sociale

Le forfait hospitalier constitue la contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé. Ce forfait a été mis en œuvre en 1973 avec l'instauration de la gratuité des soins, son montant est déterminé à partir de 1980 par la loi de finances, conformément à la réglementation en vigueur, le forfait hôpitaux versé par les caisses de sécurité sociale était destiné à couvrir tous les frais encourus à l'hôpital (visites médicales)

³⁸ CASTONGUAY, Joanne. *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, Montréal Mrs 2013, p. 176.

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances. Cette disposition budgétaire est appelée « **forfaits hôpitaux**», cette obligation est supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit.

Depuis son institution en 1973, le forfait hôpitaux a augmenté d'une manière soutenue. En effet, nous constatons un accroissement du montant du forfait hospitalier qui est passé de 120 millions de DA en 1973 à 38000 millions de DA en 2011, ce montant a été multiplié par 316,66 en l'espace de 38 ans.

Cette augmentation du forfait hospitalier est due d'une part au désengagement progressif du budget de l'état qui ne concourt qu'à 24 % de ses dépenses en 1989 et de l'autre part au problème lié à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit en matière d'hospitalisation et de soins prodigués.

A partir de 1992, les lois de finances successives disposent que la contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base des relations contractuelles.

Les limites du forfait hôpitaux

Le forfait hôpitaux Caractérisé par des imperfections dans sa mise en œuvre et dans ses procédures d'application, le forfait hôpitaux comme mode de financement montre aujourd'hui des limites certaines.

La disproportion constatée entre l'augmentation continue de ce forfait et la régression du niveau des activités des établissements hospitaliers exige une révision des mécanismes et des modalités d'affectation des ressources disponibles. Ces affectations doivent correspondre à des niveaux d'activités (rapport coût / rendement).

En effet, il a été constaté que le taux d'occupation des lits est en régression continue depuis 1990 (51% en 1995), une proportion de plus en plus élevée d'explorations, d'analyses

médicales, et de médicaments prescrits aux malades hospitalisés dans les établissements publics, est effectuée dans le secteur privé et donne lieu à un remboursement par la sécurité sociale enfin l'augmentation du personnel médical généralement non spécialisé de santé publique compensant les départs des hospitalo – universitaires entraînant une augmentation de la masse salariale sans contrepartie en matière d'activités.³⁹

Aussi, les véritables inconvénients liés à ce mécanisme sont contenus dans les faits suivants :

L'absence des références médicales et tarifaires :

La participation de la sécurité sociale est faite forfaitairement, c'est-à-dire que les montants prélevés annuellement n'obéissent à aucune base tarifaire. Les textes ne prévoient ni un pourcentage ni une somme clairement définie qui revient à la sécurité d'y participer c'est à dire manque de la nomenclature des actes médicales.

Gratuités totales des actes médicaux :

Il faut juste rappeler que la loi sur la médecine proclamée gratuite, a fait que tous les actes prodigués dans les établissements publics de santé sont fournis sans aucune discrimination pour toutes les catégories de personnes.

L'absence des tarifs de soins a créé d'abord le problème de la connaissance des coûts de soins en milieu hospitalier qui peuvent servir de référence et de contrôle de gestion. Aussi il est devenu très difficile de connaître les dépenses que couvre réellement ce forfait en matière de soins, le résultat est une désarticulation totale entre les sommes allouées et les services de santé réellement prodiguée aux assurés sociaux et leur ayants droits.

La détérioration de la qualité des soins à obliger beaucoup d'assurés de se tourner vers le secteur privé, ce qui a créé un double financement pour l'organisme de la sécurité sociale ;

³⁹ LAMRI, LARBI. *Problématique du financement de la santé en Algérie*, édition savoir et compétence n°2.L'E.F.P.M. de MASCARA, p.110.

le premier pour les établissements publics de santé et le second pour le remboursement des frais des assurés auprès du secteur privé.

Enfin la situation financière de la CNAS est devenue plus critique après 1993 où les pouvoirs publics ont affiché une volonté politique de réformer le financement de la santé.

Cette réforme signifie clairement que l'état ne peut plus continuer à prendre en charge les nombreuses actions liées à la prévention, la formation, la recherche et la santé des personnes nécessiteuses.⁴⁰

II.1.3- Les ménages

Les ménages contribuent au financement de la santé en réglant aux établissements de santé les frais de soins et de séjours prodigués, en tout ou une partie. La participation des ménages peut prendre différentes formes principalement: le ticket modérateur, forfait hospitalier et dépassement d'honoraire.

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré (du ménage) après le remboursement de l'Assurance Maladie.

Les paiements directs des ménages sont des paiements versés directement par le patient au prestataire de santé ; les fonds ne sont donc pas centralisés par un intermédiaire financier. La participation financière des usagers dans les établissements publics de santé sont une forme de paiement direct des ménages. Les co-paiements qui sont versés par les membres d'un régime d'assurance maladie lorsque celui-ci ne rembourse que partiellement les services de santé payés par ses membres sont une autre forme de paiement direct. Enfin, des paiements directs sont aussi versés aux prestataires de santé privés par les individus qui ne sont couverts par aucune forme d'assurance maladie.

La participation des ménages au financement sont aussi les paiements directs pour des soins et services de santé soit pour la totalité des coûts des soins soit sous forme de ticket modérateur (tout ce qui n'est pas pris en charge par les régimes de couverture médicale), ce

⁴⁰ LARBI, Lamri. *Le système de sécurité sociale en Algérie une approche économique*, édition office des publications universitaires (OPU), 2001, p.63

qui contribue au recouvrement d'une partie des coûts financiers des prestations publiques et privées.

II.1.3.1- Inflation et effets sur le ticket modérateur

Depuis 1974, date de promulgation de la médecine gratuite, les taux de remboursement étaient pratiquement inexistant d'une part, la domination du secteur public dans la distribution des soins caractérisés par la gratuité totale des actes de soins et de prévention, d'autre part le nombre de praticiens privé était très réduit et les services qu'ils offraient aux clients était très limitée regroupant principalement les services de consultation et de soins généraux.

L'ouverture du secteur privé « officiellement » à travers les textes de 1982, s'est traduite par une orientation d'une large demande de soins du secteur public vers le secteur privé. Cette demande est qualifiée d'abord « d'importante » par le nombre d'actes de soins demandés et « rémunérée » parce qu'elle est prise en charge financièrement par les individus eux-mêmes. Dans cette situation, au moment même où les principaux facteurs économiques affichent des difficultés de financement, l'état institut par la loi du 12 juillet 1983, un ticket modérateur de 20 % à la charge des assurés sociaux sur l'ensemble de soins.

En d'autres termes, la sécurité sociale rembourse 80 % des dépenses des actes professionnels et des médicaments. Ce taux est considéré comme une contribution financière des assurés aux dépenses médicales, l'objectif est triple :

D'abord, essayez de maintenir le rythme de la croissance globale des dépenses à un certain niveau, par ce que les chiffres expriment déjà une croissance vertigineuse pour lesquelles l'état et la sécurité sociale mobilisent des sommes considérables.

Puis agir sur les dépenses privées des soins (limiter le recours au secteur privé) pour atténuer la consommation même des ménages, et agir sur le phénomène de la « Demande induite ».

En effet, comme toute procédure publique, des exonérations du ticket modérateur sont prévues pour certains actes professionnels, pathologie, catégories de personnes ...etc.

Actes professionnels :

Parce qu'ils sont considérés comme très coûteux et dont le remboursement risque de traduire des effets financiers dangereux pour le compte de la sécurité sociale.

Ils sont donc exonérés du ticket modérateur, les personnes ayant subi des actes suivants :

- Les actes professionnels affectés d'un coefficient égal ou supérieur à K50.
- Les frais engagés suite à la fourniture du sang, plasma ou de leurs dérivés.
- Frais de placement des enfants prématurés en couveuses.
- Lorsque la durée d'hospitalisation est supérieure à 30 jours.
- Frais concernant les grands appareillages d'orthopédie, de réadaptation professionnelle... Etc.
- Les frais médicaux engagés au-delà du quatrième mois d'interruption de travail lorsque le traitement nécessite une cessation de travail supérieur à un trimestre.

Les affections particulières :

Il s'agit des affections qui sont souvent de longue durée, ces types de maladies sont définis par les textes de la sécurité sociale, par exemple : les maladies cancéreuses, les hémopathies, la tuberculose ...Etc.

Les situations particulières des assurés et de leurs ayants droits

Ils sont donc exonérés du ticket modérateur les catégories suivantes :

- Les titulaires d'une rente d'accident de travail ou de maladies professionnelles dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50 % ;
- Les titulaires d'une pension d'invalidité ou de retraite substituée à une pension d'invalidité égale ou inférieure au S. N. M. G ;

- Les titulaires d'une pension de retraite de réversion dont le montant est égal ou inférieur au SNMG ;

Il est clair que le ticket modérateur a un rôle de régulateur, mais au fil des années, son application a démontré qu'il n'a pas rempli pleinement son rôle dans le système d'assurance Algérien et des limites économiques sont à dévoiler :

Limites économique :

La question est de savoir aujourd'hui si les 20 % sont une proportion suffisante aux remboursements (des médicaments surtout) vu la cherté des prix d'une part et en rapport avec le taux de cotisation des assurés d'autre part. Autrement dit, puisque la demande de remboursement s'accélère pour des raisons très variables ; démographique, pathologique ... Etc., le problème est de savoir si le taux de cotisation est suffisant pour couvrir l'ensemble des demandes, surtout que la base « de cotisation » a nettement régressé par l'effet des privatisations des entreprises publiques.

II.2- Les contraintes et dysfonctionnements au sein des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé en Algérie présentent des contraintes et dysfonctionnements communes aux différentes catégories d'établissements (CHU, EPH, EHS, EPSP), certains sont spécifiques aux EPH. Ces contraintes et dysfonctionnements font que le rôle de l'hôpital est quelquefois mitigé en raison de contraintes internes (mauvaise gestion...) et externe (liées aux problèmes de financement...). Les contraintes et dysfonctionnements cités ci-dessous ont été tirés du rapport préliminaires du conseil national de la réforme hospitalière⁴¹.

⁴¹ Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, «*Rapport préliminaires du conseil national de la réforme hospitalière : Les préalables et les actions urgentes*», 10 novembre 2014, www.santé.dz.

II.2.1- Les contraintes et dysfonctionnements liés au financement

Les questions liées au financement sont sans doute parmi les plus importantes notamment en matière de santé, car la santé n'a pas de prix mais il a un coût.

Le système de santé en Algérie souffre de nombreux dysfonctionnements dus au manque de moyens financiers. En effet, Les budgets des établissements publics de santé n'ont pas cessé de baisser depuis 1987. Cette baisse sensible des ressources s'est traduite par une dégradation importante des conditions de fonctionnement des structures de santé.

De plus, l'établissement public de santé doit répondre à toutes les dépenses de fonctionnement et d'investissement en puisant dans les budgets alloués par la tutelle. Les dysfonctionnements et les contraintes subies en conséquence de cette situation peuvent être résumés comme suit :

- Allocation et répartition des ressources financières inadaptées et insuffisantes ;
- Budgets des hôpitaux non négociés, ces derniers sont fixés proportionnellement aux budgets des années précédentes ;
- Endettement important ;
- Absence de maîtrise des coûts et des dépenses.

Afin de remédier à ces dysfonctionnements, le ministre de la santé a inscrit la réforme hospitalière parmi ses plans d'action prioritaire. Le MSPRH dans le cadre d'un partenariat avec l'Union Européenne a inscrit un mouvement de réformes dont certains axes sont au stade de l'étude.

Le partenariat Algéro-Européen baptisé : programme d'appui au secteur de la santé abrégé en « PASS», a pour objectif général de soutenir le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réformes Hospitalière « MSPRH » dans ses efforts visant à améliorer les instruments de pilotage du secteur de la santé en Algérie.

CONCLUSION

La participation des différentes sources de financement des établissements publics de santé, a sensiblement changé depuis les années 70, dont on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale en première position, et en faveur des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé, à ce stade un problème d'équité commence à être soulevé en Algérie en matière d'accès aux soins.

En effet chaque année, la contribution de la sécurité sociale est fixée par le ministère des finances de façon forfaitaire, sans prise en compte du coût pour les établissements lié à la prise en charge de patients assurés sociaux.

En réalité, les modalités de partage du financement entre l'Etat et la sécurité sociale tiennent essentiellement compte des besoins de financement, tels qu'exprimés par les établissements de soins, et des capacités contributives de chacun des deux financeurs. Ceci explique que l'on observe des variations importantes au cours du temps sans lien avec l'évolution des effectifs couverts par les deux financeurs.

Le partage du financement est rendu encore plus complexe et opaque par le fait qu'une partie des démunis sont pris en charge par la CNAS moyennant une cotisation forfaitaire versée par l'Etat.

A cet effet le financement des établissements publics de santé a aujourd'hui d'avantage besoin d'engager une réforme profonde dont le contenu devrait être essentiellement lié aux sources de financement des soins.

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

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

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

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

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

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

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

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

III-1-1 Méthodologie de recherche :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ *Ibid*, p, 125

² *Ibidem*

III-1-2 Présentation de l'EPH AZAZGA

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

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

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

Superficie: 26 622m², Surface bâtie : 4835m²

III-1-2-2 Couverture sanitaire :

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

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

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

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

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

III-1-2-4 Services hospitalisations :

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

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

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

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

III-1-2-4-2 Service de pédiatrie :

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

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

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

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

✓ **Chirurgie viscérale :**

- Chirurgie Abdominale (vésicule, Hernies...etc.) ;
- Urgences chirurgicales (perforation d'Ulcère, occlusion, appendicite, ...etc.)
- :
- Brûlures ;

✓ **Chirurgie orthopédique et traumatologie (urgences et froid)**

✓ **Neurochirurgie (urgences et froid)**

✓ **CCI (urgences et froid)**

✓ **ORL**

✓ **Petite chirurgie.**

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

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

✓ **Unité obstétrique :**

- Salle prés travail : Accouchement/les urgences obstétricales, Les césariennes d'urgences, ERCF / les échographies
- Poste Partum : Vaccination à la naissance, Contraception en poste partum.

✓ **Unité de gynécologie :**

- Les urgences gynécologiques : ABRT, infection gynécologique, menace ABRT, MAP...ect.
- Poste opératoire (césariennes, ADF, kystectomie, Myomectomie...)

✓ **Consultation de Gynécologique Obstétrique :**

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

- **Obstétrique :**

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

- **Gynécologie :**

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

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

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

✓ **Les urgences médicales :**

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

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

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

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

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

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

III-1-2-5 Plateau techniques :

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

Prend en charge les examens suivants :

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

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

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

III-1-2-5-3 Radiologie :

Prend en charge les examens :

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ **01 janvier 2011 :**

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

➤ **30 mars 2011 :**

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

➤ **04 avril 2011 :**

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

➤ **12 janvier 2012 :**

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

➤ **Mars 2012 :**

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

➤ **En 2015 :**

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

➤ **En 2016 :**

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

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

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

➤ **Septembre 2017 :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ Le gestionnaire :

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

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

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

➤ **Le comptable :**

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

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

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

➤ **L'informaticien :**

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

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

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

III-2-2-2 Les équipements :

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

III-2-2-3 La sensibilisation :

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

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

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

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

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

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

III-2-3-1 La collecte des données :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La date (d'enregistrement), la saisie dans le système ;
- Un numéro unique pour chaque transactions ;
- Le numéro de la pièce justificative qui a donnée naissance à la transaction saisie à partir d'un document qui est une « pièce justificative » ;
- L'identification de l'utilisateur qui est à l'origine de chaque opération saisie dans le système.

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

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

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

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

III-2-3-2-2 La mise à jour :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III-3-1 Paramétrage préalable :

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

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

III-3-1-1 Les unités d'œuvre :

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

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

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

Figure N°02 : Table des unités d'œuvre

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

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA 2017

III-3-1-2 Les actes :

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

Figure N°03: Table des actes

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

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA 2017

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

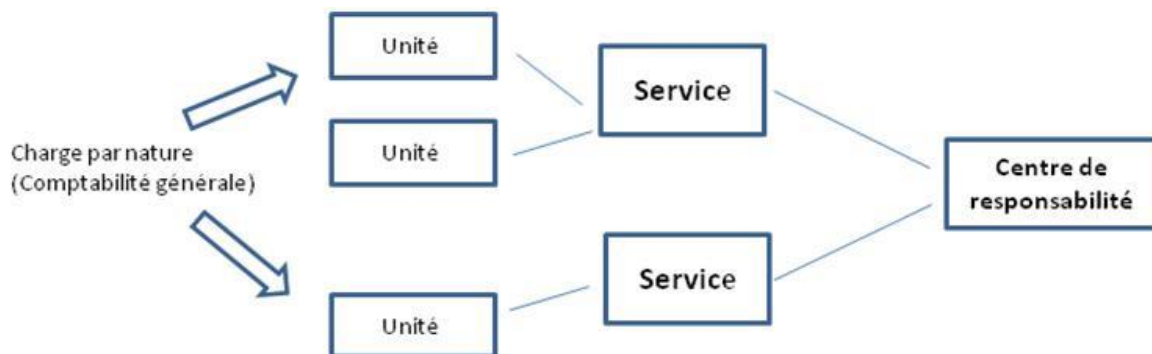
Chaque sous-spécialité comporte un certain nombre d'actes proprement dits affichés à la droite de la fenêtre.

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

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

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

Figure N°04 : Centre de responsabilité



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III-3-2 La saisie des données variables :

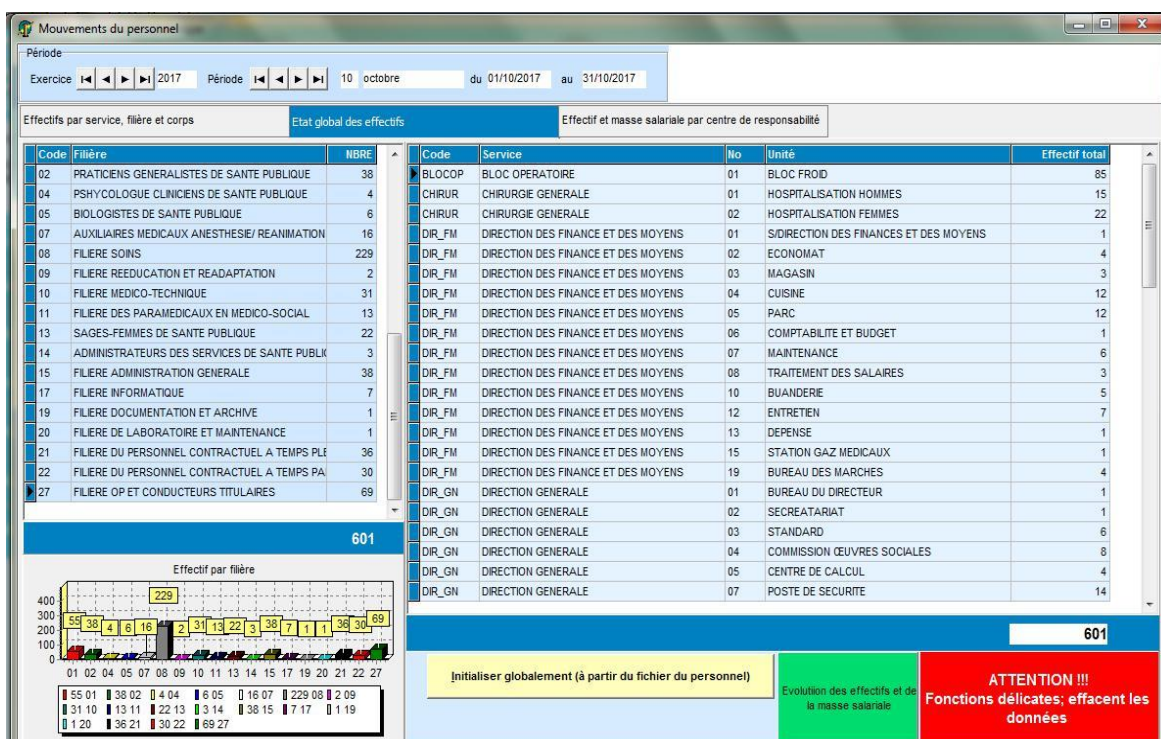
Pour procéder au calcul des coûts le centre de calcul de EPH d'AZAZGA collecte chaque fin du mois les données liées à l'activité de l'établissement à savoir :

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

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

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

Figure N°05 : Mouvement du personnel (octobre 2017)



Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

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

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

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

Figure N°06 : Consommation de repas (octobre 2017)

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

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

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

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

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

III-3-2-3 Admissions et hospitalisations :

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

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

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

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

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

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

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

Figure N°07: Activités d'hospitalisation (octobre 2017)

Activités d'hospitalisation							
Capacité en lits	Nombre d'admissions	Journées d'hospitalisation	Durée moyenne du séjour	Taux d'occupation moyen			
220	1117	5383	4,82	78,93%			
Période							
Exercice 2017		Période 10 octobre		du 01/10/2017 au 31/10/2017			
Activités d'hospitalisation		Résultats cumulatifs					
Service	Unité	Nb lits	Nbre d'admissions	Nombre J.H.	D.M.S.H.	T.O.M.	
CHIRURGIE GENERALE	HOSPITALISATION HOMMES	25	74	408	5,51	52,65	
CHIRURGIE GENERALE	HOSPITALISATION FEMMES	25	56	459	8,20	59,23	
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE	25	114	895	7,85	115,48	
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	OBSTETRIQUE	18	176	753	4,28	134,95	
MEDECINE INTERNE	HOSPITALISATION HOMMES	30	83	603	7,27	64,84	
MEDECINE INTERNE	HOSPITALISATION FEMMES	26	96	643	6,70	79,78	
NEPHROLOGIE, HEMODIALYSE	HEMODIALYSE	14					
PEDIATRIE	PEDIATRIE	25	176	795	4,52	102,58	
PEDIATRIE	NEONATOLOGIE	8	41	259	6,32	104,44	
URGENCES MEDICO CHIRURGICALES	URGENCES MEDICALES	24	301	588	1,89	76,34	

Source : logiciel 3coh de l'EPH AZAZGA

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

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

Figure N°08: Activités d'hospitalisation annuelle (octobre 2017)

Activités d'hospitalisation																
Capacité en lits		Nombre d'admissions		Journées d'hospitalisation		Durée moyenne du séjour		Taux d'occupation moyen								
220		1125		4006		3,56		53,84%								
Période																
Exercice 2017 Période 5 mai du 01/05/2017 au 31/05/2017																
Activités d'hospitalisation		Résultats cumulatifs														
No	Service	Unité	Paramètre	Jan	Fév	Mar	Avr	Ma	Ju	Ju	Aou	Sep	Oci	Nov	Déc	Tota
1	CHIRURGIE GENERALE	HOSPITALISATION HOMM	LITS	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
			ADMISS.	94	96	115	102	100	79	57	78	64	74			859
			J.HOSP.	412	350	484	462	359	373	223	414	296	408			3781
			D.M.S.H	4,38	3,65	4,21	4,53	3,59	4,72	3,91	5,31	4,63	5,51			4,40
			T.O.M	53,16	50,00	62,45	61,60	46,32	49,73	28,77	53,42	39,47	52,65			49,76
2	CHIRURGIE GENERALE	HOSPITALISATION FEMM	LITS	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
			ADMISS.	148	157	156	148	116	98	91	94	67	56			1131
			J.HOSP.	673	647	721	667	675	587	652	668	486	459			6235
			D.M.S.H	4,55	4,12	4,62	4,51	5,82	5,99	7,16	7,11	7,25	8,20			5,51
			T.O.M	86,84	92,43	93,03	88,93	87,10	78,27	84,13	86,19	64,80	59,23			82,10
3	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE	LITS	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
			ADMISS.	116	124	125	126	116	103	117	110	119	114			1170
			J.HOSP.	385	392	325	338	344	390	413	691	827	895			5000
			D.M.S.H	3,32	3,16	2,60	2,68	2,97	3,79	3,53	6,28	6,95	7,85			4,27
			T.O.M	49,68	56,00	41,94	45,07	44,39	52,00	53,29	89,16	110,27	115,48			65,73
4	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	OBSTETRIQUE	LITS	18	25	25	25	25	25	25	25	25	18			23
			ADMISS.	133	119	112	96	158	183	179	179	175	176			1510
			J.HOSP.	271	257	155	174	338	320	352	680	683	753			3983
			D.M.S.H	2,04	2,16	1,38	1,81	2,14	1,75	1,97	3,80	3,90	4,28			2,64
			T.O.M	48,57	36,71	20,00	23,20	43,61	42,67	45,42	87,74	91,07	134,95			57,39
5	MEDECINE INTERNE	HOSPITALISATIONHOMM	LITS	30	28	28	28	28	28	28	28	28	30			28
			ADMISS.	208	240	240	240	240	240	240	240	240	220			232
			J.HOSP.	1158	1176	1179	1060	1125	1062	1097	1197	1093	1117			11264
			D.M.S.H	4,767	4,347	4,266	3,672	4,006	3,720	3,896	5,324	4,682	5,383			44,063
			T.O.M	4,42	3,70	3,62	3,46	3,56	3,50	3,55	4,45	4,28	4,82			3,91
			T.O.M	73,93	64,69	57,34	51,00	53,84	51,67	52,37	71,56	65,03	78,93			62,04

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

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

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

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

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

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

Figure N°09: Saisie des activités des sections médico-technique (octobre2017)

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

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

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

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

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

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

Figure N°10: Saisie des activités principales (octobre 2017)

Saisie des activités des sections principales

Période

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

Services et spécialités Liste des actes Production de la section

CHIRURGIE GENERALE

Tri selon Désignation Code

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

Numéro	Spécialité
11	CHIRURGIE GENERALE
13	NEUROCHIRURGIE
18	CHIRURGIE VISCERALE

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-3 La répartition des charges :

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

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

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

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

Cette « répartition » se fait en 2 étapes :

III-3-3-1 La Répartition primaire :

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

Figure N°11: Tableau de la Répartition primaire (octobre 2017)

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

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-3-2 La répartition secondaire :

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

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

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

✓ Au prorata des **charges directes**.

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

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

Figure N°12: Tableau de la répartition secondaire (octobre 2017)

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

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-4 Le sommaire des charges :

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

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

Figure N°13: Sommaire des charges (octobre 2017)

Sommaire des charges			
Période			
Exercice 2017		octobre	
du 01/10/2017		au 31/10/2017	
Charges par classe de charges			
No	Classe de charges	Débit	Crédit
1	Personnel	39 507 243,04	
2	Pharmaceutique	34 654 084,05	165 786,92
3	Alimentation	1 694 754,31	
4	Autres stocks	877 834,46	4 446,00
5	Autres Achats	8 879 574,51	
6	Amortissement		
7	Autres charges		
		85 613 490,37	170 232,92
		85 443 257,45	

Compte	Intitulé	Débit	Crédit
6312.00211	Indemnité des services administratifs communs	234 515,25	0,00
6312.00212	Indemnité des services techniques communs	66 123,00	0,00
6312.00213	Indemnité de nuisance	206 223,75	0,00
6312.00214	Indemnité forfaitaire de service	15 525,00	0,00
6312.00220	Indemnité pour le soutien aux activités de santé	697 650,75	0,00
6312.00226	Prime de suivi et de soutien pédagogique	5 751,00	0,00
6312.00227	Indemnité d'astreinte paramédicale	1 660 207,50	0,00
6312.00228	Indemnité de soutien aux activités paramédicales	1 777 439,25	0,00
6312.00229	Indemnité de technicité	571 070,25	0,00
6312.00230	Indemnité d'astreinte aux soins obstétricaux et à la sant. rep.	132 941,25	0,00
6312.00231	Indemnité de soutien à la santé "mère et enfant"	132 941,25	0,00
6312.00232	Indemnité d'astreinte en soins spécialisés	1 003 113,00	0,00
6312.00234	Indemnité d'astreinte aux activités d'anesthésie réanimation	116 988,75	0,00
6312.00235	Indemnité de soutien aux activités d'anesthésie réanimation	116 988,75	0,00
6312.00238	Renonciation à l'activité complémentaire	210 000,00	0,00
6312.00239	Indemnité forfaitaire compensatrice du	1 268 800,00	0,00
6312.00240	Indemnité de gestion des services de santé	45 252,00	0,00
6312.00241	Indemnité de soutien aux activités de l'administration	194 728,50	0,00
6312.00242	Indemnité d'astreinte spécifique	16 058,25	0,00
6312.00403	Indemnités et allocations diverses servies saux contractuels	1 022 105,69	0,00
6312.00404	Indemnités et allocations diverses servies aux contractuels	54 801,67	0,00
6350.00501	Prestations à caractère familial PP, titulaires, stagiaires et co	162 936,25	0,00
6350.00502	Sécurité sociale (régime général) PP, titulaires, stagiaires et	7 026 268,65	0,00
6350.00503	Assurance chômage PP, titulaires, stagiaires et coopérants	295 842,87	0,00
6350.00504	Retraite anticipée PP, titulaires, stagiaires et coopérants	73 960,70	0,00
6350.00701	Prestations à caractère familial PP, personnel contractuel	39 670,00	0,00
6350.00702	Sécurité sociale (régime général) PP, personnel contractuel	441 612,33	0,00
6350.00703	Assurance chômage PP, personnel contractuel	18 594,19	0,00
6350.00704	Retraite anticipée PP, personnel contractuel	4 648,54	0,00
		39 507 243,04	39 507 243,04

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

III-3-5 Les résultats analytiques :

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

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

Figure N°14: les Résultats analytique (octobre 2017)

The screenshot shows the 'Résultats analytiques' window. At the top, the 'Période' is set to 'Exercice 2017' and 'octobre' from '01/10/2017' to '31/10/2017'. The 'Plage des sections' is set to 'ZZ ZZZZZZZZ'. The main table displays the following data:

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

At the bottom of the table, a total value of **77 033 509,75** is displayed. Below the table, there are radio buttons for 'Sections Principales (coûts complets)' (selected) and 'Auxiliaires (charges directes)'. A 'Cumulatifs' button is located at the bottom right.

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

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

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

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

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

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

Figure N°15: les résultats analytiques annuels (2017)

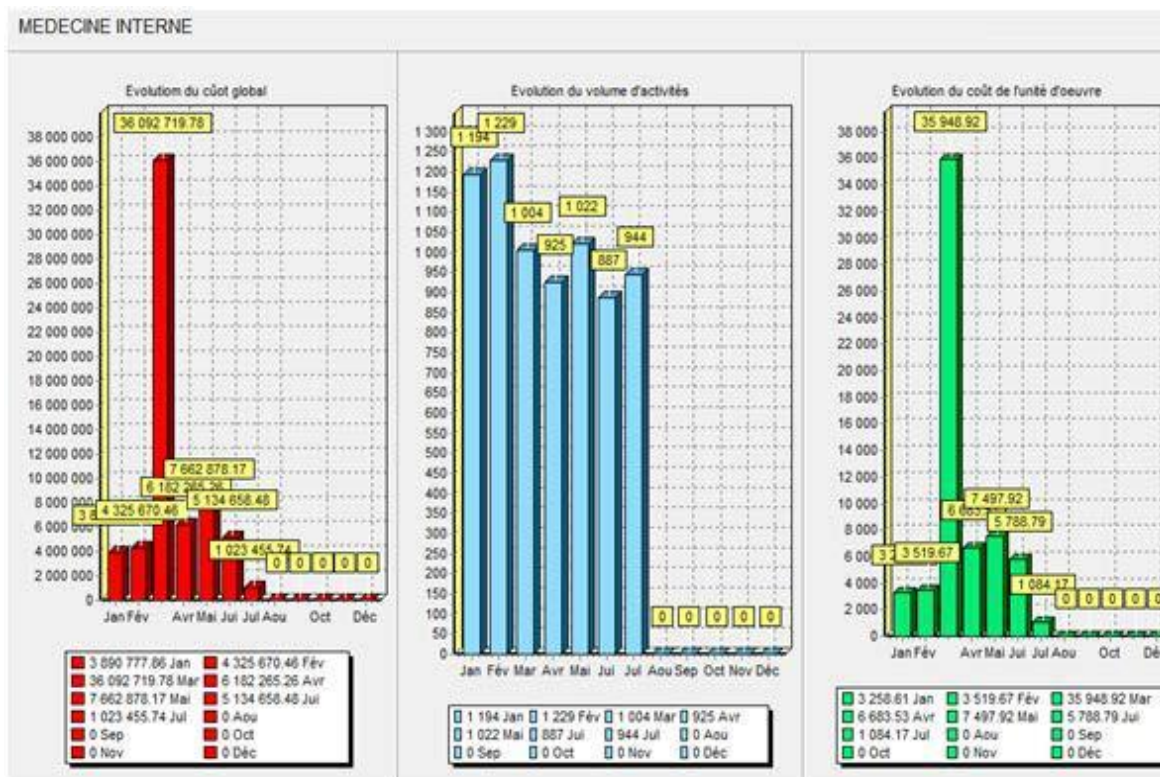
Résultats analytique cumulatifs																
Année 2017																
No	Centre de responsabilité	U.O.	Paramètre	Jan	Fév	Mar	Avr	Ma	Ju	Ju	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Tota
1	CHIRURGIE GENERALE	JH	VALEUR	18 529 829,06	11 467 188,00	10 710 910,26	13 385 764,24	10 882 831,22	7 905 187,20	11 003 583,03	7 174 707,60	9 511 580,18	10 030 358,80			110 601 939,59
			QTE	1085	997	1205	1129	1034	960	875	1082	782	867			10016
			COUT U.	17 078,18	11 501,69	8 888,72	11 856,30	10 524,98	8 234,57	12 575,52	6 630,97	12 163,15	11 569,04			11 042,53
2	GENYCOLOGIE	JH	VALEUR	11 592 655,57	6 080 805,96	5 259 048,77	7 410 699,45	6 607 350,00	5 874 444,05	11 061 720,18	6 810 702,02	9 388 450,28	7 124 389,14			77 190 265,42
			QTE	385	392	325	338	344	390	413	691	827	895			5000
			COUT U.	30 110,79	15 512,26	16 181,89	21 925,15	19 207,41	15 062,68	26 783,83	9 856,30	11 328,23	7 960,21			15 438,05
3	MATERNITE	JH	VALEUR	9 403 476,40	3 707 197,95	4 566 390,90	5 019 922,13	4 833 803,62	3 889 655,82	7 613 311,73	4 416 708,26	5 822 681,46	4 240 087,29			53 513 235,56
			QTE	271	257	155	174	338	320	352	680	683	753			3983
			COUT U.	34 699,17	14 424,89	29 460,59	28 850,13	14 301,19	12 155,17	21 628,73	6 495,16	8 525,16	5 630,93			13 435,41
4	DPHTALMOLOGIE	K	VALEUR													0
			QTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
			COUT U.													0
5	MEDECINE INTERNE	JH	VALEUR	15 360 911,14	9 628 712,91	9 771 767,51	11 253 305,80	9 808 528,00	8 997 646,22	14 781 179,71	8 443 498,12	11 073 505,68	9 382 836,42			108 501 891,51
			QTE	1286	991	1224	1053	1050	1013	1020	1136	1088	1246			11107
			COUT U.	11 944,72	9 716,16	7 983,47	10 686,90	9 341,46	8 882,18	14 491,35	7 432,66	10 177,85	7 530,37			9 768,78
6	NEONATOLOGIE	JH	VALEUR	4 239 148,93	2 593 643,20	3 210 018,89	3 201 433,56	2 702 739,91	2 144 010,17	3 928 988,33	3 091 320,14	3 188 588,21	2 185 778,53			30 465 669,87
			QTE	402	216	237	92	219	247	259	389	322	259			2642
			COUT U.	10 545,15	12 007,61	13 544,38	34 798,19	12 341,28	8 680,20	15 169,84	7 946,84	9 840,34	8 439,30			11 531,29
7	PEDIATERIE	JH	VALEUR	7 244 982,34	4 032 958,58	4 760 013,11	4 666 328,35	4 362 195,22	3 574 631,11	6 512 453,97	4 032 269,38	4 638 442,95	4 500 717,32			48 324 992,33
			QTE	820	743	675	527	516	462	621	692	624	795			6475
			COUT U.	8 835,34	5 427,94	7 051,87	8 854,51	8 453,87	7 737,30	10 487,04	5 826,96	7 433,40	5 661,28			7 463,32
8	PUMC	P	VALEUR	44 643 669,13	24 093 227,67	29 671 039,03	32 820 628,70	32 699 055,94	32 837 656,87	44 008 641,37	32 753 230,08	36 203 987,78	31 098 063,14			340 629 199,72
			QTE	3552	4434	4592	4713	4859	4399	5577	5521	5021	4934			47602
			COUT U.	12 568,60	5 433,75	6 461,46	6 921,42	6 729,59	7 464,80	7 891,10	5 932,48	7 210,51	6 302,81			7 155,77
9	SAMU	C	VALEUR													0
			QTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
			COUT U.													0
10	STOMATOLOGIE	D	VALEUR	584 254,30	313 915,20	974 832,63	619 471,27	603 987,53	319 537,01	422 630,28	209 256,55	523 944,14	349 699,51			4 921 528,42
			QTE	122 369 317,03	69 273 230,90	76 539 216,21	86 969 263,96	81 574 515,11	72 742 004,14	109 437 375,08	75 323 245,55	89 345 160,00				

Source : Logiciel 3COH de l'EPH AZAZGA

On peut aussi obtenir les résultats sous forme graphique.

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

Figure N°16: les Résultats analytiques pour le service médecine interne pour l'année 2017



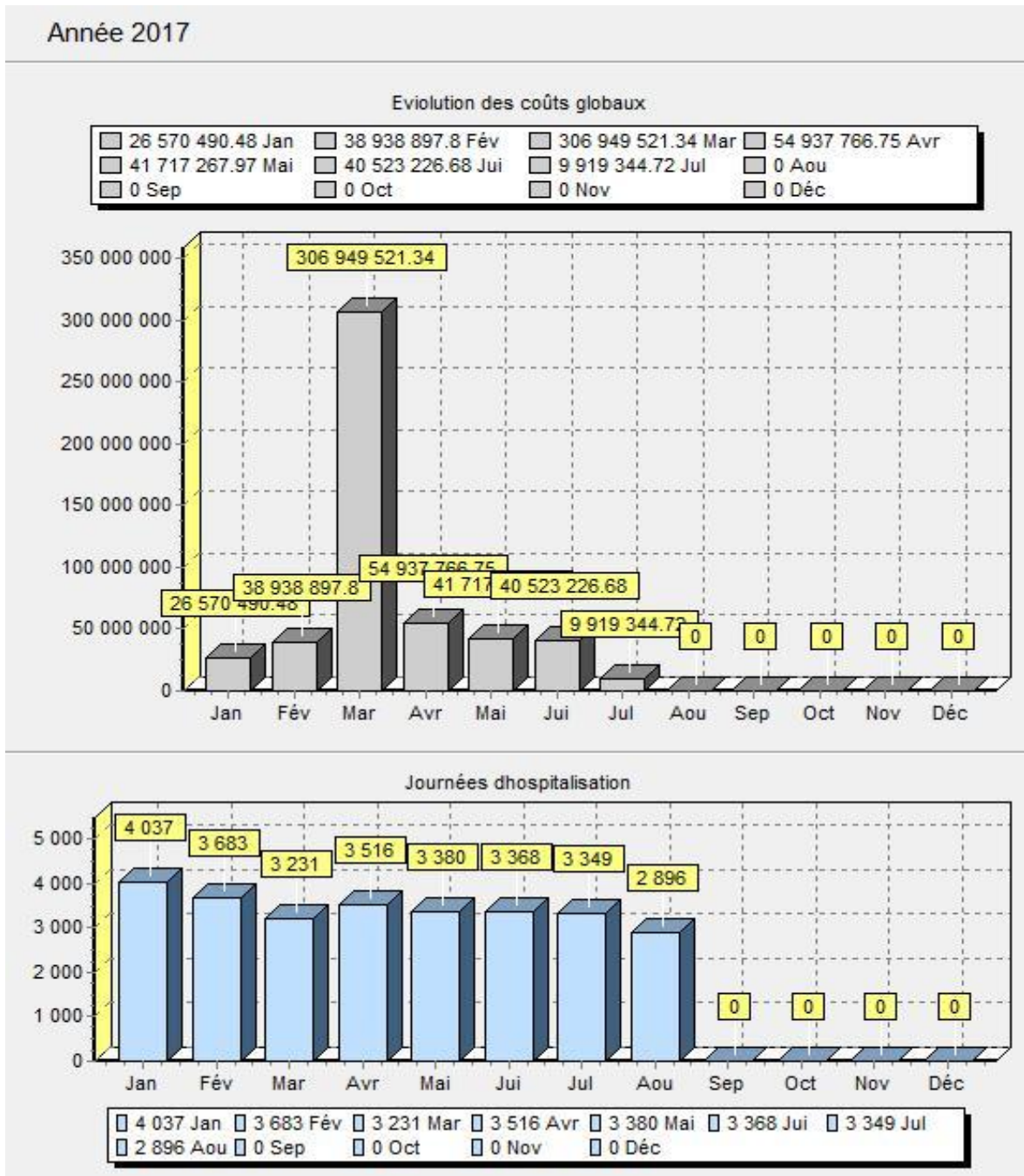
Source : logiciel 3coh de l'EPH AZAZGA

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

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

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

Figure N°17: les résultats globaux de l'année 2017



Source : logiciel 3coh de l'EPH AZAZGA 2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion du chapitre III :

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

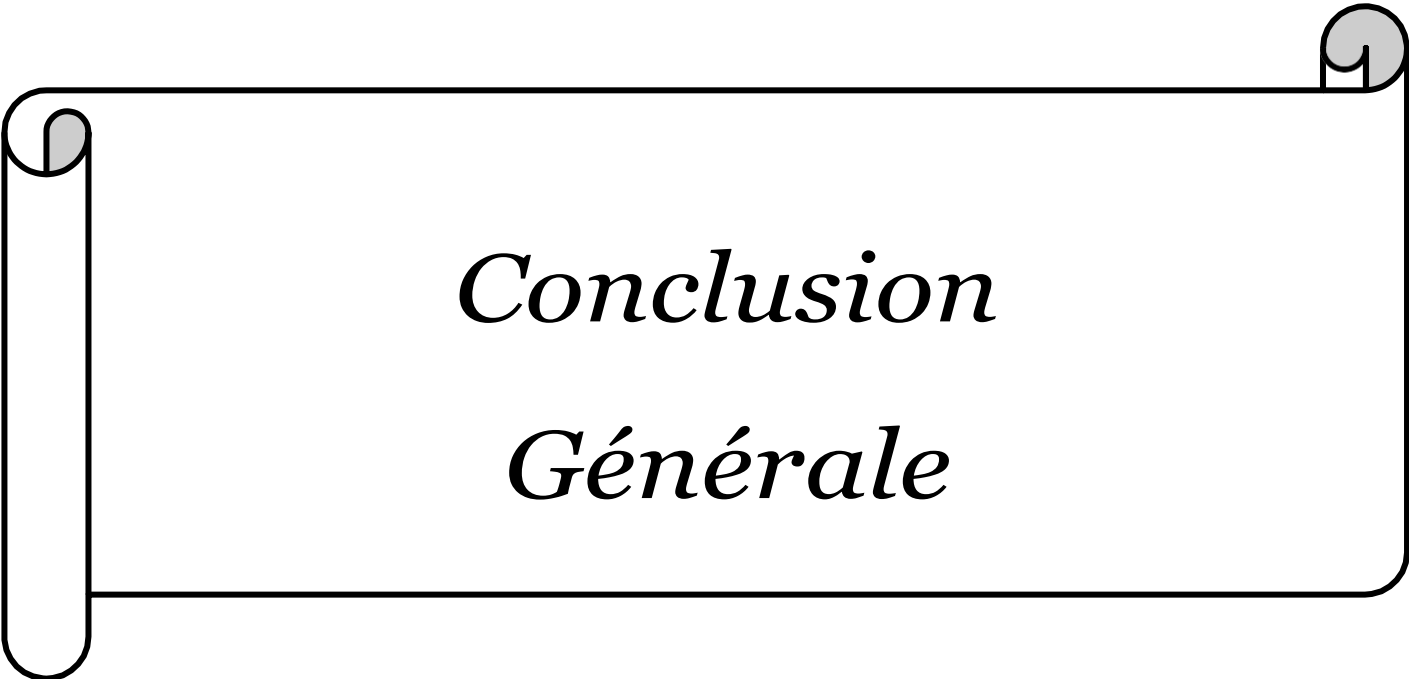
Nous avons subdivisé nos résultats de recherche en trois axes, dans le premier, nous avons vérifié les conditions de mise en œuvre du système 3COH au niveau d'EPH d' AZEZGA. Dans le second axe, nous avons tenté d'identifier les nouveautés du tableau de bord apportées par le système 3COH, c'est-à-dire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

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

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

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

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



*Conclusion
Générale*

Conclusion générale

L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'apport des malades au financement des établissements public de santé au niveau de l'EPH d'Azazga.

Dans l'objectif d'apporter des éléments de réponses à cette question nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue littérature où nous avons donné un aperçu historique sur le financement des établissements publics de santé en Algérie, puis nous avons présenté l'organisation et les ressources financière d'un établissement publics de santé

En deuxième lieu, nous avons confronté notre étude à la réalité du terrain dans le but d'approfondir. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur une étude qualitative par le biais d'un entretien non directif réalisés avec l'économiste, le régisseur de l'EPH, l'agent du service de calcul des coûts au sein de l'EPH d'Azazga ensuite nous avons adopté une étude quantitative à travers laquelle on a reçu des données statistiques sur les activités hospitalières ainsi les ressources financières de l'EPH.

Il est clair qu'aujourd'hui en Algérie, l'Etat seul ne peut pas assurer le financement des soins et les bénéficiaires doivent donc y participer. Cette participation doit cependant être équitable en tenant compte de la capacité à payer. Il serait illusoire de penser qu'en se focalisant uniquement sur les ressources locales pour faire face au sous-financement des services de santé, à l'insuffisance des équipements, des infrastructures et du personnel, l'accessibilité financière serait améliorée dans le district de santé .

En effet, le financement des établissements publics hospitalier doit permettre la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en place de mesures de prévention et de prise en charge médicale répondant aux besoins des populations, à force est de constater que les ressources mobilisables auprès des ménages, des pouvoirs publics ou d'un tiers-payant sont très insuffisantes. Leur accroissement est un objectif prioritaire, qui ne peut toutefois se concevoir qu'en lien avec une amélioration de l'offre de soins, seule à même de susciter l'envie de se faire soigner.

En Algérie, le financement des établissements publics hospitalier est très insuffisant, les dépenses de santé sont, en outre, en grande partie à la charge des ménages et seule une faible part de ces dépenses est socialisée.

Conclusion générale

Ce système profondément inégalitaire a des conséquences sanitaires et économiques importantes pour les ménages, les amenant à renoncer aux soins ou à les différer.

L'augmentation de la part des ressources publiques en faveur du secteur de la santé a d'ailleurs été amorcée récemment, dans le cadre des annulations de dettes et à la suite de réallocations de ressources entre secteurs, mais l'augmentation des ressources ne suffit pas.

La gestion défaillante des financements disponibles, et plus généralement la mauvaise gouvernance des systèmes de santé, compromettent souvent l'efficacité de la dépense. Dans beaucoup d'établissements publics de santé, l'Etat ne remplit pas son rôle en matière de hiérarchisation des objectifs, de planification des besoins financiers, de gestion et d'allocation des ressources et de garantie d'équité dans l'accès aux soins.

On peut conclure à partir de notre analyse que le financement de l'établissement public hospitalier est assuré à concurrence de 87% par la participation de l'état qui est une part importante contre seulement 4% de la contribution des ménages qui est faible et enfin la sécurité sociale est de 9% mais ces coûts ne reflète pas la réalité, car les coûts réelles supporté par le patient sont très important. mais malgré tout cela le financement reste insuffisant par rapport aux besoins de santé de la population influencés par une démographie galopante et l'émergence des nouvelles maladies.

Par ailleurs les ménages malgré leur état de pauvreté demeurent la principale source de financement des établissements publics hospitalier.

Les établissements publics hospitaliers font face à des problèmes majeurs telle que :

Les moyens financiers des établissements publics de santé ont stagné en valeur constante, alors que la population et les besoins sanitaires ont augmenté.

Au manque de moyens s'ajoutent les problèmes liés au vieillissement des équipements et des infrastructures. L'inadaptation des modalités de financement se reflète dans l'augmentation de la contribution directe des ménages aux dépenses de santé. Cette situation limite l'accès aux soins pour de larges couches de la population.

Comme toute recherche, notre travail souffre de certaines limites dont nous citerons les principales :

Conclusion générale

- Les principales difficultés rencontrées tournent autour de la disponibilité des données financières de l'établissement hospitalières et de leur validité. cette absence de données financières nous a empêchés de faire une observation sur une période beaucoup plus longue.

En effet, des difficultés liées à la fiabilité et à la validité des données trouvées à la direction de l'établissement public hospitalière sont aussi à noter ;

- L'indisponibilité des documents qui sont en relation avec notre sujet ;
- Le Manque des textes réglementaire sur le financement des établissements publics de santé en Algérie en particulier la contribution des malades ;
- Difficulté dans la collecte de certaines données qui concerne les bilans d'activités Hospitalières.

Une analyse critique de la politique de la maîtrise des dépenses de santé adoptée en Algérie nous permet de conclure que malgré toutes les réformes menées notamment depuis 1990, le système de santé algérien se caractérise par la coexistence de deux logiques de régulation des dépenses de santé : l'une « dirigiste » et l'autre « de type libéral ». En vue de réguler la demande et l'offre de services de santé et de rationaliser les dépenses, l'Algérie s'est appuyée de 1974 à 1995 sur des approches fondées essentiellement sur une gestion étatique centralisée, pour s'orienter progressivement vers des mécanismes de marché. La combinaison des deux logiques se perpétue à ce jour. Pour cause, des exécutions tardives ou partielles de réformes successives.

En ce qui concerne l'activité hospitalière, l'État restera dans l'expectative, pendant plus d'une décennie avant de s'engager dans la voie de « la gratuité des soins » et pendant plus de trois décennies depuis l'indépendance pour opter pour la « contractualisation ». Les principaux changements introduits dans le mode de régulation se limitent au remplacement d'un financement basé sur un système de « tarification à l'activité » par un autre fondé sur le « forfait hospitalier ». L'Algérie a également entrepris, à titre expérimental, une nouvelle forme de gouvernance des EHU ; adoption d'un mode de gestion qui devrait inciter les gestionnaires à tenir compte des impératifs de rentabilité.

Conclusion générale

Aujourd'hui, en dépit des dispositions prises en vue d'une meilleure gestion des ressources au niveau des hôpitaux, les leviers dont dispose l'Algérie pour contenir les dépenses hospitalières se limitent à l'imposition d'un plafonnement des dépenses dans le cadre du budget alloué aux établissements publics de santé.

Enfin, pour résoudre le problème de financement de l'établissement public de santé en Algérie il est nécessaire d'opter pour le système de contractualisation qui va offrir, une meilleure transparence dans le financement. Ce qui permettra de connaître qu'elle est la part de chacun des contributeurs au financement, ainsi la mise en place de la facturation.

Parmi les mesures urgentes proposées, on retrouve ; la nécessité de la mise à jour de la nomenclature des actes médicaux ou bien l'actualisation de la tarification des actes, de budgétiser les recettes générées.



Références

Bibliographiques

Références Bibliographiques

Ouvrages

- 1- CABANNE, C. et alii : *Lexique de géographie humaine et économique*, Ed. Dalloz, 1984 ;
- 2- COMET, Paul., PIGANIOL, Raymond. *L'hôpital public*. Troisième édition. 5, rue Auguste-Comete, 75006 PARIS : BERGER-LEVRAULT ;
- 3- DAHAK, Abdenour ; KARA, Rabah. *LE MEMOIRE DE MASTER : DU CHOIX DU SUJET A LA SOUTENANCE* .N. Ville Tizi-Ouzou : Editions EL-AMEL, 2015 ;
- 4- GROLIER, Jacques. *Gestion Financière et Pilotage Médico-Economiques pôle hospitaliers*, édition de l'école des hautes études en santé publique, 2013 ;
- 5- G.SAINT-PAUL, *Réflexion sur l'organisation du système de santé*, France, direction de l'information légale et administrative, décembre 2012.
- 6- Jean-Marie, Fessler., Pierre, Frutiger. *La tarification hospitalière à l'activité éléments d'un débat nécessaire et propositions*, Paris, éditions Lamarre 1, avenue édouard-Belin 92500 Rueil-Malmaison, 2003. P173.
- 7- OUFRIHA, Fatima Zohra. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger : édition Office des publications universitaires d'Alger, 1992 ;
- 8- PERROT, Jean., Eric de Roodenbeke (éd). *La contractualisation dans les systèmes de santé pour une utilisation efficace et appropriée*. Paris : Karthala, 01/11/2005 ;
- 9- LARBI, Lamri. *Le système de sécurité sociale en Algérie : Une approche économique*. Édition office des publications universitaires (OPU), 2001.

Revue et Périodiques

- 10- Jérôme, Dumoulin., Miloud, Kaddar. *Sciences sociales et santé*, année 1993, volume 11, numéro 2.

Dictionnaires

- 11- *Larousse médicale*, 2003, édition Larousse VDEF, Paris.

Références Bibliographiques

Colloque et Séminaire

12- CHAOUICHE, Ali, Colloque international sur *les politiques de santé : Le financement du système de santé*, 18 & 19 janvier 2014, Hôtel Aurassi, Alger ;

13- OUFRIHA, Fatima Zohra et Collaborateur. *Un Système de santé à la croisé des chemins*, 2006, Alger : édition CREAD, 2006 ;

14- OUFRIHA, Fatima Zohra. *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie*. In cahiers du CREAD N° 41, 3^{ème} trimestre 1997 ;

15- OUCHEFOUN, A., HAMOUDA, D. *Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie*. In Cahiers du CREAD N° 35/36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993 ;

16- ZIANI, Zoulikha, ZIANI, Farida, Colloque international sur, *Le financement de la santé en Algérie*, 03 et 04 /12/2012, Université de Bejaïa.

THESES ET MEMOIRES

17- AIT MOKHTAR, Omar. *L'évolution de la politique des dépenses publiques dans le contexte de la mondialisation*. Thèse de doctorat en science économique, Tlemcen : Université Abou BakrBelkaidTlemcen2013/2014 ;

18- BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Le Management Hospitalier: Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew*. Mémoire magister en management, Option stratégie, Oran: université d'Oran, 2011 /2012 ;

19- KARA, TERKI Assia. *La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public*. Thèse de doctorat. Sciences économique. Option gestion, Tlemcen : Université Abou Bekr de Tlemcen, 2009/2010 ;

20- LAFFITTE, Fabien. *Un nouveau mode de financement du service public hospitalier en France le passage à la tarification à l'activité dans le plan hôpital 2007*. Mémoire Magister, Lyon : Université Lumière Lyon II, Septembre 2005.

Références Bibliographiques

RAPPORTS ET DOCUMENTS

- 21-** *Assistance sociale dans la région méditerranéenne*, Algérie ; C.A.I.M.E.D (center for Administration Innovation in the Euro-Méditerranéan Région, 2004 ;
- 22-** CASTONGUAY, Joanne. *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, Montréal Mars 2013 ;
- 23-** CROMMELYNCK, Anja., DEGRAEVE, Katelijn ., LEFEBVRE, David. *L'organisation et le financement des hôpitaux*, Paris, septembre 2013.Format PDF, disponible sur le site : https://www.mc.be/.../mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594
- 24-** LAMRI, LARBI. *Problématique du financement de la santé en Algérie*, édition savoir et compétence n°2.L'E.F.P.M. de MASCARA. Format PDF, disponible sur le site: www.infp.dz
- 25-** Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, *statistiques sanitaire*, Alger, 2009 ;
- 26-** Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, «*Rapport préliminaires du conseil national de la réforme hospitalière: Les préalables et les actions urgentes* »,10 novembre 2014,www.santé.dz ;
- 27-** NABNI. *Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020*, le troisième thème sur la santé, 2013 ;
- 28-** Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière en Algérie, *les préalables et les actions urgentes. L'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, Paris, Mars 200 ; www.idres.fr
- 29-** SAKHRI, AHMED. *700DA pour une nuit d'hospitalisation*, 12 décembre 2015.

Textes réglementaires

- 30-** Arrêté interministériel du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics de santé .Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007 ;
- 31-** Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ;

Références Bibliographiques

32- Journal Officiel de la République Algérienne n°33, Joumada El Oula1428, 20 mai 2007,

33- Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

Webographie :

34- www.who.int

35- www.ons.dz

36- www.santé.dz



Références
Bibliographiques

Références Bibliographiques

Ouvrages

- 1- CABANNE, C. et alii : *Lexique de géographie humaine et économique*, Ed. Dalloz, 1984 ;
- 2- COMET, Paul., PIGANIOL, Raymond. *L'hôpital public*. Troisième édition. 5, rue Auguste-Comete, 75006 PARIS : BERGER-LEVRAULT ;
- 3- DAHAK, Abdenour ; KARA, Rabah. *LE MEMOIRE DE MASTER : DU CHOIX DU SUJET A LA SOUTENANCE* .N. Ville Tizi-Ouzou : Editions EL-AMEL, 2015 ;
- 4- GROLIER, Jacques. *Gestion Financière et Pilotage Médico-Economiques pôle hospitaliers*, édition de l'école des hautes études en santé publique, 2013 ;
- 5- G.SAINT-PAUL, *Réflexion sur l'organisation du système de santé*, France, direction de l'information légale et administrative, décembre 2012.
- 6- Jean-Marie, Fessler., Pierre, Frutiger. *La tarification hospitalière à l'activité éléments d'un débat nécessaire et propositions*, Paris, éditions Lamarre 1, avenue édouard-Belin 92500 Rueil-Malmaison, 2003. P173.
- 7- OUFRIHA, Fatima Zohra. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger : édition Office des publications universitaires d'Alger, 1992 ;
- 8- PERROT, Jean., Eric de Roodenbeke (éd). *La contractualisation dans les systèmes de santé pour une utilisation efficace et appropriée*. Paris : Karthala, 01/11/2005 ;
- 9- LARBI, Lamri. *Le système de sécurité sociale en Algérie : Une approche économique*. Édition office des publications universitaires (OPU), 2001.

Reuves et Périodiques

- 10- Jérôme, Dumoulin., Miloud, Kaddar. *Sciences sociales et santé*, année 1993, volume 11, numéro 2.

Dictionnaires

- 11- *Larousse médicale*, 2003, édition Larousse VDEF, Paris.

Références Bibliographiques

Colloque et Séminaire

12- CHAOUCHÉ, Ali, Colloque international sur *les politiques de santé : Le financement du système de santé*, 18 & 19 janvier 2014, Hôtel Aurassi, Alger ;

13- OUFRIHA, Fatima Zohra et Collaborateur. *Un Système de santé à la croisée des chemins*, 2006, Alger : édition CREAD, 2006 ;

14- OUFRIHA, Fatima Zohra. *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie*. In cahiers du CREAD N° 41, 3^{ème} trimestre 1997 ;

15- OUCHEFOUN, A., HAMOUDA, D. *Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie*. In Cahiers du CREAD N° 35/36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993 ;

16- ZIANI, Zoulikha, ZIANI, Farida, Colloque international sur, *Le financement de la santé en Algérie*, 03 et 04 /12/2012, Université de Bejaïa.

THESES ET MEMOIRES

17- AIT MOKHTAR, Omar. *L'évolution de la politique des dépenses publiques dans le contexte de la mondialisation*. Thèse de doctorat en science économique, Tlemcen : Université Abou Bakr Belkaid Tlemcen 2013/2014 ;

18- BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Le Management Hospitalier: Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew*. Mémoire magister en management, Option stratégie, Oran: université d'Oran, 2011 /2012 ;

19- KARA, TERKI Assia. *La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public*. Thèse de doctorat. Sciences économique. Option gestion, Tlemcen : Université Abou Bekr de Tlemcen, 2009/2010 ;

20- LAFFITTE, Fabien. *Un nouveau mode de financement du service public hospitalier en France le passage à la tarification à l'activité dans le plan hôpital 2007*. Mémoire Magister, Lyon : Université Lumière Lyon II, Septembre 2005.

Références Bibliographiques

RAPPORTS ET DOCUMENTS

- 21- *Assistance sociale dans la région méditerranéenne*, Algérie ; C.A.I.M.E.D (center for Administration Innovation in the Euro-Méditerranéan Région, 2004 ;
- 22- CASTONGUAY, Joanne. *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, Montréal Mars 2013 ;
- 23- CROMMELYNCK, Anja., DEGRAEVE, Katelijn ., LEFEBVRE, David. *L'organisation et le financement des hôpitaux*, Paris, septembre 2013.Format PDF, disponible sur le site : https://www.mc.be/.../mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594
- 24- LAMRI, LARBI. *Problématique du financement de la santé en Algérie*, édition savoir et compétence n°2.L'E.F.P.M. de MASCARA. Format PDF, disponible sur le site: www.inpfp.dz
- 25- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, *statistiques sanitaire*, Alger, 2009 ;
- 26- Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, «*Rapport préliminaires du conseil national de la réforme hospitalière: Les préalables et les actions urgentes* »,10 novembre 2014,www.santé.dz ;
- 27- NABNI. *Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020*, le troisième thème sur la santé, 2013 ;
- 28- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière en Algérie, *les préalables et les actions urgentes. L'hôpital (T2A) Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, Paris, Mars 200 ; www.idres.fr
- 29- SAKHRI, AHMED. *700DA pour une nuit d'hospitalisation*, 12 décembre 2015.

Textes réglementaires

- 30- Arrêté interministériel du 3 moharrem 1431 correspondant au 20 décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics de santé .Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007 ;
- 31- Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ;
- 32- Journal Officiel de la République Algérienne n°33, Joumada El Oula1428, 20 mai 2007

Références Bibliographiques

33- Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

Sitographie :

34- www.who.int

35- www.ons.dz

36- www.santé.dz



Annexes

Annexe n°1 : Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

**3 Joumada El Oula 1428
20 mai 2007**

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 33

9

Art. 5. — Bénéficient d'une réduction de 40 % sur les tarifs des transports de voyageurs ordinaires sur les lignes aériennes et maritimes, intérieures et internationales, publics et privés :

— les moudjahidine invalides dont le taux d'invalidité se situe entre 30 % et 45 %.

Art. 6. — Les pertes de recettes résultant de la mise en œuvre de la gratuité ou de la réduction du coût du transport sont imputables au budget de l'Etat, dans la limite des crédits votés annuellement.

Art. 7. — Pour la mise en œuvre des dispositions du présent décret, le ministère des moudjahidine établit des conventions avec les opérateurs de transport des voyageurs publics et privés concernés.

Art. 8. — Les modalités d'application des dispositions du présent décret sont fixées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre des moudjahidine.

Art. 9. — Sont abrogées les dispositions du décret exécutif n° 92-292 du 7 juillet 1992, susvisé.

Art. 10. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007.

Abdelaziz BELKHADEM.

-----★-----

Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990, complétée, relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990, complétée, relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population ;

Vu le décret exécutif n°97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

Décète :

Article 1er. — Le présent décret a pour objet la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

CHAPITRE I

L'ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER

Art. 2. — L'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

Art. 3. — L'établissement public hospitalier est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes.

La consistance physique de l'établissement public hospitalier est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 4. — L'établissement public hospitalier a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a, notamment pour tâches :

— d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;

— d'appliquer les programmes nationaux de santé ;

— d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;

— d'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

Art. 5. — L'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

CHAPITRE II

**L'ETABLISSEMENT PUBLIC
DE SANTE DE PROXIMITE**

Art. 6. — L'établissement public de santé de proximité est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali.

Art. 7. — 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.

Art. 8. — 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 ;
- les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Il est chargé également :

- de contribuer 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 ;
- de contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.

Art. 9. — L'établissement public de santé de proximité peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

CHAPITRE III

DISPOSITIONS COMMUNES

Section I

Organisation et fonctionnement

Art. 10. — L'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur. Ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé " conseil médical ".

Sous-section 1

Le conseil d'administration

Art. 11. — Le conseil d'administration comprend :

- le représentant du wali, président ;
- un représentant de l'administration des finances ;

- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement ;
- un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- un représentant des associations des usagers de la santé ;
- un représentant des travailleurs élus en assemblée générale ;
- le président du conseil médical.

Le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité assistent aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurent le secrétariat.

Art. 12. — Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Art. 13. — Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 14. — Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les comptes prévisionnels ;
- le compte administratif ;
- les projets d'investissement ;
- les projets d'organisation interne de l'établissement ;
- les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments, des équipements médicaux et des équipements connexes ;
- les conventions prévues aux articles 5 et 9 ci-dessus ;
- les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- le projet de tableau des effectifs ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;

— les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location ;

— l'acceptation ou le refus des dons et legs.

— les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

Art. 15. — Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial coté et paraphé par le président.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Art. 16. — L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration sur proposition du directeur de l'établissement.

Art. 17. — Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants. Ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 18. — Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, au wali dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Sous-section 2

Le directeur

Art. 19. — Le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes.

Art. 20. — Le directeur est responsable du bon fonctionnement de l'établissement.

à ce titre :

— il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

— il est ordonnateur de l'établissement ;

— il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement ;

— il établit le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement ;

— il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;

— il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration ;

— il passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;

— il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ;

— il nomme l'ensemble des personnels de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;

— il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs.

Art. 21. — Le directeur est assisté de quatre (4) sous-directeurs chargés respectivement :

— des finances et des moyens ;

— des ressources humaines ;

— des services de santé ;

— de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

Les sous- directeurs sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 22. — L'organisation interne des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Art. 23. — Le classement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité par catégorie est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Sous-section 3

Le conseil médical

Art. 24. — Le conseil médical est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur :

— l'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux ;

— les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;

— les programmes de santé et de population ;

— les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;

— la création ou la suppression de structures médicales.

Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement, notamment des services de soins et de prévention.

Le conseil médical peut être saisi par le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Art. 25. — Le conseil médical comprend :

- les responsables des services médicaux ;
- un pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste ;
- un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois (3) années, renouvelable.

Art. 26. — Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois. Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'établissement hospitalier public et du directeur de l'établissement public de santé de proximité.

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre *ad hoc*.

Art. 27. — Le conseil médical ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente ; si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours qui suivent et ses membres peuvent délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Le conseil médical élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Section 2

Dispositions financières

Art. 28. — La nomenclature budgétaire des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 29. — Le budget des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

Les recettes comprennent :

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;

- les dotations exceptionnelles ;
- les dons et legs ;
- les recettes diverses ;
- toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement ;
- les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

Les dépenses comprennent :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de son objet.

Art. 30. — Le projet de budget est préparé par le directeur et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

Art. 31. — La comptabilité des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est tenue conformément aux règles de la comptabilité publique. Le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

Art. 32. — Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des finances.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS PARTICULIERES ET FINALES

Art. 33. — La liste des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité est fixée en annexes jointes au présent décret.

Art. 34. — Les dispositions du présent décret sont mises en œuvre dans un délai n'excédant pas six (6) mois à compter de sa publication au *Journal officiel*.

Art. 35. — Les dispositions du décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires sont abrogées.

Art. 36. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007.

Abdelaziz BELKHADEM.

Annexe n°2 : La Quittance

Quittance

Wilaya de Tizi Ouzou Draa El Mizan le/...../.....

Etablissement public Hospitalier de Draa El Mizan

Participation des patients aux frais d'hospitalisation

Billet de Salle N°

Nom : Prénom :

Date d'Entrée :/...../.....

Adresse du Malade :

Date de Sortie :/...../.....

Service d'Hospitalisation :

Nombre de Journée d'Hospitalisation

Arrêté le présent Décompte à la Somme de

Totale :

Le préposé



Table des Matières

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Résumé

Liste des abréviations

Sommaire

Introduction Générale.....01

Chapitre I : Généralités sur le financement des établissements publics de santé07

Introduction07

Section 1 : Définitions des concepts de base.....08

I.1- Le système de santé08

I.2- L'établissement public de santé08

I.3- L'établissement public hospitalier09

I.4- Le financement de l'établissement public de santé09

I.5- Budget globale09

I.6- Le ticket modérateur10

I.7- Le prix de journée d'hospitalisation.....10

Section 2 : Evolution du financement des établissements publics de santé dans le monde 11

Introduction11

I.1- Qu'est ce qu'une tarification à l'activité (T2A).....12

I.2- L'objectif de la tarification à l'activité14

I.3- Les modalités de financement de la T2A14

I.4- Les avantages principaux de la T2A15

I.5- Les inconvénients de la T2A16

Table des matières

Section 3 : Historique du financement des établissements publics de santé en Algérie ...	17
Conclusion.....	21
Chapitre II : Organisation et Ressources Financières d'un établissement public de santé en Algérie	22
Introduction	22
Section 1 : Les établissements publics de santé en Algérie : Statut, Missions et Organisation	23
II.1- Statut d'un établissement public de santé	23
II.2- Missions d'un établissement public de santé.....	23
II.3- L'Organisation d'un établissement public hospitalier	24
II.3.1- La sous-direction des finances et des moyens	24
II.3.2- La sous-direction des ressources humaines	25
II.3.3- La sous-direction des services de santé.....	25
II.3.4- La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.....	26
II.4- L'organisation d'un établissement public de proximité.....	26
Section 2 : Dispositions financières d'un établissement public de santé en Algérie	27
II.1- Présentation du budget d'un établissement public de santé	27
II.1.1- L'exécution du budget général de l'Etat	29
II.2- Les insuffisances du budget	30
Section 3 : Les Sources et les contraintes de financement des établissements publics de santé.....	32
II.1- Les sources de financement.....	33
II.1.1- L'Etat	33
Les avantages de la méthode de financement par budget globale	33
II.1.2- La sécurité sociale	33
Les limites du forfait hôpitaux	34
II.1.3- Les ménages.....	36
II.1.3.1- Inflation et effets sur le ticket modérateur	37

Table des matières

II.2- Les contraintes et dysfonctionnements au sein des établissements publics de santé....	39
II.2.1- Les contraintes et dysfonctionnements liés au financement	41
Conclusion	42
Chapitre III : L'application du logiciel 3COH au sein de l'EPH AZAZGA	43
Introduction du Chapitre III	44
III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude	45
III-1-1 Méthodologie de recherche.....	45
III-1-1-1 Le choix de recueil des informations	46
III-1-1-2 Le choix de l'outil.....	46
III-1-2 Présentation de l'EPH AZAZGA	47
III-1-2-1 Circonscription géo-sanitaire	47
III-1-2-2 Couverture sanitaire	47
III-1-2-3 Capacité de l'établissement	47
III-1-2-4 Services hospitalisations	48
III-1-2-4-1 Le service de médecine interne	48
III-1-2-4-2 Service de pédiatrie.....	48
III-1-2-4-3 Le service de chirurgie	49
III-1-2-4-4 Le service gynéco –obstétrique.....	49
III-1-2-4-5 Unité d'urgences médico- chirurgicales.....	50
III-1-2-4-6 Service néphrologie et hémodialyse.....	51
III-1-2-5 Plateau techniques	52
III-1-2-5-1 Laboratoire central	52
III-1-2-5-2 Poste de transfusion sanguine.....	52
III-1-2-5-3 Radiologie	52

Table des matières

Table des matières

III-2 Evolution et mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière au sein de L'EPH AZAZGA.....	53
III-2-1 Evolution d'exploitation du système 3COH	53
III-2-2 Les conditions de mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière	56
III-2-2-1 Présentation du service « centre de calcul »	56
III-2-2-2 Les équipements	59
III-2-2-3 La sensibilisation.....	59
III-2-2-4 La formation du personnel	59
III-2-3 Les étapes de mise en œuvre du système triple comptabilité hospitalière	60
III-2-3-1 La collecte des données	60
III-2-3-1-1 Le module gestion des stocks.....	60
III-2-3-1-2 Le module achats	60
III-2-3-1-3 Le module budget	61
III-2-3-1-4 Le module facturation régie.....	61
III-2-3-1-5 Le module consommation.....	61
III-2-3-2 L'enregistrement des données.....	61
III-2-3-2-1 La saisie.....	62
III-2-3-2-2 La mise à jour	62
III-2-3-2-3 La validation.....	62
III-2-3-2-4 La centralisation.....	62
III-3 L'application du système 3COH dans le calcul des coûts de prise en charge des malades au sein l'EPH d'AZAZGA.....	63
III-3-1 Paramétrage préalable	64
III-3-1-1 Les unités d'œuvre.....	64
III-3-1-2 Les actes	65
III-3-1-3 Les centres de responsabilité.....	66
III-3-1-4 Les classes de charge.....	67
III-3-1-5 Les tables de ventilation	67
III-3-2 La saisie des données variables.....	68

Table des matières

III-3-2-1 Les effectifs des services.....	68
III-3-2-2 Consommation des produits alimentaires (repas).....	69
III-3-2-3 Admissions et hospitalisations.....	70
III-3-2-4 La production des services médico-techniques.....	71
III-3-2-5 La production des services médicaux.....	72
III-3-3 La répartition des charges.....	73
III-3-3-1 La Répartition primaire.....	74
III-3-3-2 La répartition secondaire.....	75
III-3-4 Le sommaire des charges.....	76
III-3-5 Les résultats analytiques.....	77
III-3-6 Les limites du système 3COH et les recommandations.....	81
Conclusion du chapitre III.....	82
Conclusion générale.....	84
Références bibliographiques	
Annexes	
Tables des matières	

Résumé

Le financement de la santé en Algérie est essentiellement basé sur le paiement direct des services par les familles. Les ménages contribuent en majorité pour 4%, les recettes publiques à travers le budget national représentent 88%, la sécurité sociale participent à hauteur de 7% et les systèmes d'assurance existants ne profitent pas aux démunis.

Durant leur séjour à l'hôpital, les malades hospitalisés bénéficiant gratuitement de la majorité des prestations de soins disponibles à l'hôpital, avec une prédominance des spécialités chirurgicales. Néanmoins, certains d'entre eux doivent payer des soins liés aux analyses biologiques, à l'imagerie médicale, aux médicaments... Les coûts de ces prestations s'élèvent à des sommes dépassant leurs capacités financières, les obligeant parfois à renoncer aux soins.

L'indisponibilité de certains médicaments et dispositifs médicaux ainsi que les ruptures de stocks y afférentes, ont de ce fait nui à l'accessibilité de soins prodigués aux malades. Ces contraintes sont donc à surmonter en vue d'améliorer l'accès gratuit aux soins de santé pour des pans entiers de la population.

Les dépenses de santé au profit des malades, quant à elles, sont en nette augmentation mettant en difficulté les bailleurs de fonds ou les apporteurs de capitaux. Le recours au recouvrement des facturations liées à l'activité du régime se pose avec acuité.

Mots Clés : Etablissement public hospitalier, Gratuité des soins, Contribution des malades, Financement des établissements publics hospitaliers.

Summary

Funding for health in Algeria is mainly based on the direct payment of services by families. Households contribute the majority to 4%, public revenues through the national budget account for 88%, social security for 7%, and existing insurance systems do not benefit the poor.

During their stay in hospital, inpatients benefiting from the majority of the care available at the hospital, with a predominance of surgical specialties. Nevertheless, some of them have to pay for care related to biological analyzes, medical imaging, medicines ... The costs of these benefits amount to exceeding their financial capacities, sometimes forcing them to give up care.

The unavailability of certain medicines and medical devices, as well as the related stock-outs, has hampered the accessibility of patient care. These constraints must therefore be overcome in order to improve free access to health care for whole sections of the population.

Spending on health care for the sick, on the other hand, is in marked increase, putting the donor or the capital providers in difficulty. Recourse to the collection of invoices related to the activity of the scheme is acute.

Keywords: Public hospital, Free care, Patient contribution, Financing of public hospitals.