

104

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

**UNIVERSITE ABOUBEKR BELKAID DE TLEMCCEN**  
**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES**

MAG 332 A 12/01

**MEMOIRE DE MAGISTER**  
**En sciences Financières**

**APPROCHE METHODOLOGIQUE  
DE DETERMINATION DES COÛTS DANS UN  
ETABLISSEMENT HOSPITALIER PUBLIC**  
Procédé de calcul du prix de revient de journée

**Directeur de Recherche Dr. Professeur CHAIB BOUNOUA**  
**Institut des Sciences Economiques Tlemcen**

Présenté et soutenu publiquement

par  
**MUSTAPHA KHALDI**

**JURY**

**PRESIDENT : PROFESSEUR, BENDIABDELLAH A.**  
**ENCADREUR/DIRECTEUR DE MEMOIRE :**  
**PROFESSEUR , BOUNOUA CHAIB**

**EXAMINATEUR : PROFESSEUR, BENHABIB M.**  
**EXAMINATEUR : PROFESSEUR, BELMOKADEM M.**  
**MEMBRE :.....**  
**MEMBRE :.....**  
**RAPPORTEUR :.....**

**Faculté des Sciences Economiques Tlemcen**

**ANNEE 2001**

# **DEDICACES**

**A Mon Cher Père LARBI**

**Que Dieu le garde dans son vaste paradis**

**A Ma Chère Mère KHEIRA Benazza**

**A MES CHERS FRERES ET SOEURS**

**A MES CHERS BEAUX FRERES**

**A MES NIECES ET NEVEUX**

**A TOUTE MA FAMILLE**

**A tous les enfants malades du monde entier**

**Que Dieu Leur vienne en aide**

**A TOUS CEUX QUI SONT NES**

**POUR TRAVAILLER LA PAIX ET LA SCIENCE**

# REMERCIEMENTS

**JE REMERCIE FORTEMENT MONSIEUR LE PROFESSEUR  
DOCTEUR BOUNOUA CHAIB POUR L'AIDE PRECIEUSE  
DONT IL A FAIT PREUVE A MON EGARD**

**Messieurs :**

- **Khaldi Mohamed (juriste, administrateur S.G. Wilaya de Tlemcen-)**
- **Prof Megueni Kaouel (Doyen de la faculté de Médecine de Tlemcen**
- **Benyoucefi Kheireddine (informaticien Hopital C.H.U.de Tlemcen ).**
- **Merad Boudia Ilies (informaticien).**

**L'ensemble du personnel :**

- **Médical, Paramédical, Administratif et agents de services du Centre Hospitalo-universitaire de Tlemcen.**
- **Le corps enseignant de la faculté des sciences économiques et de gestion de l'université de Tlemcen.**

## Introduction Générale :

Notre choix fut porté vers une étude de type micro-économique relevant du système de soins dans un établissement hospitalier public.

Notre motivation a été d'une part, d'ordre personnel, en ma qualité de gestionnaire de la santé ; d'autre part, la politique du système des soins revêt une importance particulière dans les programmes de développement de tous pays en quête d'amélioration de la qualité de la vie ses citoyens.

Le système de santé, dévoile les conditions de prise en charge des besoins sociaux d'un pays donné. Pour ce qui concerne l'Algérie, le nouveau système mis en place avait pour objectif de remplir une fonction purement sociale.

Dispensateur d'une médecine d'urgence, l'hôpital est devenu le lieu de diagnostic et de soins de tous les cas aigus qui ne peuvent être traités en extra hospitalier.

La couverture du risque maladie par la sécurité sociale, permet à chacun de pouvoir bénéficier des soins aussi coûteux soient ils.

L'accroissement du niveau de vie, le développement de l'hygiène, le progrès de la médecine, ont modifié des attitudes envers la santé.

Ce changement est perceptible dans la forte augmentation des dépenses de santé, permis lesquelles les dépenses en milieu hospitalier occupent une place prépondérante. Le mode de vie actuel contribue à l'apparition des différentes pathologies. En effet, cette nouvelle perception de la santé, a entraîné de la part des différentes catégories sociales, un recours aux soins de plus en plus fréquent.

La haute technicité a produit de nouvelles thérapeutiques que doit fournir l'hôpital.

L'hôpital est contraint parallèlement à améliorer la qualité de ses offres (soins et hébergement), il en est devenu ainsi une institution très coûteuse à l'état.

C'est pourquoi il fait actuellement l'objet de nombreuses observations études et calculs économiques. Il se trouve de plus en plus comparé à une entreprise ; on le voudrait rentable. Paradoxalement, ce qui le différencie de l'entreprise ; c'est peut être le fait que les usagers ne sont que très partiellement les payeurs véritables ; Les lourdes sommes mises en jeu font que à l'instar des organismes payeurs, sont introduites à l'hôpital des méthodes de gestion moderne et des tentatives de rationalisations des programmes et orientations propre à un service public.

## A. PROBLEMATIQUE :

L'hôpital public étant le support d'un service collectif ;c'est à dire d'un produit largement indivisible et difficile à cerner quant au coût et à son efficacité .

Le financement de ses activités est soumis aux aléas dictés par les règles de la comptabilité publique .Le pouvoir de monopsonne absolu détenu par les organismes payeurs et du trésor public en font des prix politiques .Ajoutons que les délais excessifs de paiements en provenance des bailleurs de fonds induisent des crises endémiques de la trésorerie et perturbent l'autonomie financière de l'établissement hospitalier.

D'autre part ,la fixation du prix s'opère de manière anticipée .La responsabilité des gestionnaires ,étant donné que les prévisions budgétaires sont définies par la tutelle se basant sur le principe de coûts moyens produits à l'effet des exercices budgétaires antérieurs ;ce qui nécessairement induit des distorsions par rapport aux besoins réels de l'activité dans son ensemble.

Il est à rappeler que toute diminution de la durée moyenne de séjour ,entraînant une sous évaluation du coût global ;se traduit par une hausse du prix de revient de journée d'hospitalisation.

la rationalité économique se traduit par une logique comptable devant aider à la recherche d'une vérité prix.

Malheureusement ,ce que l'on constate dans la réalité ;l'hôpital public Algérien ,ne dispose pas d'une architecture comptable capable d'accomplir cette mission d'analyse , d'évaluation et de maîtrise des coûts

La comptabilité analytique ,jusqu'ici ignorée ,ne s'applique que difficilement dans une institution telle l'hôpital ;étant donné la particularité des produits de soins

Dans les entreprises, privées économiques , la gestion évolue constamment .Dans le secteur public, la gestion financière des organisations obéit à des règles qui respectent simplement les dépenses d'un budget.

A travers le constat actuel de l'entreprise publique Algérienne ,nous nous permettons de cerner la problématique que nous nous proposons d'étudier en énumérant quelques hypothèses qui nous semblent cependant essentielles.

1.Le problème de la maîtrise des coûts n'est-il pas lié directement ou en partie à la question de l'évaluation économique et financière?

Est-il donc indispensable d'intégrer les outils de gestions tels qu'ils se présentent dans les entreprises à caractère économique et commerciale?

2.L'hopital public ,ne dégageant pas un cash flow nécessaire à la reproduction permanente se ces capitaux ; qu'elle serait la solution

immédiate à promouvoir afin que les charges que génèrent ses activités soient amorties .

3.La mise en pratique de la comptabilité analytique ,est-elle en mesure de répondre à la question du prix de revient de journée (unité de mesure clé de l'activité hospitalière).

4.Le dualisme ,comptabilité publique et normes de gestions d'entreprise moderne à caractère lucratif ,ne constitue t-il pas une entrave à la progression de l'institution hospitalière publique; dans la mesure ou celle ci est appelée à être concurrentielle et complémentaire au secteur privé de prestation de soins .

5.Les indicateurs de l'activité clinique (le victoria ,le nombre de journées d'hospitalisation ,la nomenclature des actes ) ne renseignent point sur l'activité hospitalière dans sa totalité .Quels seraient dans ce cas les moyens à mettre en œuvre pour arriver à mesurer et cerner les coûts ,et par la même de formuler une tarification par type de pathologie ,ainsi que l'évaluation des actes opératoires par service.

### **Méthodologie:**

Le principe qui a été retenu pour analyser la problématique que nous exposons relève du champ de la comptabilité analytique simple ,devant mettre en relief ,un procédé de calcul simple concernant le prix de revient financier de quelques activités au sein d'une institution hospitalière publique (l'hôpital de TLEMENEN CHU).

Nous avons ,sélectionné trois services d'hospitalisation ,et un service produisant les poches de sang. Il nous a été pratiquement impossible de faire une étude globale de tous les services hospitaliers réunis .

Néanmoins nous précisons malgré l'utilisation des logiciels informatique relatifs à la direction de la comptabilité ,et celui des ressources humaines ;les statistiques et indicateurs cliniques que nous avons relevés à partir des services nous paraissent non actualisées et ou sous estimées.

### **b/ Architecture du mémoire :**

Le présent mémoire comporte trois parties distinctes ;la première partie met en évidence les différents systèmes de santé ,au cours de laquelle on tente de comparer trois systèmes européens avec le système de santé national(Algérien).

La deuxième partie est consacrée à l'étude de l'institution publique hospitalière ,et aux types de comptabilités utilisés par les entreprises publiques économiques ainsi que la mise en exergue des spécificités de l'unité prestataire de services .

## PREMIERE PARTIE

### CHAPITRE UN : LES SYSTEMES DE SANTE

#### SECTION UNE : LE SYSTEME DE SANTE ET SERVICE PUBLIC

##### 111/ LE SERVICE PUBLIC :

La conception du service public renvoie à la fonction de l'Etat de produire des biens et services pour l'ensemble de la communauté .L'Etat en effet étant structuré en institutions politiques et administratives permettant de satisfaire l'ensemble des objectifs de la société .Les institutions politiques ont pour objet du sens et de l'orientation générale de la politique de l'Etat ,elles traduisent par conséquent la fonction gouvernementale qui a pour but la gestion des intérêts supérieurs de la société .

Les institutions administratives ,dans lesquelles sont intégrées les services publics ,sont instaurées par l'Etat pour répondre aux nécessités quotidiennes rattachées à la vie sociale ;elles représentent des organismes organisés et institués ayant pour but de répondre aux besoins publics .La conception d'institution publique est étroitement liée à la notion même de l'Etat <sup>1</sup>.

Le mode de fonctionnement du service public est régi par une législation ou code général des lois .Généralement le code de fonctionnement du service public définit quatre principes fondamentaux qui seront distingués comme suit :

##### 112 /Le principe de continuité du service public :

Ce principe tire son fondement de la définition me même de l'Etat .Il représente principalement l'idée de la continuité .Ce qui oblige l'Etat à faire fonctionner les institutions régulièrement pour respecter leur finalité économique et sociale .Ainsi Tardieu dicte que « la continuité est l'essence même du service » .

-Reflète la traduction administrative de l'Etat ,et par conséquent sa pérennité .Ce principe oblige l'Etat à faire fonctionner le service régulièrement pour garantir le respect de sa finalité économique et sociale

---

<sup>1</sup> De Sato ,(grands services publics et entreprises nationales) (1971)pp 35-40

### **113 / Le principe de légalité devant les services publics :**

L'Etat étant omniprésent dans toute la vie socio-économique et détient par la même le pouvoir législatif qui en est le seul détenteur et en est le seul juge apte à défendre les intérêts d'ordre collectifs .

Le principe de légalité se traduit par l'instauration d'un statut unique pour tout les usagers prestataires .

L'Etat offre des biens et services standards à tout les citoyens qui en contrepartie doivent supporter les mêmes charges sous couvert d'un statut réglementaire identique

### **114 / le principe de neutralité :**

Cela fait référence à la neutralité de l'Etat dans l'offre des biens et services .Le service doit fonctionner en offrant aux usagers les mêmes prestations ou avantages en leur imposant les mêmes charges sans faire état de leurs croyances politiques ; religieuses ou autre considération .

### **115 / Le principe d'adaptation :**

Le principe d'adaptation permet à l'administration de modifier chaque fois que c'est nécessaire, les règles de fonctionnement du service public.

Le principe d'adaptation s'applique :

En cas de changement de fait dans les circonstances l'administration doit aménager le service en conséquence ,elle peut également modifier la réglementation sous réserve de délais d'exécution .Le principe d'adaptation permet à l'administration de modifier unilatéralement les dispositions contractuelles intéressant le fonctionnement du service public et supporter les conséquences du changement .

### **116 / La gratuite du service public :**

Le principe de gratuite reste particulièrement dominant dans les pays dits socialistes ; où les services qui sont considérés comme indispensables sont assurés par l'état. Par ailleurs le prix des prestations payées par les usagers est inférieur au coût du service rendu.

### **117 / Types d'entreprises assurant le service public :**

Les services publics exigent des moyens très variés à savoir : Le personnel, les biens et équipements ... l'ensemble de ces moyens utilisés à des fins bien précises, leur confère le caractère d'entreprise. L'incorporation d'une entreprise à l'administration est donc essentielle pour caractériser le service public.

L'idéologie du service public n'est pas sans incidence sur le réel. Elle implique un certain mode de relation entre l'état et la société. Les services publics sont sensés fonctionner selon des principes radicalement différents des entreprises privées.

## **SECTION DEUX : LES CARACTERISTIQUES DES ENTREPRISES PUBLIQUES NON MARCHANDES :**

### **121/1 entreprise non marchande :**

Les citoyens usagers et contribuables doivent s'en remettre à un décideur et à un contrôleur intermédiaire qu'est le parlement. Dans une institution sans but lucratif, la réalisation du profit n'étant pas prise en considération, du fait que le droit de propriété de ces profits n'existe pas.

Pour l'entreprise à but lucratif, les profits sont les critères de performance et l'objectif majeur dans l'existence de l'institution même étant tributaire.

L'entreprise privée reçoit donc par son activité et sa gestion un chiffre d'affaire, et des profits variables représentant des indicateurs instantanés d'un ensemble de choix économique pour les meilleures opportunités offerte sur le marché.

<sup>1</sup>L'organisation publique non marchande reçoit des allocations budgétaire devant lui permettre de satisfaire une demande collective. Dans une organisation public non marchande, la sanction économique des choix internes n'existe pas ; ce qui peut autoriser l'entreprise parfois à une stratégie d'échec la conduisant à la non réalisation des objectifs assignés. Son activités dépend du budget attribué par le parlement.

La demande à laquelle doit faire face une organisation non marchande est difficilement quantifiable, car les services publics sont offerts sans aucune discrimination. Il en résulte que cette caractéristique a des conséquences à la fois sur la gestion interne et sur l'affectation des ressources externes.<sup>2</sup> Le fondement du service public et par conséquent la création de l'entreprise publique non marchande renvoie aussi à la carence du marché dans la production de certains biens et services pour la société. En effet le marché offre à tous les producteurs le moyen de rassembler toutes les caractéristiques de la clientèle et de voir quel type

<sup>1</sup> - A. BIENAYME. Entreprise et marchés de l'état -1982 Paris

<sup>2</sup> - Hospitalisation publique - Hospitalisation privée ( CERC Paris 1979)

de produit il favorise. Cependant, certains produits ont la difficulté de ne pas être palpable d'où la difficulté d'évaluer avec précision leur prix ou leur valeur. L'entreprise publiques non marchande offre des biens intangibles. L'entreprise privée marchande opère dans un environnement concurrentiel, obéissent au postulant de la maximisation du profit comme objectif irréversible. Les condition même du marché seraient telles que l'entrepreneur privé qui voudrait s'écarter de l'objectif (Profit) serait menacés de faillite, ainsi il sera contraint de prendre des mesures de correction qui s'imposent.

Dans le secteur public la rigueur des marchés concurrentiels disparaît étant donné qu'un seul agent l'état assure un certain nombre de services. C'est le cas monopole, l'entreprise publique non marchande est loin d'être concurrentielle.

### 122/La gestion du service public :

Le budget qui constitue la seule source de financement pour l'ensemble des organismes publics non marchands laisse apparaître des lacunes économiques avant et au moment de la décision du volume d'activité. Aussi l'absence d'éléments d'informations s'agissant des coûts et charges de production ajoutés à la demande des services publics et d'autre part constitue le problème économique le plus apparent dans une organisation à caractère public non marchande. Alors que l'organisation publique non marchande est susceptible de faire évaluer la proportion à payer par les instances de tutelle, toutes les informations sur les coûts de production des services lui sont totalement ignorés par le fait que l'objectif de l'entreprise est d'offrir une production globale. les économistes permet à la collectivité de juger sur pièce la composition des coûts des administrations puis d'estimer l'efficacité des différents choix économiques. L'ensemble des politiques que défendent les entreprises publiques non marchandes infligent des coûts dont il n'est pas certain de trouver la contrepartie. Les moyens mis en oeuvre sont en effet coûteux en salaires en temps et finance, pour un résultat aléatoire. M Marley Shirley, économiste de la banque mondiale, a démontré d'après une étude faite sur 64 entreprises publiques dans vingt six pays; que les entreprises publiques réalisaient des pertes équivalentes à seize pour cent de la totalité de l'activité. Dans les pays en voie de développement les études montrent que la rentabilité des investissements est souvent faible ou négative et la part de l'autofinancement est quasi nulle. Le résultat d'un endettement croissant et une charge de plus en plus lourde pour les finances publiques (d'après Anastasopoulos dans la stratégie des finances publiques Dalloz 1980). Les rapports entre l'Etat et les entreprises

publiques sont marqués par le conflit d'intérêt .D'une part ,l'entreprise publique s'efforce d'atteindre ses objectifs à travers des stratégies adaptées et en utilisant des méthodes de management efficaces ,d'autre part l'Etat cherche à utiliser ces entreprises comme un simple instrument de sa propre politique .Certains analystes imputent les causes de la mauvaise gestion de l'entreprise publique à un ensemble de variables ,parmi lesquelles nous citons :

-La sur-utilisation des facteurs de production ,pour des services très variés tels que l'éducation ou la santé (hypertrophie de l'emploi surtout administratif) .

-Ce phénomène est enregistré particulièrement dans le secteur public de par les politiques sociales que défendent les gouvernants .

-Le sur-coût de la dépense relative aux objectifs socio-collectifs qui sont continuellement croissants et qui font accroître les facteurs de production .Cela s'explique par une mobilisation des moyens supplémentaires par rapport à la demande effective ,devant être satisfaite ,ce qui se traduit par un gonflement des coûts de gestion .

### **123/Services publics et principe d'efficacité . :**

- La préoccupation majeure et unique du service public étant de réaliser au maximum sa mission avec régularité ,exactitude et fiabilité sans s'interroger sur la pertinence éventuelle de son coût .L'objectif étant donc d'offrir un plus grand nombre de services sans se soucier des moyens mis en oeuvre .La question de l'efficacité est d'ores et déjà prise en considération non pas dans le but d'apprécier le profit ,mais pour une meilleure répartition des moyens matériels et humains qui mis en oeuvre ayant pour finalité d'améliorer la productivité .Les services publics font l'objet de plus en plus d'évaluations destinées à mesurer les résultats des actions des entreprises ,confronter leur utilités sociales et leur coût et apprécier leur impact .

### **124/les caractéristiques de l'entreprise de santé**

La santé étant considérée comme un des secteurs non marchand dont la gestion globale est opérée par l'Etat .La prestation du service médical (produit santé) étant de nature totalement différente et difficilement quantifiable et mesurable .D'autre part la nature du marché des soins justifie l'interventionnisme de l'Etat dans le but de réajuster et réguler l'offre et la demande .Le comportement tutélaire de l'Etat se définit dans la mise en place d'une organisation canalisée par une législation sanitaire imposant aux différents acteurs de la collectivité des comportements obligatoires .

Nous pouvons définir la législation médicale comme étant l'ensemble des lois qui universellement s'appliquent à la surveillance ,à la préparation ;à la circulation des produits médicaux ,à l'application de certaines techniques préventives ou curatives .

un certain nombre de théories justifient la prise en charge de l'action médicale par la puissance publique .

La consommation sanitaire produit plusieurs effets :

-Collectifs : le besoin dans ce cas en matière de consommation de santé ne se limite pas uniquement à l'individu mais s'étend globalement jusqu'à la communauté toute entière (programme de vaccination ...)

-La consommation sanitaire est de nature incertaine basée sur des données (imprévisibles : maladies ,accident ...)

-L'activité sanitaire est de nature disparate quant à son information qui demeure asymétrique ou encore incomplète (irrégularité des rapports entre médecins et malades .

Par conséquent la combinaison de ces trois facteurs : les effets externes ;les improbabilités ou incertitudes ;les dérégulations des flux de l'information constituent un empêchement à la régulation marchande de l'activité sanitaire.

La logique du marché se base sur le rapport unité /produit ,critère de choix du consommateur, auquel le producteur est conduit à se confronter également ..Dans le cas de la consommation sanitaire l'utilisateur ne verse pas la contrepartie directe de ce qu'il consomme .Le prix ne joue donc pas le rôle de modérateur de la demande .De plus le consommateur n'est pas à même d'évaluer la quantité des biens et des services dont il a réellement besoin .

Selon la théorie de G.K ARROW ,la mise sous tutelle des activités médicales est justifiée par l'ignorance du consommateur de son avenir sanitaire. Ce qui renvoi donc à la justification de la mise sous tutelle de l'assurance maladie. D'autre part le consommateur ignore la qualité des soins fournis ;c'est l'argument du manque de connaissance médicale<sup>1</sup>.

le besoin de santé ne peut être spécifier que part rapport à un savoir faire et l'existence d'un traitement efficace et acceptable. En effet pour devenir un besoin à satisfaire, il faut qu'il en définit en tant que tel.

---

<sup>1</sup> C.Culyer ,cité par Emile Lévy (la demande en économie de la Santé).1998

## 125/ Budget et Fonction de Production de la Santé :

Du fait de sa particularité la santé nécessite une mobilisation de ressources en hommes et en moyens importants devant maîtriser en permanence les connaissances technologiques et scientifiques<sup>1</sup>

Il existe en effet une relation, parfaite entre l'output qui est l'amélioration du niveau de santé et les différents input, ( rapport entre le revenu et la demande de soins).

Cette relation entre l'input et l'output constitue ce qu'on appelle la fonction de production.

L'étude de la fonction de production se heurte à deux type de difficultés :

- Les dépenses engagées pour finalité d'amélioration de l'état de santé engendrent leurs bienfaits ou bénéficie sur une période plus ou moins longue<sup>2</sup>.

- <sup>3</sup>Difficulté dans la possibilité de mesurer l'output définit comme objectif à atteindre. Sachant que les ressources physique ou humaines ne sont pas suffisantes pour satisfaire tous les besoins de la population ; ce qui impose nécessairement un choix à définir dans la prise de décision.

### \*/Conclusion du chapitre un :

L'idéologie du service public n'est pas sans incidence sur le réel .Elle implique un certain mode de relation entre l'Etat et la société ,d'abord elle transforme l'Etat en gestionnaire d'activités sociales concrètes .L'Etat se présente alors sous la forme de services publics diversifiés qui couvrent un espace social donné ,ensuite il souligne de façon précise la spécificité de la gestion administrative .

Les services publics sont sensés fonctionner selon les principes radicalement opposés des entreprises privées .mais il faut cependant signaler que il existe une exception à la règle dans les ex pays socialistes qui ont adopté la collectivisation des moyens de production ,l'entreprise publique peut revêtir la forme d'établissements public industriel ,de la société nationale lorsque la totalité des actions est détenue par une collectivité publique .

Elle peut revêtir la forme de société d'économie mixte lorsque les capitaux privés sont associés à des capitaux publics .

<sup>1</sup> G.K. Arrow et Kolm cités par Emile levy p.97

<sup>2</sup> L'héritage définit les entreprises publiques en tant que 'entreprises marchandes ayant pour but de produire les biens et les services moyennant une rémunération et dont les modalités d'organisation sont empruntées à celles du privé

<sup>3</sup> pourquoi les entreprises publiques (la cohérence de l'économie publique ;le plan et le marché ,1972/pp.-50-70).

## CHAPITRE DEUX :

### LES POLITIQUES DE SANTE :

Les sociétés modernes considèrent la politique de santé comme une des politiques sociales des plus importantes. Les problèmes de santé ne peuvent être laissés au choix des individus parce qu'ils traduisent des incidences graves et peuvent menacer la stabilité socio-politique d'un pays donné. a cet effet les gouvernement élaborent des politiques de santé afin d'assurer la prise en charge des problèmes de sociaux de la population. La politique de santé touche ainsi d'autres branches de l'économie tel que le médicament, l'équipement médical, la formation de l'individu à la haute technologie ... La politique de santé se définit donc comme les action publiques visant à améliorer ou maintenir l'Etat de santé d'une population. ( organisation mondiale de la santé). Le développement économique et social, et les découvertes scientifiques ont abouti à un changement d'objectif visé par les différentes politiques sanitaires. il ne s'agit pas de lutter contre la mort, mais plutôt de lutter contre les maladies qui influent sur l'état de santé des individus.

Une politique de santé s'articule au tour des éléments suivants :

a) une politique de soins ; lorsque l'état de santé est détérioré.

b) Une politique de réparation des conséquences.

c) la politique de prévention : ce sont les actions entreprises pour empêcher le déclenchement de la maladie ou de l'accident :

- La prévention primaire : Comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.

- La prévention secondaire : Qui vise à diminuer prévalence d'une maladie dans une population. *Il s'agit donc de réduire* au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

En présence de la maladie ou de l'accident les soins deviennent nécessaires, deux objectifs fondamentaux sont assignés aux politiques publiques :

- le développement du système des soins et la possibilité égale pour tous d'y accéder.

- Le coût des soins, la place des structures hospitalières dans la vie sociale font de la politique de santé essentiellement une politique de soins.

- Durant la période de la maladie, le patient doit faire face à une perte temporaire. Le système de protection sociale vient compléter son rôle : versement des indemnités. Lorsque l'handicap demeure permanent, la

réparation relevé des soins de la sécurité sociale dévolue pour prendre en charge les risques sociaux subis par les assurés et les ayants droits.

Les assurés sociaux, reçoivent un revenu de remplacement de la part de leur régime d'assurance maladie puisque la capacité de travail se trouve réduite. La réinsertion des handicapés victimes de maladies ou d'accidents, compte parmi l'ensemble des politiques sociales ayant pour but l'aide matérielle et sociale ; couverts par l'Etat et l'assurance sociale.<sup>1</sup>

## **Section une :**

### **L'ORGANISATION DES SYSTEMES DE SANTE DANS LE MONDE :**

**211/- Définition :** Le système de santé est définie comme étant l'ensemble des moyens matériels, financiers et humains, mobilisé par une communauté en vue de prendre en charge les besoins de santé de sa population.

Les systèmes de financement et de prestation de soins médicaux varient dans le monde. La politique de santé touche l'ensemble des politiques sociales et structurellement conçue selon les principes idéologiques propre à chaque nation. Actuellement nous pourrions distinguer quatre grands types de modèles.

**212/- Le système libéral ou système d'assurance privée :** ce modèle est régi sur le principe de souveraineté du consommateur. Il se caractérise par la couverture du risque de maladie au moyen de primes d'assurance versées à des compagnie privées par les employeurs ou les particuliers. C'est un système basé essentiellement sur la libre entreprise dans lequel l'usager (demandeur de soins) est soigné en fonction de ses revenus. L'Etat intervient de façon très limitée pour aider les couches sociales les plus démunies<sup>2</sup>.

**213/ Le système d'assurance sociales : Modèle Bismarck**  
Caractériser par une protection sociale universelle obligatoire. Le financement est effectué par des cotisations patronales et personnelle par l'intermédiaire des caisses d'assurances sans but lucratif.

Ref – La santé financement et prestation 1987 –

L'appartenance des facteurs de production est partagé entre le secteur public et privé.

<sup>1</sup> -Lévy Emile' la demande en économie de santé ,op. cité ,p.38

<sup>2</sup> La Santé :financement et prestations (analyse comparée des pays de l'OCDE études de politique sociale N°4 1987 PP/24/31 réf thèse de magister février 1995.

Dans son ensemble, il s'agit d'un système de remboursement ultérieur des ensembles de soins reçus dans un établissement privé. Dès lors l'Etat prend l'engagement de fournir des soins de santé considérés comme un droit des citoyens. Des modalités contractuelles sont établies avec sécurité sociale.<sup>1</sup>

#### **214/- Le service national de santé : Modèle Beveridge.**

il s'agit des dispositions dans lesquelles le gouvernement fournit une structure pour assurer les soins. Ces soins sont payés par les fonds publics mais selon les modalités de paiement préalables. Le financement du système est effectué par la fiscalité nationale générale

#### **215/ La médecine étatisée :**

C'est le système où l'Etat fournit lui-même la plupart des services de santé. Il possède et gère les installations, recrute et emploie tous les professionnels de la santé. Les médecins sont des fonctionnaires payés par l'Etat.

Les pays qui adoptent ces modèles sont pour le service national de santé (le royaume uni, et l'italien, pour l'assurance privée, les Etats Unis et enfin pour la médecine étatisée, l'U.R.S.S., l'Europe de l'Est et Cuba<sup>2</sup>. Tout les systèmes visent l'efficacité dans l'affectation des ressources et l'équité dans leur répartition. Ils comportent également des incitations à mieux doter les secteurs les plus sensibles, avoir pour apprécier l'efficacité de l'affectation des ressources, il faut mesurer la santé de la population et réussie à mettre en rapport les dépenses et les résultats. La santé en tant que service publics connaît un phénomène en expansion devant être visiblement élucidé aux fins d'allocation rationnelle des moyens et ressources. l'Etat en assure la prise en charge, et à partir de là est née l'idée de la nécessité d'établir des politiques cohérentes de la santé, tant dans les structures politico-administratives que dans les actions sanitaires elle-mêmes.

#### **SECTION DEUX :**

#### **LES SYSTEMES DE SANTE DANS LA COMMUNAUTE EUROPEENNE :**

#### **221/-offre et demande de soins :**

Toute population aspirant à la santé, chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation chargé de répondre à cette demande.

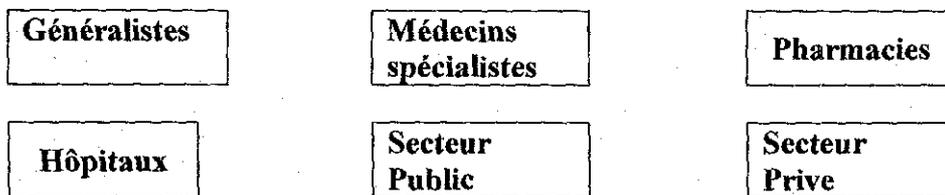
<sup>1</sup> ( cf.- le coût de l'hospitalisation. - Centre d'étude des coûts 1979 Paris -

<sup>2</sup> -F.Chaoui: Une vision des objectifs nouveaux (février 1990).Alger

L'organisation des professions de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement des soins est appelée ainsi systèmes de santé. Chaque pays ayant le libre choix de parfaire son organisation selon ses aspirations historique, politique et morales. Comme aucune organisation ne peut être parfaite, une étude comparative des systèmes s'impose en vue de l'étude préliminaire de l'économie de santé. On pourrait, considérer que l'organisation d'un système de santé<sup>1</sup> - Nous appellerons :

« offre de soins » la première boîte. Elle contient un certain nombre de pièces pouvant se combiner entre elles et représentés par les figures suivantes :

#### A- offre de soins

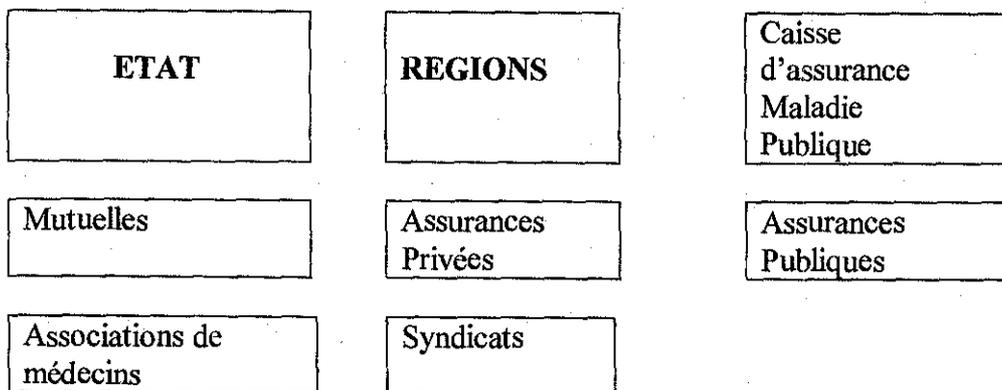


La seconde boîte est le financement elle contient :

---

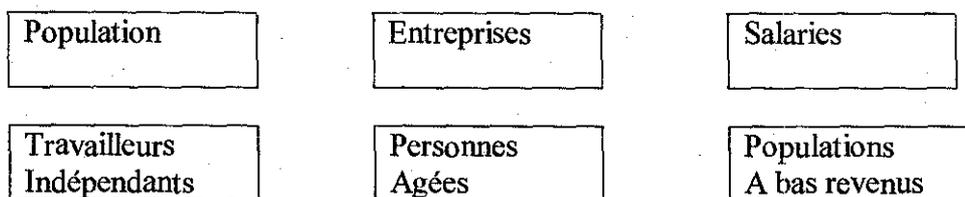
<sup>1</sup> (tel que le prévoit « A.BERESNIAK et G.DURU » dans : ECONOMIE DE LA SANTE : « à un jeu de type .. qui comporterait quatre boîtes de pièces ». -P.22 à35-Paris 1990

### B- financement



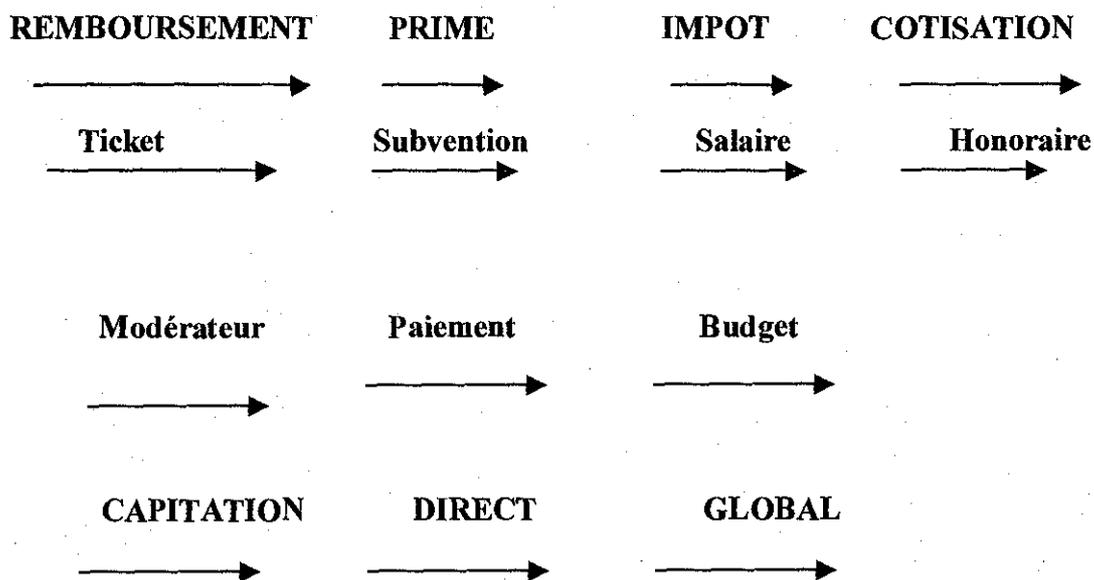
. la troisième boîte est nommée « Demande de soins », elle contient les pièces suivantes :

### C : Demande de soins



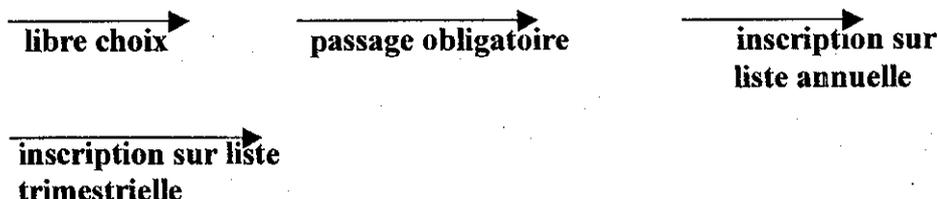
. la quatrième et dernière boîte contient des pièces de liaison permettant de relier les pièces des trois boîtes précédentes :

### D- Des flux de monnaies :



### E-Des flux de personne :

vers l'offre de soins, ou vers les structures de financement.



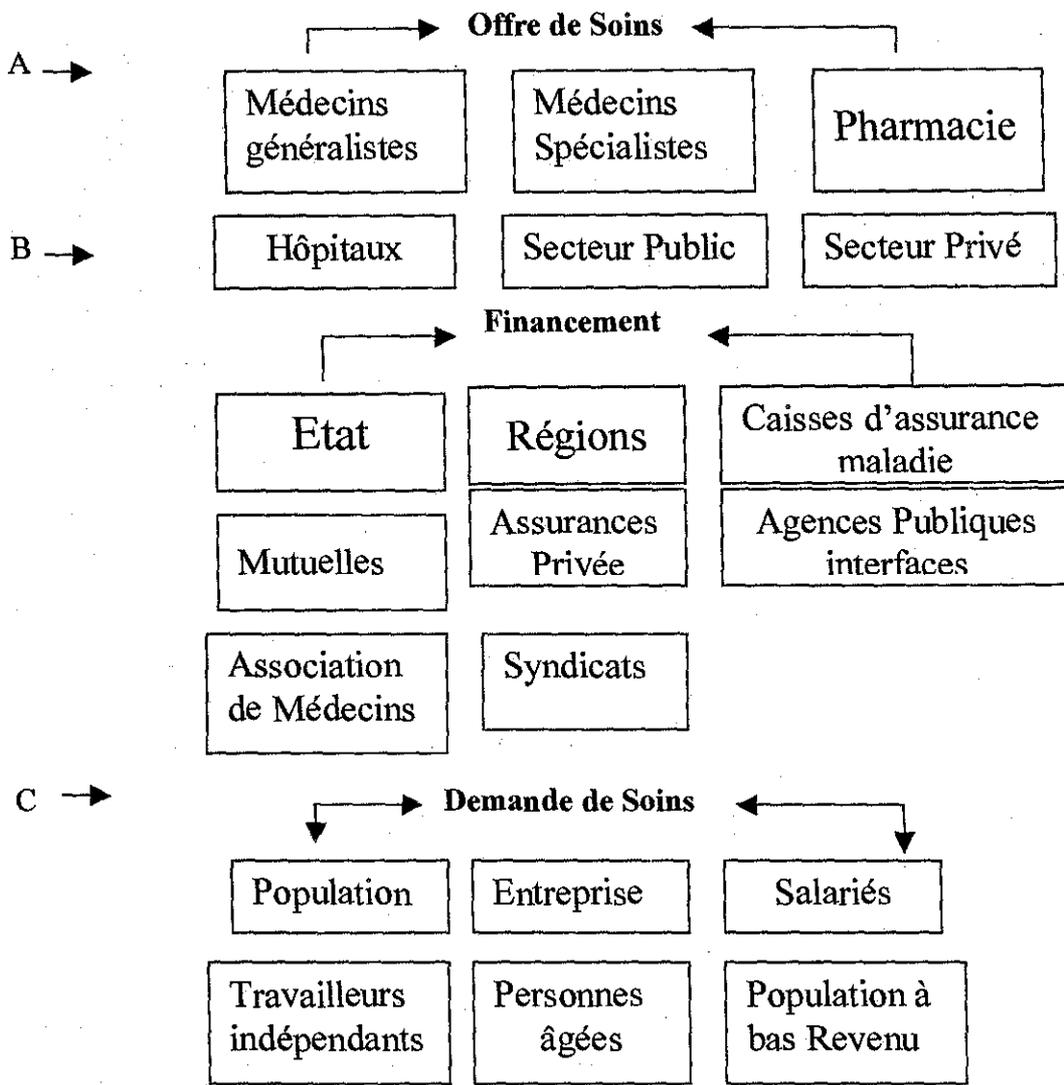
### F-des flux d'information :



. un systèmes de santé pourrait s'apparenter à un montage avec les pièces contenues dans chacune de ces boites. Ce montage doit respectée un certain nombre de condition, définies par la société : satisfaction des besoins, accessibilité du plus grand nombre aux soins solidarité, respect des équilibres financiers, équité règles éthiques . La définition d'un système de santé est donc toujours un choix de société .

En simplifiant à l'extrême, on pourrait considéré que l'organisation d'un système de santé peut s'apparenter à un jeu de construction de type « Lego ». Qui comporterait quatre boites de pièces. Nous appellerons « Offre de soins » la première boite, elle contient un certain nombre de pièces pouvant se combiner entre elles et représentées par les figures suivantes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Jeu de construction en plastique à pièces emboîtables cf. Larousse



## Section Trois :

### Les Systèmes de Santé Européens

#### 231 / Le Système Français :

##### Quelques statistiques :

Superficie : 547.026 km<sup>2</sup>

Population : 57 million hab. (94)

Densité : 105,3 hab./km<sup>2</sup>

Population de

Moins de 20 ans -----> 27,8 % (1990)

Plus de 65 ans -----> 14 % (1990)

Le taux de natalité (91) ----- 13,3 pour 1000 hab.

Le taux de mortalité (91) ----- 9,2 pour 1000 hab.

Espérance de vie ----- 73 ans /hommes – 81,1 ans /femmes

Dépense nationale de santé ----- 9,1 % du PIB (91)

Nombre de lits d'hôpitaux (1990) ----- 552.755

Nombre de Médecins (1991) ----- 155.857

PIB (1993) ----- 1287,4 Milliard US \$

Le système de santé français essaie de concilier les principes du libéralisme et ceux de la solidarité à travers un système de financement socialisé . Le financement du système de santé est assuré pour sa plus grande part par la sécurité sociale, organisme "privé" créée en 1945, mais en réalité quasi public puisque parrainé par le ministère de la santé. Participant également au financement les mutuelles, les états les ménages et les assurances privées.

En 1992, la sécurité sociale a couvert 72,2 % des dépenses nationales de santé courantes, les mutuelles 6,6 % , l'état 3,6 % , les ménages et les assurances privés 17,6 % .

Les recettes de la sécurité sociales proviennent essentiellement des employeurs et des assurés, et pour une partie plus faible (10 %) des subventions de l'état. L'adhésion au système de sécurité sociale est obligatoire et couvre l' ensemble de la population française (98 % un 1989) .

La sécurité sociale est formée de quatre branches : maladie, famille, vieillesse et accident de travail qui du point de vue financier ne sont pas cloisonnées .La branche maladies couvre le risque du même nom.

Elle est constituée de différentes caisses qui sont caractérisées par l'activité professionnel de leurs adhérents :

Salariés ( caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs ou Cnamt, appelée encore régime général .

Les services offerts sont différents d'une caisse à l'autre en revanche, le principe de compensation des ressources entre les caisses ( sous la responsabilité de la Cnamt est acquis .

L'offre de soins est caractérisée par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé.

En 1992, parmi les 155.896 médecins pratiquant en France 70,8 % ont une activité libérale. Parmi ceux-ci on distingue 53,7 % de médecins généraliste . la médecine de groupe se développe considérablement.

La rémunération des praticiens libéraux est fondée sur le principe des honoraires qui sont négociés par la profession et la sécurité sociale.

Deux possibilités sont offertes aux médecins : soit accepter une convention qui comprend deux secteurs, soit la refuser.

- L'acceptation de la convention en secteur impose la pratique d'honoraires fixes régulièrement négociés par les syndicats avec la sécurité sociale. En échange , le médecin a des charges sociales personnelles peu élevées et sa clientèle est fidélisée par le fait qu'elle bénéficie d'un taux important de remboursement des soins pratiqués (environ 70 %)
- L'adhésion du **secteur 2** permet de bénéficier d'un droit au dépassement, honoraires conventionnels.

Le médecin aura alors à sa charge des contributions sociales très élevés et le remboursement des soins à sa clientèle ne sera calculé que sur le montant des honoraires du secteur 1.

En 1998, 21 % des médecins libéraux exerçaient en **secteur 2** et pratiquaient des honoraires de 20 % plus élevés en moyenne. L'afflux de plus en plus important des médecins vers ce secteur dit (à honoraires libres) a contraint les pouvoirs publics à geler son accès en 1990. (l'admission au **secteur 2** nécessite désormais certains titres hospitaliers ou une certaine ancienneté.

En 1992, environ 28 % de médecins libéraux exerçaient en **secteur 2**. Les rares médecins ayant choisie d'exercer " hors connections" ont la possibilité de fixer librement leurs honoraires. En revanche, ils devront payer des charges sociales très élevés et leur clientèle ne pourra obtenir qu'un remboursement symbolique des soins qu'ils pratiquent.

Les médecins ont le libre choix de leur lieu d'installation et sont libres de leurs prescriptions. Une information ou ces dernières sont délivrées par la caisse maladie sous la forme de tableaux statistiques d'activité des praticiens ( TSAP), depuis 1994 des références médicales opposables (RMO) sont publiées, elles indiquent aux médecins ce qui ne doit pas être présent dans des cas sauf exception dûment motivées.

Le secteur hospitalier est constitué par des hôpitaux publics ( 1077 établissements comprenait 363.115 lits en 1990 non compris les places d'hospitalisation partielles et l'hébergement pour les personnes âgées) et

par des établissements privés (2390 établissements comprenant 195.578 lits en 1990 non comprises les places d'hospitalisation partielles et l'hébergement pour les personnes âgées. Ces derniers se répartissent en hôpitaux privés à but non lucratif (environ 1/3) et en hôpitaux privés à titre lucratif. hôpitaux public et privés sont soumis à la règle du budget global.

- Le secteur pharmacologique est l'un des secteurs les plus contrôlés puisque les prix des spécialités sont sévèrement contrôlés et fixés à un très bas niveau. Un accord état industrie signé en janvier 1994 consiste à libérer les prix de certains médicaments contre un engagement sur les volumes et une baisse des dépenses de promotion. La distribution est également soumise à un sérieux ..... , tant en ce qui concerne les possibilités d'ouverture d'une officine que les marges accordées aux pharmaciens.

Le consommateur possède un droit de libre accès aux structures de soins. Il choisit à son gré tel médecin généraliste ou tel médecin spécialiste et il consulte aussi souvent qu'il le souhaite. Il paie directement son médecin et est remboursé par sa caisse sur la base de 70 % ( ou 75 % selon la caisse ) des honoraires conventionnels. En outre, le solde ou une partie de celui-ci lui est remboursée s'il a souscrit une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle ou d'une assurance privée.

Des médicaments qui lui sont prescrits font également l'objet de remboursement s'ils appartiennent à la liste des spécialités remboursées par la caisse maladie.

Le taux de remboursement varie (35 %- 65 %- 100 %) en fonction de la spécialité et de la maladie dont est atteint le patient. La pratique du 1/3 payant se généralise actuellement :

Le patient a dans ce cas, la possibilité de ne payer au pharmacien que la partie à sa charge, l'autre partie étant directement payée au pharmacien par la caisse. Cette pratique du 1/3 payant est très largement utilisée par les soins hospitaliers.

Si le patient utilise une structure publique, il ne reste à sa charge qu'un ticket....., et depuis 1983, un forfait hospitalier de soins qui est une participation journalière forfaitaire aux frais d'hébergement . Si le patient utilise une structure privée et si cette dernière ne possède pas d'agrément avec la sécurité sociale, l'ensemble de ses dépenses sera à charge

### 232/ LE SYSTEME DE SANTE ALLEMAND :

Le système de santé allemand connaît des adaptations qu'impose la réunification de l'Allemagne. L'organisation de la santé de l'ex-RDA

était en grande partie soumise à une économie de pénurie et elle bénéficie de l'héritage des caractéristiques du système de santé de l'ex-RFA.

C'est donc le fonctionnement du système de santé de l'ex-RFA que nous allons décrire, ci contre :

. l'Allemagne en quelques chiffres :

Superficie ----- 357.325 km<sup>2</sup>

Population -----80,94 millions d'habitant (1994)

21,7 % pop de moins de 20 ans.

Le taux de natalité ----- 11,3 / 1000 hab. ----1991

Mentalité infantile ----- 8/ 1000 naissances vivants (94)

PIB ----- 1725,5 Milliards de \$ (91)

PIB /hab. -----> 21.414 \$ US (93)

Dépenses nationale de Santé = 8,5 % PIB (91)

660.735 lits d'hôpitaux (1990)

202.020 Médecins (1990) soit 3,2 Médecins / 1000 hab.

L'Allemagne fut le premier pays à instituer des 1883 à l'initiative de BISMARCK, un système de protection sociale pour les travailleurs.

Ce système s'est développé et est de nos jours placé sous la responsabilité des ministères de la santé, du travail et des affaires sociales. Ces ministères définissent les règles de fonctionnement mais délèguent le pouvoir exécutif au niveau des états fédéraux, tout particulièrement en ce qui concerne la planification hospitalière.

Le financement des soins de santé est assuré, par un réseau d'environ 1.200 caisses-maladie publiques et par des assurances privées.

En 1987, 93 % de la population était couverte par les caisses maladie publiques tandis que 8 % de la population était à la fois couverte par l'une de ces caisses et une assurance privée complémentaire.

L'application à une caisse-maladie publique est obligatoire pour les personnes ayant un revenu inférieur à un seuil défini par l'Etat. Les autres personnes sont libres au non d'adhérer à ces caisses. Les caisses publiques tirent leurs ressources des cotisations de leurs adhérents elles sont en fonction du niveau des revenus; les taux sont disparates d'une caisse à une autre . les entreprises financent la moitié de la cotisation de leurs employés.

Au niveau de chaque région, les caisses négocient avec les offreurs de soins, le tarif des prestations offertes à leurs membres sur la base d'une nomenclature établie au plan national.

Les adhérents d'une caisse participent directement à une partie des frais pharmaceutiques, d'hospitalisation et des soins dentaires. En revanche, l'accès au médecin de ville, généraliste ou spécialiste, est entièrement gratuit. Afin, de bénéficier de cette gratuité, l'adhérent doit choisir, pour des périodes de trois mois, un médecin auquel il remettra à chaque visite un certificat fourni par la caisse. Le médecin sera ensuite payé par

l'association des médecins de caisse auquel il appartient, elle même financée par la caisse maladies. En 1993, le financement des dépenses de santé était assuré par l'assurance maladie légale (48 %) les entreprises (15 %), l'état 13 % les ménages ( 7,4 % ) les régions de retraites (6,8 %), les assurances privées (5 %) l'assurance accident (3,1 %).

L'une des particularités de ce système de santé est la très nette séparation entre le système hospitalier et le secteur ambulatoire.

Le système hospitalière est composé d'hôpitaux publics (52 %), d'hôpitaux locaux privés à but non lucratif (35 % des lits) et d'hôpitaux privés à but lucratif (13 % de lits). Les hôpitaux sont soumis à la règle du budget global et les médecins qui travaillent dans ce secteur sont en majorité salariés.

Le secteur ambulatoire est par contre entièrement privé. Les médecins sont regroupés en association de médecins de caisse qui négocient avec les caisses-maladies une enveloppe globale et le montant des honoraires pour chaque acte. Ce sont ces associations qui paient les médecins, en fonction de leur activité. Cependant cette activité est particulièrement surveillée par les associations des médecins de caisse.

En effet l'enveloppe globale ayant été négociée, tout dépassement sur ce volume ou sur la qualité des prescription d'une partie des médecins de l'association conduit à une baisse des rémunération de l'ensemble.

30 % des médecins exercent leur activité en groupe, la possibilité d'effectuer eux-mêmes un certain nombre d'analyse biologiques incite à de tels regroupements.

Le 03 octobre 1990 l'Allemagne réunifiée de l'ex-RDA est divisée en cinq crée des bouleversements, la réunification des systèmes de santé est planifiée sur une durée de cinq ans.

L'Allemagne fut le premier pays à instituer dès 1883, à l'initiative de Bismarck, un système de production sociale pour les travailleurs. Ce système n'est développé de nos jours, est placé sous tutelle des ministère de la santé, du travail et des affaire sociales. Le financement des soins de santé est assuré par un réseau d'environ 1200 caisses maladies, publiques et par des assurances maladies : l'affiliation à une caisse maladie publique est obligatoire pour les personnes ayant un réseau inférieur à un seuil défini par l'Etat, les autres personne sont libres ou non d'adhérer à ces caisses. Les caisses publiques tirent leurs ressources des cotisations de leur adhérents. Elles sont fonction du niveau du revenu, les taux différent d'une caisse à l'autre. Les entreprises financent la moitié de la cotisation de leurs employés. Au niveau de chaque région les caisses négocient avec leurs offreurs de soins le tarif des prestation offertes à leurs membres sur la base de la nomenclature établie au plan national. Les adhérents d'une caisse participent directement à une partie des frais pharmaceutiques, d'hospitalisation des soins dentaires. En revanche,

l'accès au médecin de la ville, généraliste ou spécialiste, est entièrement gratuite. Afin de bénéficier de cette gratuité, l'adhérent doit choisir, pour des périodes de 3 mois ; un médecin auquel il remettra à chaque visite un certificat fourni par la caisse. Le médecin sera ensuite payé par l'association des médecins de caisses auquel il appartient , elle même financée par la caisse maladie.

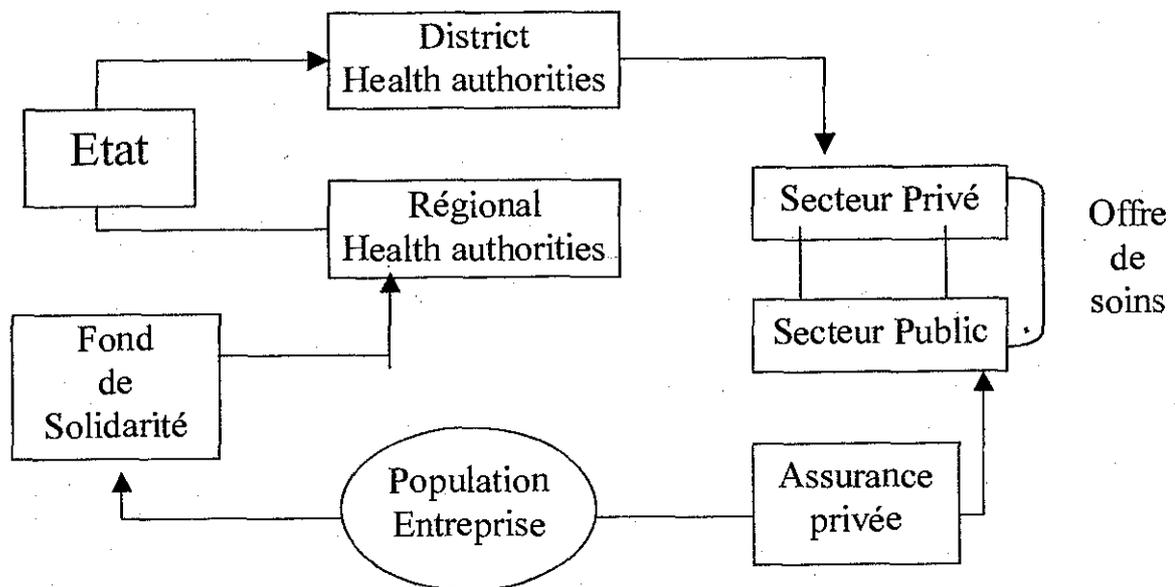
Le secteur ambulatoire est par contre entièrement privé! Les médecins sont regroupés en association de médecins de caisses qui négocient avec les caisses maladies une enveloppe globale et le montant des honoraires pour chaque acte. Ce sont ces associations qui paient le médecin en fonction de leur activité.

### **233/ Le système de santé Britannique :**

en 1948, le système de santé britannique repose sur le service national de santé ( NHS ) qui prend la relève du système d'assurance social ( Social assurance système ) en vigueur depuis 1911.

Cette nouvelle organisation est fondée sur les principes suivants :

- l'Etat offre les soins à toute personne qui en exprime le besoin
- l'autonomie des professions médicales et paramédicales au niveau des libertés d'installation ,de prescription, et des pratiques privées, publiques ou mixtes est respectée .
- L'allocation des ressources du secteur régional est à la charges des autorités régionales de santé (régional health authorities )qui sont également responsables de la planification à moyen terme .La gestion des ressources est assurées par les autorités de district de santé (district health authorities ).L'offre de soins est mixte ,publique et privée ,avec une forte dominante du secteur public .Le médecin est libre d'adhérer au service national de santé ou non .S'il décide d'y adhérer ;il passe un contrat avec ce dernier qui spécifie le type de soins qu'il donnera ,le temps qu'il consacrera au service national de santé et de rémunération .Les médecins sous contrat sont dotés d'une enveloppe sur laquelle ils peuvent acheter eux-mêmes les prestations nécessaires pour leurs patients .



## CONCLUSION DU CHAPITRE DEUX :

Le jeu de l'offre et de la demande dans le domaine de la santé n'obéit pas aux mêmes règles qu'en économie générale, car la santé n'est pas un bien qui peut être consommé et échangé. La santé correspond plutôt à un objectif idéal mais celui-ci commence à être revendiqué dans la plupart des pays comme un droit inaliénable. Il est certain que les populations ont une demande de santé qui augmente excessivement vite, que ce soit en pays en voie de développement ou en pays développés. La demande de santé est tout d'abord proportionnelle à l'intensité de l'exposition aux maladies. Elle est donc très forte dans les pays en voie de développement soumis aux maladies qui s'étendent sur un mode endémo-épidémique. Les différents systèmes de financement de la santé influencent les caractéristiques de l'offre de santé, surtout au niveau des institutions privées. L'intervention d'un financeur externe comme l'assurance maladie déplace en effet l'équilibre de l'offre et la demande en introduisant des éléments perturbateurs. Les tarifs pratiqués et remboursés sont presque toujours arbitraires et ne représentent toujours pas les prix réels. L'existence de l'assurance maladie induit simultanément une augmentation des quantités produites et consommées de soins; une diminution du prix payé par le consommateur et une augmentation du prix reçu par le producteur. Tous ces différents intérêts convergent vers une tendance générale à la surproduction et la surconsommation des soins de santé. La société préserve donc ses finances en instaurant une réglementation; or celle-ci doit être révisée régulièrement en se durcissant et constitue la source de nombreux conflits et mécontentement chez les professionnels. Des pressions s'exercent alors

sur les tarifs et les dépassements plus ou moins sauvages sont inexorablement constatés à tous les niveaux .

### **CHAPITRE III :**

#### **LES SOINS PUBLICS EN ALGERIE :**

Le système de santé algérien renvoie à des principes fondamentaux né d'une vision politique traduit par le programme de développement national post d'indépendance. Le système mis en œuvre expose toutes les conditions de prise en charge des besoins sanitaire, ces derniers reposent sur des principes défendus puis protégés par la législation du pays. Par ailleurs il est évident que les objectifs concrets d'une politique de santé ne peuvent en aucun cas être définis de façon neutre. Ils sont inscrits dans un espace social structuré et traduisent les préoccupations des sociaux qui les forment<sup>3</sup>.

Le problème de santé appelle deux approches différentes :

#### **Section une:**

##### **311/ Les différentes approches :**

##### **a)- l'approche capitaliste :**

Ce système favorise l'exercice du secteur privé qui est pratiquement dominant dans la distribution des soins. La santé est soumise alors à la productions , et à la circulation marchande. Elle est sujette à une politique d'investissement et de rentabilité et placée dans le contexte d'une perspective utilitariste. (Politique et Système de Santé) B. Hamel.

L'Etat intervient à protéger certains besoins sanitaires collectifs et offre ses services sans discrimination. La prise en charge individuelle des besoins sanitaires est une caractéristique du système sociale offrent diverses formes de protection.

##### **b)- Une approche socialiste :**

Dans les pays à option socialiste. La protection sanitaire est intégrée dans l'action socio-économique d'ensemble. L'Etat assure se prononce comme le seul organe producteur de soins. Entre les deux système il y a

---

<sup>3</sup> -F.Z. Oufreha (Essai sur le système de soins en Algérie 'Contribution a l'étude l'économie Algérienne .CREAD 1988 OPU .Alger

bien deux conceptions différentes. Quant à la formation du médecin, la structure de l'appareil médical, la place de la prévention, les orientations et la gestion de l'industrie pharmaceutique.

### **312\* la planification de la santé :**

Le terme désigne l'action d'organiser selon un plan (Destane Debernis la planification de la santé )

En économie contemporaine, elle permet aux pouvoirs publics d'encadrer le développement économique de la nation et d'un pouvoir l'évolution sur quelques années.

<sup>1</sup>La planification sanitaire est dans cette perspective, une démarche consistant à utiliser au mieux les ressources disponibles pour faire face aux besoins de santé publique.

La planification de la santé est une mission d'organisation qui se réalise surtout sur le plan régional, national, ou international. Les médecins et les autres catégories de personnels de santé n'ont donc qu'exceptionnellement l'occasion de participer à l'élaboration d'un plan, mais ils sont indispensables à son succès car leur participation à de nombreux programmes est souvent nécessaire. Il est ainsi important de connaître la démarche générale de la planification sanitaire pour comprendre pourquoi certains projets sont lancés et pas d'autres.

Les services chargés de la planification de la santé constituent une part très importante des missions des ministères de la santé. S'il est désormais admis dans le contexte actuel de contrôle des coûts qu'il est difficile de "tout faire" pour éviter une dilution des ressources déjà "rares" un minimum de cohérence et de méthode est nécessaire pour le choix de... l'utilité de la planification de santé.

(Reinke) propose une définition synthétique du processus de planification " la planification est l'allocation rationnelle, pratique et efficiente des ressources rares (c'est à dire l'utilisation cohérente des biens disponibles), basée sur des objectifs réalistes et des priorités que l'on peut apprécier.

Le but de la planification de la santé est toujours d'organiser, avec méthode et logique, des grandes actions (appelées programmes) afin d'obtenir une amélioration de l'état de santé d'une population.

Cette amélioration (de l'état de santé pourra être appréciée objectivement grâce à l'utilisation des mesures empruntées à la science de l'épidémiologie ( Morbidité, mortalité, espérance de vie ...).

-La démarche utilisée en planification de la santé est représentée généralement par les étapes suivantes :

Identifier des problèmes de santé de la population pour en exprimer les besoins (ex: Tuberculose, Sida, Cancers du sein...)

---

<sup>1</sup> Le service de santé en Algérie, situation et perspective, ministère de la santé publique Alger Novembre 1979 .

Classer les besoins par effet de priorités.

Mise en oeuvre des programmes ( informations, ...)

Evaluer l'efficacité des programmes ( par ex par sondage, apurés des jeunes pour ce qui est, des maladies sexuellement transmissible par ex ...)

### **313\*/ Les dépenses de santé :**

La méthode la plus utilisée un analyses des coûts est celle qui consiste à comparer les coûts avec les quantités de produits de santé, Cependant, ceux ci sont difficilement mesurable car la santé est difficilement quantifiable et qualifiable. En milieu hospitalier, le calcule des coûts par journée d'hospitalisation et suivant effectué. Il s'agit en fait d'un coût moyen par jour qui ne représente que très imparfaitement les coûts réels. En effet, un malade hospitalisé donné ne consommé pas régulièrement la même quantité de soins, chaque jour de son séjour, de plus chaque malades a un comportement et une demande différente dans un même hôpital et à plus forte raison dans des hôpitaux différents.

Le calcul du coût par malade hospitalisé est beaucoup plus précis mais le nombre très élève de maladies, de leurs différentes formes ou stades d'évolution impose le recours à une classification. Celle-ci permettra la prise en compte d'un coût moyen des malades vis à vis des cas comparables . Il s'agit de constituer des groupes homogènes de malades (GHM), cette méthode de gestion importée des Etats Unis a inspiré le projet français de médicalisation du système d'information (PMSI).

### **314\*/- la tarification :**

Elaborer une tarification en matière de santé offre plusieurs avantages :

- Elle constitue une base de paiement pour le travail des professionnels de la santé.
- Elle permet en fixant les prix d'homogénéiser la quantité des services rendus.

Toutefois, la fixation d'un tarif pour un service médical est obligatoirement arbitraire, car la santé échappe aux règles classique de la consommation. En effet il n'existe pas de marché au sens classique du terme. Les prix ne s'équilibrent pas d'eux mêmes selon les mécanisme de l'offre et de la demande, car d'une part le domaine de la santé est riche en situations de monopole et d'autre part les individus bénéficiaires des prestations ne possèdent pas l'information permettant de décider leurs consommations et ne supportent pas directement les frais grâce aux assurances maladies. Beaucoup de pays comme la France, le Canada utilisent le paiement à l'acte comme mode de rémunération de la pratique

médicale libérale. Si le contexte est différent dans ces pays, il repose néanmoins sur des nomenclatures établies au préalable. La pratique d'une telle tarification permet d'éviter que les prix ne deviennent trop anormalement hauts ou bas et n'influencent ainsi la qualité des soins.

### **Section Deux :**

#### **LE SYSTEME ALGERIEN DE SANTE :**

Les principales actions qui furent entreprises pour renforcer le secteur de la santé ont été les suivantes :

- L'impulsion de la production nationale de médicaments par le développement de l'industrie pharmaceutique et la limitation des importations.
- L'unification des structures médicales, d'entreprises et d'organismes collectifs sous la tutelle de la santé publique.
- La réforme des études médicales ayant pour objectif la formation d'un plus grand nombre de médecins.
- La prévention sanitaire à entreprendre comme action prioritaire et intégrée dans le programme de l'Etat.
- Création des infrastructures sanitaires de base (Polycliniques, centres de santé – PMI).

Le système de santé recommande une unification donc dans son organisation et une plus grande décentralisation dans son fonctionnement. Appelé à gérer des moyens très lourds et faire face à une demande libre et croissante du fait de l'explosion démographique et d'autres facteurs sociaux-économiques. Le rôle du système de santé étant de mettre l'accent sur les mesures et actions citées ci-dessous tout en répondant efficacement à la demande de soins sur le territoire et pour tous les citoyens en intégrant les tâches de soins et de préventions.

<sup>1</sup>Le système de santé national comportant quatre phases principales :

- Une phase de réorganisation du secteur et de la distribution des moyens disponibles ( 1967 – 1974 ).
- Une phase de recentrage du développement de secteur à la lumière des dispositions de la médecine gratuite.
- Une phase du quinquennal. ( Mise en place des principes généraux).
- Une phase de stabilisation de la croissance du secteur (1984 – 1989 ).

---

<sup>1</sup> -A.Hammani ,R. Boukheloua ,Bourokba (l'évolution du système de santé algérien depuis l'indépendance (séminaire sur le développement d'un système de santé national .Avril 1983 p .39-78.

### **321\*/LES DIFFERENTES PHASES DU SYSTEME :**

- **1<sup>ère</sup> phase** : Cette première phase était marquée par l'absence d'un système de programmation sanitaire organisé. Au cours de cette période les actions engagées se sont limitées à une redistribution de moyens ; par l'extension de la couverture sanitaire à travers le pays afin de pallier aux disparités régionale existantes. ( lancement des plans spéciaux).

- **2<sup>me</sup> phase** : Les textes de la médecine dite gratuite précise qu'il ne s'agit pas seulement d'une disponibilité de soins gratuites mais aussi d'une meilleure qualité des prestations.

Ainsi donc l'instauration de la médecine gratuite a générer un programme d'investissement volumineux en infrastructures et en dotation d'équipements médicaux. Le 2<sup>ème</sup> plan quadriennal devait réaliser 154 polycliniques 317 centres de santé, 25 maternités ; ainsi que la réalisation de 07 hôpitaux. (Rapport général plan quadriennal 1979).

L'importance de la demande soins libérer par le nouveau système montrait dans un premier temps que les moyen financiers étaient peu important. L'accroissement des recettes pétrolières (1974) ayant favorisé, l'étouffement du budget d'équipement soit une augmentation de 55%, et 2,3 milliards de dinars. (gratuité des soins 1974 n° 181).

Durant cette période 672 millions de dinars furent investis par le ministère de la santé, ce qui permettait en outre de renforcer les aléas de la médecine gratuite et par la même occulter les véritables problème de gestion : Saturation des services médicaux, pénurie de médicaments ...

Effectif médical insuffisant. Amorti par la coopération étrangère. En dépit des efforts déployés par l'Etat, la volonté de réalisation n'a pas pu atteindre les objectifs espérés par excès d'ambition en référence aux moyens disponibles.

- Le schéma organisationnel qui existait en 1974 a rapidement été modifié pour face à la forte demande. Cette dernière fut expérimentée par un accroissement continu du nombre de consultation et d'admission dans tous les établissements sanitaires publics. D'ou l'incapacité, de satisfaire toutes les demande en croissance continue. Nous pouvons évoquer certaines causes du système de soins à savoir :

- L'absence de coordination entre les services de santé publics, et les différents organismes.
- Secteurs sanitaires délaissé et non intégrer au processus de développement .
- Détérioration des relations publiques (Citoyens-institutions ).
- L'utilisation des personnel au niveau des grands centres.

### **\*/ La carte sanitaire :**

**La nécessité de la mise en place de cette carte avait pour objectifs :**

- L'élimination de la disparité entre les régions.
- La densification du réseau sanitaire de base.
- L'organisation cohérente de l'infrastructure.
- L'harmonisation du système de soins et de formation du personnel de santé. (Soit une autorisation de programme d'une valeur de 12,90 millions de dinars a été consentie).

Après l'achèvement des différents plans de développement, la situation de la santé n'a pu connaître d'amélioration, les retards dans la réalisation des projets, le phénomène inflationniste incitant les coûts à la hausse, tout cela a fait que le système de santé devait être réformé en majeure partie.

Le système de sécurité sociale préexistant ne pouvait remplir les conditions requises pour atteindre les objectifs visés par le choix politique effectué. Depuis 1983, il y eut l'unification, de tous les régimes : le régime général, le régime des actionnaires, les régimes spéciaux, celui des non salariés et ceux de la mutualité agricole. La caisse de sécurité sociales des militaires n'étant pas concernée.

La sécurité sociales assure la prise en charge de l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès, et l'assurance vieillesse.

Nous faisons remarquer que le système de sécurité sociale n'est pas limité seulement à couvrir les individus contre les différents risques sociaux mais finance une part des prestations du système de santé depuis l'instauration du régime de gratuité des soins. La différence entre les prestations sociales et les recettes représentent la participation de la sécurité sociale à la médecine gratuite. Cette participation se traduit par la création d'infrastructures (CMS) financement du forfait hospitalier, transfert des malades pour soins à l'étranger<sup>1</sup>.

### **322\*/ Le financement du système de soins :**

Le système des soins national à été reconduit dans ses formes d'organisation traditionnelles financé par le biais de trois formes de procédures.

- Une part importante prise en charge par les collectivités publiques ; 60% dans la couverture.
- La prise en charge d'une catégorie par la sécurité sociale. (Catégorie des assurés sociaux).

---

<sup>1</sup> -M.Kaddar (la carte sanitaire en Algérie ,une technique de planification revue CENEAPD .1982

- La prise en charge des dépenses de soins par les malades eux-mêmes.

Le financement des dépenses de santé effectué au niveau de tous les établissements et secteurs sanitaire est assuré par l'Etat donc et la sécurité sociale ; les autres partenaires sont considérés comme négligeables du fait de leur faible participation, les structures parapubliques constituent les unités sanitaires couvertes par la sécurité sociale et les entreprises publiques. Un réseau d'unité de soins a été créé par le biais de l'action sanitaire sociale et familiale, financée par le biais d'une ..... part des cotisations sociales. Le réseau étant constitué de centre médico-sociaux, de cliniques, de maternités, de petits hôpitaux et de centres de repos et de rééducation.

L'assurance sociale finance aussi les frais occasionnés par les soins à l'étranger. De manque de certain spécialistes nécessitant la mobilisation des ressources et personnel qualifié le transfert des malades à l'étranger. Cela ne concerne pas toutes les pathologies, on peut citer les cardiopathies, les maladies cancéreuses, les maladies de l'œil, les maladies rénales. Les conditions de transfert sont établies par l'administration de la sécurité sociale ; le prix et les modalités de paiement sont négociés en commun accord.

Nous pouvons indiquer que le coûts de la journée d'hospitalisation dans un pays européen tel que la France se répartit comme suit par type de spécialité, (Cf. Ministère de la santé bulletin statistique Nov-1979) :

	1979 (FF)	1998 (DA)
1°/ Service Spécialité (Supérieure) « Soins intensifs »	1680 FF.	- 2.0160 DA
2°/ Médecine Spécialisée	778 FF.	- 9336 DA
3°/ Chirurgie Spécialisée	861 FF.	- 10332 DA
4°/ Chirurgie Obstétrique	718 FF.	- 8616 DA
5°/ Médecine interne	548 FF.	- 6576 DA
6°/ Asthme Bronchique Infantile	213 FF.	- 2556 DA
7°/ Sourds Muets	265 FF.	- 3180 DA
8°/ Handicaps Mentaux	213 FF.	- 2556 DA

### **323/Restructuration des hôpitaux:**

La caractéristique dominante ,que l'on peut relever à travers le diagnostic établi sur l'organisation des établissements d'hospitalisation ,est la tendance vers la recherche d'une similitude dans le développement de l'offre des soins au niveau des principaux pôles de développement

sanitaire .L'organisation des lits d'hospitalisation ne répondant pas aux rigueurs prescrites par la réforme .L'absolue nécessité de créer certaines spécialités non prévues dans les textes dans les secteurs sanitaires devint nécessaire ,compte tenu des disponibilités en personnel et en infrastructure sous utilisés dans les secteurs sanitaires classés (A).

L'optique d'un développement régional des niveaux de soins ;passe par une distribution des niveaux de soins et des lits suivant le degré de spécialité pour renforcer les capacités des établissements ,ce qui se traduirait par conséquent par la combinaison des niveaux A, B, et C.

### 324\*/ Critique des fondements de la carte sanitaire<sup>1</sup>

La carte sanitaire se présentait comme étant une initiative complète dans sa conception ,seulement des critiques sévères ont été formulées à son égard .Ces critiques ressortent des réalités flagrantes dans le domaine de l'économique et social que l'on peut résumer comme suit:

Son élaboration était basée sur des données socio-économiques telles que la production ,les moyens de communication ,les équipements collectifs , seulement ces données n'ont pas été prises en considération d'une manière concertée .L'évaluation s'étant faite de manière archaïque ,quelques normes seulement furent prises en considération (nombre de lits par habitant par ex.) difficulté qui s'en est suivie quant à l'intégration des paramètres socio-économiques qui son très significatifs .Il est évident que la mise en œuvre de la carte sanitaire suppose l'existence d'une somme d'informations fiables .Or ,les manques ou défaillance dans ce domaine sont légendaires ,l'évaluation du patrimoine sanitaire en est un exemple, cependant il existe un écart important entre les différentes estimations effectuées. Les fondements de la carte sanitaire qui viennent apporter des corrections fonctionnelles au système de soins semblent ignorer toutes les pesanteurs et les contradictions que traversent le système de soins existant. Le système proposé semble introduire au moins deux contre tendance fortes :la première du type de restructuration actuelle du système de soins algérien .La deuxième résulte du fait que la carte sanitaire ambitionne de coordonner deux séries d'éléments à priori indépendants :les infrastructures et les personnels .D'ailleurs ce qui semble expliquer la crise de l'emploi du personnel médical dans la fonction publique .

Aussi la structuration actuelle du système de soins reste marquée par une juxtaposition contradictoire de trois grands secteurs :

\_le secteur para-public :créé ces dernières années administrativement intégré au secteur public

<sup>1</sup> -M.Kaddar « la carte sanitaire en Algérie :quelle logique ? Revue 1983 ceneapd.

le secteur public :doté d'une hiérarchie de fonctionnement qui à peu de rapport avec le système contenu dans la carte sanitaire .

-Le secteur privé:en nette expansion dans la médecine ambulatoire et connaît un élargissement du champ géographique d'intervention avec l'application de nouvelles règles d'installation .

Le principe de la hiérarchisation ,la régionalisation et la sectorialisation des soins introduit parmi les fondements de la carte sanitaire ,a été de son côté critiqué ,et il est donc évident que la création des secteurs sanitaires va engendrer la création des postes de travail supplémentaires aussi bien administratifs que médicaux et paramédicaux ,il en résulte donc un enlourdissement considérable des frais de personnel .

La faiblesse principale d'un tel type d'organisation réside également dans sa centralisation autour de l'hôpital qui devient beaucoup plus important qu'auparavant .Les unités de soins légers qui sont rattachées à l'hôpital semblent être plus ou moins marginalisées puisque l'ensemble des moyens de santé vont au profit de l'hôpital. Aussi l'accès aux soins spécialisés aux soins du secteur public devient sélectif puisqu'il doit se faire de façon impérative par le biais du généraliste qui devient ainsi le point d'entrée obligatoire dans le système de soins publics .

Suivre tout le cheminement des soins hiérarchisés deviendra très long pour le patient ,il doit en fait passer obligatoirement par tous les niveaux ,cela risque très long pour le malade qui présente une pathologie complexe .

Ainsi donc ,cela devient assez coûteux pour la collectivité de prodiguer des soins spécialisés sans résultat efficaces .Malgré les critiques ,la carte sanitaire est appliquée ,mais jamais les objectifs réels pressentis ne furent réalisés .La situation dévoile une suraccumulation de problèmes sans solution possible .Le second plan quinquennal (85/89) apportera de nouvelles orientations au système<sup>1</sup> .

### **Section trois :**

#### **Réorganisation du système de santé :**

##### **331\*/La quatrième phase :**

Elle coïncide avec le lancement du second quinquennal .L'objectif prioritaire et fondamental demeure toujours celui de la satisfaction des

---

<sup>1</sup> Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire second plan quinquennal (objectifs et résolutions).

besoins élémentaires de la population en matière de santé .Les principales action entreprises par le plan quinquennal étaient orientées vers les objectifs suivants :

a/le renforcement de l'organisation ,de la gestion et de l'organisation de toutes les structures sanitaires publiques :durant les plans de développement précédemment mis en œuvre ,toutes les actions mises en œuvre étaient prioritairement orientées vers la construction .Le plan (85/89)accordait une importance particulière à l'amélioration de la gestion et du fonctionnement des services de santé .En effet il s'agissait de avec les moyens disponibles d'obtenir de meilleurs résultats .Dans cette optique ,le système national de santé était appelé à connaître une profonde réorganisation permettant son adaptation progressive aux besoins sanitaires des populations .Cet objectif venait d'être matérialisé dans un premier temps par le plan d'action de santé publique adopté parle gouvernement le **30/mai 1984**.

Pour réduire le recours systématique aux services médicaux ,des actions de prévention par l'amélioration de la couverture sanitaire vaccinale ,l'hygiène du milieu ,l'éducation des masses ,la prévention et le dépistages des épidémies par le repérage systématiques des zones et des groupes de populations à risque à été multiplié .Cette réhabilitation de la prévention se justifie au regard d'une statistique toute simple :80 pour cent de la demande de soins regroupait des maladies infectieuses et transmissibles .Le programme concernait essentiellement la lutte contre les maladies prévalantes ,la réduction de la mortalité infantile et maternelle ;,la protection des enfants en milieu scolaire et la prévention des accidents de travail ;le développement des soins primaires ,l'organisation des structures de santé et la rentabilisation des moyens mis en œuvre .

L prépondérance de l'axe préventif ne remet pas en cause les éléments d'organisation en place sauf en ce qui concerne la volonté affichée de réhabilitation des infrastructures légères pour contre balancer les effets de l'hospitalo-centrisme .Le plan quinquennal se caractérise par l'action mise sur la volonté d'achever tous les programmes afin d'atteindre les objectifs fixés et concrétiser l'aspect qualitatif des soins comme facteur déterminant pour un meilleur état sanitaire du pays .Concernant la catégorie du personnel ,le plan quinquennal n'a attribué de nouvel apport ;car les éléments concernant la planification et la formation étaient introduit dans la carte sanitaire sur la base des données initialement retenues :

- 01 médecin pour 2000 hab.**
- 01 chirurgien pour 5000 hab.**
- 01 pharmacien pour 6000**
- 01 para médical pour 250 hab. .**

### **332\*/La sécurité sociale :**

Le monde économique moderne n'exclue en aucun cas l'importance des systèmes de protection sociale du développement économique d'une nation donnée .Ces derniers expriment le mode de couverture contre les différents aléas et risques que couvrent en général les opérations de production et d'échanges et la vie sociale en particulier .Pour cela chaque pays établit son modèle de vision sociale en la matière .Le mode de protection sociale retrace dans son ensemble les caractéristiques du système économique de production et d'échange .Socialiste et capitaliste sont les deux principaux régimes politico-économiques régnant dans le monde .L'objectif fondamental de la prévoyance sociale restera un élément commun dans chacun des deux systèmes économiques .Les lois de fonctionnement et la gestion des systèmes de sécurité sociale sont différentes selon le cas ou le système fonctionne suivant les principes des politiques libérales ou encore une économie planifiée centralisée .Nous déduisons que la protection sociale universelle est représentée par deux systèmes relativement opposés .

En Algérie ,l'organisme de la sécurité sociale se caractérise par le renouvellement depuis 1984.Le modèle adopté en 1962 se caractérisait par la pluralité des régimes .Le régime général des salariés ,regroupait l'ensemble des salariés ou assimilés affiliés à l'industrie du bâtiment du commerce et de l'industrie .

L'autre régime concernait celui des fonctionnaires :salariés administrations publiques ,il est constitué par un certain nombre de régimes spéciaux (sonelgaz ,les gens de la mer .)

#### **Section quatre :**

##### **Les nouvelles règles de gestion :**

Un avant projet de décret exécutif ,portant statuts des établissements publics de santé est soumis actuellement aux responsables et cadres du secteur pour enrichissement .Ce document qui devrait être finalisé en janvier prochain fut élaboré par un comité interministériel installé en 1994 ,l'objectif premier de ce projet ,est selon les pouvoirs publics (le ministère de la santé )d'instaurer des règles de gestion moins bureaucratiques donc moins rigides par la décentralisation des pouvoirs .L'innovation se situerait à deux niveaux :les structures de gestion et les moyens de financement ;pour le premier point ,la mise en place d'un conseil d'administration composé de représentants du ministère de la santé ,des finances des compagnies d'assurances ,des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de wilaya ,d'un délégué des

personnels médicaux, d'un représentant des associations d'usagers et celui de l'ISM pour les CHU ; ce conseil mandaté pour trois ans ,délibère sur toutes les questions liées à la gestion de l'établissement mais soumet ses conclusions à la tutelle pour approbation .L'intérêt selon le ministère de la santé consiste à décentraliser toutes les prérogatives au profit des responsables locaux .

Les assises tenues sous le patronage du ministère de la santé devaient jeter les bases des nouvelles règles de gestion des établissements sanitaires (1994).l'objectif premier du projet étant la décentralisation des pouvoirs de décisions et ceci devrait apparaître à deux niveaux :les structures de gestion et les ressources de financement .l'autonomie sur le plan de la comptabilité ,octroie plus de possibilité de financement . L'établissement pourra assurer une prestation de services payants à des malades non hospitalisés .Pour l'exemple des malades externes pourront bénéficier du scanner à l'hôpital donné à des tarifs moins élevés que le secteur privé .

Les recettes seront également assurés par les remboursements des assurances au titre des dommages corporels ,accidents de la route ,victimes des dégâts couverts par la SAA ,la CAAR etc..).

Les institutions sanitaires pourront contracter des conventions avec des entreprises industrielles et commerciales pour des suivis et la couverture médicale de leur personnels .les collectivités locales devront verser des subventions en fonction de leurs capacités .Il reste cependant que les sources de financement les plus importantes sont les subventions de l'Etat et la caisse d'assurance sociale .Le trésor public continuera à prendre en charge la prévention ,les urgences médico-chirurgicales ;la recherche médicale ;le planning familial ,ainsi que les citoyens démunis sociaux .Les assurés sociaux sont couverts par leurs cotisations .le malade non assuré sera à la charge des collectivités publiques locales (APC ).

### **Conclusion du chapitre trois :**

Au delà des objectifs quantitatifs ,les actions qui restent à mener concernant notamment l'adoption de la structure de qualification aux besoins exprimés .En même temps un effort de recrutement et de formation des personnels de gestion et de maintenance se voit indispensable pour assurer une meilleure rentabilisation des établissements de santé .

Etant donné l'ampleur des nouveaux programmes engagés notamment durant le premier plan quinquennal ,les résultats dégagés à partir de ces seuils à l'égard de référence sont devenus minimes ce qui conduit à la fixation de programmes très légers ne comportant comme infrastructures

que 21 polyclinique ,24 centres de santé , maternités ,les crédits de paiements furent évalués à 8 milliards .

Nous pouvons conclure que les nouvelles orientations en faveur du développement du secteur à travers le programme décidé en 1984 n'ayant pas abouti à des changements qualitatifs dans le domaine de l'attribution des soins .Ceci est prouvé par l'augmentation remarquable du nombre des malades transférés vers les établissements étrangers .Aussi l'extension rapide du secteur privé durant cette période certifie la réorientation de la demande des soins vers ce secteur.(plan quinquennal 1985/1989-rapport général ministère de la santé).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Rapport du Ministère de la santé publique Alger 1985/1989

## **CHAPITRE IV : LES CARACTERISTIQUES DE L'HOPITAL PUBLIC :**

### **Section une :**

#### **L'HOPITAL PUBLIC**

##### **411. Définition de l'entreprise :**

l'entreprise est considérée comme étant le lieu de rassemblement de plusieurs facteurs humains et matériels ,pour exercer une activité (production) ou échanger un bien ou service avec les acteurs économiques .Cette activité doit se dérouler dans un cadre organisé sur le plan financier juridique et social ;tous ces facteurs sont conditionnés par plusieurs éléments tant endogènes qu'exogènes à la communauté de l'entreprise .L'objectif de toute autre entreprise étant la mobilisation d'un ensemble de ressources aux fins de réaliser un bénéfice .

Ainsi les organismes ,institutions ou entreprises opèrent simultanément sur le marché sur effet de trois étapes distinctes .

\_Le financement des opérations qui se traduit par la mobilisation des ressources nécessaires à la création et au développement de l'organisme .

-L'investissement qui se traduit par l'utilisation ;l'emploi des ressources conformément à la vocation et au choix économique retenus par l'organisme .

\_Le résultat se traduisant par le constat à différents niveaux des marges engagées .

La gestion financière d'une entreprise s'exprime dans un cycle ou il faut obtenir des ressources financières au moindre coût pour les investir dans les actifs les mieux adaptés à l'activité afin de produire une rentabilité maximale .Le résultat ainsi produit est réintroduit dans le cycle en qualité de ressources ,et une partie est répartie entre les actionnaires .

##### **412/Définition de l'hôpital :**

<sup>1</sup>l'hôpital étant considéré comme le lieu de convivialité pour les malades. Historiquement ,c'est un lieu d'hébergement des pauvres ,des malades et des sans abris.

---

<sup>1</sup> Introduction à la gestion hospitalière Emil Levy de la page 2 à la page 13 définition de l'hôpital Edition Dunod 1981

Actuellement l'hôpital est considéré comme une entreprise où les facteurs de production se réunissent pour fournir des prestations de service. L'hôpital dispose des soins de nature et d'intensité différentes devant être prodigués aux malades.

L'hôpital est considéré par ailleurs une entreprise spécifique dont la production doit être définie au même titre que d'autres biens et services mis sur le marché.

<sup>1</sup>- La situation financière de l'hôpital est très différente de l'entreprise. Caivin et Coyaud précisent que l'hôpital est doté de la personnalité morale et financière; le cycle d'exploitation consiste en des moyens ou ressources garanties mais rationnées. L'hôpital se présente en qualité d'offreur contrairement à l'entreprise économique qui est prise dans le marché par le jeu de l'offre et de la demande dictée par le mécanisme des prix.

L'hôpital public présente les caractéristiques classiques d'une entreprise publique, il est doté de la personnalité morale et d'une autonomie de gestion.

M.Lamri (économiste de la santé) présente les caractéristiques d'un hôpital en quatre points :

- l'hôpital est un établissement ouvert en permanence et assure une continuité dans ses activités.
- L'acte de prestation de soins n'est pas discriminatoire.
- Le lieu de convergence de haute technologie et de science.
- Assure les activités de soins ; de formation et de recherche.

La mission principale de l'hôpital consiste à accueillir les individus, à soigner les personnes nécessitant les soins.

### **413/Statut juridique de l'établissement hospitalier<sup>2</sup>:**

#### **texte de référence :**

Se référer à l'arrêté interministériel du 26/11/1998.  
Définissant l'organisation hiérarchique et structurelle des établissements de santé publique.

---

<sup>1</sup> Caivin et Coyaud, 1990 p.23 mémoire de magister 1998 Alger).

<sup>2</sup> Ordonnance 73-65 du 28/12/1973 portant création et organisation des établissements spécialisés

## 414\*/attributions des gestionnaires : <sup>1</sup>

### 1/\*Le directeur de l'établissement :

Il est le premier responsable de la gestion de l'hôpital ,son rôle étant d'assurer la sécurité du malade pendant son séjour à l'hôpital ,à la conduite générale de l'hôpital et à la discipline intérieure .

Le directeur conserve et administre le patrimoine de l'établissement ;assure la garde des archives relevant de l'activité hospitalière et exerce les fonctions d'ordonnateur en passant les marchés conventionnellement aux statuts des établissements publics .

Le directeur de l'établissement doit veiller à l'exécution des décisions du conseil d'administration et du conseil scientifique en cas de difficultés dans l'exécution de ses tâches il doit en informer la tutelle dans les meilleurs délais .

### **2/\*le sous directeur charge des services économiques :**

placé sous la tutelle du directeur des moyens matériels (cf à la nouvelle hiérarchisation ) il exerce sa fonction sous contrôle de l'ordonnateur ,il est chargé de veiller à la bonne gestion des magasins relevant de ses prérogatives ,l'hôtellerie notamment .

### **3/\*le sous directeur charge des moyens matériels :**

Gère les ateliers techniques ,supervise la mise en marche des équipements et machines d'exploitation ;assure entre autre la maintenance des équipements d'exploitation et médicaux .

### **4/\*le sous directeur des produits pharmaceutiques et de l'instrumentation :**

est chargé de gérer les stocks de médicaments et assure la gestion de l'instrumentation.

On entend par stocks de médicaments les médicaments proprement dit les solutés, consommables, réactifs.

La gestion de la pharmacie est contrôlée par une commission formée du pharmacien chef , de quelques médecins spécialistes et des chefs de laboratoires.

### **5\*/Le directeur du budget et du contrôle :**

est chargé de gérer le budget ,représente sur le plan financier l'administration de l'ordonnateur .Elabore et propose les masses budgétaires ;établit le compte administratif ( sous mandatement du directeur de l'établissement ) . ; il est à préciser que le compte de gestion

<sup>1</sup> Décret N° 65-259 du 14/10/1965 portant l'obligation des comptables et des ordonnateurs

étant établi par le receveur représentent la puissance publique et le compte administratif devant être consolidé par le gestionnaire de l'établissement.

**6\*Le directeur des activités médicales et paramédicales**

la structure dont il est responsable est chargée de veiller a la bonne marche des activités cliniques hospitalières et paramédicales entre autres .

**7\*la direction des ressources humaines :**

englobe la gestion administratives et financières (traitements et salaires et carrières) des différents personnels de l'institution .

**414/Le receveur :**

(agent comptable de l'Etat ,est placé sous tutelle du ministère des finances ;est responsable du maniemnt des fonds ;gère les recettes et effectue les paiements opérés et ordonnancés par le » directeur de l'établissement .Il doit tenir des registres comptables réglementaires

**Section deux :**

**Les organes consultatifs de l'établissement :**

**421/Le conseil d'administration :**

Organe représentant l'institution suprême de gestion de l'établissement. Il est composé de plusieurs éléments (au nombre de douze ):

-les représentants de la puissance publique ;les représentants sociaux ainsi que les représentants de l'institution hospitalière .Le conseil d'administration est chargé entre autre d'étudier :

\_ les programmes à exécuter (courts et longs termes )

\_ le projet de budget

\_ les prévisions budgétaires

\_ les comptes administratifs

\_ les projets d'investissements

\_ Les contrats et marchés

\_ Le règlement intérieur de l'établissement

\_ Le projet du tableau des effectifs de personnels à recruter .

Il est à noter que le conseil d'administration se réunit deux fois par an ;les délibérations du conseil sont soumises à approbation au ministère de tutelle et exécutable dès acceptation .

#### 422/Le conseil scientifique :

Le conseil scientifique regroupe en son sein ,tous les chefs de services cliniques ;il est chargé de veiller à l 'exécution des programmes de santé de l'établissement ,il assiste le conseil de direction en matière de formalisation des besoins en équipements de santé et autres infrastructures sanitaires .Assiste à la conception des programmes scientifiques et de formation des personnels médical et paramédical .Le conseil scientifique se réunit une fois tous les deux mois .

#### 423/ La commission consultative :

La commission consultative étant un organe suppléant chargé d'aider le directeur de l'établissement dans l'exécution des tâches et décisions prises par le conseil scientifique La commission consultative se réunit une fois par mois.

Un réseau de contraintes sévères pèsent sur l'hôpital ,ces contraintes peuvent se résumer notamment par :

\_Le statut de l'établissement public qui a un caractère administratif impliquant un type d'organisation rigoureux défini par la loi ,c'est ainsi que l'exécutif représenté par le directeur ;le conseil d'administration ou paraissent tous les membres élus ,ceux du personnel et les représentants de la tutelle ;les organes consultatifs dont le principal est la commission médicale consultative. Le statut de la fonction publique précise la nomination et la notation des dirigeants de tutelle ;aussi l'approbation des budgets et des prix de journées.

Ainsi les contraintes du service public sont définies par le fait que l'hôpital public doit être :

- ouvert à tout individu
- assure la permanence des soins
- accueille les urgences quelque soit le degré d'occupation des services.

L'existence d'une planification hospitalière représente un autre aspect des contraintes au niveau de sa mise en place ou de son extension pour l'hôpital.La nécessité de voir inscrite au plan toute opération d'investissement pour pouvoir bénéficier d'une subvention des pouvoirs publics et d'une aide des organismes de sécurité sociale ,rend pratiquement impossible toute initiative tentée hors de ce circuit administratif .Ainsi l'hôpital public voit-il son autonomie fortement restreinte tant pour sa mise en place ,ou son extension que pour son fonctionnement courant puisqu'il ne peut ni recruter ni licencier librement ses dirigeants ses médecins, ni librement arrêter son budget et établir ses prix, ni discriminer sa clientèle.

En consultant le budget consolidé de l'ensemble des établissements hospitaliers on peut observer que les frais de personnels se situent entre **60** et **65%** de l'ensemble de dépenses globales. Les consommations intermédiaires ( matières consommables et services extérieurs ) représentent environ **30%** des dépenses de fonctionnement.

La prédominance des personnels dans les facteurs de production incite à relever certaines appréciations :

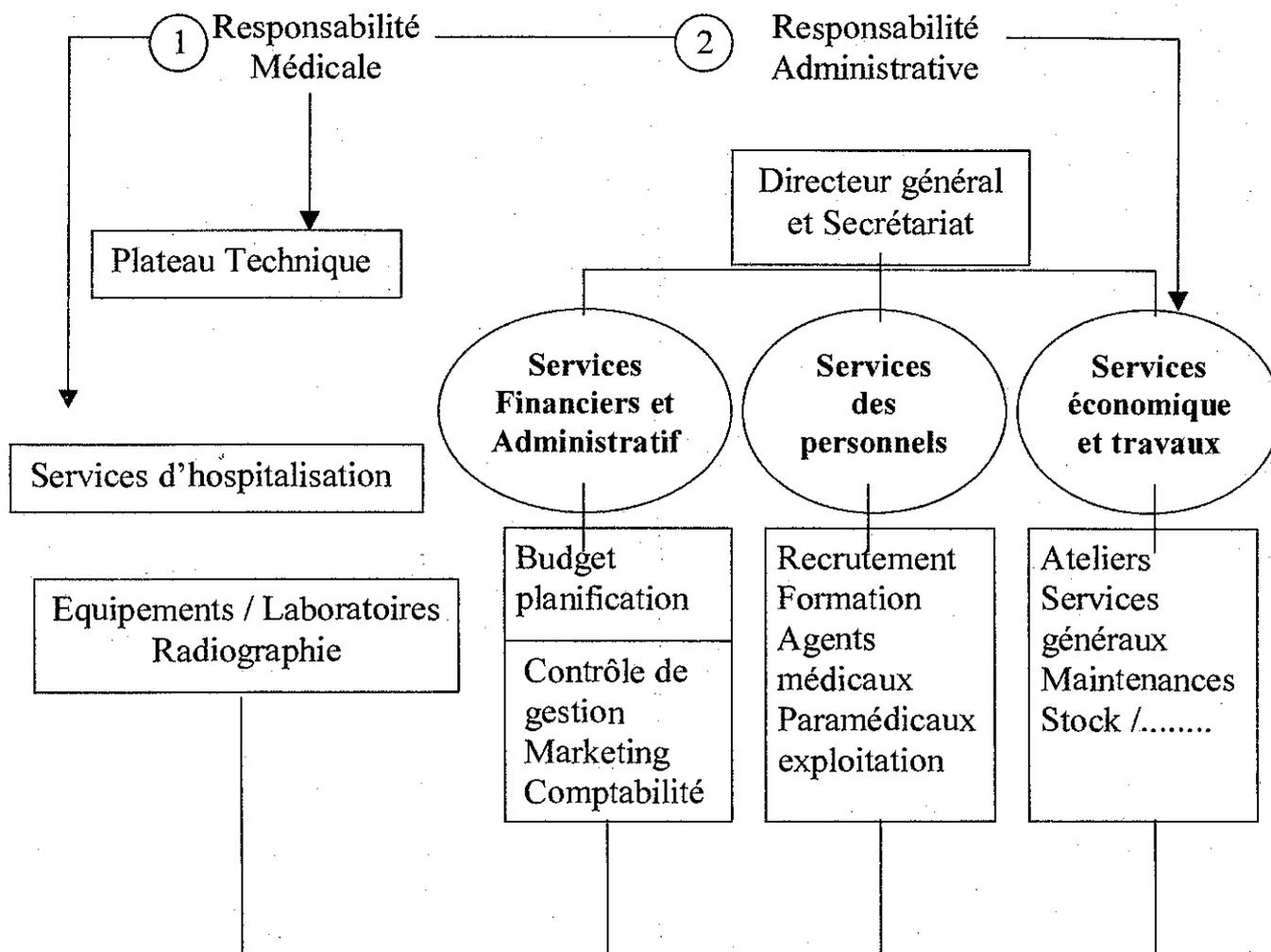
1. La diversité des spécialisations va en croissance (Ingénieurs biomédicaux – Informaticiens ... )
2. les statuts sont hétérogènes, les autorités compétentes sont différentes (administration et médecins - Médicaux et paramédicaux ... ) ce qui rend particulièrement complexe la gestion des personnels.
3. La hiérarchie au sein de l'hôpital est mal définie : Le personnel infirmier dépend à la fois des médecins et des administrateurs.
4. La diversité des formations, des spécialisations et des statuts y créé une difficulté évidente de communication et de participation.

## Section trois :

### L'organisation structurelle des services<sup>1</sup>

#### 431\* Relation des services administratifs et autres structures :

L'organisation interne d'une structure hospitalière peut être schématiquement défini selon que le démontre l'organigramme cité en référence :



L'organigramme qui vient d'être décrit exprime que les auteurs qualifient de « structure organisationnelle » qui doit être considérée comme un préexistant à l'ensemble des relations complexes de l'organisation. Et dans le cas de l'hôpital s'identifie à celle de la structure administrative et hiérarchique.

On peut distinguer celle de « système d'organisation » qui précise l'ordonnancement hiérarchique en définissant les modes de coordination et d'arbitrage entre les activités, c'est-à-dire l'ensemble des relations du système. Un hôpital, unité de production des services de haute technicité,

<sup>1</sup> Organisation type d'un établissement hospitalier universitaire décret 86-25 du 11/02/1986

évoluant dans le temps, doit être dirigé. Il ne suffit nullement de l'administrer comme on le ferait d'un service de l'Etat ayant vocation d'appliquer des règlements pour qu'il puisse satisfaire les besoins de soins auxquels il est confronté. Pour que l'hôpital remplisse son rôle, un dispositif de direction dynamique et efficace est nécessaire à la fois pour exprimer cette volonté et organiser sa mise en œuvre. Un bon dispositif de direction sur l'instrument intelligent de la réalisation des stratégies et politiques définies par le conseil d'administration. Pour que le dispositif de direction soit efficace il doit répondre à deux caractéristiques majeurs :

1. Il doit permettre l'accomplissement des principales fonctions nécessaire à la vie de l'organisation. Dans les conditions les plus simples et les plus directes possibles.

2. Il doit permettre à un petit nombre de personnes, devant constituer une équipe de direction ; d'être en charge de responsabilités clairement définies et délimitées.

\* L'objectif principal et la fonction prédominante de l'hôpital sont constitués par les soins qu'il doit délivrer à tous ceux auxquels ils sont nécessaires en raison de leur état de santé.

Le corps médical qui s'exprime collectivement ..... la voie du conseil médical, assisté du personnel paramédical est chargé de l'accomplissement de cette fonction principale. L'accomplissement satisfaisant de cette fonction implique néanmoins que l'institution dont elle est la raison, crée des conditions nécessaires et favorables qui la rendent possible.

Pour cela, l'institution doit en premier lieu être dirigée, c'est-à-dire conduite en en vue de la meilleure satisfaction de l'objectif principale. Cette fonction de direction comprend celles :

- d'études, de planification et de programmation.
- d'animation et de coordination.
- de responsabilité, en face du conseil d'administration qui couvre elle même celle de proposer des politiques, des orientations, des programmes d'action.
- celle d'organiser l'exécution des décisions prises.
- Celle d'évaluer les résultats obtenus au regard des moyens obtenus et des objectifs visés .
- Celle de rendre compte et de proposer des améliorations ,pour que puissent être créés les conditions nécessaires à un bon accomplissement de la fonction (soins nous relevons par ailleurs que quatre autres fonctions importantes doivent être remplies .
- D'assurer les moyens financiers et administratifs nécessaires à l'institution .
- De lui fournir les moyens humains

- De l'approvisionner en biens de consommation et nourriture nécessaires pour les soins et le séjour des utilisateurs.

De mettre en place les équipements d'infrastructure et d'assurer leur maintenance.

Toutes ces activités de l'hôpital peuvent s'ordonner dans le cadre de six fonctions, au service de la principale de :

- l'unicité des décisions au niveau des grandes fonctions
  - responsabilité sectorielle bien délimitée
  - subdivision possible de chacune d'elles en responsabilités subordonnées ; assez nombreuses pour permettre un travail démultiplié correctement au niveau de groupes assez restreints .
- possibilité de créer au faîte de la hiérarchie, une équipe de direction pluridisciplinaire suffisamment restreinte pour pouvoir être efficace, et dont chaque membre situerait bien ses responsabilités respectives.

**-L'administration centrale** : disposant de quelques services fonctionnels d'études et de secrétariat, comprenant des cellules de secrétariat de prévisions et de planification, de programmation et de statistiques

**-les finances et le contrôle des coûts : qui est responsable** des finances, de la comptabilité, des relations avec les clients ; de la gestion générale y compris la circulation de l'information et de la vulgarisation des méthodes de gestion, de l'informatique

**-la gestion des personnels :**

concernée par la gestion administrative du personnel, de l'embauche, de la formation et du perfectionnement.

**-les moyens matériels :**

Le responsable des approvisionnements, de la gestion des stocks, du traitement de la transformation, de la maintenance ou du transport des biens de consommables ou semi-durables, de la préparation des marchés publics, de la préparation des budgets spécialisés.

- Cette même direction aura pour tâche de programmer les investissements et les travaux de maintenance, des études techniques des installations de production et de chaleur et de fluides, des ateliers et équipes d'entretien et de réparation des infrastructures. Un tel dispositif représente, principe, un « Etat Major », pluridisciplinaire réunissant autant de directions que de responsables, et pourra ainsi apporter au groupe une contribution spécifique

**-l'organisation matérielle d'un service (clinique) :**

Cette organisation dépend exclusivement de la pratique du chef de service et peut donc se modifier en permanence le chef de service, ses assistants et surveillants médicaux partageant la responsabilité du secteur de morbidité en deux ou trois classes, regroupant les malades selon les intérêts spécifiques (10 à 40) lits par groupe de morbidité. A l'intérieur de chaque groupe, les lits sont placés sous la responsabilité des (internes) accomplissant quotidiennement le rôle de médecins traitant en collaboration avec une équipe d'infirmiers exerçant par alternance de façon régulière et permanente.

A l'intérieur de l'équipe médicale, la différenciation des rôles est souvent très forte. Les zones de compétence correspondent à des zones d'action et de présomption. Ce schéma de communication étant fondé sur la même hiérarchie que les relations pédagogiques existant entre externes, internes, assistants et chef de service clinique. L'interne pose les premiers éléments du diagnostic qui sera confirmé ensuite par l'assistant, et vérifié par le médecin chef. L'interne ainsi que l'infirmier prendront ensuite la charge thérapeutique et les prescriptions.

Il est du ressort de l'équipe infirmière d'accomplir les prescriptions sur le plan matériel, c'est-à-dire prévoir les rendez-vous pour les examens et analyses faites à l'extérieur du service, effectuer les prélèvements nécessaires, fournir les médicaments ...

Les contacts permanents s'organisent entre le malade et l'infirmière paramédical ; ce dernier fera appel au médecin, en cas de nécessité. Le surveillant médical doit assumer la centralisation de tous les dossiers administratifs et cliniques des malades, assure la gestion des approvisionnement, du petit matériel et stocks de pharmacie et lingerie.

Il est clair que l'un des objectifs primordiaux de la gestion des services cliniques est une réduction de la durée de séjour moyenne des malades.

Dans l'hypothèse d'un taux d'occupation élevé et d'une rotation rapide des malades, le service se doit de fonctionner de manière parfaite pour la programmation des examens et des soins, il ne faut pas que la durée d'hospitalisation d'un malade soit allongée par des délais imposés pour faire effectuer un examen ou une analyse, ou pour obtenir des résultats d'investigations.

#### **432/Les services médico-techniques :**

Les services techniques doivent pouvoir s'adapter aux rythmes imposés par les services cliniques.

Rentrent dans cette catégorie tous les services de l'hôpital qui participent à l'activité mais n'hébergent pas de malades ; tels les laboratoires, la pharmacie centrale, les services de radiologie ...

Les services médico-techniques jouent un rôle de soutien indispensable à l'élaboration des diagnostics ainsi que le processus thérapeutique à mettre en place. Leur organisation doit dépendre de l'organisation des services cliniques. La qualité du service qu'ils offrent aide à la compréhension des besoins thérapeutiques. La centralisation des besoins par service et par unité de soins aide à assurer une meilleure rentabilité des équipements, limitant au maximum les pertes de temps dues aux attentes.

#### **433/La gestion interne des services techniques :**

Une gestion apurées nécessite une gestion optimale des équipements. La responsabilité du clinicien se limite à la gestion fonctionnelle de l'équipements et s'exerce par ailleurs. Sur le choix de l'éventail des examens ou analyses à fournir et les techniques à adopter sur la gestion des personnels placés sous sa tutelle, la manipulation du matériel biomédical ainsi que la supervision de l'organisation d'ensemble du service.

L'activité hospitalière utilise un ensemble de produits à titre de consommation intermédiaires, pour effectuer soit des prestations de soins, soit des prestations hôtelière qui en sont le complément. L'acquisition, le stockage, dans certains cas la transformation des produits et leur distribution, doivent donc être effectués aux meilleurs conditions de coût et d'efficacité ou de qualité.

Les personnels et produits sont concrètement mis en œuvre dans les services médicaux, même si de nombreux aspects les concernant sont traités par les services administratifs de l'hôpital. C'est donc au niveau de ces services médicaux que la complémentarité des facteurs de production est organisée, soit pour effectuer un diagnostic, soit pour mettre en œuvre une thérapeutique aux malades en coûts de leur séjour à l'hôpital. Ainsi l'organisation du travail, la rotation des malades et l'utilisation des lits ou des équipements techniques dont dispose le service. La gestion et prise en charge des malades s'effectue tant au niveau du service médical (ou technique ) dans lequel il se trouveront durant leur hospitalisation, qu'au niveau du service général comme le service des admissions, pour ce qui est de leur entrée et de leur sortie, ou de la facturation des actes qui leur

sont dispensés. A ces deux niveaux un véritable statut, réservant sa liberté et son droit à l'information doit être assurés aux malades, trop souvent négligé dans le fonctionnement de l'hôpital.

La gestion du personnel représente l'une des tâches les plus importantes de La gestion de l'hôpital. Le personnel hospitalier peut être regroupé dans les catégories suivantes :

- a - Le personnel de direction et d'économat.
- b - Le personnel administratif d'économat et d'exécution.
- c - Le personnel secondaire des services médicaux.
- d - Le personnel des services de pharmacie, et de laboratoire.
- e - Le personnel des services techniques.
- f - Le personnel médical.

### **Conclusion du chapitre quatre:**

- Il est clairement admis que dans ce que l'on peut appeler une politique rigoureuse dans la gestion des personnels interviennent de manière très liée de multiples éléments, comme la définition, la prévision et la maîtrise des effectifs, l'enrichissement des tâches, l'information relative à la gestion, la communication entre les différents structures intra et extra hospitalières.

- L'organisation hospitalière pourrait être décrite comme un ensemble de services assurant directement pour les services d'hospitalisation, indirectement pour les services médico-techniques et les services généraux, la fourniture des prestations hospitalière, et rassemblés au sein d'un établissement public dont l'administration assure la coordination des moyens mis en œuvre. La fonction de cette administration n'est pas de mener une politique de « produits » puisque leur nature est définie au niveau le plus décentralisé par les médecins, mais de réunir et de redistribuer les ressources financières et les factures de travail.

## **CHAPITRE CINQ :**

### **Les systèmes comptables dans la structure hospitalière**

Un système de santé pourrait s'apparenter à un montage avec les pièces contenues dans chacune de ces boîtes. Ce montage doit respectée un certain nombre de condition, définies par la société : satisfaction des besoins, accessibilité du plus grand nombre aux soins solidarité, respect des équilibres financiers, équité règles éthiques . La définition d'un système de santé est donc toujours un choix de société .

#### **Section une .**

##### **511/ structuration de la comptabilité a l' hôpital .<sup>1</sup>**

Trois systèmes comptables coexistent à l'hôpital entretenant des rapports strictement définis et dont la cohérence peut être mise en évidence :

- 1°/ la comptabilité générale
- 2°/ la comptabilité administrative
- 3°/ la comptabilité analytique.

#### **A/ La comptabilité générale :**

Elle est tenue en partie double selon les principes de la comptabilité d'entreprise. Les nomenclatures sont codifiées selon le plan comptable général de (1947-1957, plan comptable français et algériens inspiré de ce dernier).

Comme toute comptabilité d'entreprise, la comptabilité générale hospitalière débouche sur la présentation de trois documents annuels :

- le bilan
- le compte d'exploitation générale ou (gestion)
- le compte de pertes et profits.

a) La comptabilité générale hospitalière possède néanmoins quelques originalités par exemple la méthode de l'inventaire intermittent le plus communément employé par les entreprises en comptabilité générale, n'est pas appliquées à l'hôpital.

<sup>1</sup> Code de la comptabilité publique (loi 90-21 du 15/08/1990)

Le compte d'exploitation général ou (compte de gestion) supporte la consommation de produits en stocks.  $C = Si + A - Sfi$

Cette procédure n'est pas appliquée à l'hôpital : les achats sont comptabilisés au bilan, au débit des comptes de stocks (**classe 3**) par le crédit des comptes de trésorerie ou de tiers, les consommations sont enregistrées par crédit des comptes de stocks et débit des comptes de charges de la **classe 6**. (matières consommées).

- Les plus ou moins values de réalisations d'immobilisations ne transitent pas par le compte pertes et profits, mais sont directement enregistrées au crédit du compte différences ou réalisation d'immobilisation. ( Plan comptable français).

**b) Les pertes et profits exceptionnels** ou sur exercices antérieurs (exercice clos) sont enregistrés dans des comptes distincts :

- charges imputables aux exercices antérieurs
- produits imputables aux exercices antérieurs
- charges exceptionnelles
- produits exceptionnelles.

**c) La répartition d'éléments de charges** sou de produits ou de pertes et profits sur divers exercices s'opère ordinairement en comptabilité générale par l'utilisation de certains compte de pertes et profits ou des comptes de régularisation des comptes de créances (**classe 4**) pour les éléments négatifs (charges ou pertes) en fin d'années, sont évaluées les valeurs des mandats non encore émis qui concernent cependant l'exercice qui se termine. Ils sont comptabilisés à la (**classe 6**) comme s'ils avaient été mandatés, mais au bilan le crédit s'opère au compte de créances (charges à payer) conformément aux mécanisme de la régulation. Lors du mandatement effectif d'une dépense relative à l'exercices antérieurs par le crédit des compte bilans ordinaires. Au cas où le mandatement avait été prévu par le crédit du compte (charges à payer) ce compte est débité du mandat prévisionnel par annulation par le crédit (Mandats annulés), ou atteint par la déchéance.

**d) Pour les éléments positifs** (Profits Produits ) les sommes considérés sont comptabilisées à l'exercices suivant au compte (Produits sur exercices antérieures).

**e) Les comptes de la classe une :**

Quelques particularités sont à noter différenciant, le plan comptable général de plan hospitalier :

- au capital des entreprises correspondent les comptes fonds de dotations (subventions revus à la création et à l'acquisition des immobilisations). dans ..... en capital.

Aux réserve des entreprises correspondant, ( Réserves de trésorerie) et excédent affectés à l'équipement hospitalier.

En comptabilité d'entreprise on nomme situation nette la différence entre les actifs nets et les dettes selon l'identité  $S = A + D$

**S** = désignent la situation nette

**A** = désignent l'actif

**D** = désignent les dettes

La différence ( **A - D**) exprime la valeur des immobilisations ( immeuble, stocks, créances ) pour les éléments positifs, dettes à long terme et à court terme pour les éléments négatifs.

Les comptes de l'hôpital apportent, le même type d'informations sauf que leur ventilations diffère selon la nature du compte considéré.

- **Le plan comptable général** : « exposé de quelques comptes : se référer à l'annexe.

### **B/ La comptabilité administrative :**

L'émission des titres et recettes ou des mandats nécessite la tenue d'une comptabilité en partie simple par les services administratifs et sous la responsabilité de l'ordonnateur. Un double enregistrement est opérés et permet entre autre de déterminer à chaque instant le montant des sommes encore disponibles au titre de chaque article.

Le budget étant un document provisionnel exprimant la valorisation monétaire de l'entreprise. Le budget étant divisé en deux sections distinctes :

1/ La section d'exploitation

2/ La section d'investissement

Ces deux sections enregistrent la valorisation prévisionnelle des mouvements, débits, crédits des comptes des classes comptables considérés selon le plan comptable général (français)

- classes 1, 2, 3 pour la section des investissements, 6, 7, 8 pour la section d'exploitation.

### **C/Le système comptable hospitalier**

- \* **le budget de l'Hôpital : ( nomenclature en annexe )**

le budget étant défini comme « l'acte par lequel sont prévu » et autorisés les recettes et les dépense d'un établissement (hôpital ou autre )

le budget ou état de prévisions des recettes et des dépenses annuelles est élaboré , proposé arrêté et exécuté conformément aux lois , règlement et instructions en vigueur . il ressort de cette définition que le budget présente deux caractéristiques c'est à fois un acte de prévision et , un acte d'autorisation bien qu'il soit soumis à certaines disposition spéciales (fixation des crédits par décret ) , il obéit cependant comme le budget des autres .collectivités locales , aux principes généraux du droit budgétaire .

### **512/les prévision budgétaires :**

Dans le but d'une évaluation , correcte des besoins à exprimer l'ordonnateur , doit tenir compte , de certaines éléments d'appréciation qui doivent refléter , d'une part , autant la sincérité des crédits nécessaires et suffisants au fonctionnement normal de l'établissement , et d'autre part éclairer les décideurs afin de déterminer les besoins lors de l'examen du projet de budget .

#### **\*-Documents et instruments d'élaboration :**

L'état prévisionnels de dépenses :

représentant un document unique comprenant **40** feuillets annexés . devant être adressé à l'issue du premier trimestre , par la direction du budget et du contrôle du ministre de la santé , devant être retourné dans un délai de moins d'un mois les éléments recueillis devront servir pour finaliser les besoins de l'exercice suivant.

De la part sa contexture , chacun de ces états permet d'apprécier le justesse des estimations et évaluations des crédits faites par le direction de l'établissement le document de prévision de dépenses est constitué des états ci- après .

#### **1-\* la situation de trésorier :**

cet état fait ressortir la situation la suivantes

- traitement versés au dernier mois de l'année en cour .
- le personnel à recruter

- les crédits se rattachement aux état d'avancement et de titularisation ( pour ce qui concerne le titre un )
- les crédits nés des situations de nomination aux poste supérieurs et des promotion au choix

les quatre états renseignement cependant sur les crédits nécessaires aux dépense de personnels effectifs budgétaire et réels par corps , situation administrative , montant des crédits demandés , prévisions de recrutements avec date d'effet , structures des caisses de sécurité sociale rattachées , titularisation et avancements susceptibles d'être prononcés avec incidence et dépenses .

- rémunération des étudiants et stagiaires .
- personnel en formation
- charges sociales
- dépense d'alimentation ( prix de journée alimentaire )
- acquisition et entretien du matériel et mobilier pédagogique .
- frais divers
- rémunération , bourses et indemnités versées au résidents médecins , internes et externes .

#### **1/a-les causes de difficultés de trésorerie :**

Les enquêtes ont déterminé le plus souvent les difficultés de trésorerie des établissements hospitaliers .Le coefficient de trésorerie (rapport des disponibilités au passif échu et à court terme et dans une moindre mesure ,le coefficient de fonds de roulement (rapport des valeurs réalisables et disponibles au passif échu et exigible à court terme )se révèlent le plus souvent très faibles.

Le premier ne devrait pas être inférieur à l'unité et le second à deux .Généralement la moyenne prise sur un échantillon d'établissements varie entre (0.60 et 1.66) .

l'embaras de la trésorerie s'explique par des causes diverses ;éventuellement cumulées :

-le retard dans la fixation du prix de journée global par la tutelle .

--la lenteur dans la mise en recouvrement des créances de l'hôpital

(source plans de gestion autonome des hôpitaux 1961 :rapport général inspection des finances ).

-les difficultés de trésorerie sont parfois aggravées par les conséquence d'une politique budgétaire incertaine : réajustement tardif des prix de journées ;lancement des programmes d'investissement très lourds et mal étudiés ;erreurs de calcul dans les prix de revient et dans les prévisions de journées d'hospitalisation ; accumulation des déficits antérieurs .

**1/b :moyens utilisés pour parer aux difficultés :**

Le plafond réglementaire défini par la réglementation concernant le fonds de roulement n'est jamais atteint dans la pratique .Il convient de faire passer à travers les conventions la pratique des avances que doivent verser les débiteurs avant règlement définitif de la facture .

les moyens de trésorerie fournis par les débiteurs des établissements se trouvent complétés par des moyens propres essentiellement constitués par une réserve de trésorerie (dénommée fonds de roulement) qui peut être obtenu par la majoration des prix des journée ;soit par l'emprunt ,soit par l'affectation dans la limité du tiers de l'excédent de recettes du pénultième exercice. (source : instruction ministère des finances Français 1958: comptabilité hospitalière)

**\* 2\*/les dépenses de médicaments et autres produits :**

La répartition des crédits est faites conformément aux dispositions de la note ministérielle n° 788 du 20 mars 1984 définissent les pourcentage

accordés à chaque chapitre et à chaque article les crédits (étaient) versés à l'entreprise pharmaceutique des hôpitaux (avant l'autonomie) directement par le ministère l'établissement, régularisait le paiement par des mandats « pour ordre »

le titre cinq: dépenses d'action spécifique de prévention ces dépenses sont prises en charges les instances décentralisées de wilaya (D.D.S) direction départementale de la santé pour les secteurs sanitaires et (CHU) pour les programmes de lutte à caractère préventifs.

titre six: dépenses de matériel et outillage médicaux les crédits sont répartis en fonction d'une liste, prévisionnelle des besoins en matériel et outillage médicaux sont la priorité d'acquisition est fixée par le conseil scientifique et le conseil d'administration (organe récent dans les structures hôpital universitaire

#### **513/ le compte de gestion matière :**

La comptabilité de l'ordonnateur en s'inspirant des règles communes de la comptabilité publique ne pose apparemment pas de difficulté quand à la confection de compte devant être rendu à fin de l'exercice.

L'ordonnateur des opérations prévues et autorisées préalablement par le budget. Cependant l'administration d'un établissement ne se résume pas seulement à la comptabilité de derniers à celle-ci est annexée la comptabilité matière qui, par la variété et le nombre de sa composante de l'éventuelle d'appréciation de certains produits qui rendent par contre du receveur (comptable public) et de l'ordonnateur (gestionnaire de l'établissement) sont clairement définies par la réglementation, leur gestion étant sanctionnée respectivement par un compte de gestion et par le compte administratif justiciable de la cour des comptes.

Il est à noter que la complexité des opérations préconisée par le seul texte de base de 1901, ont limité le champ d'action des gestionnaires

(ordonnateur et économe ) au simple suivi des livres « journal et annexes »

la comptabilité de gestion matière est en partie simple le monde consiste à n'employer pour la description de chaque opération qu'un seul compte ou l'opération est inscrite en recette ou en dépense .ce compte est rendu par gestion, c'est à dire qu'il comprend les opérations comprises du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de chaque année son exploitation consiste à reprendre :

- les quantités des matières et articles stockées au premier janvier de l'exercice en cours
- les quantités entrées pendant l'année
- les quantités sorties pendant l'année
- les quantités restantes au dernier jour de l'année
- les montants en valeur des différents quantités

\* Il a été suggéré par contre, certaines actions devant refléter au mieux la gestion matière, il est donc indispensable de substituer à la comptabilité présente une comptabilité qui s'inspirerait du plan comptable national.

La méthode des écritures en partie double consisterait alors à employer pour la description de chaque opération deux comptes dont l'un est débité , l'autre est crédité il est nécessaire donc de mettre en application les techniques propres à la comptabilité générale et reprendre les documents essentiels:

- le journal général
- le grand livre
- le livre auxiliaires

**a-) Le journal général:**

- Reprise systématiquement de toutes les opérations de débits et de crédits au fur et à mesure qu'elle aient lieu, a l'issue de l'extinction de

l'exercice financière, la confection de la balance reproduira les différents soldes débits et crédits

b-) Le grand livre:

- Cependant, présente les comptes du livre journal repris cependant par article d'imputation budgétaire .

c-) Les livres auxiliaires :

- Le gestionnaires « économe » peut dans la mesure du possible des livres auxiliaires relatifs à certains stocks particuliers tels (stocks de pharmacies) pour permettre l'établissement du compte gestion matière l'économe arrête en fin d'année la balance schématisée comme suit :

- 1- la valeur des stocks au derniers jour de l'année précédente
- 2- les totaux des débits
- 3- la valeur des crédits
- 4- la valeur des débits
- 5- la valeur des stocks existants à reprendre
- 6- états des restants au **31 /12 /** de l'année écoulée
- 7- états des réceptions
- 8- états des reformes ou destruction
- 9- états de redressement des écritures
- 10- délibération auparavant le compte de gestion

Le compte de gestion doit faire partie intégrante du compte administratif il doit être soumis au même contrôle et à la même vérification faite de sa production régulière , le compte administratif ne serait pas en état d'examen.

### **514\*/ le compte administratif :**

Le contrôle de l'établissement porte aussi bien sur les actes du comptable que ceux de l'ordonnateur est après l'exécution par le moyen du compte administratif qu'il est tenu de produire à la fin de l'exercice tant à l'intention de l'autorité de tutelle qu'à celle de la cour des comptes le compte administratif a pour objet outre le développement de l'exécution du budget de dégager les résultats , de faire le point des opérations en cours et enfin de permettre à l'autorité à travers ces éléments d'information de juger de l'action entreprise la procédure normale d'exécution des dépenses et des recettes se fondent sur le principe de la séparation des fonctions l'ordonnateur et de comptable .il revient à dire que le compte administratif ne doit en aucune façon être comme il est coutume par simple transcription du compte de gestion , mais l'ordonnateur doit l'établir d'après sa propre comptabilité .cependant la procédure qui est prévue actuellement ne facilite guère la séparation dans sa forme qui serait à même de situer les responsabilités et portant d'initier déjà la base à un contrôle mutuel .

le système de la comptabilité administrative adopté jusqu'à lors est à abandonner pour s'inspirer du plan comptable.

Bien que le budget de l'établissement soit établi pour une année , les opérations qu'il autorises, sont exécutées pendant un exercice qui se limite au 28 février il convient donc pour plus de commodité de plonger la période d'exécution. En effet il arrive fréquemment soit par le suite de longueur et du nombre de formalité à remplir pour leur encaissement soit des difficultés éprouvées dans leur renouvellements que diverses recettes à l'échéance de fin d'année ne peuvent être payée qu' après vérification et réception c'est à dire au commencement de l'année suivante c'est pour ces motifs qu'au douze mois de l'année budgétaire il doit être ajouté trois mois supplémentaires pour permettre d'achever le recouvrement des

produits aussi que la liquidation de l'ordonnancement et le paiement des dépenses les délais doivent s'entendre pendant la seconde année :

- jusqu'au **15** mars pour l'ordonnancement
- jusqu'au **31** mars pour les recouvrements

Ce faisant la rédaction du compte administratif consisterait à copier textuellement les crédits et prévisions accordés au vu du budget primitif, corrigé par le budget supplémentaire et éventuellement augmenté par des autorisation spéciales en tenant compte de l'exploitation des éléments ayant permis l'exécution des différents phases d'opération cette procédure pour être concrète nécessite absolument la réforme de la contenance du compte administratif du même que celle des budgets.

Afin au document sera mis en évidence le compte résultant: excédent ou éventuellement déficit .l'excédent dégagé ainsi à l'exercice clos sera à reprendre sur le budget supplémentaire suivant pour être valablement affecté de nouvelle dépenses notamment l'imprévues . le compte administratifs en fin établi et définitivement arrêté permettra à l'autorité de tutelle de juger l'activité de l'établissement pour donner le moyen d'apprécier l'effort d'administration et portant de distinguer le volume d'action propre à chaque service , il est impératif de scindée le budget en section.

Les principes fondamentaux de la comptabilité publique sont évoqués par <sup>1</sup>qui traitent des obligations des comptables et des ordonnateurs.

La comptabilité administratif est l'exécution et le suivi des opération relatives à l'engagement, le liquidation et le mandatement des dépenses du budget, en constatant le rapprochement des droits de prévisions budgétaire .

les documents des opérations de la comptabilité administrative tenues par l'ordonnateur sont fixé par les articles **61** et **62** du règlement du **9**

---

<sup>1</sup> le décret n° 65. 259 du 14 octobre 1990 (modifié en 1992)

décembre 1899 et par l'article 50 du règlement type annexé à la circulaire du 1<sup>er</sup> février 1944 ainsi que par l'instruction N° 144 du 09 juin 1951 les déferents registre tenus par l'ordonnateur s'énumèrent comme suit:

- un journal des titres de recettes
- un journal des mandats délivrés
- un livre d'enregistrements des recettes par l'exercice et par article du budget des recettes ( recette classées )
- un livre d'enregistrement par exercice et par article des écritures d'engagement des dépenses ( dépenses classées )

**515/\* la comptabilité matière :**

La réglementation oblige la tenue de la comptabilité matière dans les établissements des structures de santé cette dernière est placée sous l'autorité du responsable des services économique qui tient et suit plusieurs registre et documents dans le but de l'enregistrement des opération d'entrés et sortie de tout objet et le classement des titres, servent à confectionner le document de synthèse « compte de gestion matière »

**a-/ La comptabilité des stocks :**

La comptabilité des stocks est tenu au niveau des différents magasins de l'établissement hospitalier , elle établie sous une organisation des magasins tout le détail des articles en géant des bons d'entrés et des bons de sorties permettant l'enregistrement de tous les mouvements. elle réalisé pour des périodes étudiés mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement en moyenne:

- Le Bordereau d'entrée
- Le bordereau de sortie
- La fiche magasins

qui permet , pendant toute l'année de manière continue de connaître les existant en quantité et en valeur de l'hôpital .l'enregistrement des mouvements de sorties et d'entrées se fait dans les livres et dans les fiches .

**\*b- le grand livre ou journal général des stocks :**

Il est constitué d'un fichier avec une fiche par article stocké cette fiche présente le numéro de compte budgétaire, l'évolution mensuelle du prix d'achat unitaire moyen..

**\*c- le journal des stocks :**

Le journal des stocks reprend chronologiquement les entrées et les sorties en quantité et en valeur de tous les article de l'établissement

**- les documents périodiques:**

- la balance des stocks :

elle est en principe établie mensuellement ou trimestriellement elle comprend :

- Le valeur des stocks au dernier jour du mois précédent.
- La valeur des entrées du mois considéré.
- Le total des matières stockées.
- La valeur des stocks au dernier jour du mois considéré.

**516\*/ la comptabilité d'inventaire :**

La comptabilité d'inventaire de l'établissement hospitalier permet le suivi des immobilisation, de tout le matériel et des équipements et outillages et les équipements médicaux de l'organisme .elle assure le suivi du registre d'inventaire et la tenue des fiches d'inventaire par article et par service .

Les renseignements organisés par cette comptabilité sont énumérée comme suit:

- La date d'acquisition.
- La dénomination « fournisseur ».

- Le prix d'achat de l'objet.
- Le mode d'acquisition taux d'amortissement.

### **Section deux :**

#### **521\* la comptabilité des malades :**

La comptabilité des malades est une comptabilité tenue par le bureau des admissions .elle présente les information concernant les malades en tenant les registre suivants :

- Le registre journal.
- Le registre matricule.
- Le registre « mouvement de la population ».
- Le registre « récapitulation ».
- Le répertoire.
- Le registre état civil.
- Le registre des « coefficients ».

La collecte des donnés est affectée à partir du bulletin d'admission des malades et la fiche navette la comptabilité des malades permet le servir des statistiques des malades par :

- Le nombre entrants , évacués , sortant ,décédés ,nouveau nés.
- Les admissions par spécialité de service, par sexe , et par age.
- La date d'entrée et sortie des malades.
- Le nombre de journée d'hospitalisation réalisées.
- La morbidité hospitalière et les causes de décès.
- L'activité des services médicaux ( durée moyenne de séjour, taux d'occupation des lits par service).

Depuis l'indépendance du pays , les hôpitaux algérien se basaient , sur des méthodes de calcul arrêtées par les textes de la comptabilité française du **30 janvier 1958** définissant le mode de perception et modalités de calcul du prix de journée depuis l'avènement du système de gratuité des soins, les gestionnaires des établissements publics se sont désengager de

la dite méthode avec notamment négligence en matière de calcul du coût d'hospitalisation ainsi que l'absence d'évaluation des actes médicaux.

### **522/ les prévision budgétaires dans le système comptable**

#### **hospitalier :**

Le budget est élaboré par le directeur de l'établissement conformément aux disposition de décret N°81/242 de septembre 1981 astreignant les prévision ou respect de la nomenclature budgétaire en vigueur le directeur représentant l'institution appuyé de documents et justificatifs de bases énumérée ci dessous:

#### **\*Les dépenses de personnel**

- état des effectifs des personnels par corps est arrêtée au 31 décembre de l'année antérieure
- état de titularisation et les avancements pouvant survenir en cours d'exercice
- état prévisionnel des recrutements

#### **\*Les dépenses de formation :**

- état des effectifs réels des résidents, internes, externes, et des élèves paramédicaux en formation en année.
- un état des besoins de fonctionnement (fournitures , équipement , entretien , et alimentation)

#### **- \*Les dépenses d'alimentation :**

- Les dépenses concernant les malades , les personnels d'activité hospitalière .

#### **\* Les dépenses de médicaments et autres produits :**

- La répartition des crédits est faite conformément aux disposition de la note N° 788 du 20 mars 1984 définissant les pourcentage accordés à chaque chapitre et article des crédits réservés aux médicaments sont

versés directement par le ministère de la santé (ancienne pratique) l'établissement régularise le paiement par des mandats pour ordre.

**\* Les dépenses d'actions spécifiques de prévention :**

- Le répartition des crédits est faite sur analyse des dépenses de l'année antérieure et des programmes spécifique en matière de santé publique .

**\* Les dépenses de matériel et outillage médicaux :**

- Les crédits sont répartis en fonction d'une liste prévisionnelle des besoins en matériel et outillage médicaux dont les priorités d'acquisition sont fixées par le conseil d'administration sur proposition de conseil scientifique de l'établissement.

**\* Les dépenses d'entretien des infrastructures sanitaires:**

- Les crédits sont justifiés sur un état prévisionnel des réfections et réaménagement dont les priorité sont établies par le conseil d'administration sur proposition de conseil scientifique élargi aux chefs de services cliniques.

**\* les autres dépenses de fonctionnement:**

- Les crédits sont alloués ou vu des états des dépenses antérieures pour chaque chapitre et article ,celles ci sont majorées selon les nécessites ( équipements des nouveaux services, renouvellements, affectation, inflation ..)

**\* Les œuvres sociales:**

- Ce titre doté par le ministère de santé

en règle générale les besoins se traduisent par des dépenses qui sont couvertes par de recettes or les ressources propres des établissements étant fixés unilatéralement par le ministre de la santé , il s'avère que celles ci ne sont jamais réalisés dans leur totalités . ainsi la non concordance des recettes et des dépenses pose le problème de la trésorier .

avec l'avènement de la N° 18 / 02 / 85 , portant protection et promotion de la santé , il est impératif dans un souci d'efficacité et d'adéquation de revoir dans sa totalité la forme et le fond du budget des établissements publics hospitaliers en vue de faire de leurs directeurs non plus de simples exécutants mais de véritables gestionnaires responsable pour ce faire il est suggéré

\*- l'élaboration d'un budget primitif au mois de novembre pour l'année qui suit calculé sur la base des crédits alloués pour l'exercice antérieur, et d'un budget définitif au mois de juin de l'année considérée.

\*- la mise en application du plan comptable national adopté aux structures de la santé, ce qui laisse supposer inévitablement la révision de la nomenclature budgétaire , avec conservation du principe de l'autonomie financière.

- L'octroi d'avances mensuelles, au lieu d'avances trimestrielles
- L'uniformisation du principe comptable à toutes les structures de santé.
- La nécessité de comptabiliser la durée et les valeurs d'assurer des biens meubles et immeubles et prévoir leur remplacement, rend obligatoire le recours au système d'amortissement. A cet effet il convient de prévoir les crédits nécessaires à la section de fonctionnement et les prévisions de recettes correspondants à la section d'investissements l'établissement d'un barème de

limitant les durées et les taux d'amortissements de chaque matière des biens en faciliterait la pratique.

**\*- les régies de recettes**

L'opération de régie de recettes communes à l'ensemble des établissements résultant de l'application conjointe du décret N° 74 .02 du 16 / 01 /74 relative à l'organisation de la médecine gratuite dans les établissements hospitaliers et la circulaire N° 212 / MSP / du 06/05/74 cela concerne:

- Le paiement des médicaments dans certaines cas
- La participation pour certaines catégories de patients au 20 % du montant des frais d'examen cliniques
- Produits intérieurs : l'opération de vente de produits fabriqués ou récoltés dans l'établissement, des produits de matériels et objets réformés
- Dépôts de sûretés ou dépôt d'espèces
- Dépôts d'objets précieux ( rarement utilisé )
- Les dépôts de sûreté et les objets précieux sont confiés au régisseur qui est généralement l'économe, par les malades hospitalisés pour parer à des pertes.
- Les frais d'hospitalisation des malades étrangères demeurent confuse sinon, inexistantes , devant cette impasse préjudiciable il y a lieu de définir le prix de journée conformément aux convention internationales .
- Le remboursement des repas et autres communication téléphoniques

Les produits de la régie s'apparentent à des recettes imprévues puisqu'elle viennent se griffer au budget en sus des prévisions réparties par le ministre de tutelle , il serait juste dans ce cadre précis , de permettre au conseil d'administration de décider leur affectation aux

inscriptions budgétaires. (Le principe de la spécialisation budgétaire) dans toutes recettes qu'ils effectuent les régisseurs auront à dresser des états de recettes revêtues obligatoirement du visa de l'ordonnateur pour contrôle et portant indication de nature et le décompte des produits des parties versantes et du montant des sommes encaissées le régisseur ne peut prévoir que les droits énumérés dans la délibération. Les encaissements sont effectués contre remise séance tenante de la quittance par le régisseur à la partie versante. La commande des quittanciers est préparée et signée par le receveur, visée par l'ordonnateur et mise à confection (imprimerie)

à la réception l'ordonnateur les remet au comptable qui doit annoter le carnet d'ordre. Ces quittances en étant numérotés d'une façon ininterrompue pour chaque année sont préalablement visés, cotés et paraphés par le receveur.

#### **\* Conclusion du chapitre cinq**

\* La comptabilité hospitalière s'appuie sur la nomenclature des comptes utilisés dans les entreprises économiques.

IL est cependant nécessaire de préciser que le procédé peut être mis en parallèle avec les techniques propres aux entreprises. Par ailleurs, il faut reconnaître qu'il existe des différences profondes liées principalement à la difficulté d'identifier les produits hospitaliers et surtout l'identification des groupes homogènes.

## Chapitre six

### **\*/ la comptabilité analytique rapportée à la gestion hospitalière**

#### **Section une :**

#### **quelques Définitions :**

##### **611\* définition et objectifs :**

\*- Le conseil national de la comptabilité définit la comptabilité analytique comme suit :

« la comptabilité analytique d'exploitation est connue pour mettre en relief les éléments constitutifs de coût et des résultats qui présentent le plus d'intérêt pour la direction de l'entreprise » Ensetler de par son objectif l'intérêt de la comptabilité analytique trouvera son fondement elle permet donc aux entreprise le traitement de l'information comptable pour une analyse approfondie des charges elle repère et quantifie les flux internes de l'entreprise, précise la consommation de chaque centre de responsabilité ou activité selon margarine les objectifs de la comptabilité analytique se résumant comme suit:

- Le calcul des coûts et biens et services.
- Le contrôle de gestion.
- Analyse économique et prise de décision.

en égard aux éléments suscrites, nous pouvons élargie les aboutissements de la comptabilité analytique par:

- Connaître les différents coûts inhérents à l'activité (produits de biens et services).
- évaluation des postes du bilan comptable.
- proposition d'une base d'évaluation pour la fixation du prix de vente qui sont déterminés à partir d'une connaissance des coûts de revient.

- Sert à éclaircir les choix budgétaires dans le domaine de l'investissement: le coût de revient peut être retenu comme critère de choix, pour différencier entre plusieurs projets.

- **L'analyse des coûts** permet de nous informer sur les niveaux d'activité susceptibles d'être retenus

\*- Gilbert et Lavergne: prévoient que pour une organisation qui ne dispose pas de comptabilité analytique, ressemblerait à une institution incapable de définir ses objectifs les mêmes auteurs définissent ainsi les objectifs de la comptabilité analytique comme suit:

- \*- aide au système de gestion
- \*- aide à la prise de décision
- \*- alimentation du système d'information comptable

#### **1-) Critères exigés de la comptabilité analytique :**

étant considérée comme instrument aidant à la prise de décision « actuelle et future » la comptabilité analytique doit répondre au contexte propre de chaque organisation de manière contenue dans le but de connaître des résultats aidant à la planification de courte, moyenne et longue durée

#### **2-) Démarches établies en comptabilité analytique :**

L'analyste « Lacrampe 1980 p.14 » définit le processus en trois étapes

- La première consiste à identifier les besoins de l'entreprise, ce qui entraîne à analyser les situations et objectifs poursuivis.
- La seconde consiste à élaborer un système spécifique adopté aux problèmes identifiés à l'aide d'outils classiques disponibles.
- La troisième étape consiste à réserver le système mis en place la pertinence des informations.

## 612\* Utilité et mise en application :

- \* il y a lieu rappeler que l'entreprise est une organisation qui rassemble plusieurs facteurs humains et matériels pour production et / ou échange de marchandise ou prestation de service avec les différents agents et acteurs économique de la société.

L'activité de l'entreprise est intégrée dans un cadre juridique financier et social évoluant dans en espèce en mouvement (les analystes Cauvin et coyaud ) reproduisent une logique en trois temps.

- le premier se traduisant par le financement nécessitant la modélisation des ressources nécessaires à la progression et au développement de l'unité économique.

- le deuxième étant l'investissement qui se traduit par l'utilisation, l'emploi des ressources conformément aux choix entrepris par l'organisme

- le troisième étant le résultat, qui se traduit par le constat à différents niveaux des marges et surplus dégagés les actifs de l'entreprise se subdivisent en deux éléments distincts

a-/ actifs immobilisés (investissements) :

b-/ actifs circulants (opérations d'exploitation )

la gestion financière portant du principe de la règle d'or de l'équilibre minimum financière d'une entreprise , se traduit par l'effet d'obtention , des ressources financières au moindre coût pour les investir dans les actifs les mieux adopté à l'activité afin de reproduire la rentabilité maximale cette rentabilité ou résultat étant réinjectée dans le cycle en tant que ressources

1- intégration de la comptabilité sanitaire au plan comptable national :

le cadre proposé dans le comptabilité de l'établissement sanitaires sont groupés tels que nous l'avons décrit en nomenclature particulière qui forma le plan comptable sanitaire. La comptabilité à adopté est celle du

plan comptable national institué par l'ordonnance N° 75.35 du 29/04/1975 qui stipule en son article premier que le plan national étant obligatoire à compter du premier janvier 1976 en vue de son application publics à caractère industriels et commerciaux quelle que soit leur forme et sont soumise par voie de conséquence au régime de l'imposition d'après le bénéfice réel, et qui précise que le plan comptable pourra être étendu à d'autres au ministère non mentionnées ci dessus par voie d'arrêter du ministère finances après avis du ministre de tutelle intéressé.

- **numérotation des comptes :**

pour l'entreprise sanitaire chaque compte, groupe de comptes ou subdivision est affecté d'un numéro selon le système de la classification décimale qui permet sans compromettre l'économie du plan, d'ouvrir autant de comptes que l'exige les besoins de l'entreprise sanitaire et rien que ceux dont la tenue est nécessaires il y a sept classe de comptes numérotés à 1,2,3,4,5,6,7et 8 chaque classe est divisée en comptes principaux chaque compte principal en comptes divisionnaires chaque compte divisionnaire en sous compte et ainsi de suite le compte principal, désigné par 2 chiffres correspond au chapitre budgétaire.

- le compte divisionnaire, désigné par 3 chiffres, correspond à l'article
- le sous compte désigné par 4 chiffres et plus correspond au sous article

pour traduire en compte, il faut se rappeler que, partant de la gauche, le premier chiffre indique la classe les deux premiers le compte principal, les trois premiers comptes divisionnaires, les quatre derniers le sous compte

ex : alimentation des malades N° 6010

6- le compte charge par nature

60 – divers et fournitures

10 – alimentation

au sein des administration , la comptabilité analytique est connue comme étant la comptabilité des coûts de revient . les analystes (Margerin et Ausset) <sup>4</sup> précisent que la méthode des sections homogènes est la technique par excellence propre à la comptabilité des coûts soutiennent aussi que le coût de revient complet constitue la doctrine officielle de l'administration, est utilisé ainsi comme base de facturation interne et externe des flux économiques et financier.

### **613\* architecture du plan comptable public:**

Les comptes usuels sont décrits dans la nomenclature instituée par l'Etat colonial:

Nous reprenons ci-après les différents classes de manière brève:

**\* les fonds propres :** représentent les moyens de financements utilisés de façon durable par les entreprises

**\*les investissements :** comprend l'ensemble des biens et valeur durables, acquis vu crée et qui représentent , le passif et l'inventaire

**\*les stocks comprennent** l'ensemble des biens acquis ou créés par l'entreprise et qui sont destinés à être fournis ou consommée pour les besoins de l'entreprise

**\* les créances:** comprend l'ensemble des biens acquis par l'entreprise par suite des ses relations avec des biens, et représente des restes à recouvrer, les restes à réaliser.

**\*les dettes:** comprend l'ensemble des obligations contractée par l'entreprise par suite des ses relations des tiers et qui représente les restes à payer et les restes à établie.

---

<sup>4</sup> -Margerin et Ausset 1984 p.127- pp. 28/32

**\*les charges :** comprend les charges classées par nature et qui représente les dépenses de fonctionnement.

**\*les produits :** comprend les produits classées par nature et représentent les recettes de fonctionnement

**\*les résultats :** cette dernière classe retrace la comptabilité dite de synthèse (comptabilité analytique d'exploitation)

Le plan comptable national devant être adapté aux secteurs d'activités particuliers de même qu'il prévoit la comptabilité des coûts et prix de revient une dernière classe set dite de synthèse retracera la comptabilité analytique d'exploitation

## **Section Deux :**

### **\* Les Méthodes de calcul des coûts :**

#### **621\* Méthodes d'analyse<sup>5</sup>:**

- La méthode de transcription des charges dans le système de la comptabilité analytique trouve son origine dans la classification des différents méthodes et applications du système même.

Les inconvénients et avantage ainsi que le principe de calcul de chaque méthode reste lié à la spécialité de l'activité de chaque institution ou entreprise néanmoins trois approches se présentent: l'approche classique prévisionnelle et l'approche économique

- a/ l'approche classique : qui concerne deux méthodes distincts

- la méthode du coût complet

- la méthode du coût partiel

- b/ **l'approche prévisionnelle**: qui représente la méthode des coûts préétablis.

---

<sup>5</sup> - Guide méthodologique :rapports sur l'étude des coûts et rendements des services (1958) ministère français de la santé .

Cependant deux méthodes simples traitent, la répartition des charges indirectes.

\*- la méthode du coefficient global d'imputation (coefficient simple).

\*- la méthode des centres de frais (avec des coefficients différenciés)

### **622\*- la comptabilité analytique hospitalière :**

\* elle s'appuie sur les nomenclature de la classe 9 du plan général et comparable aux pratiques des entreprises elle repose sur un découpage de l'hôpital en sections autres charges et de responsabilités, au sein de laquelle on distingue des sections définitives et des sections auxiliaires.

\*- **les sections définitives :** correspond aux unités de production de journées hospitalisation c'est à dire aux services d'hospitalisation qui accueillent les malades leur nombre devrait tendre vers celui des activités médicales homogènes, mais il est limité par des contraintes d'identification des coûts de plus une section correspond aux malades externes, une autre l'enseignement et la recherche.

\*- **les sections auxiliaires:** dont les activités peuvent être considérées comme des consommations intermédiaires des sections définitives ce sont les services de l'administration, les services généraux de caractère hôtelier et technique (lingerie cuisine) et les services techniques médicaux (laboratoire d'analyse, etc. ... ).

Sur la base de ce découpage, les dépenses du compte d'exploitation sont réparties soit à partir de bons d'achats soit selon des normes, aux sections dont l'activité a provoqué ces dépenses. ensuite les totaux de chaque section auxiliaire sont réparties dans les autres sections selon les nombres d'unités d'œuvre la somme détenue dans chaque section définitive est divisée par la valeur d'un indicateur d'activité de la section.

Le résultat de ce travail prend la forme d'une feuille d'imputation et de répartition elle retrace le calcul « des prix de revient » effectué selon ces principes le tableau ci contre montre la forme qu'elle revêt pour un hôpital moyen on peut remarquer

1- la nature des recettes (**classe 7**) qui comprennent principalement les retenues sur honoraires médicaux et qui sont répartis soit dans la section (administration générale), soit dans les sections qui décrivent l'activité médicale à laquelle correspondent

2- le répartition des consultations « externes » qui sont toutefois traitées dans une section auxiliaire.

On parviendrait ainsi aux prix de revient des services individualisés .la comptabilité analytique au sein d'une institution hospitalière, déjà complexe se réduit en fait à une procédure tendant à la détermination du coût de l'activité des services par journée d'hospitalisation cette détermination joue en effet un rôle prépondérant dans la procédure de fixation des tarifs.

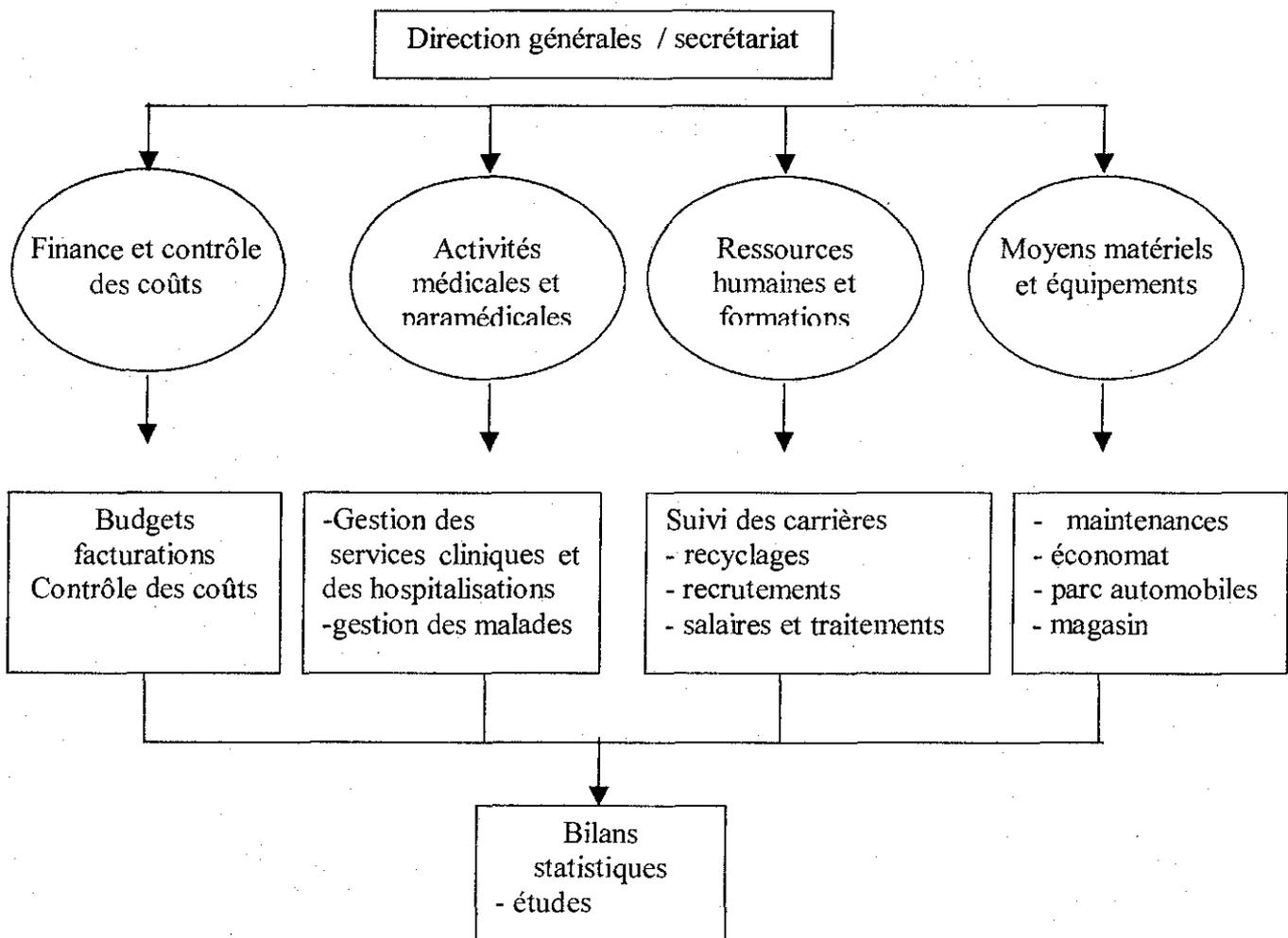
- la deuxième méthode est plus « juste » en la comparant à la première méthode celle du coefficient simple ainsi, deux inconvénients subsistent:

- manque de précision du calcul il n'existe pas de rapport logique entre les charges indirectes et le produit.
- l'imputation des charges directes n'étant pas effectuée selon les normes rationnelles d'affectabilité par l'exemple (produit qui ne dispose pas de charges directes ne peut être évalués rationnellement).

**Schéma n°1 :**

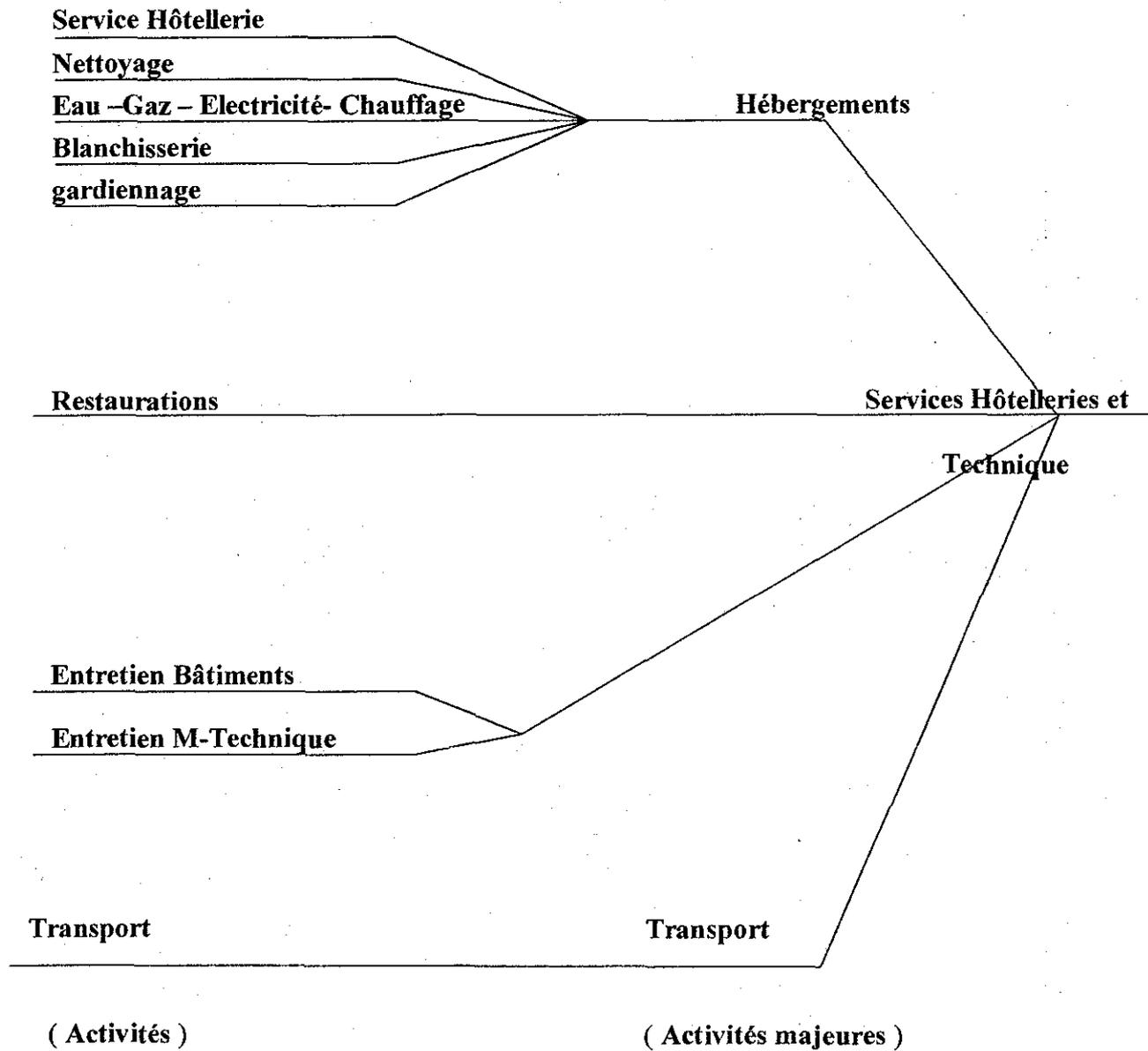
**Organigramme fonctionnel d'un Centre hospitalier**

**Universitaire type :**



**N°2 :**

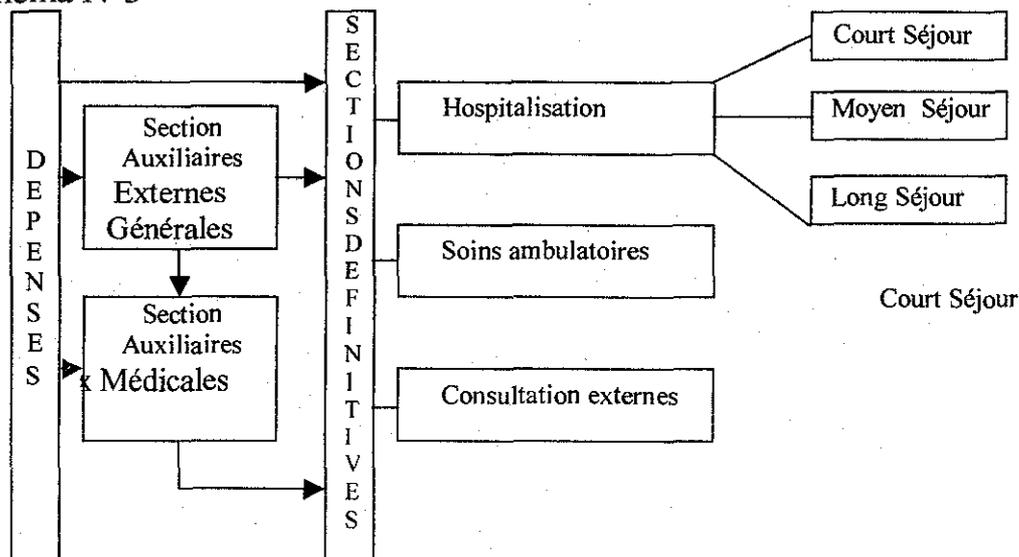
**(Les services de soutien technique)**



**Source : Mikhol de guardia (1993)**

## Organigramme des sections définitives de comptabilité analytique

Schéma N°3



Source: Mikhol de guardia et S. (1993)

### -623\* la méthode des centres d'analyse :<sup>1</sup>

- la méthode nécessite un découpage de l'entreprise ou l'unité analyse en un certain nombre de sections traditionnellement dites homogènes et appelées par la suite « méthode des centres d'analyse » voir plan comptable français.

La section est dite homogène lorsque le niveau de « découpage » atteint est suffisant pour définir une unité d'activité appelée unité d'œuvre qui permet de mesurer et évaluer les prestations fournies par la section destinée aux autres sections. La méthode des sections homogènes consiste à ventiler l'ensemble des charges incorporées ( matières consommées , personnels services, amortissements... ) en charges directes et charges indirectes.

<sup>1</sup> fonctionnement et répartition dans les centres d'analyses conduisant les coûts complets  
Source: (Mikhol de Guardia / Slowy 1993).

- \*les charges indirectes sont affectées directement aux coûts (aux produits) ils ne sont pas déterminés par le biais de calculs intermédiaires il sont décrit d'une manière définitive grâce aux factures , des bons de sorties intermédiaires de magasins, des commissions sur ventes établis par produit les charges indirectes sont ventilées selon, la nature entre les différentes sections.

\*- les principes de la méthode : cette méthode nécessite un découpage de l'entreprise, en section dites homogène une section est dite homogène lorsque le niveau de « découpage » répond à la définition d'une unité d'activité qu'on appelle aussi unité d'œuvre dans le but de permettre l'évaluation des prestations fournies par la section dite principale.

**\*L'unité d'œuvre :** représente l'élément de base dans répartition secondaire

Les charges indirectes sont affectées aux centres d'analyse, la consommation des charges est mesurée par nature, par les centres vu réparties par effet de la clé de répartition la première affectation est nommée répartition primaire. La répartition secondaire entraîne l'affectation des charges auxiliaires aux charges sections principales dont le coût devra apparaître en dernière étape de l'unité d'œuvre s'exprime par heures machines heure ouvrier Km... ) elle est définie à travers la nature de l'activité.

### **624\*- le méthode du coût complet :**

**\*le coût de revient** complet d'un produit donné ou d'un service est représenté par successivement l'ensemble des charges ayant été incorporées depuis sa confection jusqu'au stade final de sa livraison dans le marché les coûts complet informent sur notamment :

- le fixation du prix de vente.
- l'étude de l'évolution des paramètre du produit.
- le mise en valeur des stocks.
- la détermination du prix et du résultat analytique.
- l'appréciation de la rentabilité de l'unité de production.
- la comparaison de la structure des coûts par rapport au marché.

### **624-a-/ étapes de calcul du coût de revient complet :**

aux différents stades d'exploitations de l'entreprise commerciale, industrielle ou prestataire de service correspond trois étapes distincts :

**1°- Niveau :** le coût d'achat des matières à consommer

- prix d'achat de la matière.
- frais d'achat de la matière.
- frais d'approvisionnement.

**2° - Niveau : le coût de production :** d'un produit fabriqué comprend

- le coût d'achat des matières achetées.
- les frais de production engagé.
- de services considérés frais.

**3°- Niveau : le coût de distribution du produit ou de la marchandise vendue** comprenant notamment

- Frais occasionnés pour la vente de produit.
- Une part des frais de services de commercialisation.

Nous concluons donc que le coût de revient d'une prestation de service ( le cas d'un hôpital ) étant égal à la sommation de tous les éléments constatés durant toutes les phases de prise en charge du patient ( sujet sollicitant des soins).

- le méthode du coût complet ne distingue pas entre charges fixes et charges variables, par contre c'est une technique qui permet, la décomposition du coût de revient par stade la mécanisme des centres d'analyse se résume par :

- la détermination des charges directs et indirectes.
- l'affectation des charges directes au produits.
- l'affectation primaire des charges indirectes aux centres d'analyse ( ou sections).
- la répartition secondaire des charges indirectes des centres d'analyse auxiliaires aux centres d'analyse principaux.

**625\*- la méthode des coûts partiels :**

le principe des coûts partiels développe en son sein trois types de coûts

- le direct costing simple .
- le direct costing évolué.
- le coût, direct.

***a) le direct costing ou coût variable :***

explicite l'affectivité du coût en fonction de la quantité produite le direct costing permet l'évaluation directe et simple des branches d'activité les plus rentables dans une unité complexe .

***b)- le coût direct :***

le plan comptable définit le coût direct comme un coût qui est constitué par :

- des charges qui lui sont directement affectées notamment les charges opérationnelles.
- des charges de structures.

ma méthode de coût direct permet de calculer le total des marges sur coût, direct qu'il convient pour couvrir l'ensemble des charges indirectes, et de favoriser la vente des produits qui laissent les marges les plus importantes.

- concernant les entreprises commerciales cette méthode de calcul permet d'orienter les décideurs aux fins de lancer un nouveau produit (nécessairement à un prix bas car les charges indirectes communes devraient être couvertes par les marges.

chiffres d'affaires – charges directes = marge sur coût direct – charges indirectes = résultats.

**c)- les coûts préétablis :**

Le procédé consiste à comptabiliser les mouvements de valeurs à l'aide de coûts calculés à l'avance et à déterminer la différence entre le coût préétabli et le coût réel constaté .

Les coûts préétablis permettent de mettre en valeur les écarts à tous ce qui facilite les actions à entreprendre cela permet entre autre la connaissance des marges dégagée au fur à mesure que les charges sont consommées.

Il existe cependant, deux types de coûts préétablis :

**\*les coûts prévisionnels** qui sont évalués en livraison directe avec le budget d'exploitation dont découlent les dites charges.

**\*les coûts standards** : qui représentent le résultat calculé à partir d'une analyse technique, d'un l'appellation de « coût normatifs »

- le coût de revient standard de marchandise (vend) ou du produit fini (vendu) égal au total du coût de production standard et du coût de distribution standard.

\*- la détermination du coût standard s'effectue à l'avance et devant signifier le prix de référence et sera qualifiée parallèlement comme coût normatif . le standard s'étend d'un coût calculé.

- l'écart est la traduction chiffrée de la différences entre le réel et ce qui fût prévu antérieurement.

L'analyse doit se rapporter au processus de confection du produit des mesures correctives.

Les principales méthodes usitées pour déterminer les coûts ou plusieurs produits sont rapportées dans le procédé des coûts complets et coûts partiels.

### **\*Section trois : la gestion des coûts**

#### **311\*Les critères de gestion :**

\* il est à noter qu'en matière de gestion des coûts le plan comptable français délimite le champ d'application de la comptabilité analytique propre aux établissements publics hospitaliers notamment par la mise en valeur la nomenclature à utiliser conformément au plan comptable général qui demeure la référence de base propre à toute imputation d'ordre comptable.

- La direction du budget et les services administratifs de l'état français ont entamé l'étude de la problématique de la détermination des coûts aux alentours de 1958 il en est ressorti une proposition d'une méthode se rapportant à l'utilisation de procédé des sections homogènes.

L'instrument de mesure recherché pour ce qui est de ces de «l'hôpital» est traduit par la production des «soins et services complémentaires» prodigués aux malades l'amélioration de l'état de santé du malade entre sa date d'hospitalisation et sa date de sortie de l'hôpital représente au fait la mesure de cette « production ».

\* Les critères de gestion ont été établis spécifiquement pour permettre un contrôle de la gestion hospitalière il ne souffrent pas des défauts de la comptabilité analytique qui doit viser plusieurs objectifs cependant s'ils permettent de repérer les évaluations extraordinaires des dépenses compte tenu de l'activité, ils ne fournissent pas beaucoup d'éléments d'interprétation, la liaison entre ces évolutions et le fonctionnement médical de l'hôpital n'est que très grossièrement estimé par l'emploi

d'indicateurs aussi synthétiques que le « **K opératoire** »<sup>1</sup> ou la journée d'hospitalisation si la connaissance économique de l'activité est améliorée, le contrôle de gestion impliquant une interprétation des mécanismes mis en cause, suppose une analyse plus fine de l'activité médicale ne pouvant se fonder sur une analyse purement économique, le contrôle de gestion de l'administration, par la comptabilité analytique, ou par les instruments plus spécifiquement dessinés à ce contrôle est nécessairement conduit à une analyse de l'activité médicale or les instruments décrits ne l'évaluent que très grossièrement. Il est tenté dès lors de reporter la responsabilité de gestion au niveau des responsables de cette activité : les médecins le contrôle de gestion dans l'hôpital prend aussi la forme d'une tentative d'intéressement des chefs de services à la gestion, afin d'essayer de faire prendre des responsabilités économiques aux responsables techniques dans cette optique, s'inscrivent les tableaux de bord et les budgets de service.

**a) les tableaux de bord :**

- afin d'échapper aux critiques de délai du prix de revient, l'administration a sélectionné un certain nombre d'éléments qui paraissent définir l'espace de référence.

La référence à des normes a été remplacée par une méthode comparative entre deux services d'activités présumées analogues le respect de ces délais impose de ne retenir que les informations traitées par ordinateur elles concernent :

- l'activité des services .
- les moyens en médicaments.
- les dépenses de sang.
- la consommation d'actes médicaux.

---

<sup>1</sup> K= Unité de mesure d'un acte opératoire ,cf : Gestion hospitalière ,Emile Lévy Dunod 1981 Paris.

- dépenses hôtelières.

\* les informations contenues le tableau de bord destiné au chef de service sont de nature quantitative pour la plupart et cherchent simplement à décrire le déroulement technique des soins dans deux services elle ne peuvent donc constituer un instrument de contrôle de la gestion, mais seulement un regard sur les méthodes médicales pratiquées dans le services c'est agissant sur le pratique médicale que le tableau de bord espère avoir des conséquences sur la gestion cependant, le grand nombre de degrés de liberté d'interprétation que laisser aussi bien le nature des paramètres choisis que la méthode comparative de deux services sans analyse précise de l'activité , amoindrit considérablement son efficacité.

#### b-) les budgets de services-<sup>1</sup>

Un autre instrument est mis en place l'administration dans un établissement à titre expriment al qui doit permettent une réelle appréciation de la gestion le budget de service il alors de prendre le service comme unité de base, de prendre en compte tous les postes de dépenses de valoriser chacun des ces postes et de remplacer le recours à un service de référence par des «normes » ces normes sont calculées par référence aux résultats passés et fixées en accord avec les responsables le document obtenu, qui devait être suffisamment clair pour être lu par les médecins met en évidence un résultat d'exploitation qui traduit l'effet de l'activité du service sur l'équilibre financier de l'hôpital, l'analyse comporte deux volets : d'une part un budget adapté exprime les écarts entre les réalisations aux normes adaptées à l'activité réelle de service, considérées comme exogènes, d'autres part un (budget) compare les réalisations aux normes calculées sur l'activité prévue du service cette méthode, qui distingue les effets d'une variation, des autres causes, doit

---

<sup>1</sup> - Source :Emile Lévy : la gestion hospitalière (Bordas Paris 1981).

permettre une appréciation de la gestion même du service le budget du service prend le forme suivante :

- Document de gestion prévisionnelle :<sup>1</sup>

Hôpital :C.H.U. Tlemcen					
Service :chirurgie générale					
Statistique		Prévu	Réalisé		
Lits.....		115	75		
Admission.....					
Journées.....					
Occupation.....					
Durée de séjour.....					
Dépenses	Normes	Budget	Budget Adapté	Réalisé	Ecart
- Personnel	58	MDA	MDA	MDA	%
- Médicaments					
- Actes opératoires K					
- Autres Actes					
- Matériel Médical					
- autres dépenses					
- Alimentation					
- Linge					
- autre dépenses					
Hôtelleries					
- Tavaux					
- Fais généraux					
Total :					
Résultats : - Variation des dépenses			- Activité ( résultat )		
- Variation des Ecart					

Schéma repris de la publication :Emile Levy (gestion H. P/198)

\* le budget de service apparaît comme un véritable instrument de contrôle de gestion cependant il souffre d'un certain nombre de difficultés technique de réalisation qui risquent de rendre son utilisation problématique, la volonté d'obtenir des informations dans un délai assez court aboutit à l'utilisation des données assez anciennes pour établir les prévisions.

<sup>1</sup> Emile Lévy : Gestion hospitalière page 195, 196 Paris Dunod 1981

- la méthode de prévisions par extrapolation efface les évolutions techniques rapides.
- la comptabilité analytique n'est pas adaptée à la construction des budgets de service, outre les imperfections propres déjà signalées qu'elle comporte
- l'amortissement des équipements n'apparaît qu'indirectement à travers les frais généraux et leur mode de calcul est sans rapport avec la valeur réelle de chaque service.
- les honoraires médicaux sont toujours exclus du budget ces tentatives de contrôle des gestion des chefs de services prennent donc des formes de plus en plus élaborée et précises cependant en tant qu'instrument au service de la modération des coûts elles s'opposant à l'autonomie des pratiques médicales qui ont pour effet une croissance des ces coûts pour efficacité dépend donc largement de la fiabilité de leurs résultats, et de l'unicité de leurs interprétations or les difficultés de constructions d'indicateurs de contenu et résultats de l'activité médicale affaiblissent le rôle éclairément des instruments élaborés.

Le contrôle de gestion s'appuie à l'hôpital sur des instruments qu'ont prouvé efficacité dans les établissement privés portant, leur adaptation récente des limites dont il faut préciser l'origine pour ébaucher des perspectives de dépassement.

### **C/Le prix de journée:<sup>1</sup>**

Le prix de journée consistant dans le quotient des charges par le nombre prévisionnel des journées d'hospitalisation .l'expérience a démontré combien certaines prévisions trop optimistes déséquilibrent l'exploitation .la réduction même légère des journées d'hospitalisation engendre une diminution des produits hospitaliers, d'autant plus sensible que les frais généraux ne varient pas.

La comptabilité analytique permet toutefois de déterminer le coût exact de chaque service et de fixer autant que possible le prix de revient.

Toutefois des lacunes en ce sens ont été enregistrées dans la mise au point de cette comptabilité :

- Les imputations ne sont pas toujours effectuées avec la rigueur requise: le poste administration générale reçoit de très nombreuse imputations; es anomalies diverses affectent les imputations et le choix des unités d'œuvres retenues pour le calcul des prix de revient.

#### **\* Conclusion du chapitre six :**

\* Sans son effort de minimisation des coûts nécessaires à la production des services, l'administration n'a d'autres alternatives que de s'imprégner des techniques de gestion analytiques qui lui fournit des prix de revient des activités. Or la contrainte de l'utilisation des résultats de la comptabilité analytique pour déterminer les prix de journées ,et son rôle d'instrument de contrôle entraîne des pratiques rendant pratiquement difficile la réalisation des objectifs assignés.

---

<sup>1</sup> cf Emile LEVY, M. BENGNER. G. DUMENIL , F. FAGNANI : Dunod, 1977. (Evaluer le coût de la maladie.)

## Chapitre sept :

### Identification des coûts et charges

#### Section une :

#### caractéristiques et objectifs de la comptabilité analytique :

##### 711/\* Aspects théoriques :

###### - \* Définition et objectifs :

La comptabilité analytique de l'hôpital peut-être mise en parallèle avec les techniques propres aux entreprises.

Il faut cependant s'empresse de souligner l'existence de différences profondes liées principalement à la difficulté d'identifier les produits hospitaliers et surtout d'identifier les groupes homogènes de produits.

\* Le schéma d'une comptabilité analytique va normalement des charges vers les productions; La comptabilité analytique de l'hôpital répartit les charges par sections définitives (unités ou sont dispensés les soins), ces charges sont rapportées en un indicateur d'activité, le nombre de journées d'hospitalisation.

La tenue d'une telle comptabilité a pour objet essentiel de fournir aux administrations hospitalières et aux autorités de tutelle des renseignements dont l'intérêt et l'utilité sont indéniables. Certaines règles ont été impérativement prescrites par le législateur notamment :

- Documents fournis aux vérificateurs des comptes présentant les résultats de la comptabilité analytique dans les conditions ci-après :

a) **Prix réels** : les documents fournissant les prix de revient réels d'une année déterminée devant être annexés au compte administratif de l'année considérée.

Une application d'un compte administratif et ses annexes devant être présentés parmi les documents et pièces générales qui accompagnent le compte de gestion du receveur.

b) **Les documents fournissant les prix de revient** prévisionnels d'une année déterminée devant être joints au rapport présenté par le gestionnaire.

- (Bilan) ayant pour objectif de fixer le prix de journée.

Comme la comptabilité générale, la comptabilité analytique hospitalière s'apparente et se différencie à la fois des pratiques habituelles en entreprise.

Les pouvoirs publics ont estimé nécessaire la normalisation des comptes hospitaliers et instituer une comptabilité analytique d'exploitation dans le but:

- 1 - De déterminer le prix de journée.
- 2 - D'apprécier les conditions de fonctionnement et de gestion des établissements.

Cette comptabilité s'appuie sur les nomenclatures du plan comptable et comparable aux pratiques des entreprises. Elle repose sur un découpage de l'hôpital en sections; centres de charges et responsabilités au sein desquelles on distingue des sections définitives et des sections auxiliaires; que nous expliquerons progressivement.

**La comptabilité analytique d'exploitation étant définie selon le plan comptable français comme suit:** « la comptabilité analytique d'exploitation est conçue pour mettre en relief les éléments constitutifs des coûts et des résultats qui présentent le plus d'intérêt pour la direction des entreprises »<sup>1</sup> ( Conseil national de la comptabilité).

- La comptabilité analytique ne représente pas un substitut de la comptabilité générale, elle en est un complément.

Alors que la comptabilité générale enregistre les flux entre l'entreprise et ses différents partenaires extérieurs et prend par conséquent en compte les flux externes ( c'est à dire les flux entre l'entreprise et son environnement.)

La comptabilité analytique est tournée vers l'intérieur et rend compte des différents processus selon lesquelles les ressources « puisées » par l'entreprise sur ses différents marchés auront été transformées jusqu'à l'obtention des produits ou des services proposés à la clientèle sur les marchés ...

- Alors que la comptabilité générale est la comptabilité du global, la comptabilité analytique est celle du détail. Elle permet en effet, de passer du plan de l'entreprise, considéré comme un tout aux plans particuliers des fonctions centres d'activité, produits, opérateurs..... selon les besoins de gestion.

C'est ainsi que, si la comptabilité générale permet de mesurer le résultat global de l'entreprise, toutes activités et tous produits confondus, la décomposition du résultat global en résultats sectoriels ( par activité, par secteur géographique, par produit ) nécessite des informations, qui sont de l'essence même du système comptable analytique.

En première approche, la comptabilité analytique partant des informations globales de la comptabilité générale, Toutes activités et tous

---

<sup>1</sup> ( Jacques MARGERIN ) - bases de la comptabilité analytique . (comme cela a été défini, la comptabilité analytique selon "La Crampe")

produits confondus consiste, à découper le compte de résultat (général) en autant de compte de résultat, qu'il existe d'activités et de produits dont on cherche à déterminer la part respective dans le résultat global.

### **\*/- Objectifs :**<sup>1</sup>

Selon le plan comptable (1982), les objectifs fondamentaux de la comptabilité analytique sont les suivants :

#### **D'une part :**

- \* Connaître les coûts des différentes fonctions assurées par l'entreprise.
- \* Déterminer les bases d'évaluation de certains éléments du bilan de l'entreprise.
- \* Expliquer les résultats en calculant le coût des produits (biens et services) pour les comparer aux prix de vente correspondants.

#### **D'autre part:**

- \* Etablir des prévisions de charges et de produits courants (coûts préétablis et budgets d'exploitation)

.... d'une manière générale :

- Fournir les éléments nécessaires de nature à éclaircir les prises de décisions.

Ces différents objectifs peuvent être regrouper selon trois axes :

- 1- L'axe calcul des coûts (orienté vers les produits).
- 2- L'axe contrôle de gestion, orienté vers les centres de responsabilité.
- 3- L'axe aide à la prise de décision; un axe qui peut être dans la mesure où le management est très décentralisé et le pouvoir de décision partagé entre un grand nombre de décideurs.

#### **1-L'objectif calcul des coûts :**

Cette préoccupation majeure qui correspond également au premier objectif dans l'ordre chronologique est celui de la détermination des coûts des différents produits proposés au marché.

Dans cette optique, la comptabilité analytique est un outil de calcul, son problème consistant à ventiler entre les différents produits les charges courantes de la comptabilité générale (matières, services externes, frais de personnel impôts et taxes, amortissements, frais financiers.)

La connaissance des coûts de revient des produits est encore aujourd'hui un objectif prioritaire pour les organisations qui peuvent fixer leur prix de vente sur la base de leur coûts de revient ou qui sont en mesure d'obtenir des relèvement de tarif sur la base des coûts de revient constatés.

---

<sup>1</sup> Guide méthodologique de la comptabilité analytique plan comptable français fascicule n°85/26 bis, 1988.p.134

L'orientation donnée à la comptabilité analytique constitue, d'une certaine façon, un axe décisionnel, dans la mesure où la constatation d'une variation des coûts permet d'agir sur les prix de vente. Certes en économie de marché, mieux vaut maîtriser les coûts et agir sur les factures contrôlables compte tenu du fait que les prix de vente constituent généralement une contrainte imposée par le marché.

Si l'objectif de calcul des coûts est aujourd'hui en recul, il n'en reste pas moins présent parmi les préoccupations du responsable financier de l'entreprise dans la mesure où il permet d'évaluer certains éléments du bilan.

## **2-L'objectif contrôle de gestion :**

Le rôle (contrôle de gestion) tend à faire de la comptabilité analytique un outil de "contrôle" de maîtrise. Pour atteindre cet objectif de maîtrise des conditions internes d'exploitation, la comptabilité analytique doit être organisée autour des centres de responsabilité afin de permettre:

l'analyse des consommations et l'observation de leur évolution.

La distinction entre les charges liées à l'activité de l'entreprise (charges dites variables) et celles qui sont liées à la structure (charges dites fixes).

- Le contrôle des consommations par comparaison avec les prévisions.
- L'analyse des écarts entre prévisions et réalisations.

## **3-L'objectif « aide à la prise des décisions » :**

L'axe décisionnel qui consiste à mettre à la disposition des responsables de l'entreprise, à quelque niveau qu'ils se situent, les informations internes dont ils ont besoin pour prendre des décisions qui leur incombent, dans le cadre de la délégation de pouvoir qu'ils ont reçus.

De ce point de vue la comptabilité analytique tout à devenir un outil de préparation de décisions, en ce qu'elle a vocation à constituer une banque d'information internes à lequel tous les décideurs doivent avoir pour sélectionner les éléments de coûts concernés pour les décisions à prendre.

Les coûts en question sont les coûts dits pertinents ou encore différentiels.

- Pertinents : c'est-à-dire appropriés à la décision à prendre et à la situation dans laquelle se trouve l'entreprise au moment de la prise de décision .

\* Différentiels: en ce sens qu'il s'agit des éléments de coûts qui seront modifiés par la décision à prendre. Contrairement aux coûts comptables, traditionnels qui sont à la fois des coûts passés et moyens, les coûts pertinents sont des coûts futurs et différentiels.

- 1/ Identification des besoins de l'entreprise.
- 2/ Elaboration d'un système permettant de cerner des besoins identifiés.
- 3/ Prévision des procédés mis en place.

**\* Section deux :**

**721\* TYPOLOGIE DE CHARGES ET DES COUTS :<sup>1</sup>**

**\*/ La théorie comptable emmène trois approches qui présentent chacune ses spécificités particulières.**

nous citerons :

**\* P'approche classique qui** enregistre deux méthode de calcul du coût de revient .

- 1/ la méthode du coût complet.
- 2/ la méthode du coût partiel.

**\* P'approche prévisionnelle** qui concerne la méthode des coûts préétablis.

Ainsi pour la répartition des charges indirectes, il y'a lieu de précision que le gestionnaire (comptable) peut en effet user de différents procédés pour intégrer les valeurs dans les centres de coûts- trois outils se pressentent .

- procédé du coefficient global.
- Le procédé des "centres d'analyses".
- La méthodes des "centre de frais".

**1/Notion de charges et coût**

Il y'a lieu de préciser que les charges sont soit .

- Spécifiques à un seul produit et ne posent aucune contrainte pour leurs affectation, elle sont appelées dans ce cas précis (charges directes)
- Celles qui sont communes à plusieurs produits et fond l'objet d'un calcule initial en une de leur imputation.( d'ou le compte d'imputation de charge aux produits), cette spécificité leur confère l'aspect de charges indirectes.

**-a\*les charges directes :**

Les charges directes sont définies comme étant le prix à payer concernant le coût d'un seul produit ou d'une seule commande, devant être affectée dans le calcul. D'un coût global.

Deux catégories de charges directes peuvent être citées :

---

<sup>1</sup> Einstler-J.C. gestion des entreprises (comptabilité analytique economica 1991 Paris )

- les matières et fournitures : qui alimentent de façon directe le processus de production, dans la fabrication d'un produit fini.
- La main d'œuvre directe : définie dans les frais de personnel , évalués dans la conception d'un seul produit .

D'autres charges néanmoins peuvent présenter un aspect double (direct ou indirecte) les amortissements .

**b\* les charges indirectes :**<sup>1</sup>

Contrairement aux charges indirectes, les charges directes sont imputables par le biais de calcul intermédiaires aux différents produits et concernent plusieurs étapes de transformations.

**b\* Les charges fixes :** une charge est dite fixe ou de structure si son niveau est indépendant de taux d'utilisation des capacités disponibles ou installées.

Nous pouvons citer les charges d'amortissement, les charges d'assurance, les loyers et frais d'entretien non rattachés à l'utilisation des équipements, les frais de personnel administratif, l'électricité et le gaz.... Ces dites charges n'évoluent pratiquement que si la capacité des investissements étant modifiée à l'extension.

**d\* Les charges "variables" :** Une charge est appelée ainsi, si son niveau d'activité dépend du taux d'utilisation des capacités de production ( elle est aussi appelée charges opérationnelle).

Sont concernées dans cette typologie, les matières premières l'énergie remarquer que certains charges regroupent en leur sein une partie fixe et une partie variable. Les frais d'électricité par exemple l'abonnement (fixe) et l'énergie (partie variable)

---

<sup>1</sup> Raulet Christian Christiane Comptabilité analytique et contrôle de gestion. Edition Dunod 1982. Paris Tome 1 et 2.

**SHEMA MONTRANT L'INTERACTION DES DIFFERENTES CHARGES (Memoire-magister 1990-Alger)**  
**( Vuillod et scarmuzza 1983.)**

**SCHEMA N°I**

	Charges variables	Charges fixes
Charges directes	Matières premières Main d'œuvres des ateliers ou n'est transformé qu'un seul produit	Amortissement de l'équipement et matériel Frais d'accompagnement
Charges indirectes	Energie Publicité Matières consommables Fournitures de bureau	Frais administratifs Impôts directs Assurances

**2\*/La notion de prix :**

**le prix est l'expansion monétaire** de la valeur d'une transaction entre un pôle ou agent de l'entreprise et un pôle ou agent externe à l'entreprise. En referant à un cycle d'exploitation la notion de prix apparaît doublement :

- par le biais des acquisitions des biens des services.
- par le biais des ventes ou des services.

**3\*/La notion de coût :**

C'est la représentation d'un ensemble de charges définies dans un objet donnée. L'accumulation de cet ensemble de charges permet de déterminée un coût.

En fait un coût peut être évalué à différents stades de processus de production.

Le coût de revient étant la valeur total d'un produit, au terme de sa transformation

**4\*/ Le concept de charges et de marges :**

Une charges est perçue comme étant une dépréciation voire une diminution de valeur pour l'entreprise se traduisant par :

- une diminution des fonds monétaires et financiers ( banques/ caisse)
- une dette auprès d'un tiers.
- Une diminution ou dépréciation de la valeur du patrimoine de l'entreprise (amortissement ou provisions)

#### **4/1\*/ Le concept de marge :**

Une marge présente un double aspect:

a\* Représente la différence entre un groupement de charges et montant des ventes effectuées.

b\* Représente les disponibilités nettes de l'entreprise dans le but de couvrir les charges autres que celles comprises dans le coût.

#### **\*/Section trois :**

**Répartition des charges indirectes:**

**731\* les trois méthodes :**

**furent élucidées par ( Einsetler) 1991.**

- la méthode du coefficient global d'imputation ( coefficient simple).
- La méthode des centres de frais.
- La méthode des sections homogènes.

#### **a/ La méthode des coefficients : (simple)**

Cette méthode ou procédé renvoie à l'imputation des charges indirects proportionnellement aux charges imputable...directement au produit en utilisant un coefficient calculé sur l'ensemble des éléments intégrés au processus de production.

**D'ou  $K = CIT/CDT$  k : étant le coefficient**

**CIT = Charges indirectes totales.**

**CDT = Charges directs totales.**

#### **b/ Méthode des coefficient multiples :**

- l'entreprise ne pouvant faire la distinction entre les charges ( directs ou indirectes ) procède à l'imputation des charges indirectes proportionnellement aux charges directes. Par centre d'activité, d'ou ressort plusieurs coefficients d'imputation .

$$KA = \frac{\text{Charges indirectes du centre d'activité}}{\text{Charges directes du centre d'activité.}}$$

### **Remarques :**

- la méthode des coefficient multiples répond plus ou moins aux attentes du gestionnaires vu que les résultats seraient plus objectifs. Par ailleurs il y'a lieu de préciser qu'il ne peut y'avoir une relation interdépendante entre charges directes et charges indirectes ce qui ne peut justifier la crédibilité de la première méthode qui globalise l'ensemble du processus de production.

### **c/ La technique des centres d'analyse :<sup>1</sup>**

Traditionnellement connue sous l'appellation de la méthode des sections homogènes. Une section est dite homogène lorsque le niveau de (découpage) obtenu est suffisant pour définir une unité d'activité appelée communément « Unité d'œuvre » permettant de mesurer et d'évaluer les prestations, fournies par la section destinée aux autres sections.

La méthode consiste par ailleurs à ventiler l'ensemble des charges incorporées (matières consommées, frais de main d'œuvre, amortissements....) en charges directes et charges indirectes.

Les charges directes sont affectées directement aux coûts, les charges indirectes sont ventilées entre les différentes sections, elles sont ainsi, nommée ( frais de section).

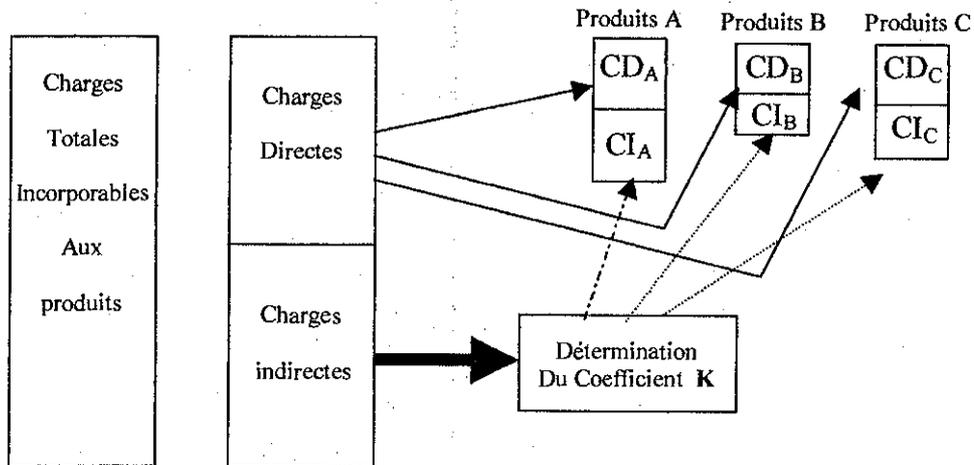
\* La consommation des charges est mesurée par nature et réparties par le biais de clés de répartition.

Il y'a lieu de préciser qu'il y'a répartition primaire dans un premier temps, puis s'ajoute la répartition secondaire qui consiste à répartir les charges des centres auxiliaires aux centres principaux. L'imputation finale détermine l'unité d'œuvre qui exprime la commune mesure des différents produits.

---

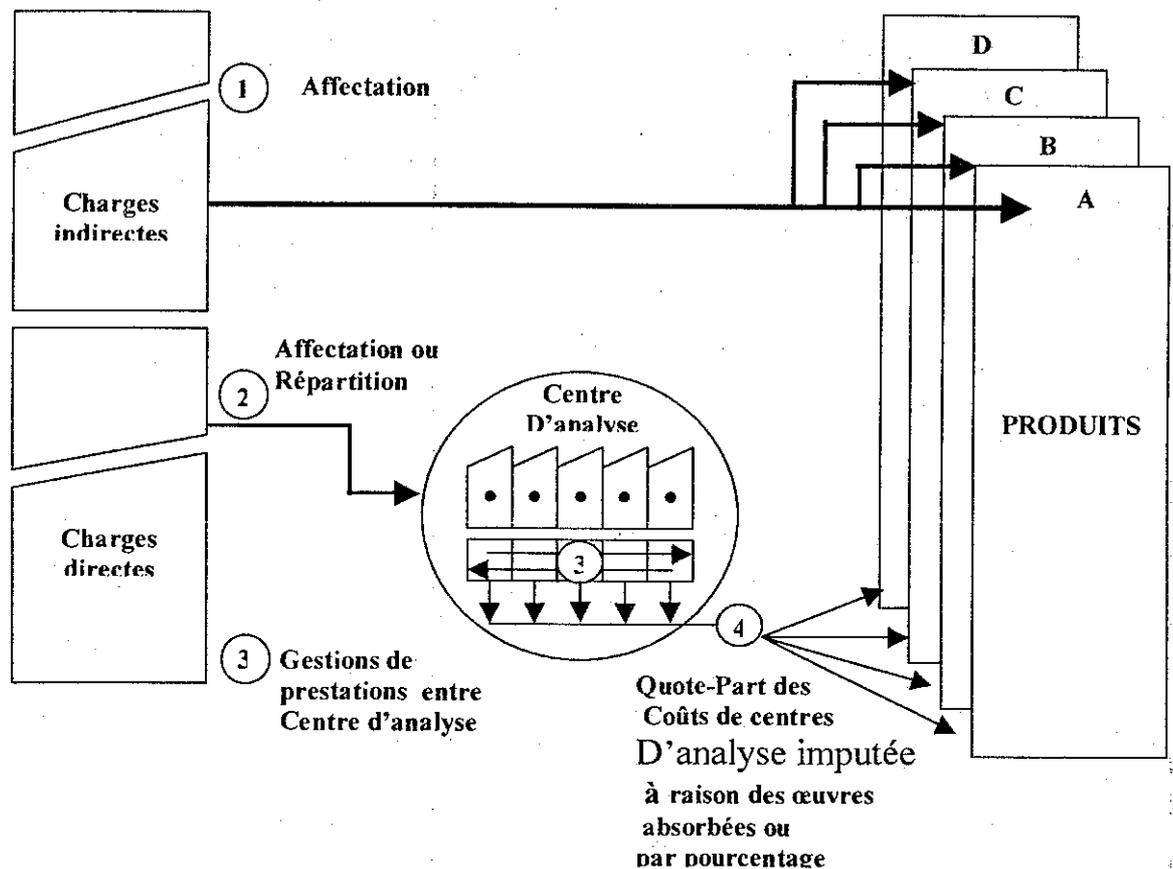
<sup>1</sup> (se référer au schémas) – charges directes et indirectes/ sources- Mikol-Degardier (1993).

## Schema N° I



Le Schéma suivant inspiré du niveau plan Comptable ( 1982 ) illustre le principe de la méthode des coefficients multiples

## Schema N° II



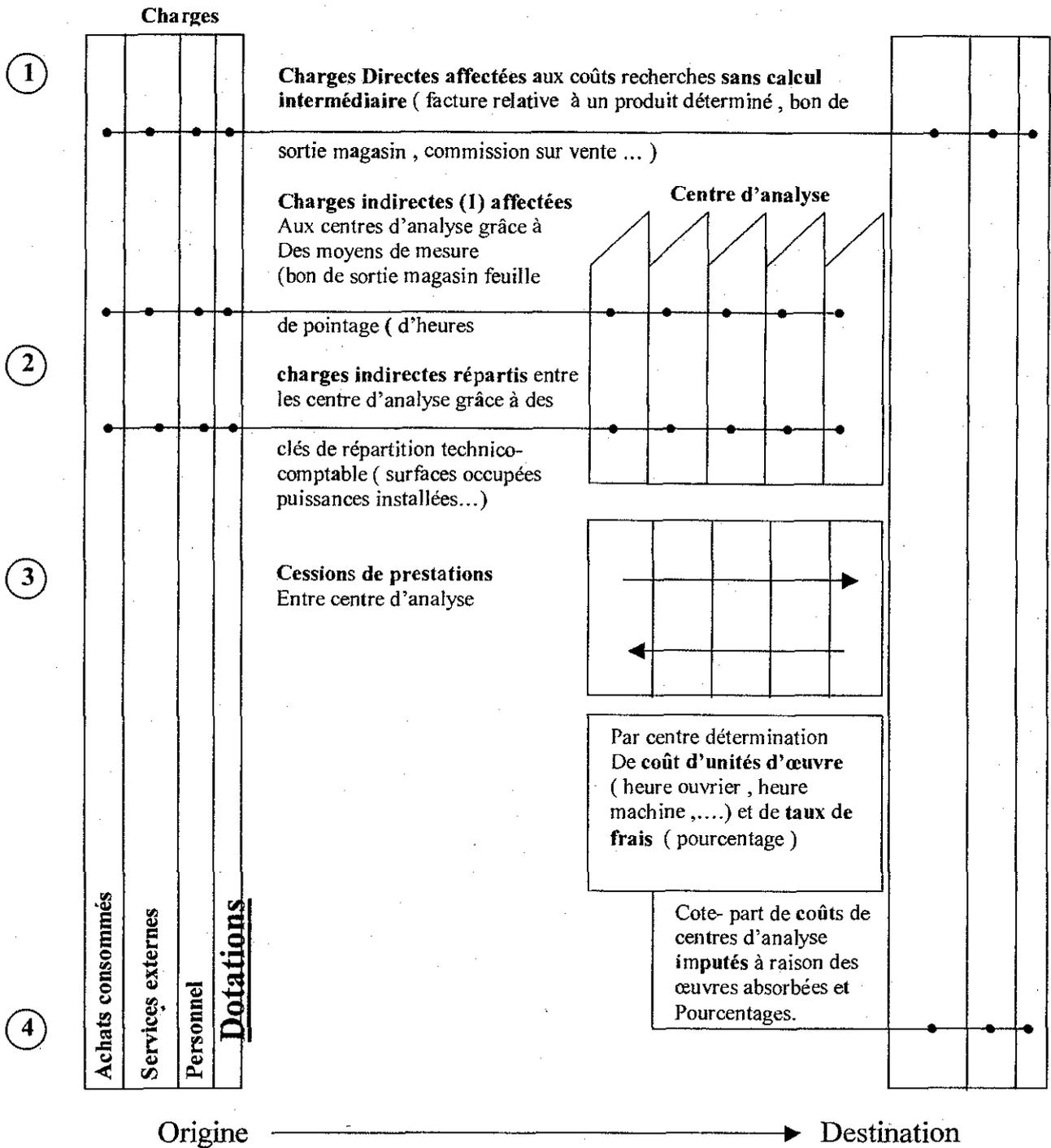
Source : Margerin et Ausset 1990, p.88

**Schema N° .3**

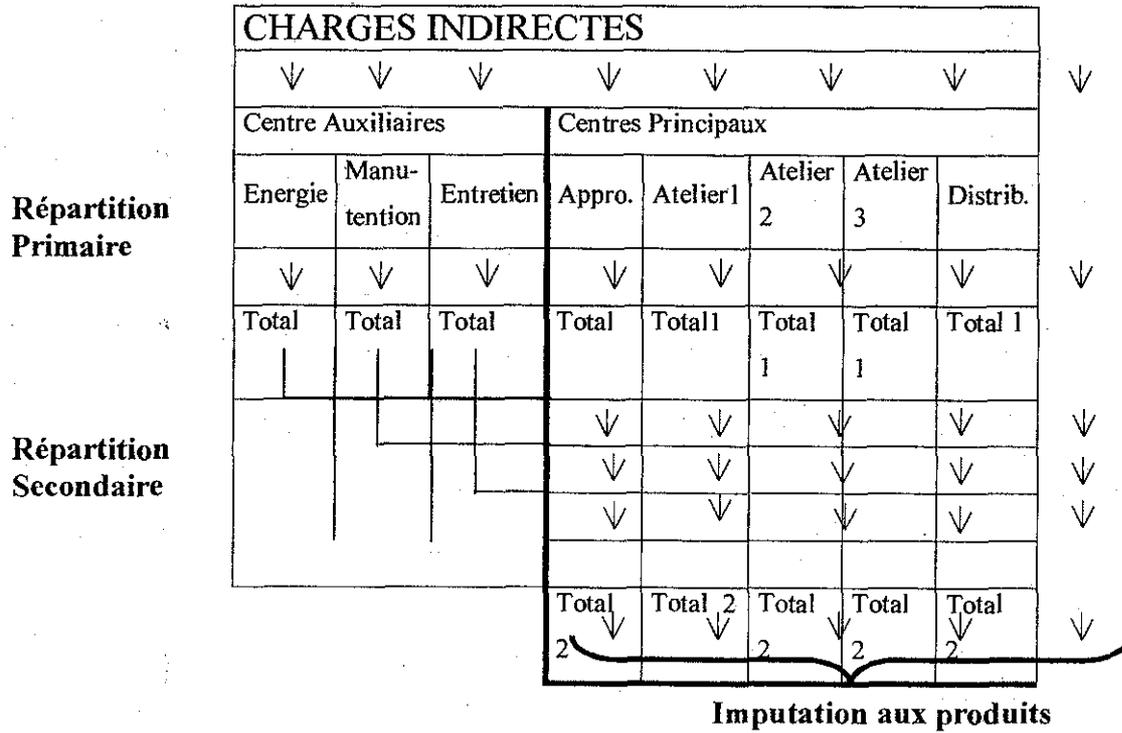
**Schéma du réseau ( source : plan comptable Français 1982 )**

Séquence de traitement  
Analytique des charges

Coûts de Produits  
De commandes d'activité



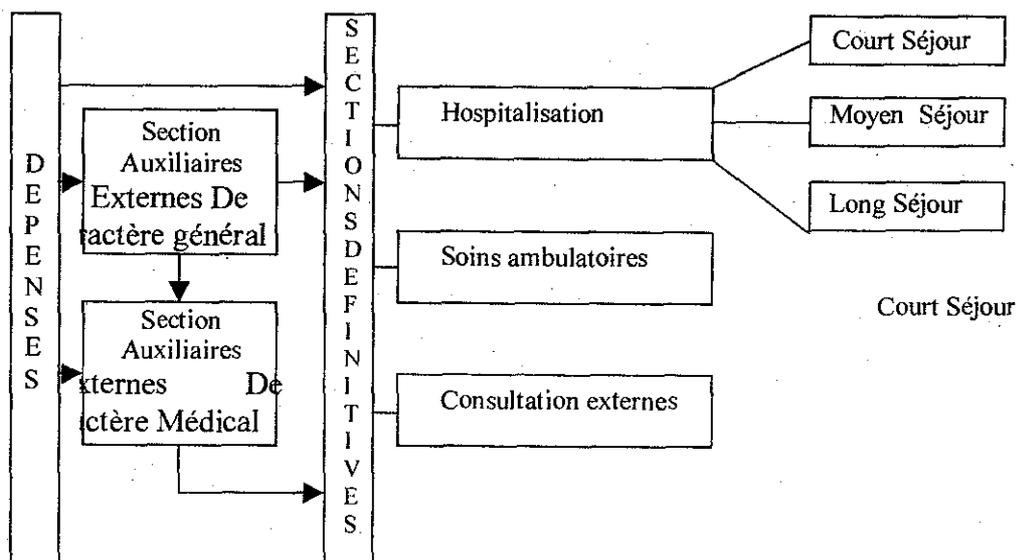
**Schéma démontrant le fonctionnement de la répartition dans les centres d'analyse conduisant aux coûts complets**  
**Schema N°4**



Source :Mikol de Guardia Stolowy 1993 p.71

## Organigramme des sections définitives de comptabilité analytique

### Schéma N°5



### \* Conclusion du chapitre sept:

La connaissance du produit hospitalier reste sujette à des instruments difficilement maîtrisables. Dans les hôpitaux particulièrement plusieurs expériences ont été réalisées par des chercheurs notamment Américains. La dernière étude met en relief les dépenses par «centre de responsabilité et consiste en une nouvelle comptabilité analytique répartissant les dépenses en cinq formations distinctes: administration, hôtellerie, examens radiologiques, soins et formation, et ensuite ériger un système de tarification reposant sur la nature des maladies et non les coûts réalisés, ce qui revient à recenser le maximum de pathologies répondant aux mêmes critères d'évaluation.

## CHAPITRE HUIT :

### \* / le fonctionnement des services cliniques :

#### Section une :

##### 811/ Les services cliniques :

La structure actuelle de l'organisation de l'hôpital permet d'assurer à cette institution une certaine stabilité en consacrant un relatif équilibre entre les influences de l'administration et du corps médical, entre la nécessité d'une rationalisation de l'emploi des moyens de plus en plus coûteux ,qui sont engagés pour les prestations de soins, et l'exigence d'indépendance ,dans une activité diagnostique et thérapeutique du corps médical .

Cette exigence peut se satisfaire d'une organisation fondée sur la répartition de l'hôpital en services d'hospitalisation placés sous la responsabilité d'un praticien chef de service. De plus cette structure autorise une spécialisation par partition ou création de services .

La volonté de rationalisation économique de l'administration est compatible avec la mise en commun de l'infrastructure médicale, hôtelière et administrative.

Les moyens en personnels, en produits et matériels sont collectés par les services administratifs et fournis, soit tels quels ,soit après une première transformation de nature médicale (services médico-techniques ou hôteliers services généraux sur la demande de ces derniers.

Les services d'hospitalisation constituent la cellule de base de l'organisation hospitalière ,ils sont formés de moyens thérapeutiques situés dans un même lieu .Les malades dont l'hospitalisation a été décidée, y reçoivent l'ensemble des soins que leur état nécessite, dans la mesure ou ils relèvent de l'hospitalisation.

Les services médico-techniques regroupent les moyens nécessaires à certaines prestations de caractère médical qui impliquent une spécialisation des personnels et des matériels .L'hôpital comprend ainsi un certain nombre de laboratoires ,de services de radiologie et de services d'exploration fonctionnels et de blocs opératoires.

Les services généraux assurent d'une part, les biens et services destinés à la prestation hôtelière (cuisine, lingerie) d'autre part l'entretien, le chauffage, de l'ensemble de l'établissement.

Les services administratifs assurent l'unité de cet ensemble, malgré la diversité de des centre de responsabilité. L'administration de l'hôpital perçoit les moyens financiers et se procurent les moyens humains et matériels dont besoins les services cliniques, techniques et généraux .L'organigramme des services administratifs varie selon les établissements, cependant les fonctions que doivent assurer ces services mènent à ces structures comparables.

- Les moyens prépondérants sont recrutés et gérés par les services des personnels.
- Les services des approvisionnements et les services des travaux procurent des moyens matériels nécessaires à l'activité. C'est en général de la direction de ces services que dépendent aussi les moyens généraux.
- Se référer à l'organigramme (organisation et fonctionnement des services: Emile levy :introduction à la gestion hospitalière page 63)

\* **La structuration globale de l'organisation hospitalière** en trois secteurs (les services d'hospitalisation ,les services médico-techniques et les services généraux). coordonnés par les services administratifs a été largement exposé, mais il est tout de même nécessaire de citer les problèmes qu'une structure peut poser:

-La mobilisation des moyens nécessaire: l'organisation hospitalière doit permettre de réunir et de mobiliser les moyens appropriés. Ces moyens, tant matériels qu'humains, sont à la fois de plus en plus spécialisés et coûteux .Dés lors on peut se demander si la structure actuelle de l'établissement permet de réaliser cette fonction dans les meilleures conditions.

La pratique médicale actuelle tend ainsi à concevoir les malades comme un tout relevant de plusieurs spécialités médicales .De plus une rationalisation de la gestion des matériels lourds spécialisés ,par l'optimisation de leur taux d'occupation impose l'élargissement de leur base de recrutement à plusieurs services .Ces conditions sont difficilement compatibles avec le droit de propriété du chef de service sur les malades et sur les matériels. La spécialisation du personnel paramédical peut aller dans le même sens. La fourniture des prestations appropriés à ceux dont l'état requiert ses services risque donc de remettre en cause structure par service de l'organisation hospitalière .La fourniture de ces prestation à un bon moment; lorsqu'il se pose un problème d'urgence ,peut pousser dans le même sens.

- Dans les services de soins ,l'uniformité de la gestion n'est pas non plus la règle, car ces services cliniques tendent à se différencier de plus en plus selon qu'il s'agit des services médicaux, ou des services généraux, cependant tout en notant leurs disparités, un schéma général peut être dégagé. La première tâche dans un service de soins, c'est l'élaboration des soins, mais il faudrait aussi établir le recrutement des malades en fonction des lits du service, et définir les modalités de sortie qui impriment un certain rythme de rotation d'activité.

### **812/ L'élaboration du diagnostic et la mise en oeuvre de la thérapeutique :**

C'est la conjonction de ces deux termes qui constituent L'acte médical. Mais cette division présente un caractère intellectuel et plus purement médical. Dans la réalité hospitalière, l'acte médical est plus volontiers scindé en deux temps la décision et l'exécution ,qui ne coïncident pas véritablement avec la première division (puisque dans le temps de la décision est incluse la prescription de la thérapeutique .mais reflètent la séparation du rôle médical (la décision) et du rôle de l'infirmier l'exécution).

### **813/ L'organisation matérielle du service <sup>1</sup>:**

Cette organisation dépend exclusivement de la pratique du chef de service et peut donc se modifier en fonction de celle ci .mais on retrouve à peut près partout le même type d'organisation.

Le chef de service ,ses assistants se répartissent souvent la responsabilité de secteurs de morbidité ,regroupant les malades selon les intérêts spécifiques de chacun .Ces secteurs représentent en moyenne 6 à 40 lits selon les spécialités .Pour chacun de ces secteurs il est souhaitable d'avoir un surveillant général chef .son rôle est presque totalement administratif.

A l'intérieur de chaque service les lits sont placés sous la responsabilité des internes qui accomplissent des fonctions quotidiennes de médecins traitants; avec une équipe d'infirmiers, ceci permet un meilleur suivi des malades et d'en assurer la permanence.

A l'intérieur de l'équipe médicale, la différenciation des rôles est souvent très forte .Les zones de compétences correspondent à des zones d'action et de prescription, elles sont fondées sur la même hiérarchie que les relations pédagogiques existants entre externes et internes, assistants et maîtres assistants. L'interne pose les premiers éléments du diagnostic, qui sera confirmé ensuite par le médecin chef de service .

Les contacts permanents s'organisent donc entre le malade et le corps para médical .L'infirmier n'a pas uniquement le rôle de simple exécutant mais qualifié pour la surveillance aussi médicale.

### ***3/ La gestion des personnels et matériels :***

Elle appartient au rôle traditionnel du surveillant médical, assurer la pérennité du service médical ,organise les rotations; les remplacements

---

<sup>1</sup> -référence :Emile Lévy gestion hospitalière page 103 à 108) Edition Dunod Paris 1983

les liaisons entre les équipes de jour de garde de nuit, le planning et l'affectation des tâches, s'occupe des visiteurs et des relations avec les services administratifs de la direction générale .

#### **814/ La gestion des entrées et sortie des malades du service<sup>1</sup> :**

Dans la dynamique nouvelle des hôpitaux vers la rentabilisation des moyens ,les services cherchent à programmer leurs entrées et sorties pour atteindre les objectifs qui leur sont propres :assurer un taux d'occupation maximal, obtenir un rythme de rotation rapide raccourcir la durée de séjour. Pour cela il est nécessaire de connaître les différentes modalités que peuvent suivre les hospitalisés:

Les deux cheminements pour entrer à l'hôpital sont traditionnellement;

l'urgence ou le service de porte.

L'urgence représente, comme son nom l'indique ,le cas d'entrée de force majeure qu'il faut orienter sans délai dans le service concerné de l'hôpital, ou un établissement de spécialité.

Le service de porte accueille tous les malades qui s'adressent à l'hôpital d'eux mêmes ou qui sont orientés par les médecins de leurs localités.

Dans ce cas précis ils prennent un rendez-vous d'hospitalisation ou de consultation selon le degré d'urgence de la pathologie.

Les consultations externes sont aussi à l'origine d'hospitalisations dont u le délai peut être différé dans le temps.

En fonction de ces différents modes d'entrée, e service s'il veut planifier son occupation, doit adopter des stratégies différentes pour parfaire son recrutement: e sont les services de médecine et de chirurgie qui sont astreints à recevoir des urgences, et doivent par conséquent réserver des lits vacants. En effet, les services cherchent de plus en plus à acquérir une certaine autonomie vis à vis de leur recrutement et donc à se décharger en matière de contraintes liées aux urgences ou aux services de porte .Dans cette optique ;il vaut mieux viser un fort taux d'occupation des lits du service qu'une forte rotation des malades .Dans l'hypothèse d'un taux d'occupation élevé et d'une rotation rapide des malades, e service se doit de fonctionner de manière parfaite pour la programmation des examens et des soins. l ne faut pas que la durée d'hospitalisation d'un malade soit allongée par des délais imposés pour faire effectuer un examen ou des analyses, u pour obtenir des résultats d'investigations .Les services techniques doivent pouvoir s'adapter aux rythmes imposés par les services cliniques.°

---

<sup>1</sup> (Cf/ ferry pierre et S.Karsenty 'pratiques médicales et systèmes hospitaliers 1974).

### **815/ Les services médico-techniques :**

Rentrent dans cette catégorie tous les services de l'hôpital qui participent à l'activité mais n'hébergent pas les malades, tels par exemple l'ensemble des laboratoires ,la pharmacie centrale, les service de radiologie etc...

Souvent le problème s'est posé de savoir s'il est plus rentable pour l'hôpital de regrouper les fonctions exercées par ces services en services centraux, ou les disséminer selon les besoins à l'intérieur des services cliniques. Les services médico-techniques jouent le rôle d'aide à l'élaboration du diagnostic, puis souvent de contrôle des thérapeutiques mises en place. Leur organisation interne doit donc répondre à l'organisation des services cliniques. eux critères fondamentaux permettent de juger de la qualité du service qu'ils offrent aux cliniciens:

La fiabilité et la rapidité. Si le premier est un critère interne au service qui ne dépend que de lui même, le second découle directement de la conformité aux besoins thérapeutiques, et la rapidité va résulter de l'organisation propre à ce service.

### **Section deux :**

#### **821\*/ La gestion des malades ;**

De façon générale la gestion des malades se confond et se limite à la gestion d'un dossier administratif, aboutissant au recouvrement des frais de séjour .Pourtant il semble qu'une véritable gestion des malades devrait inclure une prise en charge des besoins des malades, même autres que strictement thérapeutiques ou hôteliers, et tenir comptes problèmes organisationnels qui en découlent ou de la mise en place de systèmes intégrés de collectes et de traitement de l'information; beaucoup plus nombreuses et variées que celle imposées par une réglementation lourde et souvent confuse.

L'ensemble des données ainsi collectées pourrait alors permettre une connaissance de la morbidité hospitalière dont l'intérêt et le besoin se ressentent; tant pour la recherche médicale que pour la mise en place de politiques sanitaires nationales.

Nous pouvons donc définir à la suite de certains spécialistes une véritable gestion des malades comme :non plus seulement l'ensemble des tâches de collecte de l'information et de son traitement mais aussi toutes les actions pratiques permettant.

L'accès des malades à l'établissement et de leur sortie, dans les meilleures conditions possibles.

\_ La constitution pour chaque malade, d'un dossier administratif complet et accessible.

Le suivi des malades dans leur différents services d'hospitalisation et après leur hospitalisation primaire.

La relation avec les débiteurs:

malades ou organismes tiers payeurs et par la suite le recouvrement des frais de traitement.

\_ Les liaisons avec le service d'Etat civil.

\_ L'enregistrement des déclarations relatives aux autopsies et prélèvements.

\_ L'information des visiteurs.

\_ Le bien être des malades.

A partir de l'ensemble de ces données ,on pourrait alors mettre à la disposition des différents centres de responsabilité des statistiques d'activités extrêmement complètes.

Le circuit du malade peut comprendre les étapes suivantes:

- L'admission.

\* Le séjour et les actes thérapeutiques subis.

\* La sortie.

\* la facturation

\* le recouvrement des frais.

### **822/ Le service d'admission :**

Nommé communément le bureau des entrées, ou bureau des mouvements selon le vocabulaire hospitalier utilisé. C'est le service qui assure la gestion des malades. n règle générale, ses attributions sont similaires dans tout les établissements, sauf en ce qui concerne les opérations de facturation, dans de grands hôpitaux celle ci est rattachée aux services financiers.

a\* **Le bureau des entrées** doit:

\_ Collecter les informations saisies dans les services de soins ou les services médico-techniques.

\_ L'enregistrement du mouvement des malades à l'intérieur de l'établissement .entrées, sorties, transferts, consultations externes .

- La collecte des actes médicaux pratiqués sur chaque malade, tant en ce qui concerne la radiologie ,la biologie, la chirurgie ).

- La reconnaissance des débiteurs et leur prise de contact, facturation et recouvrement des frais médicaux .

- Les déclarations et renseignements divers concernant les malades; informations du public et visiteurs.

### **b\*/ La gestion des malades dans un système non intégré :**

Lorsqu'un, malade se présente à l'hôpital pour y être admis, il doit s'il est conscient accomplir les formalités d'admission le dossier comportera.

\_ Le billet de salle (numéro d'immatriculation qui indiquera tout les renseignements le concernant).

\_ l'indication des organismes appelés à prendre en charge les frais d'hospitalisation (le malade lui même, la sécurité sociale, le mode de paiement).

### **823/ Les statistiques globales de mouvement :**

A partir de ces renseignements le service des admissions ,outre le registre des matricules qui est tenu à jour ayant un double but:

\_ Constituer un recouplement des dossiers d'admission et des registres matricules.

\_ Permettre la relève des activités des services d'hospitalisation selon le nombre de malades admis, Le nombre de journées, la durée moyenne de séjour; le coefficient d'occupation.

\_ Disposer en permanence d'une connaissance de lits disponibles. Cette dernière activité ayant constituée durant les dernières années le point chaud de la gestion des malades.

### **1/ La collecte des actes :**

Le service des admissions, en tant que pivot de la facturation et des statistiques, recenser les actes médicaux et thérapeutiques pratiqués sur les malades durant leur séjours .les informations sont contenues dans le dossier médical établi dans les services des soins.

Pour les hospitalisés, le système est un peu complexe ,rappelons tout d'abord que les actes médicaux sont codifiés par des lettres clés:

- **B pour les actes de laboratoires**
- **k pour les actes chirurgicaux**
- **Z pour les actes de radiologie .**

A chaque acte est attaché un nombre représentant la cotation):

#### ***exemple:***

L'appendicectomie est **cotée K 50)** leur repérage est différent selon qu'il s'agit d'actes opératoires ou autres.

- La collecte des actes dans les blocs opératoires est faite au moyen de la fiche individuelle ou fiche navette.

- La collecte des actes est effectuée par le biais des bons d'examens, de couleurs diversifiées correspondant au type d'examen.

Une fois l'examen effectué le service exécutant renvoie au service demandeur les résultats sur feuillets et indique sur le talon la cotation de l'acte, en fonction de la nomenclature en vigueur.

La sortie ,la facturation et le recouvrement des frais de séjour :l'hospitalisé est interrogé sur les débiteurs qui doivent prendre en charge les frais de séjour ,le service des admissions doit prendre contact avec les tiers payants (assurances ;mutuelle ,action médicale).

Cela permet au gestionnaire d'établir les titres de recette .Dés lors que les informations sur le malade ne sont pas correctes une action de contentieux étant entamée .

### **La somme totale portée sur le titre de recette comprend :**

\_ D'une part de la multiplication **du prix de journée** par le temps passé dans chaque type de service relevant d'un prix différent. ce sera l'objet de notre étude).

\_ D'autre part **la facturation des honoraires médicaux** correspondant aux actes pratiqués.

De façon générale les caisse de sécurité sociale recevront (cas du système de tiers payant) **80%** ainsi des sommes calculées, le ticket modérateur à la charge du malade étant de **20%**, cependant dans bien des cas c'est la mutuelle qui en assure les frais.

La prise en charge par la sécurité sociale s'élève à **100%** dans certains cas tels :l'obstétrique ,certaines maladies relevant des pathologies infectieuses et certains actes opératoires dépassant un **K 50**.

Pour ce qui concerne les consultations externes, le paiement de la consultation ou ticket modérateur est souvent immédiatement par le malade au service des admissions ,il peut l'être aussi après émission d'un avis des sommes à payer.

### **- La gestion des malades par un système informatisé:**

Il existe pratiquement deux systèmes informatisés, l'un Américain, l'autre Français.

### **a/Gamm et sigma :**

Mis au point par l'assistance publique de Paris ,a été implanté après amélioration dans pratiquement tout les hôpitaux de France .

Ce système a pour but d'alléger les tâches administratives des différentes catégories de personnel paramédical ,médicales ,administrative, et technique. Par ailleurs le système permet d'effectuer les différentes statistiques d'activités cliniques, économique et financières.

Ainsi Sigma réalise une bonne intégration du traitement des informations puisque par exemple l'évènement entrée sera l'occasion

de:(1)Les éléments de ce paragraphe reprennent l'essentiel d'un article d'A.Cyprien et A.Grenon «un nouveau système informatique :le démarrage du nouveau système informatique de Sigma et au CHR de Bordeaux dans gestions hospitalières N°129 ,Octobre 1973,P.1033 à 1037.

- La création d'un dossier (fichier).
- D'un point de la statistique journalière.
- dossier de prise en charge.
- Facturation ultérieure.

#### **b/ Le M.I.S(Le médical information system ):**

Le MIS fonctionne dans un hôpital aux Etats Unis: toutes les informations concernant les malades sont traitées en temps réel, expérimentation étant faite dans certains hôpitaux de France .En Algérie, le système est opérationnel pour certains services dans les hôpitaux de la capitale.

Les Centres hospitalo-Universitaires en Algérie sont dotés de programmes et logiciels répondant au système de la gestion non intégrée  
Section trois:

#### **Section trois :**

##### **831\*/ La mesure des effets de l'activité hospitalière :**

Les indicateurs de l'état de santé : Certains chercheurs ont essayés de construire des échelles d'états de santé normalisées. a comparaison des positions à l'entrée et à la sortie de l'hôpital mesurerait l'efficacité hospitalière. ainsi Fanshel et Bush<sup>1</sup> s'appuient sur les difficultés croissantes que rencontre l'individu dans son activité pour définir une échelle des états de santé dont on indiquera simplement le titre de chaque échelon: bien être, déplaisir, inconfort ,invalidité mineure, invalidité majeure, incapable reclusabilité, isolé, coma, mort.

On pourrait donc mesurer l'activité d'un service selon que les patients transitent par les différentes étapes.

<sup>2</sup>Culyers, lavers et Williams ont quant à eux proposé d'analyser cet état selon deux dimensions: l'intensité de la maladie et sa durée.

L'intensité résulte sur une échelle construite sur le critère de la douleur.

Du point de vue pratique, le relevé de l'état de santé de chaque personne à l'entrée et à la sortie suppose des investigations

---

<sup>1</sup> S.Fanshel ,W.Bush : A health status index.-Operation research -vol .18 n° 6 nov/dec 1970.

<sup>2</sup> Culyer ,Lavers et Williams :social indicators :Health :in social trends n°-1971.

supplémentaires et coûteuses. L'administration doit donc rapprocher les effets de l'activité hospitalière de façon indirecte : elle ne pourra que définir des groupes de malades tels que, à l'intérieur de chaque groupe, l'effet de l'hospitalisation est présumé semblable d'un malade à l'autre.

C'est à l'intérieur de chaque groupe que pourront alors être comparé de façon significative, les prix de revient par malade. Nous pouvons sur ces bases, analyser les statistiques d'activités utilisés.

Les contraintes de la facturation ont amené les hôpitaux à évaluer leur activité par le nombre de journées d'hospitalisation, d'actes médicaux, d'admission et les ratios que sont la durée moyenne de séjour et le coefficient d'occupation.

### **832\* La journée d'hospitalisation :**

En tant qu'indicateur des effets produits par l'hospitalisation, le nombre de journées d'hospitalisation est basé sur la présomption.

Que chaque journée produit sur les mêmes effets .La division de l'hôpital en disciplines ,ou même en services ne semble pas améliorer sensiblement la signification de ce critère .

En tant que support de calcul du prix de revient ,la journée d'hospitalisation présente l'inconvénient d'ignorer le véritable bénéficiaire de la prestation :le malade. Ainsi une imputation directe et logique des coûts fondée sur la durée de journée d'hospitalisation aboutirait à calculer tous les coûts identifiables engagés à telle date et à les répartir entre tous les malades présents à cette date. Par contre ce critère présente l'avantage de simplifier la pratique de la facturation.

### **\*a/ Les entrées : l'admission**

Le nombre d'entrées est un critère d'activité qui recense le nombre de bénéficiaire de la prestation hospitalière .Son sens et sa valeur sont ceux du groupe de malades qui se composent ainsi.

En tant qu'indicateur les effets de la prestation ,le nombre des entrées, indique que tous les malades du groupe considéré ont obtenu les mêmes effets de leur hospitalisation. Sen tant que support de calcul des prix de revient, l'entrée est un critère de calcul plus logique que la journée puisque fondé sur la véritable unité de prestation: le malade. Les calculs sont alors peut être moins simples ,mais les résultats plus satisfaisants.

### **b\* La durée de séjour et le coefficient d'occupation :**

Représente le rapport du nombre de journées d'hospitalisation au nombre d'entrée ,la durée moyenne de séjour voit sa signification croître avec la cohérence du groupe pour lequel elle est calculée. Si pour ce

groupe les effets de l'hospitalisation peuvent être présumés semblables; la durée du séjour indique le temps d'immobilisation nécessaires à ces effets et doit donc être minimum.

Le coefficient d'occupation des lits indique la rationalité de l'affectation des lits mais ne renseigne sur l'activité proprement dite.

### **c\*/ Les actes médicaux : le victoria :<sup>1</sup>**

L'activité des praticiens est mesurée ,pour la facturation des honoraires ,par une nomenclature mise au point par les médecins de la sécurité sociale dans chaque discipline .Les hôpitaux européens ont tenté une expérience en élaborant un indicateur synthétique de l'activité (le victoria) en faisant la somme pondérée des actes médicaux effectués pour un ensemble déterminé de malades. La prestation médicale, présumée dominante, devient indicateur de la prestation hospitalière dans son ensemble.

Comme mesure des effets, cet indice présume que l'effet produit est mesurable par la qualité des prestations purement médicales. Ainsi un service ayant produit un nombre de victorias double de celui d'un autre service ,est présumé avoir des effets deux fois plus importants sur la santé des malades ,justifiant ainsi des coûts qui seraient doubles.

- En tant que support de calcul de prix de revient de l'hospitalisation ,li présente comme la journée, l'inconvénient d'ignorer le véritable bénéficiaire; le malade et d'opérer ainsi des péréquations peu justifiées.

Mais le victoria présente des inconvénients spécifiques dus à son mode de calcul:

- A l'intérieur d'une même discipline (chirurgie par exemple) la nomenclature de la sécurité sociale présente une certaine inertie par rapport à l'évolution réelles des pratiques médicales. De plus instrument de facturation à certains malades pour des raisons extra médicales.

- l'agrégation des lettres clés par tarifs, fondée sur l'idée d'une équivalence entre ces tarifs et les prix du marché, qui seraient des indicateurs de satisfaction des consommateurs, n'étant pas une référence car il n'indique pas le marché.

- **Cet indicateur** ,même parfait ferait abstraction de l'activité hospitalière autre que celle des praticiens .

- Aussi le victoria est construit à partir d' éléments élaborés dans une logique de mesure des moyens, lus que d'évaluation des effets .La **nomenclature** distingue un **K50** d'un **K 100**, non pas parce que l'on pense qu'une opération **K100** produit deux fois plus d'effets qu'une opération **K50**, mais parce qu'elle utilise deux fois plus de temps

---

<sup>1</sup> \_ \* ref:J.F./Caron (un indicateur d'activité :thèse de 3\*cycle. Année 1972 Paris IX Dauphine

praticiens (en qualité et en quantité. De même les tarifs sont fondés sur des comparaisons de moyens mis en oeuvre. Dès lors le Victoria le facteur de production médicale. Il est une sorte d'équivalent temps-praticien. Une gestion rationnelle ne peut dès lors le considérer comme indicateur d'activité ,à la fois d'effet et de moyens; sous peine de n'apporter aucun éléments nouveau .

Le victoria ne devrait donc être utilisé qu'avec la plus grande prudence.

Les statistiques retenues actuellement pour mesurer la prestation finale de l'hôpital ne paraissent pas pouvoir fonder une gestion rationnelle des moyens mis en œuvre.

## **CHAPITRE NEUF**

### **Le contrôle de gestion**

#### **Section une :**

##### **911 \*le contrôle de gestion a l'hôpital :**

Le contrôle de gestion Dans une entreprise privée, apparaît comme le contrôle du contrôle qui doit être effectué sur les mutations du patrimoine de l'entreprise afin de maximiser la rentabilité des capitaux .Il est donc lié au type de fonctionnement même de cette institution.

Dans l'hôpital, les capitaux avancés ,pour la fourniture des soins ,ne le sont pas dans l'espoir d'y trouver un surplus ,mais pour permettre la production de prestations dont l'utilité sociale est trop grande que son mode de production soit totalement soumis à une nécessité économique.

La logique privée, qui subordonnait la fonction technique à la fonction de gestion économique, fait place à une dualité entre ces deux fonctions, l'évidence de l'utilité du produit hospitalier assurant à la première une certaine autonomie .Cette dualité se traduit, comme nous l'avons déjà fait remarquer ,par une double autorité:

- Celle des fournisseurs de capitaux de l'Etat ou collectivités qui contrôlent la gestion de l'hôpital et tenteront de minimiser leur main mise.
- Celle des responsable de la pratique médicale.

De ce fait la gestion de l'entreprise ne pourrait atteindre la rationalité économique ,que celle dans le privé ,dont les objectifs sont hiérarchisés, même lorsqu'elles seront inspirées des pratiques de gestion modernes.

Mais lorsque la fonction de gestion voudra aller plus loin que la rationalité économique ;et qu'elle risquera de mettre en cause l'autonomie de la pratique médicale ,elle prendra une forme conflictuelle.

Le contrôle de la gestion à l'hôpital qu'impose, la aussi, la complexité de l'organisation se heurte à deux types de difficultés :

- Les objectifs ne peuvent être tous mesurés par leur dimension monétaires, ce qui rend difficile l'appréciation d'une gestion locale.
- Les objectifs positifs, étant donné la dualité des autorités techniques et économiques, ne peuvent qu'être l'objet d'un consensus conflictuel entre ces deux autorités.

Pour la mise en œuvre de l'analyse de la gestion, le ministère de tutelle, ayant adopté l'approche des comparaisons inter entreprises. Chaque hôpital ne pouvant sa gestion, ni par rapport à l'efficacité des prestations fournies, va le comparer à celle des autres hôpitaux. Les promoteurs de cette méthode espèrent une (émulsion) entre les hôpitaux, dans le cadre du contrôle des coûts.

### **Méthodologie :**

Les informations utilisées pour la comptabilité analytique des établissements sont centralisées au niveau central (ministère). Ces informations sont ensuite restituées aux hôpitaux sous la forme de profils, situant chaque établissement par rapport aux autres selon la méthode des déciles .

Les hôpitaux ont au préalable ,été regroupés selon la catégorie juridique (secteur sanitaire, C.H.U...) De plus les comparaisons, s'effectuent pour chaque groupe ,par secteurs et par type de spécialité :

- Secteur administratif : 7
- Services généraux : 3
- Services technico-économique : 5
- Services médicaux d'hospitalisation (19)

### **Les résultats prennent la forme:**

- D'une description de l'environnement de l'hôpital
- De la situation de chaque hôpital dans l'environnement par la technique (des moyennes de positions): Les valeurs sont classées par ordre croissant de façon à faire apparaître l'étendue de leur distribution selon enquête ( ministère Français de la santé 1971, rapport d'expertise ).

### **912/ contrôle de la gestion des services médicaux**

Ne pouvant se fonder sur une analyse purement économique ,le contrôle de la gestion de l'administration, par la comptabilité analytique, ou par les instruments plus spécifiquement destinés à ce contrôle est nécessairement conduit à une analyse de l'activité médicale.

Or les instruments décrits ne l'évaluent que très grossièrement.

#### **a/ Le tableau de bord :**

Afin d'échapper aux critiques de délai de prix de revient, l'administration ,ayant sélectionner, un certain nombre d'éléments qui devraient être confectionnés chaque trimestre ou mois, et concernent notamment:

- \_ Les statistiques de services.
- \_ Les moyens en personnels.
- \_ Les dépenses de médicaments.
- \_ Les consommations d'actes médicaux.

### **b/ Les budgets de services**<sup>1</sup>:

Un autre instrument est mis en place par les gestionnaires, qui doit permettre une réelle appréciation de la gestion : Il s'agit alors, toujours en prenant le service comme unité de base, de prendre en compte tous les postes de dépenses de valoriser chacun de ces postes, et de remplacer le recours à un service de référence par des normes, ces normes sont calculées par référence aux résultats passés et fixées en accord avec les responsables. Le document obtenu, devrait constituer et mettre en évidence un résultat d'exploitation qui traduit l'effet de l'activité du service sur l'équilibre financier de l'hôpital.

L'analyse comporte deux parties; D'une part, un budget adapté exprime les écarts entre les réalisations aux normes adaptées à l'activité réelle du service.

**Le budget de service** apparaît comme un véritable instrument de contrôle de gestion : cependant il souffre d'un certain nombre de difficultés techniques de réalisation qui risquent de rendre son utilisation problématique:

- La volonté d'obtenir des informations dans un délai court aboutit à l'utilisation des données assez anciennes pour établir des prévisions,
- La méthode des prévisions par extrapolation efface les évolutions techniques rapides.
- La comptabilité analytique n'est pas adaptée à la construction des budgets de service.
- L'amortissement des équipements n'apparaît qu'indirectement à travers les frais généraux et leur mode de calcul est sans rapport avec la valeur réelle de chaque service.
- Les honoraires médicaux sont toujours exclus du budget.

L'étude des instruments de contrôle de gestion mis en œuvre dans les hôpitaux a montré outre les imperfections de caractère technique qu'ils présentent, et qui sont dues le plus souvent à l'inertie du passé; que les principales limites de leur utilisation résident dans la pluralité d'interprétation des écarts, dues au manque de précision des indicateurs du produit hospitalier.

(les instruments de contrôle améliorés sont décrits : dans le livre de Gautier Grenon, Perchat et Omnes (L'analyse de gestion à l'hôpital) Hérald édition

une étape ultérieure du contrôle des coûts s'appuierait sur une meilleure approche de l'utilité concrète du produit hospitalier. Les expériences de contrôle de la qualité des soins tentant d'évaluer, dans certains cas les

---

<sup>1</sup> Les instruments de contrôle améliorés sont décrits dans le livre de M.M. Gauthier, Grenon, Perchat et Omnes dans le livre (Analyse de gestion à l'hôpital) Hérald édition 1975

effets des soins sur l'état de santé du patient, effet qui constitue le véritable output de la production hospitalière.

### **Section deux :**

#### **921\*/ la mise en oeuvre des moyens de trésorerie:**

Gérer la trésorerie pour les responsables de la gestion hospitalière, de connaître à tout moment la situation de la trésorerie et de prévoir son évolution sur une période suffisamment longue, pour qu'ils soient en mesure de faire face aux difficultés prévues.

A partir des documents comptables dont le plus important, étant la balance des comptes «de comptable de l'Etat» compte détenu par le receveur devant être établi tout les mois .Cette situation peut être résumée par le biais de ratios simples:

\_ Les disponibilités.

\_ Les créances à court termes.

\_ Les dettes à court termes.

Les disponibilités qui représentent les fonds devant être utilisés immédiatement (apparaissent au solde du compte trésor).

Les créances à court terme correspondent au solde débiteur des comptes de tiers .Au bilan ces comptes figurent à l'actif .

Les dettes à court terme correspondent aux soldes créditeurs des comptes de tiers à la balance .Au bilan elles figurent qu passif.

La balance des comptes étant la document de base du receveur permettant de reproduire la situation financière (trésorerie) de l'établissement établie une fois par mois. Il est nécessaire d'ajouter aux dettes à court terme ,le montant des dettes en cours de mandatement dans les bureaux de l'ordonnateur.

La comparaison de ces données permet de dégager des ratios susceptibles de contribuer à l'appréciation de la situation:

#### **\*le ratio de fond de roulement :**

$$R = \frac{\text{Créances à court terme} + \text{disponibilités}}{\text{Dettes à court terme}}$$

On considère généralement que ce ration doit avoir une valeur voisine de deux (2).

**\* Le Ratio de trésorerie:** = Disponibilité / Dette à court terme

Un établissement devrait avoir un ratio égal ou supérieurs à un (1) ,pour qu'il se permette de faire face à ses dettes .

#### **\*Le délai de recouvrement :**

$$R = \frac{\text{Produits hospitaliers}}{\text{Débiteurs (solde du compte 410)}}$$

Ce ratio exprime l'importance du délai de recouvrement des titres de recettes du receveur .

**\* Le délai de paiement aux fournisseurs :**

$$R = \text{Achats / fournisseurs (compte 400)}$$

Ce ratio permet de juger de l'importance du crédit accordé par les fournisseurs à l'hôpital, donc d'analyser les retards de paiements et par de conséquence de déterminer les agios qui risquent de peser sur l'établissement .

**\* Vitesse de rotation des stocks :**

$$R = \text{Stocks (débiteurs classe trois )/Consommations annuelles (crédits) x 365 j.}$$

Il permet par grande catégorie de stocks ,la couverture en jours des différentes consommations. On peut à l'aide de ce ratio, apprécier l'importance des stocks sachant de très grands stocks représentent une charge appréciable pour l'établissement.

**Les prévisions de trésorerie:**

Il est donc indispensable d'effectuer des prévisions rigoureuses afin de pouvoir, dans la mesure du possible d'adapter le niveau des décaissements à celui des encaissements .

\* Deux méthodes peuvent être utilisées :celle des bilans prévisionnels et celle de la situation des mouvements de fonds. Dans la pratique, la seconde est beaucoup plus employée car elle s'avère plus simple à mettre en oeuvre que" celle des bilans prévisionnels ..Comme son nom l'indique la méthode des bilans prévisionnels suppose une prévision de tout les postes du bilan à partir du dernier bilan connu ,et des mouvements qui peuvent être connus ,et des mouvements qui peuvent affecter ces postes au cours de l'exécution budgétaire .Par contre la situation des mouvements de fonds peut être mise en oeuvre assez rapidement (se référer au modèle berger levrault document comptable ).

Lorsque l'établissement par exemple exécute un programme un programme de travaux d'une certaine ampleur ,il est bon détenir en amont du tableau de synthèse un tableau propre à la trésorerie de l'investissement .Cette tache est préparée par l'élaboration des plans de trésorerie établis pour toute opération importante d'investissement.

**Section trois : prospection des besoins et marketing hospitalier**

**Le marketing hospitalier :**

931.Si l'hôpital se doit en effet de prospecter la demande de soins à laquelle il devra faire face pour préparer ses programmes d'investissements ,et les inscrire dans un cadre régional et national, cette activité ne saurait être identifiée à celle d'un service de marketing dans

une entreprise produisant des biens ou services privés de nature marchande.

La spécificité du marketing des biens et services collectifs réside dans le fait qu'il n'est pas possible de s'arrêter à la demande exprimée et qu'il est nécessaire d'aller à la recherche de vrais besoins. Mais dans le cas de l'hôpital, outre les difficultés techniques de définir ces besoins et de les révéler; on connaît la pesanteur de l'offre des services notamment nouveaux sur l'expression et l'intensité de ces besoins.

Ce qui intéresse le plus le gestionnaire de l'hôpital ou encore le planificateur, c'est un ensemble de perspectives qui traduite en termes de lits ou de surfaces (à implanter) de nouveaux services, d'équipements spécifiques ou de personnels, expriment des besoins qui continuent de traduire la domination de l'offre sur la demande. Dans la mesure où l'on peut se pencher sérieusement sur le problème; c'est d'abord au niveau des Besoins finaux qu'il faut s'interroger.

## **Conclusion du chapitre neuf**

La structure organisationnelle de l'hôpital permet d'assurer une certaine stabilité, aux différents partenaires en consacrant un relatif équilibre entre les influences de l'administration et du corps médical, entre la nécessité d'une rationalisation de l'emploi des moyens de plus en plus coûteux, qui sont engagés pour les prestations de soins, et l'exigence d'indépendance, dans son activité diagnostique et thérapeutique du corps médical :

- Cette exigence peut se satisfaire d'une organisation fondée sur la réparation de l'hôpital en services d'hospitalisation placé sous la responsabilité d'un praticien « chef de service ».

- La volonté de rationalisation économique de l'administration est compatible avec la mise en commun de l'infrastructure médicale, hôtelière et administrative.

- Les moyens en personnels, en produits et matériels sont collectés par les services administratifs et transférés dans un deuxième temps vers les services médico - techniques sur la demande de ces derniers.

- Les services d'hospitalisation constituent la cellule de base de l'organisation hospitalière. Ils sont formés d'un ensemble de moyens thérapeutique situés dans un même lieu. Les malades dont d'hospitalisation a été décidée, y reçoivent l'ensemble des soins que leur

état nécessite, dans la mesure où ils relèvent de la spécialisation du service.

- Les moyens médico- techniques regroupent les moyens nécessaires à certaines prestations de caractère médical qui impliquent une spécialisation des personnels et des matériels.

Pour entreprendre la détermination des coûts réels, il est nécessaire de disposer d'outils et de méthodes d'évaluation. La technique analytique comptable se présente comme la seule alternative possible de part son mode d'application.

Le coût qu'on est appelé à déterminer correspond à un processus développé ou niveau de l'établissement sanitaire. Pour identifier ce processus il est indispensable de disposer d'un certain nombre d'informations contenues dans des supports ou appréciés forfaitairement lorsque celles-ci ne sont pas disponibles.

**Le calcul d'un coût se fait généralement tout au long de l'année. Certains calculs se font trimestriellement ou semestriellement** ou encore sur la base d'un programme de santé. A noter que le calcul d'un coût n'est pas un calcul budgétaire, Car le coût réel est riche en information concernant sa structure et la détermination des inputs qui prennent la plus importante part tels les médicaments, les salaires, les produits consommables. Globalement le coût est l'expression des ressources monétaires mises en œuvre pour une production donnée ou la valeur des ressources engagées pour obtenir une production ou encore l'ensemble des moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation d'une production donnée.

La méthode la plus utilisée en analyse des coûts est celle qui consiste à comparer les coûts avec la quantité de « produits de santé », cependant, ceux à sont très difficiles à mesurer car la santé est difficilement quantifiable et qualifiable.

En milieu hospitalier par exemple, le calcul du coût par journée d'hospitalisation est souvent effectué. Il s'agit en fait d'un coût moyen par jour qui ne présente que très imparfaitement les coûts réels. En effet un malade hospitalisé donné ne consomme pas régulièrement la même quantité de soins chaque jour de son séjour. De plus chaque malade a un comportement et une demande différente dans un même hôpital, et à plus forte raison dans des hôpitaux différents...

Le calcul du coût par malade hospitalisé est beaucoup plus précis, mais le nombre très élevé des maladies, de leurs différentes formes ou stade d'évolution impose le recours à une classification. Celle-ci permettra la prise en compte d'un coût moyen des maladies vis à vis d'une consommation comparables. Il s'agit de constituer des groupes homogènes de malades (GHM), cette méthode de gestion importée des Etats-Unis a inspiré nombreux pays par leur projet de médicalisation.

## ETUDE DE CAS

### A/ Présentation générale du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen

Le centre hospitalo-universitaire de Tlemcen est un établissement public à caractère administratif doté la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ayant débuté ses activité en **1954** est devenu CHU par décret en **1986**.

En plus des soins qu'il prodigue, il est chargé d'assurer l'enseignement universitaire médical, la formation paramédicale, ainsi que l'éducation sanitaire. Placé sous tutelle du ministre de la santé pour ce qui concerne les activités médicales, et rattaché au ministre de l'enseignement supérieur pour ce qui concerne les programme pédagogique.

- Participe a la réalisation du programme de prévention et d'éducation sanitaire, assure la protection quotidienne de la population en besoin de santé en urgence, participe a la formation de médecin ( Graduée et post-graduée) en concours avec l'enseignement graduée.
- Le CHU de Tlemcen est composé de **23** services d'hospitalisation dont **7** services chirurgicaux et **16** services cliniques.

## L'organisation structurelle du C.H.U.de Tlemcen

SERVICES CHIRURGICAUX	SERVICES MEDICAUX
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgie A/B</li><li>- Traumatologie</li><li>- Oto-Rhino larynx...</li><li>- Gynécologie</li><li>- Chirurgie Dentaire</li><li>- C.C.I</li><li>- Ophtalmologie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Médecine Interne</li><li>- Diabétologie</li><li>- Dermatologie</li><li>- Néphrologie</li><li>- Hémodialyse</li><li>- Gastro-entérologie</li><li>- Cardiologie</li><li>- Infectieux</li><li>- Pneumo-phtisio</li><li>- Psychiatrie</li><li>- Hemato-clinique</li><li>- Urgence</li><li>- .....</li></ul>

L'établissement C.H.U. dispose de quatre directions principales annexées à la direction générale.

a/ La direction des ressources humaines.

b/ La direction des finances et du contrôle.

c/ La direction des moyens matériels.

d/ La direction des activités médicales et paramédicales.

(Selon l'arrête interministériel du 26/11/98.

### **1/ La direction des ressources humaines :**

Est composées de deux sous directions : la sous direction, des personnels qui est chargée de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et du service ; la sous direction de la formation et de la documentation est chargée de promouvoir l'activité pédagogique.

### **2/ La direction des finances et du contrôle :**

Est composées respectivement de la sous direction des finances et de la sous direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts. cette dernière structure est chargée de l'analyse et de la maîtrise des coûts, ainsi que de la facturation, l'objectif espéré avec l'institution de cette structure étant l'instauration d'une gestion rigoureuse des dépenses

budgétaires et en même temps définis et cerne les différents coûts que le biais notamment de la mise en pratique des méthodes comptables analytiques.

### **3/ La direction des moyens matériels :**

Regroupe trois sous directions, la sous direction des services économiques, la sous direction des produits pharmaceutiques de l'instrumentation et du consommable, et la sous direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance.

- Les services économiques sont chargés de la gestion des activités hôtelières.

### **4/ La direction des activités médicales et paramédicales :**

Regroupe trois sous directions: La sous direction des activités médicales, la sous direction des activités paramédicales, chargée de gérer et d'organiser les structures et activités ayant trait aux soins paramédicaux.

### **5/ La sous direction de la gestion administrative du malade :**

**Regroupe en son sein :**

- Le bureau des entrées.
- Le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio-thérapeutiques.

Nous avons limité notre étude à quelques services parmi ceux que nous avons énumérés, le service de la maternité qui est considéré comme un service où l'activité est très intense se subdivise en deux spécialités distinctes:

#### **1'obstétrique clinique**

#### **l'obstétrique chirurgicale .**

Les deux filières sont réparties en deux unités compactes regroupant 107 lits d'hospitalisation et pris en charge par un personnel médical et paramédical estimé au nombre de quatre vingt éléments entre praticiens spécialisés, assistants et agents d'exécution .

Médecins spécialistes .....	02
Médecins généralistes .....	07
Infirmiers en soins généraux ..	39
Sages femmes .....	24
Anesthésistes .....	08
Administratifs .....	03
Agents de service ... ..	17

En ce qui concerne les moyens en équipements; la totalité des équipements fut renouvelée au courant des cinq dernières années. La durée d'amortissement des équipements moyens ou lourds étant courte, et ce en raison du taux très élevé d'utilisation, on recense pratiquement plus de 5000 naissances par an sans compter le volet traitant des pathologies chroniques et nécessitant des actes opératoires en bloc pouvant dépasser les deux heures en intervention chirurgicales.

Le nombre de consultations en obstétrique aussi bien qu'en gynécologie s'accroît d'année en année, ce qui explique l'insuffisance des centres d'accueil en matière de radiodiagnostic et autres moyens de prospection dans les localités hors wilayates.

Le service de la maternité du CHU de Tlemcen n'est plus en mesure de prendre en charge la demande de la population, bien que le secteur privé absorbe les quelques.

**10%** des besoins recensés. Pour pallier à cette insuffisance, le ministère de la santé publique a opté pour la conception d'un complexe mère-enfants qui sera rattaché au budget **2001**.

L'effet de conventionnement avec le secteur privé ayant donné ses fruits et une nette amélioration dans la prise des patients sont pris en charge par deux blocs opératoires à option chirurgicales ; et d'un bloc d'accouchement pour les naissances pratiquées sans intervention chirurgicale (accouchement par voie basse).

Les patientes qui sont réceptionnées par le centre hospitalo-universitaire de Tlemcen proviennent de différentes zones, en plus des localités environnantes).

**30%** des patients appartiennent aux wilayates limitrophes, par manque ou insuffisance de médecins spécialistes.

Une vingtaine de lits est réservée pour la prise en charge et le traitement des pathologies chroniques (chimiothérapie).

Notre présente étude ne représente au fait qu'un modèle que nous voulions prendre comme référence en matière d'évaluation. On pourra peut être user du même procédé pour d'autres études similaires intra-hospitalière.

Nous avons utilisé dans notre cheminement un schéma de calcul très abordable ne faisant pas cas de technique ou de procédé complexe; deux méthodes d'approche dans le calcul des coûts.

**1/- l'évaluation du coût de revient d'un accouchement** (et prix de revient de journée hospitalière) en partant du coût global budgétaire élaboré par chapitre.

**2/- l'évaluation du coût de revient de journée d'hospitalisation** (acte d'obstétrique) en partant du coût de revient unitaire de l'élément

consommé. On constatera à l'issue des deux procédés la relative correspondance dans la production des résultats.

L'écart qui sépare les deux types de résultats se justifie dans la façon d'identifier la charge (directe et indirecte) imputable ou non imputable au calcul du coût final.

Nous constaterons par ailleurs que les charges auxiliaires ne sont jamais évaluées à leur juste coût par manque d'indicateurs ou ratios d'évaluation. Les coûts finaux auxquels on aboutira devront représenter en principe le coût de la prestation considérée. (coût à la production).

La question qui devra se poser d'elle même concernera le taux de marge à récupérer si les pouvoirs publics décideront de passer à la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ainsi que les partenaires économiques.

Une nécessaire évaluation étant donc plus que jamais indispensable.

Dans l'optique marketing l'hôpital public serait-il en mesure de définir sa marge de cash flow ou d'autofinancement ?

La réforme du système de gestion aura pour exigence, le passage au mode de gestion traditionnel au mode de gestion managérial, cela incitera à l'obligation de définir les moyens, de les évaluer en tenant compte sur l'aspect de rationalité.

Notre étude ne représente au fait qu'un échantillon qui servira peut être comme référence méthodologique pouvant être utilisée pour évaluer d'autres centres d'activité, ou structures similaires intra-hospitalière.

Au cours de notre analyse, nous avons usé de certaines pratiques usuelles ordinaires arithmétiques et comptables. Deux modes de calcul ont été mis en relief : d'une part l'appréciation des coûts partant des charges globales exprimées à partir du budget global de l'établissement, d'autre part l'appréciation des coûts partant du prix unitaire de l'élément estimé. On constatera à l'issue des deux procédés (non contradictoires au fait) la correspondance presque des résultats finaux atteints. L'écart qui sépare les deux analyses trouve sa justification dans la manière dont les charges trouvent leurs imputation dans les sections principales.

Nous constaterons par ailleurs que les charges auxiliaires ne sont pas maîtrisables à juste titre, par manque d'indicateurs quantifiables. Les coûts finaux auxquels on aboutira représentent au fait le coût à la production hospitalière, ou prix de revient de journée et de prise en charge hospitalière.

Notons par ailleurs que la marge bénéficiaire n'étant pas estimée du fait de l'absence de la fonction marketing qui est en contradiction des institutions prestataires de services publics et particulièrement la santé.

La question cadre qu'il faudrait se poser se situe au delà des résultats recherchés:

1 - de quelle manière donc et comment la rentabilité (hospitalière) est elle mesurée ?

2- Dans l'optique marketing, l'hôpital serait-il en mesure de réaliser les résultats escomptés ?

3- qu'elle serait le niveau de marge bénéficiaire afin de promouvoir le praticien ; l'institution, les partenaires économiques et sociaux ?

4- qu'elle serait la part de financement et d'autofinancement qui sera réservée à l'établissement afin de promouvoir et de régénérer son patrimoine .

Le passage du mode de gestion archaïque au mode de gestion managérial y trouverai ses fondements. Il est cependant impératif d'évaluer pour les raisons qu'on vient d'énumérer. Aussi il n'est pas sans importance que la sécurité du citoyen sur le plan sanitaire impose une nouvelle vision et l'adoption d'une stratégie devant permettre aux acteurs de la société d'être en concurrence perpétuelle, tant sur le plan de l'exercice de la profession, que sur le plan du marché des soins.

La qualité des prestations de soins serait tributaire de la mobilisation de tous les partenaires sociaux, ainsi la sécurité sociale, le citoyen ; les assurances économiques publiques et privées sont redevable du certaine rigueur quant à l'appréciation et la gestion des coûts telle est la problématique du système des soins en Algérie.

## **ETUDE DE CAS NUMERO UNE :**

### **\*- L'évaluation d'une prise en charge au service de maternité (gynécologie-obstétrique)**

#### **1- Procédé de calcul :**

a) - **la méthode des coûts globalisés** (c'est à dire extraction du coût de revient d'une activité en s'y référant à la proportion budgétaire qu'aurait consommé cette activité )

## **b) - la méthode du prix unitaire (individualisé)**

Cette méthode consiste à élaborer le calcul du prix de revient d'une activité tout en se basant sur le prix de revient réel unitaire c'est à dire individualisé de l'objet imputé .

### **2- Dans le but d'élaborer une architecture servant à définir les coûts dans un établissement hospitalier.**

il est sans doute nécessaire de collecter cinq types de données :

- 1- Données de types comptables.
- 2- Données de types extra comptables.
- 3- Données de types médicales.
- 4- Données de types économiques.
- 5- Données de types financières.

\*- **La première étape** consistera à la collecte des informations concernant la consommation des charges en prospectant les documents financiers et comptables (états et situations budgétaires).

\*- **La deuxième phase** concernera l'étude des ratios et les indicateurs de gestion que nous aurons à analyser comme information à caractère médicales.

\*- **La troisième phase** concernera, l'analyse des information de type économique et comptable, se rapportant aux charges directes et l'imputation des charges indirectes vers les section définitives .

L'analyse de données comptables, financières et cliniques nous fera aboutir en dernière instance à la détermination des différents coûts relatifs aux services cliniques à savoir, le prix de journée d'une hospitalisation propre à chaque service ainsi que le coût de journée par malade dans un service spécialisé.

Nous nous contenterons de limiter notre champ d'analyse pour quelques services seulement :

- a)- Le service de maternité gynécologie-obstétrique.

- b)- Le Service d'hémodialyse.
- c)- La banque de sang ou centre de transfusion sanguine:  
évaluation du prix de revient de la poche de sang.
- d)- Le Service de chirurgie générale :évaluation d'une prise en charge d'un patient en pré /per/ et post opératoire .

## **2- présentation de l'étude :**

**a-/ Evaluation des charges directes et indirectes.**

**b-/ Calcul du coût global d'une journée d'hospitalisation.**

**c-/ Calcul du coût global d'une prise en charge par malade**

**(cas de la maternité, hémodialyse, chirurgie).**

**d)Calcul de la prise en charge d'un acte opératoire en milieu chirurgical**

## **3- Moyens utilisés:**

Pour ce qui concerne les données financières, économique et comptable nous nous sommes servis des logiciels ( programmes informatique) évolués tel le **G.B** servant à la gestion budgétaire.

- le **G. Pers** (Personnel ) et
- l'Excel servant à la gestion des stocks et magasins
- (Epipharm.) :logiciel des gestion les produit pharmaceutiques).
- le logiciel **B.E** : servant à la gestion de bureau des d'admissions recense le mouvement journalier des malades , les bilans statistiques démographiques et cliniques)

## **4- Les indicateurs de gestion :**

**Nous avons recensé deux types d'indicateurs :**

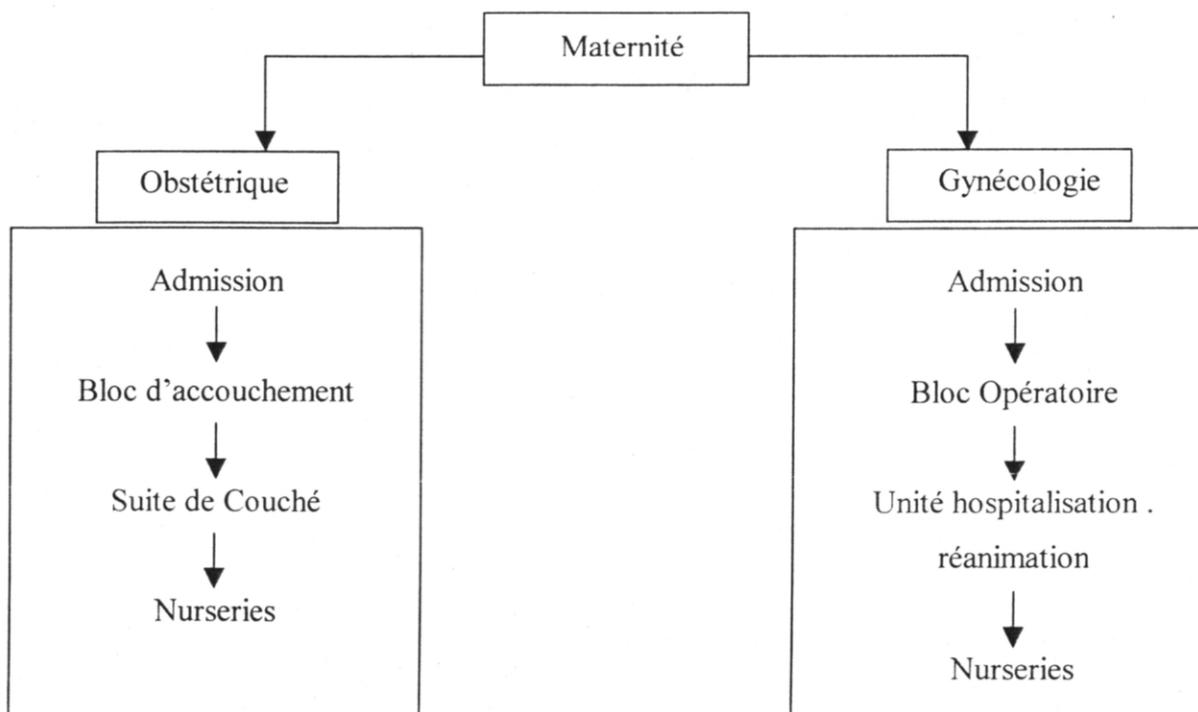
- **Les indicateurs ( d'activité) de gestion clinique.**
- **Les indicateurs économiques ( gestion économique).**

## A) - ARCHITECTURE DU SERVICE DE MATERNITE

le service de maternité du CHU est composé ,en 02 unités :  
-l'unité d'obstétrique et l'unité gynécologie

### \*- les principales structures:

- 1- Le service d'admission.
- 2 - Le Bloc d'accouchement gynécologique.
- 3 - L'Unité d'hospitalisation ( obstétrique ).
- 4 - L'Unité d'hospitalisation ( pathologie).
- 5 - La Nurserie ( suivi des nouveaux nés).



## **B)- Les Paramètres et Indicateurs d'évaluation :**

### **1- Activité Clinique :**

1. Nombre d'unité.
  2. Nombre de Lits.
  3. Nombre de journée d'hospitalisation.
  4. durée moyenne de séjour.
  5. taux d'occupation moyenne.
- Obstétrique -----**60.86**
- Gynécologie -----**72.40**

### **2- plateau technique : ( Equipements.....)**

1. Echographe.
  2. Scialytique Mobile.
  3. Table d'examen Gynécologique.
  4. Respirateur.
  5. table d'opération.
  6. Défibrillateur.
  7. Stérilisateur.
  8. Appareil D'anesthésie.
  9. Bistouri Electrique.
  10. Microscope Opérateur.
  11. Source de lumière Olympus.
  12. moniteur de Surveillance.
  13. Jeux Oscilloscope.
  14. Autoclave.
  15. Appareil cardio Secours.
  16. Electrochoc.
  17. Centrifugeuse Alvear.
- Investissement évalué aux environs de..... **1601.431.790**

- Valeur actuelle :-----(absence d'actualisation)

La charge d'amortissement étant Considérée Comme charge Indirecte.

### **3- Instrumentation :**

Les services du bloc opératoire utilisent pratiquement chaque jour trois (03) boites de 24 Instruments chaque jour la durée de vie de l'instrumentation ne peut dépassée cinq années

### **4- Médicaments et consommables à usage unique :**

Le service de la maternité est doté d'une pharmacie devant reprendre aux besoins quotidiens des patients . le gestionnaire tient une comptabilité , par unité et des fiches de stocks par produit consommé .

### **5- Produit d'entretien ménager et hôtellerie :**

La consommation des produits doit répondre aux besoins d'hygiène quotidienne.

Nous pouvons résumer l'essentiel des prestations comme suit :

- Une literie complète.
- Une vaisselle et des couverts.
- Un système d'évaluation des eaux usées et entretenu.
- Une alimentation, diabétique.

Le service, de l'économat tient une comptabilité régulière par service d'hospitalisation les bons et carnets de commande sont à l'usage des services cliniques et la dotation, se fait pratiquement chaque fin de semaine.

## 6- Les Indicateurs D'activité Clinique :

### a-) Mouvements des hospitalisés ( malades)

**Tableau un**

Total Services	Nbre Lits	Admis N.Malade	J.disp Service	T.O.M	DMDS	CRL	TAUX	DCD
23	789	21065	183735	66.98	08.72	26.69	03.25	686

1. Désignation des services.
2. Nombre de lits.
3. Nombre de journées d'hospitalisation.
4. Journées disponibles par services.
5. Taux d'occupation moyenne.
6. Durée moyenne de séjour.
7. Le coefficient de rotation de lit.
8. Le coefficient de totalité.
9. Le nombre de décès.

#### observation : Formule d'évaluation

$$\text{* - le taux d'occupation} = \frac{\text{Nombre de journées}}{\text{Nombre de Lits X 365 ( j )}}$$

$$\text{* - La durée Moyenne de séjour} = \frac{\text{Nombre de journées réalisés}}{\text{Nombre D'entrants}}$$

- Lits organisés : addition ou ajout de Lits dans un service pour une hospitalisation de courte durée et exceptionnelle.

- Sage femme.

**\*- les explorations Fonctionnelles Pré et Post – Opérateur**

9/ - Nombre de **K**.

10/ - Nombre de **B**.

11/ - Nombre de **K** (Instrumentales).

**D) - Activité Opératoire**

12/- Nombre de salles opératoires.

13/- Nombre Total D'intervention Effectuées dont acte en urgence.

14/- Nombre de **K** réalisée:

Equivalent ou égal à **50 K**.

**50 à 100 K**.

**100 à 250 K**.

Supérieur à **250 K**.

15/- Nombre d'intervention par jour et par salle d'opération.

16/- Nombre d'intervention par opérateur / **Jour / K**.

17/- Nombre D'actes D'anesthésie Générale.

18/- Nombre d'actes D'anesthésie Loco- régionale.

**E) – Les Indicateurs de gestion des moyens Parmi les indicateurs principaux on relève**

a) - Effectifs :

Tableau deux :

	Total services	Maternité / Gynécologie %	
Médical	228	25	10.96
Paramédical	658	26	08.51
Administration	140	06	4.28
Exploration	329	17	5.16
Totaux	1355	104	7.67

**b)- Rapport lits / effectifs :**

Le service de maternité gynécologie emploie ( 7.67 %) de l'effectif total de l'établissement , pour 789 lits et 114 lits répartis entre la maternité et le gynécologie soit  $114/789 = 14.45$ .

Le nombre total de service d'hospitalisation = 23

**Tableau trois :**

<b>1/ rapport lit / effectif = 104 / 1355</b>			<b>114</b> <b>789</b>
Obstétrique médical		Obstétrique chirurgical	
Lit	39	75	114 lits
Effectif	37	67	104 effectifs
( Lit /effectif )	<b>91.22 %</b>		

Coefficient de rotation / lit

**c) - Rapport malade / effectif****Tableau quatre :**

R.M / E	Service maternité	
	Obstétrique	Gynécologie
<b>Admission Hôpital</b>	5053	758
21065	137 Malade	12 malade

Nous dénombrerons une moyenne pondérée de 137 malades par unité d'effectif en obstétrique et 12 malades / an par unité d'effectif en gynécologie.

**Rapport Médicaux / Paramédicaux:/ malades :****Tableau cinq :**

	Obstétrique	Gynécologie
<b>Médicaux</b>	09	16
<b>Paramédicaux</b>	24	32
<b>Admission</b>	5053	758
<b>% Médical</b>	562	48
<b>% paramédical</b>	211	03

Nombre de patients prises en charge par corps et par spécialité

**d)- Indicateurs de Soutien Technique médical :**

**1- les actes Médicaux :**

La collecte des données est sujette au dénombrement des actes médicaux en actes et en coefficient.

La saisie se fait régulièrement par jour il s'agit de recenser:

- le nombre de consultation effectuée.
- le Nombre d'examen, radiologie.
- le nombre d'examen de laboratoire.

**2- Les unités d'œuvres et répartition des charges:**

- Nous distinguons deux types d'unité d'œuvre.
- l'unité d'œuvre représentant les actes médicaux l'unité d'œuvre concernant l'imputation des charges comptable.

le décret N° **58-283 du 12 novembre 1985** fixe la nomenclature générale des actes professionnels des médecins des chirurgiens dentistes pharmaciens et auxiliaires médicaux l'article du même décret , cite la cotation des actes professionnels que peuvent effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens dentistes les pharmaciens , les sages femme et auxiliaires.

Cette nomenclature servant de base de calcul des coûts et prix de revient médicaux , des activités entreprises aussi bien par le secteur public que par les organismes de sécurité sociale.

- la lettre clé et le coefficient, tout acte est désigné par une lettre et un coefficient.

- **la clé est définie** comme « un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés».

- **Le coefficient**, est « un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Code /Clé	Libelle
C	Consultation ( cabinet)
C.S	Consultation spécialisé
D	Acte pratiqué par chirurgien dentiste
K	Cas opératoire (acte)
VI	Victoria ( somme pende rée des actes)
R	Actes de radiologie /ionisante
A.M.I	Acte pratiqués par l’infirmier ou technicien
D	Actes de laboratoire
Karé	Anesthésie réanimation

1- pour ce qui concerne le médecin généraliste:

<b>Nature de l’acte</b>	<b>Lettre clef</b>	<b>Valeur de la Lettre Clef</b>
Consultation de jour au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis --	C	50,00 Da
Consultation de jour au cabinet pendant les jours fériés et vendredis-----	CJF	65,00 DA
Consultation nuit au cabinet -----	CN	65,00 Da
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis -----	V	75,00 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis -----	VJF	100,00 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade -----	VN	100,00 DA

2- Pour ce qui concerne le médecin spécialiste et le chirurgien – dentiste spécialiste, à l’exclusion du médecin spécialiste en psychiatrie.

<b>Nature de l’acte</b>	<b>Lettre clef</b>	<b>Valeur de la Lettre Clef</b>
Consultation de jour au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis --	CS	100,00 DA
Consultation de jour au cabinet pendant les jours fériés et vendredis-----	CSJF	125,00 DA
Consultation nuit au cabinet -----	CSN	125,00 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis -----	VS	150DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis -----	VSJF	175DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade -----	VSN	175DA

2- Pour ce qui concerne la sage femme et la technicienne supérieure en soins obstétricaux :

<b>Nature de l'acte</b>	<b>Lettre clef</b>	<b>Valeur de la Lettre Clef</b>
Consultation de jour au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis --	CSF	250,00 DA
Consultation de jour au cabinet pendant les jours fériés et vendredis-----	CSF.JF	35,00 DA
Consultation nuit au cabinet -----	CSF.N	35,00 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis -----	VSF	40,00 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis -----	VSF.JF	50,00 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade -----	VSF.N	60,00 DA

- La valeur monétaire des autres lettres est fixé comme suit :

<b><u>Nature de l'acte</u></b>	<b>Lettre clef</b>	<b>Valeur de la Lettre Clef</b>
Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie --	PC	11,00 DA
Actes de chirurgie et spécialité -----	K	11,00 DA
Actes pratiqués par le chirurgien dentiste spécialiste -----	DS	11,00 DA
Actes pratiqués par le chirurgien dentiste -----	D	9.50 DA
Actes utilisant les radiations ionisantes par le médecin ou le chirurgien Dentiste -----	R	12.50 DA
Soins infirmiers pratiqués par la sage femme et la technicienne en soins Obstétricaux -----	SFI	10.50 DA
Actes pratiqués par le kinésithérapeute -----	AMM	10.50 DA
Actes pratiqués par l'infirmier ou le technicien en soins infirmiers	AMI	10.50 DA
Actes d'analyse médicale -----	B	2,00 DA

### Observation :

Pour ce qui concerne notre étude de cas nous limiterons à quelques clés de radiologie de laboratoire de consultation et d'actes opératoire courantes mais non actualisées.

### -La Codification des actes en maternité :

Nature d'acte	Codification
Césarienne	K. 130
Curetage	K. 90.30
Episiotomie	K 90.30
Pathey	K. 213.30
H.V:B	K . 250 + 130
Cerclage de col	K 80. + 40
R.E.A ( accouch)	K 90. 30
Aparatomie	K 90.30
Kyste de l'ovaire	K80 +40
Nodule sein	K . 90 + 30
Césarienne + myo	K . 120 + 130
Rupture utérine	K . 120 + 60

- Le **K** désigne: le temps opératoire effectué par le pratiquant

- la deuxième valeur désigne ( le temps pratique effectué sous anesthésie)

**c) - Tarifs des actes médicaux : ( voir circulaire N° 1 du 06/01/1988)**

arrête interministériel .

du 4/07/1987 ainsi que décret n° 82-95 du 20/12/1982 fixant les tarifs d'actes médicaux et paramédicaux servant de base pour remboursement des assurés sociaux

- L'instruction n° 45/Cab/Ms du 18/02/1982 dont l'objet est l'actualisation des tarifs officiels des praticiens public et privés et devant service de base pour le remboursement sociaux. **[Voir tableau qui suivra].**

- le problème rencontré dans la tarification actuelle est que le prix indexé administrativement ne représente nullement les normes standard internationales. D’où l’appréciation du coût de revient ne peut se faire rationnellement.

- Nous tenterons néanmoins d’estimer le coût de l’acte en se basant sur la consommation des centres de frais.

- Le prix « administratif » maximum de journée d’hospitalisation dans les services cliniques est évalué à **100.00** le prix de revient inclus les frais d’hôtellerie uniquement sans considération, des prestations de soins afin de préserver la gratuité des services rendus par l’établissement et garanti constitutionnellement par l’état.

**F) - L’unité d’œuvre servant d’imputation des charges comptables**

Nous retiendrons pour notre étude la nomenclature des unités d’œuvres de finies dans le code méthodologie de la comptabilité analytique 1988.

Activités	Unités d’œuvres
1- Administration	Total des charges en DA en unité monétaire
2 - Personnel ( salaires )	Charge salaire ( unité monétaire )
3 - Charges économiques	Total charges dépense ( U.M)
4 – Gestion malades	Entrées – journées d’hospitalisation
5 – Energie Eau Gaz électricité	Dépenses effectuées / JH
6 - Blanchisserie	Dépenses effectuées / Nbre Kilos linge
7 – Restauration	Nombre de repas Servis
8 - Transport ( parc)	Nombre de km effectué
9 - Hospitalisation	Nombre d’entrant
10 - consultation (C)	Nombre de consultation
11- Pharmacie	Comptabilité , matière pharmacie
12 – Laboratoire ( B)	Nombre des B effectués
13 – Radiologie	Nombre des R effectués
14 - Actes opératoire ( R)	Nombre des R effectués

## **G )- les section principales :**

L'intégration et la mise en application de la technique comptable analytique suppose et exige le découpage de l'établissement en centres d'analyse ou section homogènes .

- Les sections principales ne sont au fait que les services d'hospitalisation, qui enregistrant à cet effet des charges imputées directement.

### **a-) les centres de coûts:**

Pour ce qui concerne établissement hospitalière les centres de coûts sont représentés comme on l'a défini auparavant par les services d'hospitalisation clinique pour ce qui concerne le centre hospitalière de Tlemcen il est composé de **21** services ainsi deux service créés récemment .

### **1- Les services chirurgicaux**

- 1- chirurgie A et B.
- 2- service de maternité ( gynécologie, obstétrique).
- 3- l' ophtalmologie.
- 4- le urgence médico chirurgicales.
- 5- La chirurgie dentaire.
- 6- Service ORL.
- 7- Service Traumatologie.
- 8- Le service chirurgie infantile.
- 9- Le service de neurochirurgie.

### **2- les Service médicaux :**

- 10- médecine interne.
- 11- les maladies infectieuses.
- 12- la psychiatrie.
- 13- la médecine nucléaire.
- 14- l'hématologie.

- 15- la neurologie.
- 16- la dermatologie.
- 17- la cardiologie.
- 18- le service de médecine de travail.
- 19- Service de néphrologie.
- 20- Le service de Phtisiologie.
- 21- Le service de rééducation fonctionnelle.
- 22- La médecine légale.
- 23- Castro – entérologie.

#### **H)-Classification des charges**

Nous avons élaboré une classification des charges en charges directes et indirectes pour faciliter l'imputation avec les centres d'activité principales.

**1) – les charges directes :** (classées selon le tableau en annexe).

- a/ les dépenses hôtelières (hébergement + alimentation + literie)
- b/ les dépenses de pharmacie (médicaments + solutés).
- d/ les dépenses en équipements biomédical et exploration.
- e/ maintenance.
- f/ gaz et fluides médicaux (énergie).
- g/ instrumentation.
- h/ traitement (salaires).

**Observation:** il est à constater que pour simplifier la comptabilisation des charges, nous nous sommes efforcés de regrouper le maximum possible dans la classification que nous proposons

**a-) les dépenses hôtelleries :** représentent

- 601 l'alimentation.
- 602 l'habillement et lingerie.
- 6201 transport des malades.

### **b-) les dépenses de pharmacies:**

Le CHU de Tlemcen possède un stock de produits pharmaceutiques répartis entre trois grand magasins

Magasin A, Magasin B, Magasin C. Nous avons considéré que les magasins A et B sont des magasins de distribution fréquente et sont rattaché de part les petites pharmacies de service aux centres de goûts ou principale à savoir les services d'hospitalisation:

- Pharmacie A / = Médicaments + solutés (primaires)
- Pharmacie B/ = Solutés + réactifs
- Pharmacie C/ = consommables à usages unique + instrumentations

### **c-) Les dépenses en équipement / Instrumentation ( Amortissements)**

cette rubrique de dépense, enregistre les opérations de dépense liés aux achats et commande annuelles loué au service l'évaluation se fera en fonction des affectations opérées pour le besoin du bloc opératoire en ce qui concerne essentiellement:

1°/ Instrumentations Médicale.

2°/ les équipements biomédicaux dont la durée d'amortissement étant de délai moyen (une à trois) ou cinq ans.

### **d-) Maintenance ( travaux de maintenance courante):**

Les travaux de maintenance courante, concernent les opérations, des pannes et défections courantes des appareils biomédicaux et d'exploitation.

### **e-) Les fluides médicaux et gaz + énergies :**

1)- **Les fluides médicaux** : concernent les produits utilisés par l'établissement pour les besoins de réanimation en bloc et en post opératoire tels :

- L'oxygène Médical.
- Protoxyde d'azote.

**2)- l'énergie électrique : ( 6122 gaz ,6123 électricité )** : concerne L'électricité, à ce titre il faut noter que les services sont dotés de compteurs électrique liées à un des groupe électrogènes établit en réseaux.

L'évaluation du coût de l'électricité peut se faire selon la capacité en lit en surface ainsi qu'en équipement biomédical.

L'évaluation se fait trimestriellement.

**f)- L'énergie hydraulique (6121):**

Les services cliniques ainsi les ateliers sont alimentés par des bâches d'eau et évalué par les services administratifs trimestriellement en fonction du barème de l'office EPEOR (entreprise publique de gestion des eaux)

**g)- Instrumentation et accessoires: ( compte 6131 matériel et outillage médical)**

les charges directs de l'instrumentation concernent les objets accessoires utilisés par les opérateurs chirurgiens et autres et qui ont une durée de vie très faible du fait de leur fragilité que l'on nommera produit et accessoires à l'usage unique.

**h)- Traitement et salaires:**

cette rubrique de charges directes concernent les salaires et traitements mensuels rapporté à l'année ( voir annexe ) qui comprennent:

- Le traitement de base.
- Les gardes médicales.
- Les garde paramédicales.
- Les salaires des administratifs.
- Les traitements des agents d'exploitations et autres.
- Les indemnité calculé selon le statut.
- Les primes semestriellement opérées durant l'année.

- Diminution faite pour les cotisations et impôts qu'on ajoutera, pour le compte de l'employeur.

- Le montant inscrit dans la rubrique des coûts global fait ressortie la masse globale des salaires imputés au service de maternité, gynécologie

**i)- les coûts relevant de l'administration:**

Sont classés en coût directe et indirects certains agent sont liés directement au service de maternité et opèrent au niveau du secrétariat médical, les autres charges administratives sont, traites comme charge de soutien administratif cela concerne les services rattachés à la direction générale.

**J)- les charges de radiologie :**

Comme soutien technique, s'intègrent, comme charges relatives au plateau technique certains économiste considèrent que les frais de radiologie accompagnent les charges directes dans la détermination de prix de revient elles sont comptabilisées selon la codification dresse par la nomenclature pour ce qui concerne la méthode des charges globalisés il nous appartient d'évaluer le coût de « R » en fonction de la consommation globale du service de radiologie central on devra déterminer le nombre des R effectués le nature des R effectués par service et moyenne pondérée par malade hospitalisé pour ce qui concerne les consultations externes (les actes de radiologie ne peut être pris en comptes dans le calcul de prix de journée global étant donnée, que cela ne concernera que les malades pris en charge en hospitalisation internée.

**1) - Les examens radiologiques sont , comptabilisés par trimestre :**

- Il existe quatre unités de radiologie :

- La radio centrale.
- L'échographie (unité).
- Médecine nucléaire (service + unité).

Le service de maternité gynécologie utilise échographes pour prendre en charge les examens de position de diagnostic à la consultation.

- le décompte statistique est effectué en fonction de dénombrement des ordonnances et bons de radiologie ainsi que les registre de main courante tenus au niveau de chaque service.

Bilan d'activité / base année (96 – 97 - 98) Moyenne pondérée

**Tableau six**

	<b>Nombres d'examens radiologiques</b>				
<b>Unités</b>	<b>1°/ Trimestre</b>	<b>2°/ Trimestre</b>	<b>3°/ Trimestre</b>	<b>4°/ Trimestre</b>	<b>Total</b>
<b>Radio Central</b>	89420	77300	41890	51710	260320
<b>Echographie</b>	67280	103280	92570	107220	370350
<b>Médecine Nucléaire</b>	203060	80300	90420	112030	485810
<b>E.C.G « Urgence »</b>	4400	4000	3900	4155	16455
<b>Totaux</b>	<b>364160</b>	<b>264880</b>	<b>288780</b>	<b>275115</b>	<b>1132935</b>

Le tableau ci contre ne tient pas des opérations fonctionnelles et endoscopiques.

**k)- Les charges de laboratoires:**

- Le centre hospitalo-universitaire est doté de quatre laboratoires servant de soutien technique à tous les services d'hospitalisations.

- Laboratoire central : prend en charge les hospitalisés ainsi que les consultations extra hospitalières.

Quelques service sont doté de petits laboratoires devant produire des bilans d'externes urgence tel le service d'hémato clinique ainsi que le service de néphrologie hémodialyse.

- Le service de maternité gynécologie dépend du laboratoire des urgences ainsi que celui du centre de transfusion sanguine.

**Tableau sept**

Unités	Nombres d'examens (base 1998 ) laboratoire d'analyse				
	1°/ Trimestre	2°/ Trimestre	3°/ Trimestre	4°/ Trimestre	Totaux
Biochimie	380 000	260 300	880 600	32 5230	1846130
Hematologie	286 490	280 702	251 220	296327	11147739
Immunologie	474 362	459 840	520 430	658272	2112904
Cytopatho	231 285	273 452	221 485	52237	778459
Hémodialyse	537 25	54 315	39 375	63726	211141
Médecine nucléaire	224 015	97 200	15 270	98249	434734

Nous aurons à considérée pour effectuer nos calculs concernant le service de gynécologie maternité le nombre d'entrant / moyen par journée d'hospitalisation et le nombre d'acte demandé pour N diagnostic normal dans les deux cas césarienne ou accouchement par voie basse.

### **l)- Produits de pharmacies**

Concernent ; les produits qui ne sont pas rattachés à la médication du malade et servent de réactifs aux laboratoires et équipements biomédicaux .

### **m)- Structure des charges :**

#### **1-Les charges directes**

A. Dépense (des charges de personnels)

Médicaux – paramédicaux – autres.

- B. Pharmacies: (Produit Pharmaceutiques).
- C. Gaz Médicaux / Fluides / Energie autres.
- D. Laboratoires + ( bilans + test ).
- E. Radiologie (Films).

**2-Les charges Indirectes**

- F. Administration.
- G. Hôtellerie.
- H. Maintenance.
- I. Amortissement Outillage / Equipement.

Répartition des directes (annuelles).

**Tableau huit :** valeur en (da)

Service	A Personnel	B Pharmacie	C Fluides/Energie	D laboratoire	E radiologie	Total	Nbre/ lits
Obstétrique	5710457,88	3310558	1207797	1044092,55	1040000,00	12312904 ,8	39
Gynécologie Pathologie	13324402	7724636	2818192	2436215,95	2422000,00	28725444,48	75
<b>Total</b>	<b>190334860</b>	<b>11035194</b>	<b>4025988</b>	<b>3480308,50</b>	<b>3460000,00</b>	<b>41036349,30</b>	<b>114</b>

B. = les charges de rubrique concernent les médicaments plus les produits à usages unique.

Montant global pour l'ensemble des structures =

**Répartition des charges directes ( annuelles )**

**Tableau neuf :** valeur en (da)

Service	F Administration	G Hôtellerie	H maintenance	I Amor/ outillage / equip	Total
<u>Obstétrique</u>	37743,64	337582,60	32243,55	360859,08	76842887
Gynécologie	88068,48	787692,71	75234,92	842004,50	1. 793000,61
<b>Total</b>	<b>125872,12</b>	<b>1125275,47</b>	<b>107478,47</b>	<b>1202863,48</b>	<b>2561429,48</b>

Les charges de (F) sont imputées selon l'évaluation des dépenses concernées

**4025987,98** = montant global pour (32) structures hospitalières

imputation moyenne = **4025987,98 / 32 = 125812,12**

les charge de maintenances : calculées selon taux horaires du contrat **320,00** l'heure l'intervention

\*- Maintenance : le CHU dispose de **813** équipements biomédicaux

- dont **723** sont opérationnelles soit **88 %** du total

- Pièces de rechanges —————> **324.000.000**

- Entretien et réparation —————> **695700.000**

- Entretien de matériels —————> **190.000.000**

- Total —————> **1.209.700.000** da

\*- Consommation Maternité ———> **107478,47**

\*- Soit / unité **107478,47 / 17 = 6322,26 / Annuel**

**Récapitulation des charges directes (en da)****Tableau dix**

<b>Désignation des charges</b>	<b>Coût annuel</b>	<b>Coût mensuel</b>	<b>Coût de journée</b>
<b>Valeur (da)</b>			
<b>A. Personnels</b>	<b>19034859.60</b>	<b>2586238.30</b>	<b>52874.61</b>
1-Obstétrique	5710457.88	475871.49	15862.38
2-Gynécologie	13324401.70	1110366.80	37012.22
3-Coût / Lit	166972.45	13914.37	463.81
<b>B. Pharmacies</b>	<b>11035193.22</b>	<b>919599.43</b>	<b>30653.31</b>
1-Obstétrique	3310557.97	275879.83	9195.99
2-Gynécologie	7724635.25	643719.60	21457.32
3-Coût / Lit	96799.94	8066.66	268.88
<b>C. Fluides / Energie</b>	<b>4025987.98</b>	<b>335498.99</b>	<b>11183.29</b>
1-Obstétrique	1207796.40	100649.70	3354.99
2-Gynécologie	2818191.58	234849.29	7828.30
3-Coût / Lit	35315.68	2942.97	98.09
<b>D. Laboratoires</b>	<b>3480308.50</b>	<b>290025.70</b>	<b>9667.52</b>
1-Obstétrique	1044092.55	87007.71	2900.25
2-Gynécologie	24362115.95	203017.99	6767.26
3-Coût / Lit			
<b>E. Radiologie</b>	<b>3460000.00</b>	<b>288333.33</b>	<b>9611.11</b>
1-Obstétrique	1040000.00	86666.66	2888.88
2-Gynécologie	24220000.00	201833.33	6727.77
3-Coût / Lit	30350.87	2529.23	84.30

## Récapitulation des charges indirectes

Tableau onze

Désignation des charges	Coût annuel	Coût mensuel	Coût de journée
<b>F . Administration</b>	<b>125812.12</b>	<b>10484.34</b>	<b>349.47</b>
1-Obstétrique	37743.64	3145.30	104.84
2-Gynécologie	88068.48	7339.04	244.63
3-Coût / Lit	1103.61	91.96	3.06
valeur (da)			
<b>G.Hôtellerie</b>	<b>1125275.31</b>	<b>93772.94</b>	<b>3125.76</b>
1-Obstétrique	337582.60	28131.88	937.72
S2-Gynécologie ( Bloc)	787692.71	65641.05	2188.03
3-Coût / Lit	9870.83	822.56	27.41
<b>H. Maintenance</b>	<b>107478.47</b>	<b>8956.53</b>	<b>298.55</b>
1-Obstétrique A.N	32243.55	2686.96	89.56
(U.B)	75234.92	6269.57	208.98
2-Gynécologie A.V.H	942.79	78.56	2.61
3-Coût / Lit			
<b>I. Amortissements</b>	<b>1202863.58</b>	<b>100238.63</b>	<b>3341.28</b>
1-Obstétrique	360859.08	30071.59	1002.38
2-Gynécologie	842004.50	70167.04	2338.90
3-Coût / Lit	10551.43	879.28	29.30
<b>Totaux :</b>			
<b>( F + G + H + I ) Charges Indirectes 7115.06</b>			

**Légende:**

A-Charges de personnels

B-pharmacies

C-charges communes (fluides produits similaires)

D-laboratoires

E-radiologies

F-Administration

G-Hôtellerie(hébergement et alimentation).

H- charges de Maintenance.

I-charges d'amortissements.

Consolidation des charges directes et indirectes

**Tableau douze :**

Désignation Charges Valeur(da)	Coût journée Hospitalière ( globale ) da	
	Accouchement basse	Voie Accouchement voie haute
A	15862.38	37012.22
B	9195.99	21457.32
C	3354.99	7858.30
D	2900.25	6767.26
E	2888.88	6727.77
F	104.84	244.63
G	937.72	2188.03
H	89.56	208.98
I	1002.38	2338.90
<b>Totaux</b>	<b>3 6336.99</b>	<b>84773.41</b>

Coût de la journée hospitalière (gynécologie –obstétrique):

Coût de journée obstétrique médical+ coût de journée obstétrique  
chirurgical=

$$36336.99 + 84773.41 = 121110.40 \text{ da}$$

coût de revient de journée hospitalière en service de maternité

Coût de revient de séjour:

- Durée de séjour « Accouchement par voie Normale » = 02 (deux) Jours

- Durée de séjour « Accouchement césarienne (04 quatre Jours)

**Tableau treize**

Accouchement par voie Normale		Accouchement par voie Opératoire	
Durée Séjour	Coût de journée	Durée Séjour	Coût de journée
02 Jours	36336.99	04 Jours	84773.41
	<b>Entrant/jour</b> 5053 / 13		<b>Entrant/Jour</b> 3252 / 08

\*13 et 08 désignent le nombre d'accouchement moyen par jour

**a-) Accouchement par voie basse :**

Coût de journée globale / Nombre d'entrants / jour

$$36336.99 / 13 = 2795.15$$

$$\text{Séjour: } 2795.15 \times (02) = \boxed{5590.30}$$

**b-) Accouchement Par voie opératoire (Césarienne):**

Coût de la journée / nombre d'entrants (opérés)

$$84773.41 / 8 = 10596.67$$

coût de séjour (a) théorique

$$10596.67 \times 4 = 42386.68$$

Observation : la durée de séjour varie d'une patiente à une autre, et l'on considère que pour une césarienne le **DMS = 3 Jours**

Coût de séjour (b): effectif

$$10569.67 \times 3 = 31790.01$$

**b) – Le coût de revient par lit et par jour (da)**

**tableau quatorze :**

<b>Charges Directes</b>				
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>463.81</b>	<b>268.88</b>	<b>98.09</b>	<b>6767.26</b>	<b>84.30</b>
<b>Charges Indirectes</b>				
<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	
<b>3.06</b>	<b>27.41</b>	<b>2.61</b>	<b>29.30</b>	

Total (1) + Total (2) = coût de revient par lit  
 $7682.34 + 62.38 = 7744.72$

**d-) Le coût de journée hospitalière en maternité**

(deux unités confondues) – prévisionnel

**Tableau quinze :**

<b>Entrant</b>	<b>Coûts / jour / Un</b>	<b>Total / journées</b>
13 patients	<b>2795.15</b>	<b>36336.95</b>
08 patients	<b>10596.67</b>	<b>84773.36</b>
Total		<b>121110.31</b>

- **Le service gynécologie:** englobe pour les entrant l'ensemble des patients relevant du bloc opératoire

- **Dotation prévisionnelle annuelle (total des charge)**

**le coût jour X 365**

**121110.31 X 365**

**= 44205263.15**

**- Le coût annuel en médicaments : ( prévisionnel )**

**tableau seize :**

<b>Entrants</b>	<b>Coût annuel / Total</b>
<b>1- 5053 obstétrique</b>	<b>3310557.97</b>
<b>2- 758 gynécologique</b>	<b>7724635.25</b>
<b>5811</b>	<b>11035193.22 DA</b>

**e-) Part cotisation / malade**

**tableau dix sept :**

<b>Participation</b>		<b>A. voie basse</b>	<b>A. voie Opératoire</b>
<b>Cotisation malade</b>	<b>20 %</b>	<b>1118.06</b>	<b>6358.00</b>
<b>Cotisation CNAS</b>	<b>80 %</b>	<b>4472.24</b>	<b>25432.00</b>
	<b>100 %</b>	<b>5590.30 DA</b>	<b>31790.01 DA</b>

**\*- Identification des charges :**

**1- les produits médicamenteux :**

représente par le compte **600** (produit pharmaceutiques et autres). Enregistre les dépenses relatives aux médicaments, films, produit radiologique, accessoires médicaux et chirurgicaux (les gaz médicaux et autres produits).

- 1- Médicaments, pansements et produits de laboratoires.
- 2- Films et autres produits radiologique.
- 3- Petite instrumentation et accessoires médicaux.
- 4- Gaz médicaux.
- 5- Autre produits.

**Dotation annuelle conforme à l'allocation budgétaire :**

**Tableau dix huit:**

**Service Gynéco – obstétrique – Maternité**

<b>Coût Budgétaire (globalisé)</b>	
<b>Annuel</b>	<b>7.801328.53 DA</b>
<b>Mensuel</b>	<b>650110.71 DA</b>
<b>Journée</b>	<b>21670.35 DA</b>
<b>Lit / 114</b>	<b>190.09 DA</b>

**Dépense / Médicaments**

<b>17.500.000.00 DA</b>	<b>Le coût global pour l'ensemble des services ( CHU )</b>
-------------------------	--

**1- Consommation en fonction du nombre d'entrants : ( base 98 )**

**- Obstétrique médicale et chirurgical:**

dépense annuelle Médicaments – Prix de journée

<b>Nombre d'entrants</b>	<b>Nombre journée</b>	<b>Séjour</b>	<b>Coût global</b>	<b>Coût journée</b>
<b>5811 patients</b>	<b>13592 j</b>	<b>756 j</b>	<b>7801328.53 DA</b>	<b>573.96 DA</b>

**Le séjour:** on entend par séjour la durée ou le nombre de journées que le patient aura à passer en service d'hospitalisation.

- Pour ce qui concerne l'admission au service d'obstétrique clinique la durée standard étant (03) jours et (02) jours.

- Concernant l'admission d'une patiente en service de gynéco-Obstétrique chirurgicale la durée peut varier de 03 jours à 05 jours Codifiée K 130.

**2- Consommable à usage unique: ( base 98)**

- Cette rubrique concerne essentiellement les produits et accessoires de soins:

**Tableau dix neuf :**

<b>Coût période</b>	<b>Valeur da</b>
<b>Global / année</b>	<b>3233864.96</b>
<b>Mensuel</b>	<b>269488.72</b>
<b>Jour</b>	<b>8982.95</b>
<b>Ratio budget</b>	<b>1.64 %</b>

Consommation totale Médicament + consommables / Jour

**Tableau vingt :**

<b>Médicaments</b>	<b>21670.35</b>
<b>Consommables</b>	<b>8982.95</b>
<b>Total</b>	<b>30635.30</b>

<b>Coût Moyen / Malade/jour</b>	<b><math>30635.30 / 15 = 2043.55</math> da</b>
---------------------------------	--

\*- Il est a préciser que la prise en charge des patientes en gynéco – obstétrique opératoire consomment plus de 75% du médicament en post opératoire.

**tableau vingt et un :**

<b>Consommation Jour</b>	
<b>Obstétrique médical</b>	<b>1444.69 da</b>
<b>Obstétrique chirurgical</b>	<b>7223.45 da</b>

**3- Produits de laboratoires**

- Les produits de laboratoires concernent les :

- Réactifs.
- Solutés.
- Liquides divers utilisés pour les machines.
- Alcool et autres dérivés.

**Tableau vingt deux**

<b>Coût Budget</b>	<b>Moyenne pondérée / Coût global</b>
<b>Annuel</b>	<b>3.480.308.50 da</b>
<b>Mensuel</b>	<b>290.025.70 da</b>
<b>Jour</b>	<b>9667.52 da</b>
<b>Coût / Nombre D'entrants</b>	<b>644.50 da</b>

Le prix de revient / Malade Frais laboratoire

**4- Radiologie : ( base 98 /99 ) :**

Le CHU comprend **23** services d'hospitalisation

- la capacité en appareillage Biomédical étant de **(240)** équipements différents ( entre machines techniques et équipements d'exploitation )

- La capacité en appareillage pour la maternité est d'une moyenne de **20** appareils biomédicaux .

- pour ce qui concerne les examens radiologiques le service de maternité utilise essentiellement l'échographe pour la position du diagnostic.

**Consommation Films Produits Radiologiques / Malade**

**Tableau vingt trois :**

<b>Crédit Budgétaire</b>			
<b>Annuel</b>	<b>Imputation % Maternité</b>	<b>Annuel ratio</b>	<b>Coût de journée</b>
<b>3.460.000.000</b>	<b>20/240</b>	<b>8.33 %</b>	<b>2882.18 da</b>
<b>Imputation Coût / Nbre d'entrants jour</b>	<b>15 Entrant / Jour</b>		<b>192.14 da</b>

**Le R = 192.14 ( le service Maternité )**

### 5- Les charges d'hôtellerie :

représente: **6010** : Alimentation des malades

**602** : Habillement / literie et lingerie

**6020** : Dépense du personnels

### tableau vingt quatre :

Coût	Montant	Coût / malade ( entrants =15 / j )
Annuel	1.125275.31 DA	
Mensuel	93772.94 DA	
Journée	3125.76 DA	208.38 DA

Charges Hôtelleries / Service Maternité

### 6- Charges des services Economique

Le compte (6132)

- Produits Matériels / outillages des service Généraux

Le compte (662)

- Matières et fournitures consommées

### le service économat / Coût journée

(tableau vingt cinq)

Charges	Montant global	Montant unitaire
Annuelles	1.374469.36 DA	
Mois	11455.78	
Journée	381.85	
Nombre malade / jour	15	25.45 DA
Obstétrique médicale	381.85 / 13	29.37 DA
Obstétrique Gynéco - chirurgical	381.85 / 2	190.92 DA

## **7- Les charges consommées ( électricité – eau – gaz )**

le compte 604 : combustibles et gaz médicaux – oxygène – protoxyde.

Coût de revient Energie évaluée par lit d'hospitalisation:

**Tableau vingt six**

Coût	Montant
Annuel	4025987.98 DA
Mensuel	335498.99 DA
Journée	11183.29 DA
Coût / lit mat	98.09 DA
Coût malade / entrant = 15	745.55 DA

## **8- Les charges d'amortissements :**

- L'équipement fonctionnel affecté au service de maternité gynécologique étant évaluée à une valeur approximative de :

- 6.014.317,90 (da)

Nous avons fait le calcul en se basant sur les fiches d'inventaires aux prix actualisés.

**Tableau vingt sept (amortissements)**

Estimation	Amortissement	Amt / journée
AN : 605941.27	1202863.58 DA	3295.51 DA
Imputation / lit ( 114 )	28.90	
Taux d'amortissement $100 / 5 = 20 \%$		

## **9- Les charges indirectes de main d'œuvre: (administration)**

**Tableau vingt huit:**

Coût annuel	4.130 000.00 DA
Nombre de services (23)	1795652.17
Coût / journée	4919.59
Coût / malade / lit ( 114)	43.15 da

**N.B:** les charges concernent les services rendus par les différents structures administration de l'hôpital concernés par l'activité médicale et autres de soutien.

### **10- les frais de transport :**

L'imputation des frais de transport est évaluée en fonction du nombre du malades admis au cours de l'année. deux chapitres sont indiqués dans le budget les transports et déplacements et entretien des véhicules.

**Tableau vingt neuf :**

Coût annuel Entretien	Coût / service	Imputation par lit / maternité
1520 000.00	66086.95	Total lit (114)
Imputation / journée	181.06 DA	1.58 DA

### **11- Frais de Maintenance :**

Le CHU dispose d'un parc (ateliers + équipement biomédical + équipement d'exploitation de 1150 unités):

**Tableau trente :**

Coût annuel DA	Maternité 56 / 1150 = 4.80 %
6957000.00	333936.00
Coût journée	914.89
Coût / Lit	8.02
Coût / malade / jour	60.99 DA

### **12- Activité opératoire :**

Nombre d'intervention	853
Nombre de K intervention / jour	81
Nombre moyen intervention / jour	$853 / 365 = 2 \text{ à } 3$
Nombre K moyen / jour	$69500 / 365 = 190$
Codification Césarienne	K 130

## Deuxième étape :

\* Etude du coût de revient d'une prise en charge d'une patiente en maternité avec usage du procédé du coût de revient unitaire de la dépense considérée.

### 1. ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

#### SERVICE DE MATERNITE

DEBUT DE L'ETUDE . MAI 2000

#### 1/- découpage du service de maternité gynécologie ;

1 - admission
2 - bloc d'accouchement
3 - bloc opératoire gynécologie
4 - grossesse pathologie
5 - services de gynécologie
6- suite de couche
7- nurseries
8. .salle de stérilisation (instruments de soins

#### 2/- PERSONNEL :

02 - maître assistant	1DE	22
07 - spécialistes	IB.	15
04 - généralistes	A/ soignant	02
12 - résidents	S. femmes	24
	anesthésistes	08

#### 3 . Equipement : voir état récapitulatif

4. Instrumentation : une boîte comprenant 24 instruments (existant trois boîtes)

5. médicaments: état de consommation : jour et par service.

6. Solutés et produits.

7. consommable à usage unique.

8. produits d'entretien ménager et lingerie.

9. charges communes -électricité -eau et gaz.

10. hébergement alimentation \* frais divers.

11. consultation spécialisées /actes de laboratoires /radiologie.

11.maintenance et entretien des équipements.

12.amortissements.

**A/calcul de la masse salariale (da)**

02maitres assistants	.....	.....15.150.00
03 Spécialistes	.....	.....190.94.52
12 Résidents	.....	.....12348.09
04 Généralistes	.....	.....14308.81
22 IDE	1012908 x 22 =	.....222839.76
15 Inf.brevetés	.980251 x 15 =	.....147.037.65
02 Aides soignants	10177.21x 2 =	.....20354.42
24 Sages femmes	12766.73 x 24 =	.....306401.52
8 Anesthésistes	12766.73 x 8 =	.....102133.84
17 Professionnels	209.11 x 17 =	.....122554.87

salaires bruts plus part ouvrière 1336875.81+414431.50=1751307.31 (da)

**CENTRE DE COUTS ADMISSION:**

a-personnels à l'accouchement:

01 sage femme

01 infirmière

01 commis de salle

01 gynécologue

01 agent administratif

coût occasionné: 59626.28

part patronale 18484.14

TOTAL 78110.42

Jour 2603.68

taux horaire 325.46

**b-CENTRE DE COUT BLOC D'ACCOUCHEMENT:**

1-Durée de surveillance :Pré accouchement : 325.46x2 =650.92

2-surveillance en cours de travail: 6x325.46=1952.76

3-accouchement pré-opérateur =162.73

Total général : 2766.41

Total 1

**c- CENTRE DE COUTS :**

**Post-accouchement :**

suite de couche : personnel affecté : quatre infirmiers pour dix sept heures  
temps de surveillance : ...325.46X4 = 1301.84.....Total 2

\*1/- durée de surveillance (02 heures ) soit 325.46 x2= 650.92

\*2/- surveillance en cours de travail (6 heures) x 325.46 = 1952.76

\*3/- période standard impartie à l'accouchement

normal=325.46x1/2=162.73

\* (1+2+3) =2766.41.....2766.41

**Charges salariales consommées en période post accouchement:**

suite de couche : .....03 infirmières pour 17 heures + une (01)  
jour

temps de surveillance standard .....325.46X4=...1301.84...Total 3

Médicaments prévus consommation (bloc d'accouchement)

sérum g : ... (01 unité ).....47.08

(syntocinon + methergin )

**80... Total 4**

\* autres consommables : évaluation /patient

Fils	.....3.86	
Seringue	.....9.88	
Gants	.....74.96	
Pansements compresses	.....38.68	
Bande à gaz	.....38.68	
Total général	324.41	Total 5

**F-BILAN STANDARD DE LABORATOIRE:**

a-opération de groupage : temps pratique standard 10 mn

- Personnels (maternité +laboratoire).....

- Réactif +bain marie .....

- Charges communes .....

- Energie .....

- Consommable.....

- Un kit pour 15 tests ..... 104950/15 =.....69.96

**Total général 35.38+69.96) =..... 105.24.....Total 6**

- test de coumbs indirect : temps d'intervention pratique :.....15 à 30 mn  
Salaires..... 21.94.....Total 7

Réactifs.....69.96

Energie .....698.20/8=87.27

**Total.....(316.13+157.23...) = 473.36.....Total 8**

***G-procès de stérilisation.***

Une infirmière .....428.04/8=53.50

Durée de stérilisation.....60mn

Produits consommables .....

Instrumentation.....lavage; séchage, stérilisation  
poupin elle

Salaire aide soignante .....339.24.....taux

horaire:42.40

Charges occasionnées procès de stérilisation.....pour 1/heure  
(53.50+42.40)= .....95.90.....Total 9

Charges indirectes calculées selon bilan annuel année 1998

Nombre de malades admis .....6573

Nombre de consultations.....5185

Nombre de lits .....107

Nombre d'accouchements.....6000

Nombre de journées d'hospitalisation.....30918

**Charges auxiliaires :**

- Alimentation:.....47.79

- Matière et fournitures.....(bilan 1996) 256054.74/7614=33.62

- Produits d'entretien .....bilan 1996) 91837.41/107=859.29

(Imputation jour = 28.60)

- Blanchisserie .....37616.29/107=858.29/30=28.6

- Autres lingerie.....11.71

-Totalisation charges auxiliaires (47.69+33.62+28.60+11.71)=

.....121.62....Total 10

**Observation : Equipement et matériel utilisé (bloc opératoire):**  
(non pris en compte par défaut de données comptables )

1/ Appareil d'anesthésie	02
2/ Assistant muet	02
3/ Armoire de stérilisation	01
4/ Aspirateur chirurgical	01
5/ Brumisateur	01
6/ Bistouri électrique	01
7/ Banque de sang hhycoauls	01
8/ Bistouri électrique storz	01
9/ Chauffe sérum	01
10 /Conditionneur d'air	01
11/ Appareil de cardio secours	01
12/ Défibrillateur	01
13/ Appareil électrochoc	01
14/ Appareil électrochoc phillips	01
15/ Jeu hystéro graphe	01
16/ Radiateur bain d'huile	01
17/ Stériloge hyco	03
18/ Scialytique plafonnier	02
19/ Scialytique mobile	01
20/ Table d'opération.....alm pallot)	03
21/ Seringue électrique	01
22/ Source de lumière dympus	02
23/ Microscope opératoire	01
24/ Table narcolog /fluotane	01
25/ Moniteur de surveillance	01
26/ Aspirateur fluotec	01
27/ Aspirateur anesthésique nodal d2	01
28/ Moniteur de pression	01
29/ Cardio scope sm 785	01
30/ Jeu coellioscope	01
31/enregistreur Bec 702	01

- **Opération de groupage : un test évaluation du consommable direct)**

- Pour une boîte de quatre flacons :

- **Le coût de revient étant:.....1049.50**

le coût de revient unitaire pour quinze tests effectués pour anti A/B ET ANTI A

et anti D:coût total .....1049.50/15= 69.96...Total 11

Eléments consommés: (pipette pasteur, H<sub>2</sub>O physiologique, bande à gaz baguette en verre, tubes, aiguilles de prélèvement

**Charges directes (salaires ): da**

<b>Deux laborantins</b>	<b>(10532.08/30=351.06)</b>
<b>Taux horaire</b>	<b>(43.88)</b>
<b>Durée</b>	<b>15 mn /test.</b>

**Charges indirectes :(entretien et énergie)**

1/électricité et gaz.....fact. Sonelgaz (98.20/8=21.81)

2/eau.....

3/maintenance équipement .....

4/fournitures diverses

**Total.....201.32.....Total 12**

**14/-Prise en charge (nurseries):**

- Vaccin .....137.80/10=.....13.78.....Total 13

**15/Main d'œuvre post-accouchement:**

(01)Infirmière

(02)Agents d'exécution....

Pour une prise en charge de 24/patientes /jour

Coût horaire total.....59.25x24 = 1422.00

Coût /patiente.....= .....94.80... Total 14

**RECAPITULATIF /COUT DE REVIENT ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE**

**NATURE CHARGE**

**Evaluation /patiente coût (en dinars algériens)**

Activités	Evaluations (da)
1.Main d'œuvre pré-accouchement	2766.41
2.Surveillance	1301.84
3.Post-accouchement	1301.84
4.Médicaments per-accouchement	256.02
5.Médicaments suite de couche	324.41
6.Laboratoires analyse	105.24
7.Consommables auxiliaires	21.94
8.Radiologie/consommables	3.36
9.Stérilisation (produits)	95.90
10.Charges communes	121.62
11.opération test/coumbs	9.96
12.charges d'entretien	201.32
13.Nurserie (soins)	13.78
14 .Salaires postopératoire	4.80
<b>total général .....</b>	<b>7148.44 da</b>

**17/Participation aux frais:**

**a -Part du patient:.....20% X714844=1429.88**

**b-Couverture CNAS(assurances):.....80%x714844=57187.52**

**18/Recettes prévisionnelles /annuelle:**

**5262x714844= 3761509128**

**Nombre d'accouchement par voie basse /annuel(base 98).....5262**

**- Naissances vivantes .....5140**

**- Nombre d'actes effectués (césarienne et similaires).....578**

**- Accouchements prévisionnel/annuel .....5840 unité**

**EVALUATION DU COUT DE  
REVIENT D'UN ACTE OPERATOIRE -K 130  
ACCOUCHEMENT EFFECTUE PAR VOIE HAUTE  
( CESARIENNE )**

**1.Charges directes de main d'œuvre :**

- a - Personnel médical
- b - Personnel paramédical
- c - *Personnel d'exécution*

1/ Les charges de main d'œuvre sont évaluées selon le même procédé que pour celui d'un accouchement effectué par voie normale (voie basse).

- Médicale +paramédicales +personnel de soutien (service général + administratif).

- Gynécologue .....
- Sage femme.....
- Commis de salle .....

Total masse salaria globale mensuelle.....**78110.42 da**

Taux horaire (pratique )représentant le coefficient d'imputation horaire:

**Phase d'admission ::**

temps standard imparti pour admission et surveillance de la patiente :  
calculé selon le coefficient d'imputation horaire soit:

$78110.42/30=2603.68/8=$ .....325.46  
 $325.46 \times 4(\text{temps pratique})=$ .....**2766.41**.....T1

3/période pré-accouchement:(salle de préparation ):

temps moyen imparti.....1/2 heure

temps horaire inputé..... $325.46/2=$ .....**162.73**.....T2

3/Phase de surveillance en temps pratique observé étant évaluée à une durée moyenne .

- La capacité d'accueil pour le service de maternité (gynécologie - obstétrique ) est évaluée à.....**32** patientes

- Le nombre de deux infirmières est affecté pour le besoin de surveillance paramédicale à savoir : prélèvement de sang ,mesure de la tension artérielle ,(température ,perfusion ...).

- Coût horaire calculé par unité(patiente)..... $325.46/32=$ 10.17

- Imputation par jour ..... $10.17 \times 8=$ .....81.36

- Durée de surveillance standard (05) jours  
soit..... $81.36 \times 5 = 406.82$ .....T3

(représentant les charges variables consommées avant l'acte opératoire )  
les charges variables indirectes seront ultérieurement intégrées ).

### 3/Période per-opératoire

- a /masse salariale : (calculée en fonction du mois ).

01/ chirurgien .....	15150.00
01/instrumentiste .....	10129.08
01/ résident .....	12348.09
01/anesthésiste .....	12766.66
01/ouvrier professionnel.....	7209.11

La masse globale salaire représentant la main d'œuvre directe spécialisée  
étant évaluée à:.....**57603.01**

a/ Convalescence postopératoire(salaires)

- L'imputation du salaire horaire par jour ..... $57603.01/30 = 1920.10$

- Imputation heure de travail (pratique ): $1920.10/8 =$ .....

.....soit:  $240.01 \times 3 =$ ..... **720.03..T/4.**

4/ Convalescence en post -opératoire

b\_/consommable en médicaments et autres produits :

5/ Convalescence en postopératoire /charges indirectes ( salaires)

- La durée de stationnement de la patiente traitée en régime  
postopératoire

- Le paramètre considéré pour cette période est de

- Charges variables (salaires ).....(taux horaire).....**325.46**

- Imputation pour la durée considérée

... $325.46 \times 5 \times 24 =$ .....**3905.52**.....T5

**6/Charges relatives aux produits et consommables à usage unique(évaluation en da) :**

Désignation	Prix unitaire
-1.sonde vésicale	113.56
2.catheter	41.80*2=83.60
3.fil de suture	344.85*1=344.85
4.gants stériles	38.35*5=191.75
5.transfuseurs	27.36*2=54.72
6.seringues	4.94*6=29.64
7.cannule	48.80*2=97.60
8.ballon à oxygène	998.55.....9.85
9.drain de redan	44.23
10.tuyeau de raccordement	484.50
11.sonde d'aspiration	34.33*1=34.33
12.sonde d'intubation	281.87x1=281.87
13.fil (vycril 01/=0=2/0)30fils /j	344.85
14.Etilon	84.84
15.Fil de peau ..(105.57*3)	316.71
16.Tubulure	27.36
17.Sonde naso-gastrique	29.44
<b>Total/6</b>	<b>257370 da</b>

**7/Sérums et médicaments :**

Désignation	Prix
1.Sérums et médicaments	(47.08x2)=94.16
2.drogue (anesthésie curare)	534.91x1=534.91
3.alchool chirurgical	5.80x1=5.80
4.compresse	3.86*3=11.58
5.alchool iodée	5.80*1=5.80
6.lame de bistouri	17.68x3=53.04
7.Dakin	252.07x1/10=26.20
8.Seringues	4.94x3=14.82
9.bétadine	76.85x1=76.85
10.norcuran	140.11x1=140.11
11.sulfate de magnésium	7.51x1=7.51
glucose /plasmagel	194.18
<b>Total.....T/7</b>	<b>1164.96 da</b>

### 8/ Prescription conventionnelle en drogue :

1.Médicaments (valium =atropine)	56.98
2.Narcotique (penthatol =déprivan)	534.91
3.Curares ...(Pavillon)	52.88
4.Analgésique (Fentanyl)	20.00
5.Fluides médicaux)(oxygène =protoazote)	2.57
6.Anesthésie par inhalation (fluotane)	11.08
<b>Total.....T/8</b>	<b>678.42 da</b>

### 09/Médicamentation en postopératoire:

1.dérivant	54.59
2.primperan	5.20
3.spasfon	18.32
4.viscéralgine	16.76
5.atropine	5.10
6.valium	51.88
7.flagyl	63.01
8.dakin	7.87
9.eau oxygénée	0.78
10.bétadine	2.40
11.ampicilline	104.38
12.gyntamicine	87.50
13.catapressan	49.34
14.salbutamol	27.86
<b>Total.....T/9</b>	<b>494.99 da</b>

### 10/analyses de laboratoires:

#### **Une boîte de réactif contenant (04)flacons de produits**

- Coût total.....=69.96

- Charges directes de main d'œuvre (laborantins :coût /jour:351.06

- Durée du test (15 minutes )

**Coût du test : (69.96+21.94+=.....91.90.....T/10**

- (le calcul étant fait selon le coût de revient d'une boîte de réactifs )

soit .....1049.50

pour 15 tests .....1049.50/15=69.69

### 11/charges relatives (radiologie exploration)

- Heure de main d'œuvre technique.....325.46
- Temps d'exploration.....325.46/4=81.36
- Taux horaire /lit=3.22.....0.80
- Prix de revient d'un examen radiologique :.....**82.16**.....T/11

### 12/Procès de stérilisation pré et post opératoire

- Calculé en fonction du taux horaire de main d'œuvre
- Masse salariale de trois laborantins.....14220.73(coût annuel)

Coût horaire:.....**4.87**.....T/12

### 13/main d'œuvre technique en post-opératoire :

- Clé d'imputation.....main d'œuvre indirecte
- 02 infirmières pour 32 patientes .
- Coût horaire:.....325.46/32 coût de journée:10.17x24=**244.08** ...T/13

### 14/Charges indirectes communes :

- **Calculées sur la base de la consommation globale (jour) et imputées au prorata du nombre de lits (114)et du nombre d'entrants par journée.**

Nature des charges :

- Energie (gaz +électricité):.....25.80
- Energie hydraulique:.....6016
- Heure de main d'œuvre indirecte :.....81.36
- Hôtellerie :.....59.40
- Produits d'entretien:.....28.60
- montant global:.....**201.32**.....T/14

\*L'acte opératoire césarienne nécessite au moins la transfusion d'une poche de sang . évaluée à:.....187872 (non pris en compte dans le calcul)."

**Récapitulation par nature de charges (calculée en da)**

1.Charges de main d'œuvre (admission)	<b>2766.41</b>
2.période de préparation	<b>163.73</b>
3.temps de surveillance	<b>406.82</b>
4.Main d'œuvre technique per-opérateur	<b>720.03</b>
5.consommable médicaments	<b>3905.52</b>
6.Produits a usage unique	<b>2573.70</b>
7.Sérums et dérivées	<b>1164.96</b>
8.Prescription drogue anesthésiante	<b>678.42</b>
9.Médicaments post-opérateur	<b>494.99</b>
10.Opération de groupage	<b>91.90</b>
11.Radiologie exploratoire	<b>2.16</b>
12.Stérilisation	<b>4.87</b>
13.Main d'œuvre post-opérateur	<b>244.08</b>
14.Charges communes indirectes	<b>201.32</b>
<b>Total général :.....</b>	<b>13497.91 da</b>

Le coût d'un accouchement pratiqué par voie haute étant évalué à la somme de treize mille quatre vingt dix sept dinars et quatre vingt et onze centimes .

**17/Evaluation du coût en fonction de la durée moyenne de séjour :**  
**- Pour une D.M.S. de trois jours**

**Coût de journée /acte**

**13497.91 da**

**Majoration deux jours**

**494.99+4.87+244.08+201.32= 945.26 da**

**Total général 14443.17 da**

**18/participation de la patiente aux frais:**

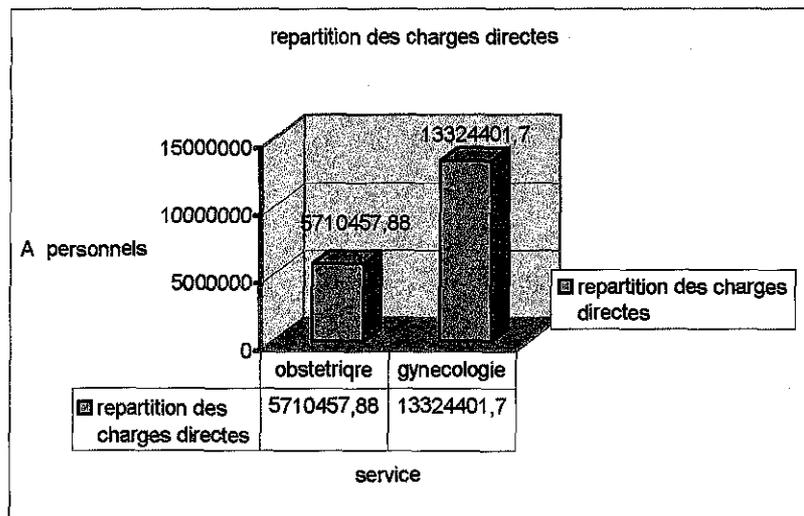
**14443.17x20% = 2888.63 da**

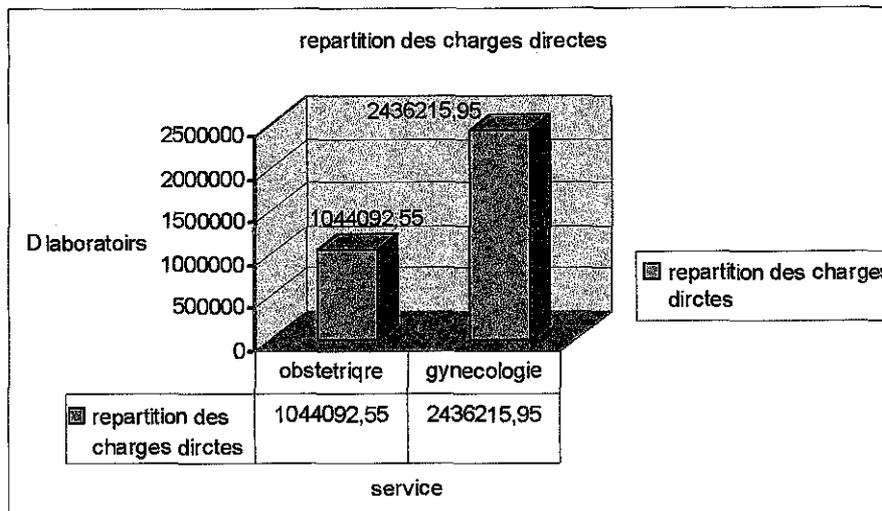
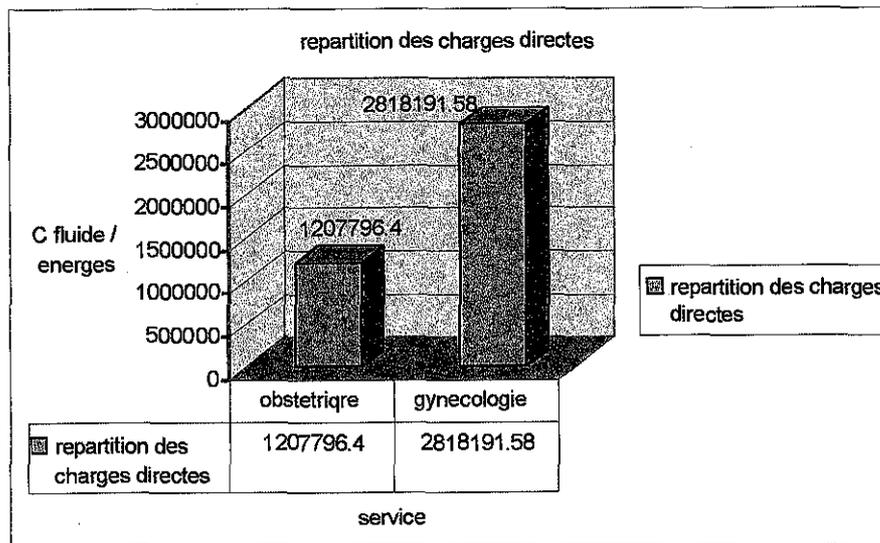
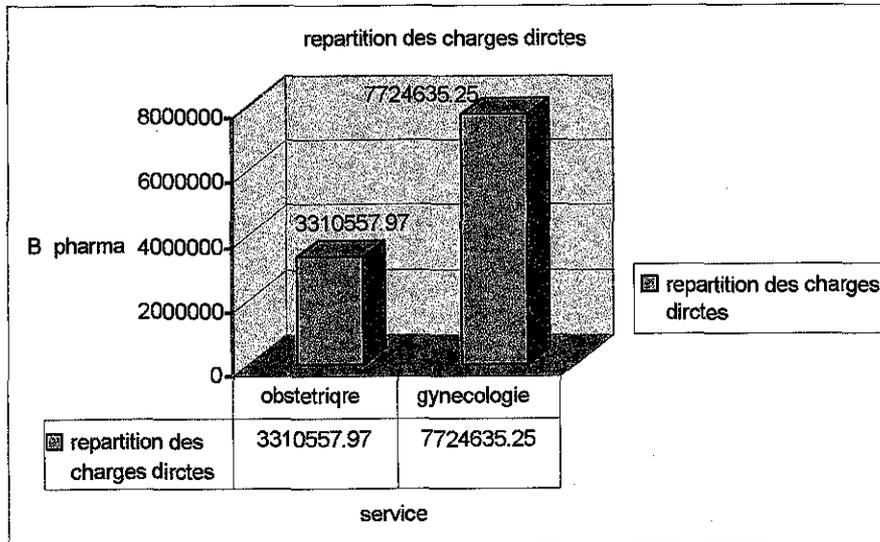
**19/ Participation de la CNAS**

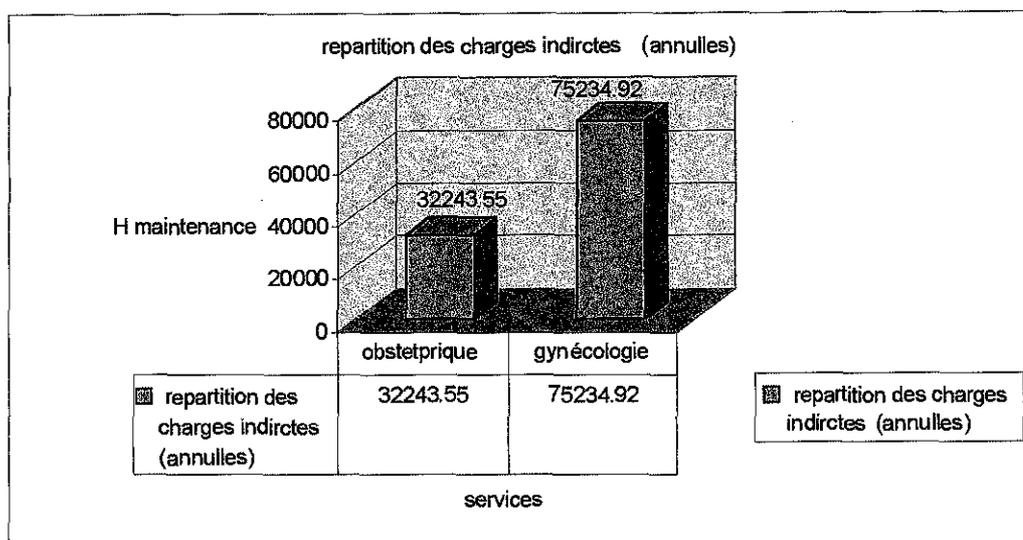
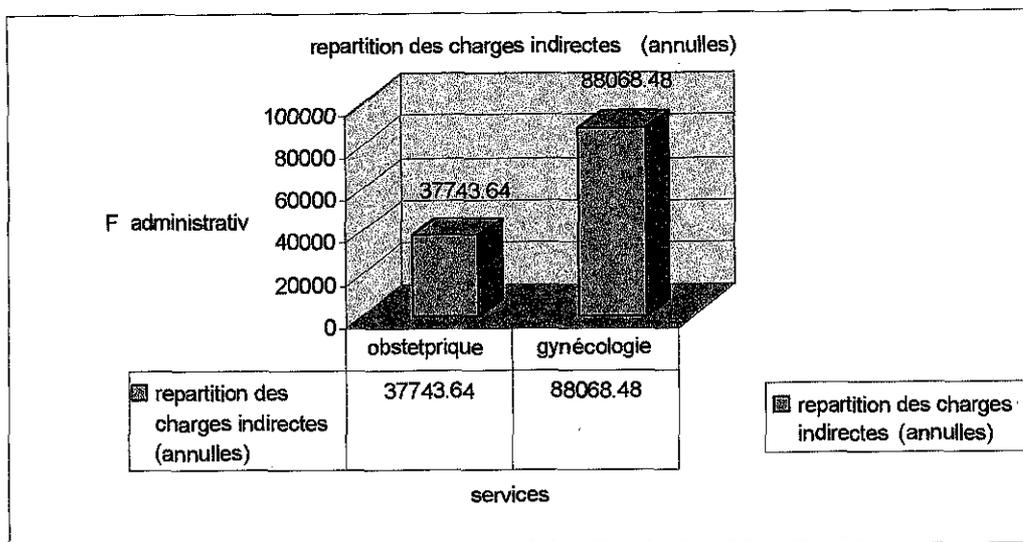
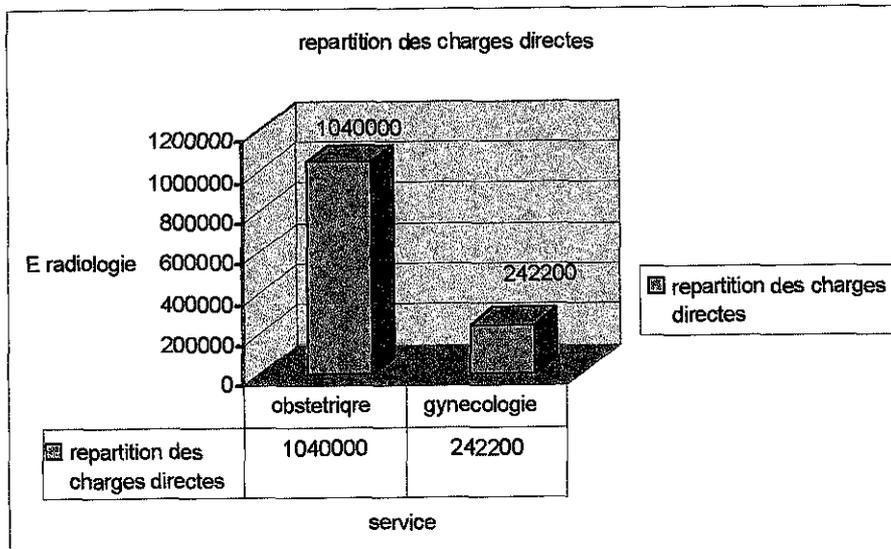
**14443.17X80%= 11554.53 da**

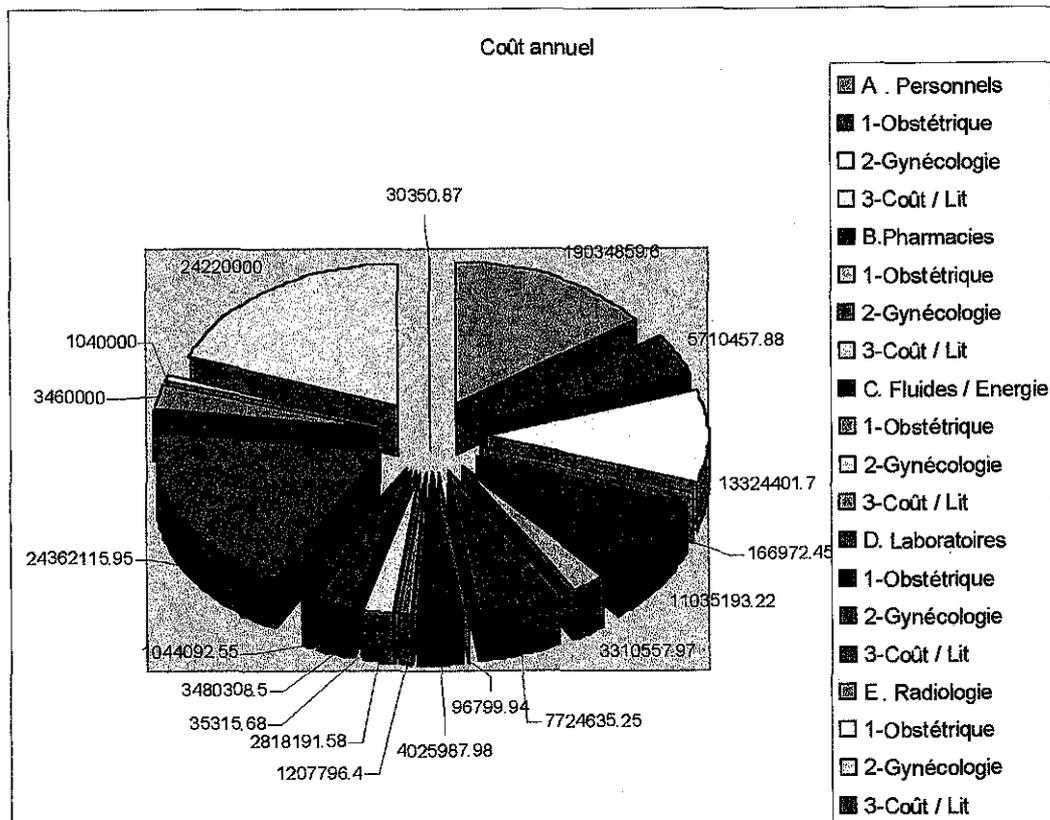
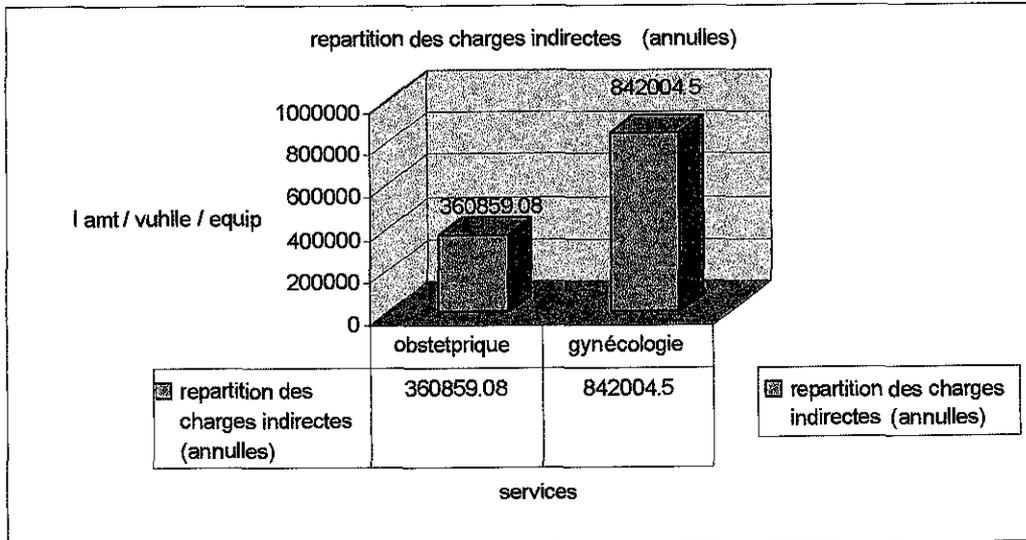
**HISTOGRAMMES /**

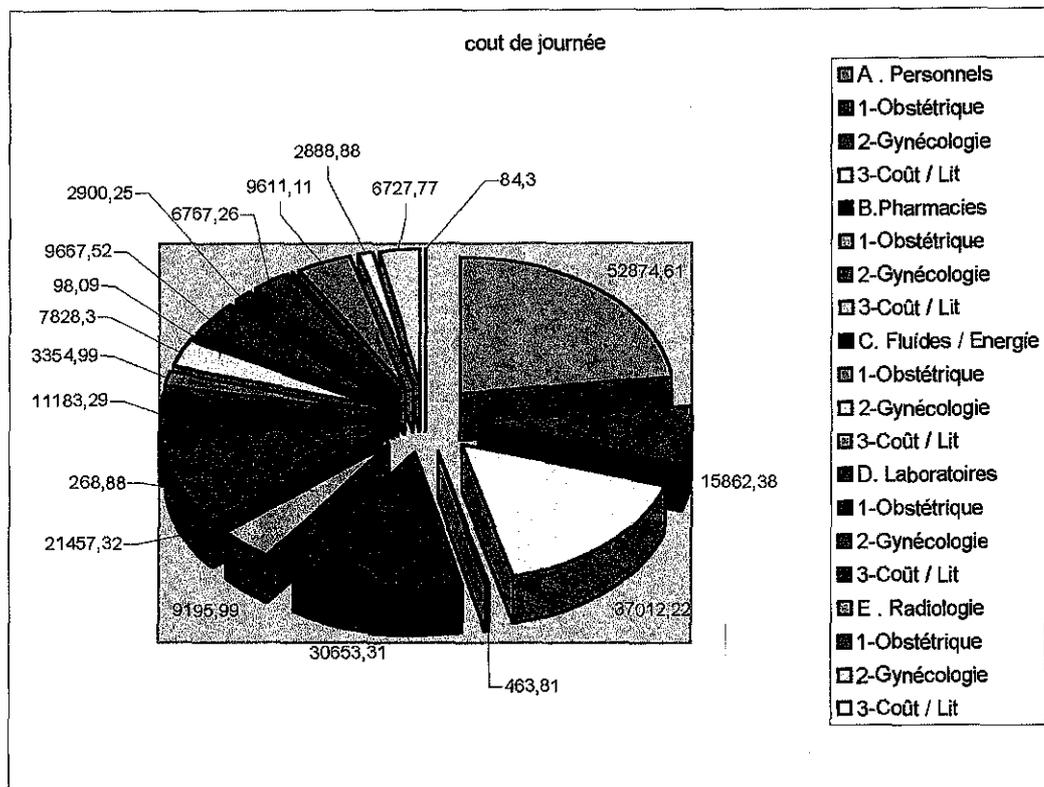
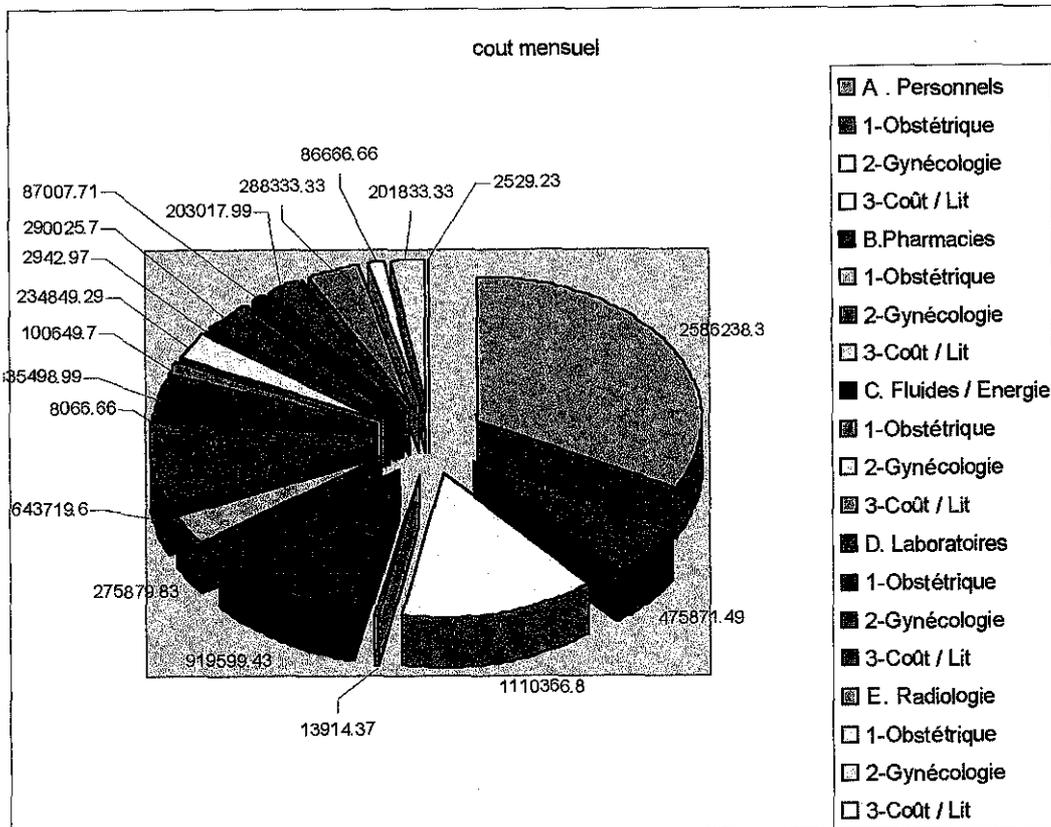
Comparaison des deux unités de la maternité par rapport à la consommation des charges (valeur en da) .



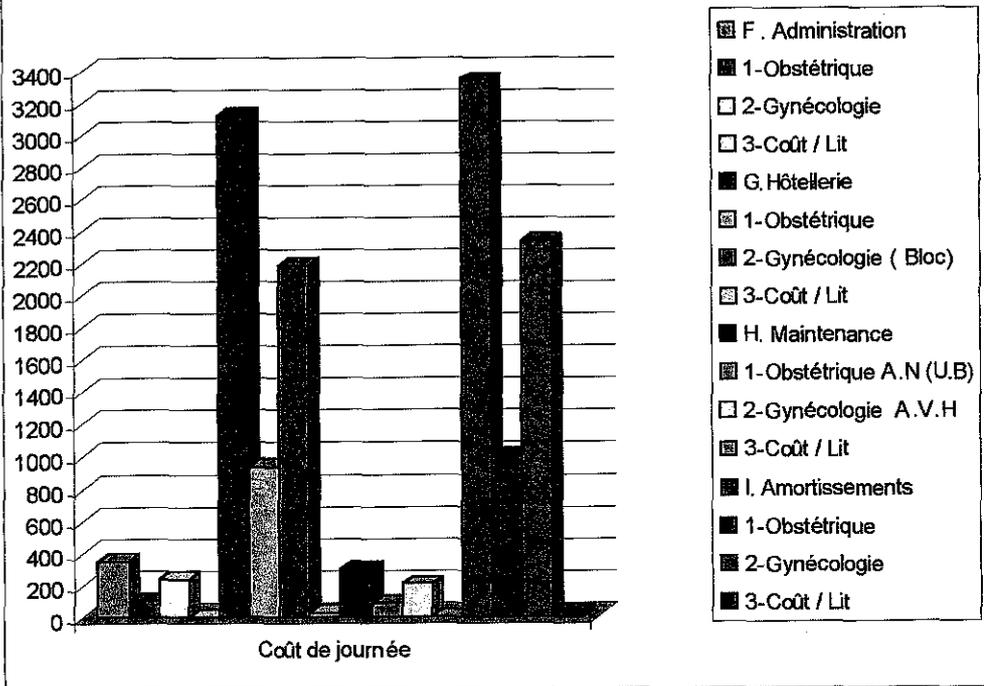




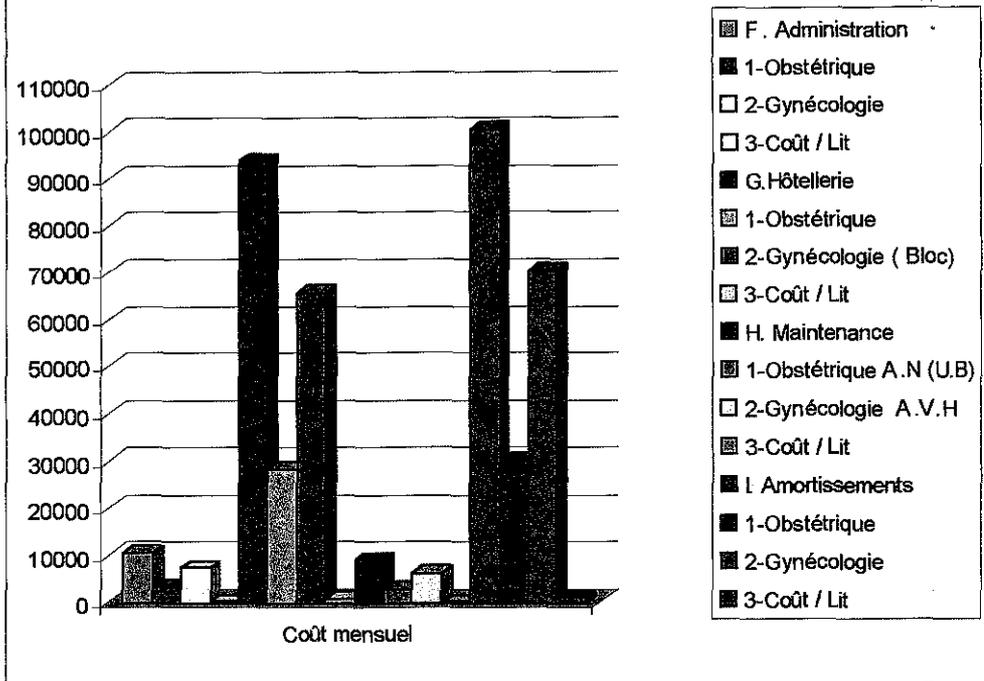




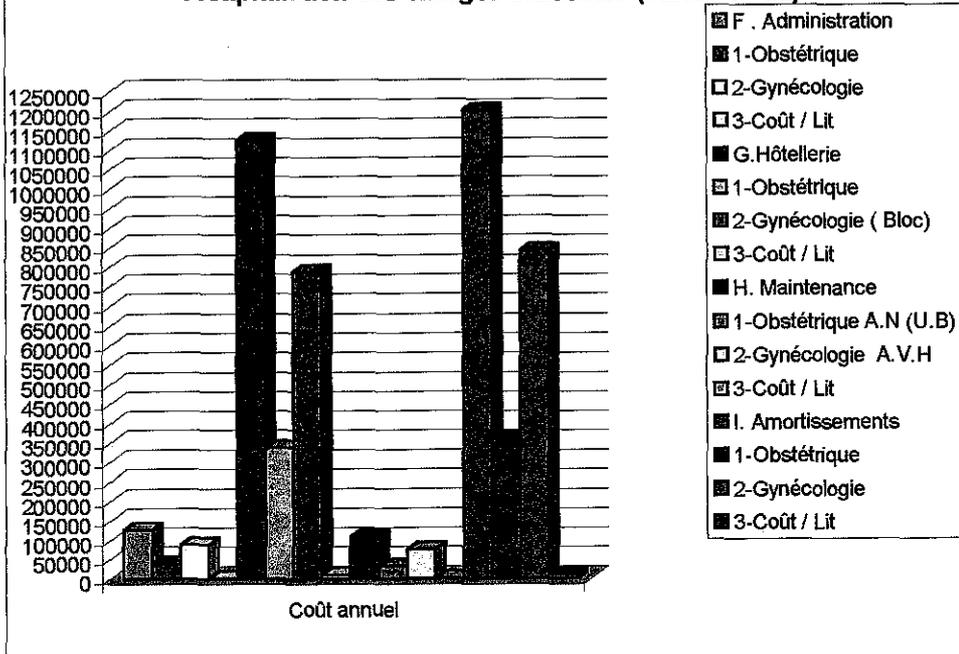
### récapitulation des charges indirectes



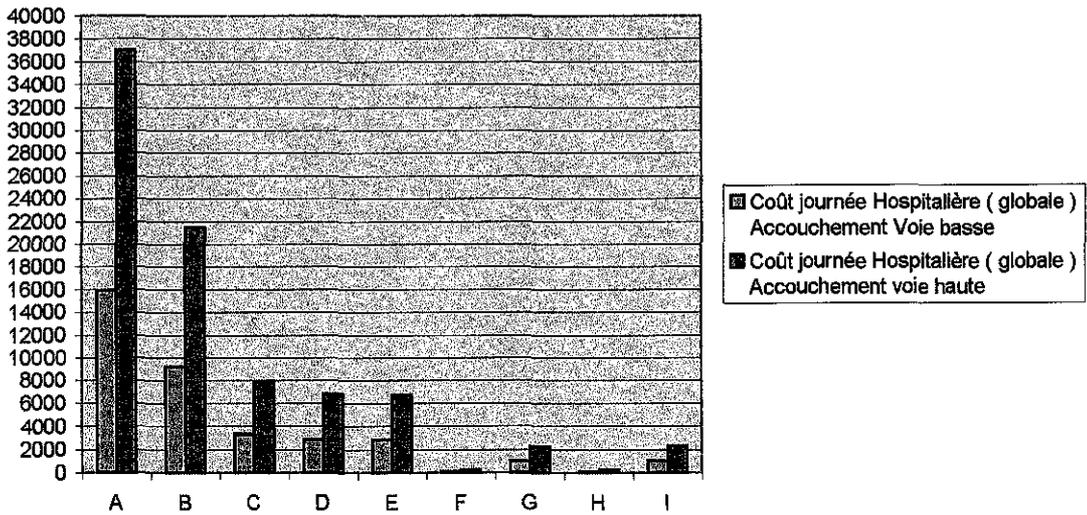
### récapitulation des charges indirectes



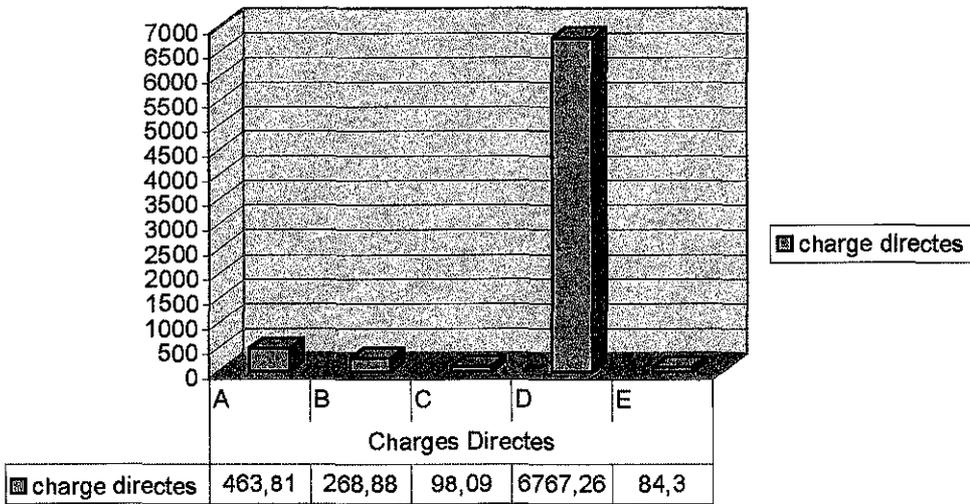
**récapitulation des charges indirectes (valeur en da)**



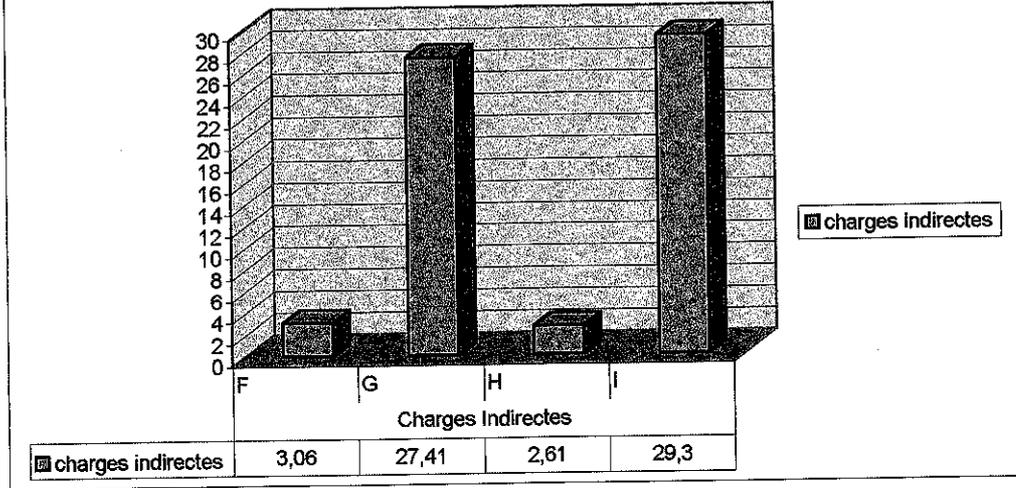
**consolidation des charges directes et indirectes (valeur en da)**



**le cout de revient par lit et par jour (valeur en da)**



le cout de revient par lit et par jour (valeur en da)



## Evaluation du coût Unitaire de la séance d'hémodialyse

### Etude basée sur le prix unitaire

#### Etude N ° 2

#### Présentation du service :

Le service de l'hémodialyse de l'hôpital universitaire de Tlemcen prend en charge les patients qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique provenant pratiquement des régions appartenant à la wilaya .

Le centre est équipé de reins artificiels ,gérés par des techniciens en maintenance et ingénieurs spécialisés formés pour le besoin .

Les séances de dialyse sont programmées de jour comme de nuit et assurant une permanence médicale et paramédicale régulière .

#### /Evaluation des charges :

#### 1\*Charges de personnels directes : ( d.a)

#### coût-mensuel

\*Personnel -d'exécution

\*Ouvrier Professionnels

\*Personnel administratif

\*Total général ( salaire et indemnités ) -----600465.76

\*Nombre de séance Mensuel ----- = 1080

\*Le coût de la séance  $\frac{600465.7}{1080} = \dots\dots\dots 555.97 \text{ da}$  T1

\*Imputation par machine =  $\frac{555.79}{14 \text{ Nombre De machines}} = 39.71$

\*Taux journalier =  $\frac{\text{Coût mensuel}}{30} = 20015.22$

\*Taux Horaire =  $\frac{\text{Jour}}{8 \text{ (Ouvrable )}} = 2051.90$

## 2-) Consommable : Médicaments

a- Consommable ----- = **2013.73 da T2**

b- Médicaments ----- = **589.49 da T3**

**Supplément de médicament calculée au prorata de la consommation de quatre mois**

c- Mensuel ----- = **747359.09**

Le coût de la séance =  $\frac{747359}{1080}$  = **691.99 da T4**

## 2-/ Charges Indirectes :

### 1-) Maintenance :

Le taux horaires d'intervention a été calculé conformément à la convention -----220.00

1 ( une ) Séance = 220.00 X 3 = **660.00**

Le Taux global mensuel =  $\frac{1940000.00}{12}$  = **161666.66**

Le coût de la séance =  $\frac{161666.66}{1080}$  = **149.69 da T5**

Le coût de la séance calculé au taux horaire = **660.00**

### 2-) pièces de rechanges :

Filtres à micron et divers :

150.00 ( le prix unitaire d'un filtre )

150.00 X 20 = 3000.00

Le coût occasionné par séance = 3000.00 / 1080 = **2.77 da T6**

### 3-) Consommation en énergie Hydraulique :

Consommation /Mois ----- 10.000 L / J X 30 + = 300.000 L / J

Le prix d'une séance ----- 300.000 / 1080 = 277.77 Litre par séance

( 300 m<sup>3</sup> X 16.60° ) / 1080 = **4.50 ( coût par séance) T7(en da)**

**4-) Electricité :**

\*la base de calcul prise à partir du compteur mixte du CHU N°720029

**Montant global ----- 78165.85 ( Annuel)**

Considérant que la consommation du service d'hémodialyse représente 50 % de la consommation totale .

**\*Consommation mensuelle :**

325691 / 1080 = 3.01 ----- le coût unitaire d'une séance T8 (en da)

**a)- Solutés :**

\*consommation trimestrielle----- **19677.28**

**Consommation mensuelle :----- 6559.09**

**6559.09 / 1080 = 6.07 ----- Le coût de la séance T9(en da)**

**b)- Réactifs :**

Consommation Trimestrielle :----- **47360.25**

**Consommation mensuelle :----- 15786.75**

**Coût de la séance ----- = 14.61 T10 (en da)**

**\*Alimentation :**

Repas servis pour l'ensemble des intervenants ( bilan 96 )

Annuel ----- 4478

Mensuel ----- 374

**374 / 40.00 = 14960.00 / Nombres de séances = 14.96 T 11 (en da)**

**Frais d'exploitation :(en da)**

a- Pneumologie : ----- 100.00

b- Cardiologie : ----- 100.00

c- Radiologie :----- 100.00

**Bilan standard de laboratoire : -250.00 ( prix admini) 550.00 T12 (en da)**

**Consommation moyenne en pochette de sang :**

Considérant la consommation moyenne par malade et par séance : Deux unités

**Le coût occasionné par malade ----- 1800.00 X 2° = 3600.00**

**T13(en da)**

Prix Unitaire d'un kit / Malade ----- = **2153.18**    T14(en da)

Total général sans coût de poches de sang    = **6749.97**

Soit la somme de six mille sept cents quarante neuf dinars quatre vingt dix sept centimes,

**A/Participation du patient .**

20 % ----- = 1349.99

**B/Participation de la C.N.A.S.**

80 %----- = 5399.97

## Etude analytique du coût de revient d'une poche de sang

### CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE

#### ETUDE N° 03

#### Détermination du coût de revient d'une poche de sang

##### Lieu de l'étude

##### Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen

#### A/Présentation du service :

Le centre hospitalo-universitaire de Tlemcen est doté d'un centre de transfusion sanguine dénommé (CTS).

Le centre de transfusion sanguine de Tlemcen prend en charge tous les malades de la région en plus des patients hospitalisés nécessitant des transfusions en permanence. Les services demandeurs concernent exceptionnellement les services chirurgicaux, les services de l'hématologie ainsi que besoins des cliniques privées.

Le centre procède aux analyses d'une trentaine de poches par jour en moyenne.

Les agents opérant au niveau des chaînes de contrôle ont tous été formés soit dans des écoles spécialisées soit ayant reçus une formation au poste.

Le centre de transfusion sanguine de Tlemcen fut relevé au rang régional et dénommé depuis : centre expérimental par l'agence nationale du sang.

#### B/Répartition des centres de coûts :

Il existe quatre unités distinctes :

1/Unité de consultation

2/Unité de collecte de sang

3/Unité de groupage et de séparation

4/Unité de sérologie

#### C/Appareillage et équipements :

Le centre de transfusion sanguine est doté des équipements suivants:

03/ hyco-auls 01/appareil de rhésus

01 congélateur de 40 degr-02 centrifugeuses

01 étuve

02 chaînes élisa

01 micro ordinateur

01 faciès professionnel

01 téléviseur

**D/Dotation en personnels :**

01/maître assistant  
01/surveillant médical en chef  
01 médecin généraliste  
01 pharmacien  
07 laborantins diplômés d'état  
01 infirmier breveté  
02 ouvriers professionnels  
01 agent dactylographe  
01 médecin généraliste

**a-) Les centres de coûts :**

- 1- unité de consultation
- 2- Unité cd collecte de sang
- 3- Unité groupage et de séparation
- 4- Unité de sérologie

**d-) Timing par Opération :**

- 1- unité de consultation :----- Temps Imparti 15 à 20 mn / 10 patients
  - 2- Unité de collecte de sang-----  
Pour une série de dix poches ----- 10 à 20 mn ( pedhvincent )  
Tube : ( Pedhvincent + Simon )
  - 3- Séparation ----- Durée 30mn
  - 4- Sérologie ----- 03 Heures par opérateur et par type de test
  - 5- Révision supplémentaire ( deuxième à ----- + Chrosmatch = 10 mn par poches
- Total temps praticien effectuée : ----- 05H10 environs

## Analyse des coûts /

### Les éléments de calcul ont été pris sur base des données mensuelles

#### 1- Charges directes de personnels :

01 Maître assistant -----	15150.00 + 4800.00
01 Surveillant Médical en chef -----	12907.12
01 Médecin généraliste -----	14308.81
01 Pharmacien -----	16765.93
07 Laborantins D.E -----	10532.08

**Total général = 737240.56 da**

01 Laborantin Breveté -----	9802.51
-----------------------------	---------

**Total général = 294070.53 da**

01 Infirmier Breveté -----	9802.51
----------------------------	---------

02 Ouvriers Professionnels -----	7209.11
----------------------------------	---------

**Total général = 14418.22 da**

01 Agent dactylographie -----	10129.08
-------------------------------	----------

Le Total Mensuel ----- **196613.76 da**

Cotisation au titre de la part patronale : 31 % = **60950.26 da**

La masse Salariale globale ----- **257564.02 da**

Nombre de poches produites par année ( base 1999 ) = **1236 Poches**

Moyenne Mensuelle ----- = **1033 Poches**

Moyenne jour ----- **1033 / 30 = 34 Poches**

Pour 34 Pochettes ----- **S.G = 257764.02**

Le coût de revient unitaire ( jour ) = **25764.02 / 30 = 8585.46**

Le coût revient unitaire / Poche = **8585.02 / 34 = 252.51 da T1**

Le Coût de revient déterminé en fonction du timing effectifs :

Temps pratique = 05 H 10 m n

Coût Horaire **8585.46 / 8 = 1073.18**

**1073.18 X 5 = 5365.91**

Soit l'équivalent de la masse salariale consommée pour le collectifs du centre de transfusion

Le temps horaire par pochette ----- =  $5365.91 / 34 = 157.82$  da T2

La différence ----- =  $252.51 - 157.82 = 94.69$

( Exprime le temps effectifs consommée )

## **2-) Unité de collecte :**

évaluation du consommable ( base d'évaluation bilan 1999)

gants , compresses , transfuseurs , cotons , aiguilles de prélèvement , alcool , sparadrap et autres ..

calculé au prorata de la consommation mensuelle pour 16 intervenants et 34 patients par jour ----- = **950.00** ----- **34 Poches**

Coût occasionnée par jour pour 34 pochette

**27.36 X 34 = 930.24**

**3.86 X 34 = 131.24**

**18.00 X 34 = 612.00**

**438.16 X 34 / 50 X 10 = 2979.48**

**10.26 X 34 = 348.84**

**4.96 X 34 = 168.64**

**50.00 X 10 = 500.00**

**Le Total général ----- = 5670.44 da**

**Coût Unitaire Occasionnée ----- =  $5670.44 / 34 = 166.77$  DA T3**

### **3-) Unité de Sérologie :**

base de calcul : une boîte de coffret contenant 80 test

- 1- **TPHA** ----- 3225.38 / 100 = 32.25
- 2- **HIV** ----- 6488.42 / 80 = 81.10
- 3- **HCV** ----- 41124.72 / 80 = 514.05
- 4- **HBS** ----- 4700.64 / 80 = 58.75
- 5- **BV** ----- 4700.64 = 38.96 ..... 100 Unités

**Coût unitaire / Poche ----- 725.11 da..... T 4**

Le coût total pour 34 poches : 725.11 X 34 = 24653.74

Le Coût global / Mois = 24653.74 X 30 = 739612.20

Le Coût global / Annuel = 739612.20 X 12 = 8875346.40

### **4-) Produits à usage unique :**

Evaluation forfaitaire :

  Tubes + Divers ( acte nécessite en moyenne 03 tubes )

75.00 X 34 = 255.00

**Coût Unitaire / Poche ----- 75.00 da .... T5**

### **5-) Coût occasionnée pour l'entretien de l'équipement :**

Evalué selon la convention de maintenance ( standard )

Pour 14 appareils : L'heure D'intervention 220.00

Imputation au temps pratique ----- 220.00 X 5 = 1100.00

**Coût unitaire / P.----- 1100.00 / 34 = 32.35 T6**

### **6-) Frais de support administratif :**

base de calcul ( bilan 1996 Imprimerie et fournitures

Prise en charges de 1176 Patients ----- 55921.36 da ( Annuel)

Mensuel ----- 4660.11 da

Jour ----- 155.33 da

**Coût unitaire / Poche ----- 155.33 / 34 = 32.25 da.. T7**

### **7-) Produits d'hygiène et entretien**

Calculé au prorata de la consommation globale ( base 1996 )

177025.00 ----- Annuel

177025.00 / 365 = 485.00 ----- Jouer

Imputation/ poche ----- 14.26 DA ... T 8

### **8-) Coût de l'énergie électrique et Gaz**

Évalué selon compteur et Facture Sonelgaz

Annuel ----- 251354.08

Mensuel ----- 20946.17

Imputation Unitaire Poche ----- 698.20 / 34 = 20.53 .. T9

### **9-) Energie Hydraulique**

1500 Litres / Jour ----- 1.5 M<sup>3</sup> X 18.00 = 27.00 / 34 = 0.79 .. T 10

10-) Consommables pochettes :

Pochette Simple ----- 167.30

Pochette Double ----- 261.72

Total Pochettes ----- 429.02 .....T11

### **11-) Taxes et Valeur ajoutées :**

a- Equipements ----- 14 %

b- Instrumentation ----- 14 %

c- Produits et réactifs ----- 21 %

d- Consommable à use unique ----- 14 %

e- Eau électricité et gaz ----- 7 %

TVA à récupérer ----- 725.11 X 21 % = 152.27

----- 685.05 X 14 % = 90.90

----- 40.14 X 07 % = 2.80

**Total général TVA ----- = 250.97**

Le prix de revient unitaire taxe comprises :

250.90 + 1878.72 ----- = 2129.69 da

**Prix de revient Hors Taxe ----- = 1878.72 da**

**Récapitulatif :**

**Total général ( Hors T.V.A )**

1- Salaires -----	252.51	da	T1
2- Salaire sup. -----	157.82		T2
3- Consommable à usage unique -----	166.77		T3
4- Réactifs Solutés -----	725.11		T4
5- Consommable (2) -----	75.00		T5
6- Maintenance -----	32.35		T6
7- Administration -----	4.56		T7
8- Produits D'hygiène -----	14.26		T8
9- Gaz Electricité -----	20.53		T9
10- Eau -----	0.79		T10
11- Poches S+ D -----	429.02		T11

**Total Général H.T ----- 1878.72 da**

**Total Général toutes taxes Comprises ----- 2129.69 da**

## Etude de cas Numéro quatre :

### Calcul du prix de revient de journée D'hospitalisation en chirurgie générale

#### Introduction :

#### Présentation du service de chirurgie générale :

##### ► Attributions :

Le service de chirurgie générale est un service spécialisé dans la prise en charge de des pathologies d'ordre chirurgicales nous citerons notamment :

- Les appendicites
- Les péritonites
- Les pancréatites
- Colisistites lithiasiques et alithiasiques aiguës

##### ► Les occlusions

- Intestinales
- Les hernies étranglées

##### ► Les contusions abdominales et plaies :

- Plaies des molles
- Les plaies artério-veineuses
- Ruptures artério-veineuses
- Ruptures d'un organe plein
- Rupture d'un viscère creux

##### ► Les hémorragies digestives

- Les brûlures
- Les plaies
- Les affections thoraciques
- les plaies pleuro-pulmonaires

#### 2/Volet pratique :

La prise en charge médicale s'opère de la manière suivante :

- a/ Les soins pré- per et post-opératoires
- b/ Pansements
- c/ Ablation des fils et agrafes
- d/ Surveillance et ablation des drains
- e/ lavage des cavités
- f/ Irrigation des cavités
- g/ soins aux colostomisés
- h/ Prémédication et hygiène alimentaire en post opératoire
- i/ Examens radiologiques
- j/ Examens biologiques et bio chimiques

k/ Examens cytologiques

l/ Surveillance systématique de l'aspect physiologique .

**3/Architecture du service :**

-a/L'unité du préopérateur :

Constitué de deux volets :

Composé de 44 lits (total)

Femme (25)

Hommes (19)

**B/Préopérateur (B)**

Total lits ....48

Femmes 28

Hommes (20)

**\*Le bloc opératoire :**

Equipement et installations :

\*01 poupin elle

\*(03)tables d'opération

\*trois armoires a matériels

\*un appareil de radiographie

\*un respirateur (Amstrong)

\*un stérilisateur

\*trois aspirateurs roulants

\*un appareils de brillance

\*un défibrillateur et monitoring

\*trois installations d'oxygène et aspiration

\*six chariots de soins

\*deux civière de transport de malades

5/Installations :

\*deux salles de réanimation

\*une salle de stérilisations matériels

\*vingt trois aspirateurs muraux et installation d'oxygène coté hommes  
plus vingt sept coté femmes .

\*sept armoires à médicaments

\*quarante installations murales (fluides médicaux )

\*Nombre total de lits : 105

\*installations fluides :97

## **6/Dotation en personnels :**

- 1/ \*préopératoire A
  - cinq chirurgiens
  - huit infirmiers
  - quatre infirmiers spécialisés
- deux agents de salle
- 2/\*Préopératoire B
  - quatre chirurgiens
  - sept infirmiers
  - un surveillant médical
  - une secrétaire

## **3/Post opératoire :**

- cinq chirurgiens
- cinq infirmiers spécialisés
- quatre agents de salle
- six infirmiers auxiliaires
- un surveillant médical

## **4/Bloc opératoire :**

- trois infirmiers
- cinq infirmiers spécialisés
- un surveillant médical
- huit techniciens

## **7/Matériels et produits utilisés :(traitements et soins )**

a:/Instruments de soins :

- \*ciseaux
- \*pinces à disséquer
- \*pinces Kocher
- \*sonde cannelée
- \*seringues
- \*tambours de compresses
- \*gants et plumasseaux
- \*sérum physiologiques
- \*solution savonneuse
- \*sérum
- \*alcool
- \*teinture iodée
- \*éther –biocidan-nitrate d'argent –eau oxygénée
- \*peroxyde e zinc-nitrate d'argent
- \*cicatrisant :baume de pérou-corticoides

**-Bilans demandés en période préopératoire :**

- a/biologique
- b/radiologique
- c/ cardiologie
- fns-urée-glycémie –créatinine –groupage-tp.

**B/Radiologique :**

- télé thorax
- échographie
- scannographie
- Ecg –echo2d –doppler.x

**C/Procès per opératoire :**

**(activité intra- bloc opératoire ) :**

**Evaluation des activités**

**A/Phase d'admission :**

\*bilan préopératoire :

a/biologique :le coût du test

-heure de main d'œuvre=21.94

-consommables :69.96

**-total= T1.....91.90 da**

b/radiologie :

-heure de main d'œuvre :R30=82.16

**-total 2.....82.16 da**

c/cytologie :

heure de main d'œuvre /consommable

(351.06+21.14)=373.00

**-total 3.....373.00 da**

d/radiologie :

heure de main d'œuvre /consommable :

**total 4.....364.42 da**

**B/Phase de surveillance préopératoire :**

effectuée au service d'hospitalisation

1/masse salariale calculée sur la base d'une prise en charge de quarante quatre patients :.....5 chirurgiens

8 infirmiers

4 infirmiers spécialisés (soins )

global mensuel :.....**215715.28 da**

-durée d'hospitalisation durant la période (cinq jours )

pour les pathologies ne nécessitant pas de refroidissement préalable.

-main d'œuvre technique : mensuel/30=imputation jour /malade

soit =  $215715.28/30=163.42$

en fonction de la durée de séjour =817.10

T/5.....817.10 da

**C/Consommation en médicaments (préopératoire) :**

-sérum glucosé-compresses stériles –catheter-seringues –  
antispasmodiques-gants –antibiotiques –anti inflammatoire

-Dépense annuelle de médicaments :

service de chirurgie A=.....8663151.72

imputation /jour=.....23734.66

imputation /lits /malade =.....226.04

(nombre de lits =.....105)

-total 6.....226.04 da

**D/Phase per-opératoire :**

-préparation du malade :(moyenne une heure m.o)

-heure de main d'œuvre pratique :(infirmière)

-salaire global /jour = $78110.42/30=325.46$

total 7.....325.46 da

**E/Phase per –opératoire (intra bloc chirurgical)**

01 chirurgien .....15150.00

01 instrumentiste .....10129.08

01 résident (aide ).....12348.09

01 anesthésiste .....12766.66

01 agent de salle (hygiène et stérilisation ).....7209.11

**Total main d'œuvre technique :.....57602.94**

Imputation /jour :.....1920.10

Heure pratique :.....240.01

Temps opératoire moyen par acte =(240.01x3)=720.03

Soit t8.....720.03

**F/Phase post-opératoire :**

-heures pratiques en fonction de la durée moyenne de séjour :

(  $325.46 \times 120 = \dots\dots\dots 3905.52$ )

- -Total 9.....3905.52 da

**G/Consommable en per opératoire :**

1/sonde vésicale      9/drain de Redon

2/cathéter	10/tuyau de raccordement
3/fil de suture	11/sonde d'aspiration
4/gants stériles	12/sonde d'intubation
5/transfuseurs	13/fil vicryl
6/seringues	14/ethilon /fil de peau
7/canules	15/tubulure
8/ballon à oxygène	16/sonde naso gastrique
<b>total 10</b> .....	<b>=2573.70 da</b>

**H/ Médicaments et produits en per et post –opératoire :(valeur en da)**

-déprivan .....	54.59
-spasfon .....	18.32
-viscéralgine .....	16.76
-atropine .....	5.10
-alcool chirurgical.....	5.80
-dakin.....	26.20
-bétadine .....	76.86
-sulfate de magnésium.....	7.51
-plasma gel.....	194.18
-curares .....	52.88
- flagyl.....	63.01
-ampicilline .....	104.38
-gyntamicine.....	87.50
-catapressan.....	49.34
-salbutamol.....	27.86
-norcuran.....	151.69
-seringue .....	14.82
<b>-total global (11)</b> .....	<b>956.80</b>

**I/transfusion sanguine :**

- Une poche de sang évaluée à :.....	1878.72
<b>total (12)</b> .....	<b>1878.72</b>

**J/Charges indirectes communes :**

-calculées en fonction du prorata pour un ensemble de lits (105)  
et par journée d'hospitalisation .

Nature des charges	Coût unitaire
Energie	$25.80 \times 105 / 114 = 23.76$
Hydraulique	5.67
Administration	74.94
Hôtellerie	54.71
Produits d'entretien	26.34
<b>Total</b>	<b>185.42</b>

**Total (13).....185.42**

-en fonction de la durée moyenne de séjour(05) :

$$185.42 \times 5 = 927.11 \text{ da}$$

**K/Tableau récapitulatif des charges par centre de coûts**

Centre de coûts	Imputation /valeur d.a.	Durée de séjour	Total
1.phase d'admission /surveillance pré- opératoire	817.10	Relative	
2/bilan préopératoire -biologie- radiologie exploration cytologie	91.90- 82.16 364.42		
3/bilan post opératoire	911.48		911.48
4/préopératoire médicaments	226.04		226.04
5/préopératoire technique	325.46		325.46
6/bloc/temps pratique	720.03		720.03
7/main d'œuvre post- oper	3905.52		3905.52
8/transfusion	1878.72		1878.72
9/consom/per oper	2573.70		2573.70
10/médicam/per/post	956.80		956.80
11/antibiot/post oper		Trois jours	1151.28
12/charges indirectes	185.42	Cinq jours	927.10
13/coût de l'acte +prise en charge soins	En fonction de la durée de séjour moyenne		15490.13

**Récapitulation par nature de charges :**

-le coût de revient de l'acte chirurgical calculé en fonction du prix de journée  
soit 15490.13/5 Jours = 3098.02 da

**1.bilan préopératoire :**

(hématologie ,cytologie ,pathologie ) :.....911.48 da .....5.88%

**2.main d'œuvre technique et spécialisée :**

médical/paramédical/exécution) :.....5268.11 da.....34%

**3.consommation en médicaments et consommables divers :**

T6+T10+T11+T12+T13.....5635.26.....36.37%

**4.les charges communes :**

185.42 da .....1.19%

**5.consommation médicamenteuse et majoration de main d'œuvre post opératoire :**

3539.86 da.....22.85 %

**Mode de participation :**

**1/ Calcul de la participation du patient :**

20% x 15490.13= 3098.02 da

**2/Participation des assurances :**

80% x 15490.13=12392.10 da

**L/Nombre d'actes chirurgicaux :**

Annuel(moyens ).....125060 k opératoires

Journée(moyenne).....125060

Coefficient.....130 /k

**-nombre d'actes opératoires .....3 actes /jour (programmés)**

**M/Ratios d'activité :**

\*moyenne pondérée :.....nombre de K opératoire

Service	1	2	3	4	5	6	7
chirurgie	14900	19480	16850	20200	22340	31290	125060

Total .....125060

N/Ratios d'activité annuelle (moyenne pondérée)

Nombre de lits	D.M.S.	C.R.	N.C.	N.J.	TOM	M.A.	MAJ
105	15.90	16.19	28638	41486	7073	2680	07

- 1.DMS=durée moyenne de séjour
- 2.CR= coefficient de rotation de lit
- 3.NC=nombre de consultation
- 4.NJ=nombre de journée d'hospitalisation
- 5.TOM=taux d'occupation moyenne
- 6.MA=nombre de malades admis(an)
- 7.MAJ=malades admis jours .

**Synthèse :**

**A/concernant l'étude du coût de revient en maternité gynécologie :**

- 1.les charges de personnels constituent (par rapport au coût global) : 43.65 % pour les deux procédés (obstétrique médical et obstétrique chirurgical ) biens que les moyens alloués sont différents
- 2.la consommation en produits pharmaceutiques représente le taux de 25.30% sachant que la patiente en chirurgie obstétrique est alimentée pendant un séjour prolongé.
- 3.La consommation en fluides médicaux représente un taux de 9.23%
- 4.les frais de laboratoire et de radiologie représentent pour les deux unités respectivement un taux de 15.91%.
- 5.les frais imputés à l'administration totalisent 0.28%.
- 6.Les frais d'hôtellerie constituent un taux de 2.58%.
- 7.Les frais de maintenance et d'amortissement constituent pour les deux unités un taux de 2.99%.

**B/concernant l'étude effectuée pour le coût de la séance hémodialyse :**

Le coût global annuel étant évalué à :

10359.91x1080(le nombre de séances /mois x12= 134264433.60 da si l'on compare le chiffre donné au budget primitif de l'établissement il représente un taux de 22.80 %

**C/le coût de revient de journée chirurgicale :**

Pour la chirurgie : le coût de revient de journée :3098.02 da

Pour l'obstétrique (voie normale) : 5590.30 da

Nous ferons constater que la prise en charge en maternité ,pour l'accouchement effectué par voie basse consommerait le même niveau de charges ou presque qu'en milieu chirurgical .

## D/Quelques remarques nécessaires :

Les procédures para comptables se représentent à travers les documents (factures et bons de commandes) grâce auxquels on collecte l'information.

Cela permet le passage de la comptabilité administrative à la comptabilité analytique. le calcul du coût de revient est faussé par le fait du manque souvent de ce type de documents.

Les fiches d'affectation budgétaire sont des fiches intermédiaires entre la comptabilité administrative et la comptabilité analytique ; devant reproduire en détail les différentes unités ou sections consommatrices d'une dépense bien déterminée financièrement ,ces fiches ne sont pas tenues régulièrement.

Les fiches de coût de revient utilisées par sections ,ainsi que les fiches d'affectation budgétaire doivent préparer l'imputation selon les unités d'œuvre ne peuvent être efficaces que dans la mesure où l'architecture des sections est maîtrisée.

Les résultats obtenus ne représentent guère une référence ,la technique comptable que nous avons mis en évidence sur le plan théorique ,n'a pu être expérimentée à travers notre étude ,pour la simple raison que le système d'information comptable qui régit les structures représentant le champ d'analyse est obsolète ou inexistant parfois .

il aurait été plus complexe de calculer le coût de revient d'une pathologie ,ou encore d'un groupe de maladie homogène .nous voulions simplement pour ce qui concerne notre cas proposer une méthodologie qui ne reposerait au fait sur aucune technique afin de mesurer l'activité d'un service par journée d'hospitalisation représentant l'unité de mesure universelle de quantification de La production hospitalière .

nous proposons à ce titre quelques actions afin de mieux maîtriser les coûts :

- informatiser les structures par la mise en place d'un réseau ,avec connexion de tous les services d'hospitalisation au bureau des entrées (admission) .

- mise en circulation de la fiche navette ,document de base à la facturation des actes médicaux ,chirurgicaux et autres laboratoire ,radiologie etc.

- adoption du plan comptable hospitalier ,et intégration de la comptabilité des coûts .la structure devra compléter les actions menées dans le cadre du suivi des imputations budgétaires ,et pour le besoin administrer le système de l'audit interne et externe (comptable et financier).

- revoir les moyens de financement en réfléchissant mûrement au système de la contractualisation et des conventions avec d'autres partenaires économiques et sociaux .

## CONCLUSION GENERALE

Le secteur de la santé se caractérise par l'incertitude .Les événements sanitaires sont dans la plupart des cas imprévisibles .Les traitements et les prophylaxies ne sont pas toujours efficaces et les résultats sont biaisés par des facteurs impondérables .

La santé est cependant considérée comme étant une activité de monopoles .Les prix des prestations sont fixés par l'état ,la concurrence est généralement quasi absente et ses efforts de traduction des coûts sont presque inexistantes .En économie pure ,le marché est parfait ,le consommateur est un homo-économique ,c'est à dire qu'il se comporte rationnellement et demeure libre de ses choix et préférences

Dans les pays en voie de développement ;ou particulièrement les ressources sont minimes ,la réflexion économique doit contribuer à déterminer les modalités de leur affectation de manière optimale ,eu égard aux besoins croissants dus à des conditions de vie souvent alarmantes .

Face à cette problématique ,les décideurs dans ces pays sont appelés à procéder des choix .De ce fait le recours à un système d'évaluation est obligatoire et permet entre autre de contrôler l'adéquation des actions entreprises par rapport aux objectifs projetés .

Pour atteindre ce but ,ils doivent impérativement disposer à la fois d'informations sur la situation épidémiologique ,sociale et financière .

Autrement dit il est indispensable d'approprier ,les règles de mesures des données y afférentes à l'aide d'un réseau ou système d'information uniforme et dont la fiabilité ne faisant pas défaut. L'évaluation des indicateurs de santé à différents niveaux (du centre organisationnel (secteurs sanitaires ;centres hospitalo-universitaires ,direction de santé structures de tutelles ministérielle )..

Les rôles objectifs fixés par l'évaluation, des indicateurs sont aptes à qualifier la morbidité et l'état de santé de la population ,et à quantifier l'utilisation des ressources .Le rôle de l'évaluation est important dans le domaine de la planification sanitaire et autant dans le choix de méthodes utilisés (projection ; modélisation etc.)

La planification suppose la prise en compte de paramètres identifiés à travers un processus d'évaluation et d'analyse économique . La réduction des coûts en matière de planification de santé et leur maîtrise ,ne recèle cependant aucune contradiction avec le principe de bonne prise en charge du patient .

Réduire un coût peut s'identifier à une prise en charge quantitative et qualitative plus grande .Privilegier un aspect médico-technique par

exemple peut être rentable économiquement dès lors génère des bénéfices pour les malades en termes d'amélioration de leur état de santé (gain en espérance de vie par un dépistage d'une maladie grave). De ce fait il s'avère indispensable pour guider les décideurs d'avoir recours aux techniques d'évaluation fondées sur le calcul des coûts. Cela suppose l'élaboration de bilans coûts avantages ou coûts bénéfices /coût utilités.

Si pour le premier, l'évaluation économique permet de dégager le résultat positif ou négatif exprimé en terme monétaire, le deuxième est un mode d'analyse par lequel les coûts d'un programme ou d'une action sont exprimés en monnaie, et ses conséquences en unités physiques : par exemple le nombre de vies humaines sauvées par un programme en calculant le rapport coût/avantage.

Quant au troisième type d'analyse (coûts/utilités) il transgresse coût/efficacité, en faisant ressortir plusieurs dimensions quant aux conséquences en unités physiques (nombre d'années de vie en bonne santé).

Le choix d'une thérapie pour traiter au mieux les malades, devrait être libre de toute considération d'ordre financière, d'où le dicton universel qui considère que la santé n'a pas de prix.

Les dépenses effectuées à l'échelle mondiale concernant la santé s'estiment aux environs de dix sept mille milliards de dollars, soit à peu près huit pour cent du revenu mondial global.

Pour les pays industriels et beaucoup de pays en développement à revenu intermédiaire, les raisons en sont notamment, la montée rapide des coûts, le grand nombre de personnes non assurés, et les limites constatées dans l'efficacité des interventions des gouvernements.

Pour les pays pauvres, les raisons principales sont la persistance voire la résurgence de certaines maladies mortelles.

Par ailleurs les conséquences néfastes sur le plan social, notamment sanitaires et nutritionnel, de l'ajustement structurel ayant provoqué la sensibilisation des institutions financières internationales (F.M.I., Banque mondiale) aux conditions spécifiques de fonctionnement du secteur de la santé et aux marchés des soins. De même le procès de prestation des soins est fortement dépendant des importations dans les pays à revenus faibles.

Les besoins recensés nécessaires pour financer la prise en charge totale de pathologie dépassent les capacités de l'état. Le marché des soins est considéré comme tout autre marché un lieu d'équilibre entre la demande l'offre des biens et de services et d'en déterminer le prix. Comme tout autre activité, une intervention abusive de l'état dans les prestations de soins, s'accompagne inévitablement, de gaspillage, et de bureaucratie. La situation épidémiologique actuelle par la persistance des maladies infectieuses et parasitaires propres aux pays sous développés. Les

besoins de financement nécessaires à une prise en charge totales des maladies ou pathologie dépassent les capacités de l'état .

Le marché privé des soins n'est pas en mesure de satisfaire ,ne serait ce que dans une mesure minimale besoins sociaux . Certaines activités sanitaires ,telle la distribution d'eau saine et l'assainissement ,les activités de lutte contre les épidémies et parasitaires constituent des biens d'intérêts publics .

L'absence de limite naturelle des coûts (le corps ,la vie humaine n'a pas de valeur marchande est une spécificité du risque (assurance-maladies ), si l'individu par exemple est trop assuré ,il a beaucoup plus tendance à utiliser trop de soins de santé à des prix élevés .Autrement dit ,il est pratiquement complexe d'apprécier le risque et d'attribuer une valeur à un corps humain ,et d'en déterminer à quel moment on atteint l'excès de soins de santé et d'assurance maladie .

Les défaillance de l'information aggravent le problème de l'estimation des coûts .Un patient qui connaîtrait le résultat entre gain et coûts probable de tout les traitements possibles pourrait faire un choix rationnel entre gain et coût ,mais généralement le patient n'est pas informé sur le marché .

Il en résulte un conflit permanent entre le prestataire de service et l'utilisateur de service (soins médicaux ). Les compagnies d'assurances d'autre part en tant que partenaires administratifs demeurent un obstacle certain pour les patients ,l'option de contrôle des actes médicaux par les médecins est aux centre des débats .Les avis de médecins dans le processus de traitement des patients sont divergents ce qui peut se traduire par le prolongement des souffrances cliniques allant jusqu'à l'aggravation des cas.(Analyse tirée du document de synthèse de Mr Ait Lellouche dec/1995 Alger).

L'état n'arrive plus à assurer le fonctionnement d'un système qui a la particularité d'être budgétivore ,alors que les caisses d'assurances sociales sont elles mêmes confrontées à des difficultés de financement .

Les pouvoirs publics ,ne sont pas décidés à se désengager de (la médecine gratuite) sans doute par crainte des conséquence que cette décision aurait des répercussions sur le plan social .Cette manière de faire s'est naturellement répandue de manière négative sur la qualité des soins administrés dans les structures hospitalières dont les besoins en équipements et en médicaments ne peuvent plus être satisfaits .Quant au secteur privé il est resté dans un rôle d'appoint ,presque marginal ,faute d'une nouvelle réglementation en la matière .

Le nouveau cadre juridique que l'on se prépare à mettre en place est destiné à adoucir les souffrances du malade et de contenir les plaintes des

praticiens ,l'équilibre serait peut être atteint.(le quotidien national liberté du 20/11/96).

Un avant projet de décret exécutif portant statuts des établissements publics fut soumis aux responsables et cadres du secteur pour débats et enrichissement .Le document en question ayant pour objet d'instaurer des règles de gestions moins bureaucratiques donc moins rigides pour un effet de décentralisation des pouvoirs :l'innovation se situerait à deux niveaux :

1\*les structures de gestion

2\*les ressources de financements

Pour le premier point il est presque prévu la mise en place d'un conseil d'administration composé des représentants du ministère de la santé des finances, des compagnies d'assurances ,des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée des collectivités locales, d'un délégué des personnels médicaux ,d'un représentant des établissements pédagogiques pour les CHU .les conseils mandatés pour trois ans délibèrent pour toutes les questions liées à la gestion des établissements ..

L'intérêt selon les responsables de tutelle ,consiste à décentraliser les prérogatives au profit des responsables locaux .

Les secteurs sanitaires et les établissements hospitaliers sont placés sous tutelle du wali qui aura a s'assurer de la qualité de la qualité des conditions de travail et d'accueil pour tous les aspects liés à l'hygiène, à l'alimentation des malades, à l'entretien et à l'approvisionnement en eau, gaz et autres besoins .

La gestion des personnels demeure sous tutelle de l'administration de la santé publique .

Sur le plan de financement ,le directeur (l'ordonnateur) peut passer tout contrat marché ou convention et accord dans le cadre de la réglementation.

Le projet de réforme prévoit le cadre de participation des assurances en matière de prise en charge des assurés à titres de remboursements effectués après effet d'hospitalisation .Les institutions sanitaires pourrons contracter des conventions avec les entreprises économiques industrielles et commerciales pour le suivi et la couverture médicale de leurs personnels. Les collectivités locales devront verser des subventions en fonction de leur capacité (les modalités de la contribution ne sont pas encore définies ).

Il reste cependant que les sources de financements les plus importantes appartiennent à l'état et la caisse de sécurité sociale .le trésor public continuera à prendre en charge la prévention ,les urgences médico-chirurgicales; le planning familial et la protection maternelle infantile .

Il est à noter que les assurés sociaux sont couverts pour leur cotisations à la CANAS .

Le malade non assuré devra bénéficier d'une attestation identifiant sa catégorie sociale ou prise en charge auprès de sa structure (APC ou CNAS du lieu de sa résidence).

L'hôpital en matière de recouvrement des frais d'hospitalisation aura à établir une facture en fin de séjour du patient qu'il transmettra conventionnellement à la CNAS ou APC.

Les recettes ne seront acquises qu'après effet de contractualisation entre établissements sanitaires et organismes de sécurité sociale. Les mutuelles, les sociétés d'assurances et les entreprises d'autres part.

L'expérimentation du schéma proposé est à l'étude dans une dizaine d'établissements pilotes aux fins de déceler des failles et y apporter des correctifs nécessaires. Actuellement les hôpitaux établissent des factures à blanc pour tester le circuit de remboursement.

Sur les mille huit cents structures du pays ; le trésor public devra encore subir des déficits, lorsqu'on sait que le coût d'un lit technique sans acte médical revient à deux mille cinq cents dinars pour un établissement de type spécialisé et que quarante dinars de frais relatifs à l'alimentation sont reconnus par la législation.

Les états généraux définis par ce projet constitueront l'aboutissement d'un processus qui précisera toutes les spécificités du système sanitaire national ; la carte sanitaire, le nombre d'établissements spécialisés qu'il convient d'avoir en fonction des besoins ressentis ("éditorial liberté du 20/11/96")<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Editorial « liberté – du 20/11/1996 ». Analyse faite par le délégué chargé de l'organisation des structures de santé. Ministère de la santé publique.

## ANNEXES

### Tableau n°1

I - Recettes réalisées par l'établissement CHU Tlemcen :

**\*504.868.646,00 (da)**

PARTICIPATION DES ORGANISATIONS AU FINANCEMENT DU BUDGET DU C.H.U TLEMCEM  
EXERCICES 1997

PARTICIPATION DE L'ETAT	%	PARTICIPATIO N CNASAT	%	T CNASAT	%	AUTRES	%
215.800.000,00	42.74	282.000.000,00	55.86	4.478.664,00	0.89	2.589.320,00	0.51

## Tableau n°2

### II- Dépenses de fonctionnement(da)

<b>LIBELLE</b>	<b><u>BUDGET INITIAL MARS 97</u></b>	<b>BUDGET 1er REAJUSTEMENT JUILLET 97</b>	<b>BUDGET 2eme REAJUSTEMENT DECEMBRE 97</b>
PERSONNEL	231.000.000	236.000.000	256.000.000
FORMATION	30.000.000	30.000.000	33.000.000
ALIMENTATION	7.000.000	7.000.000	7.000.000
MEDICAUX	130.000.000	130.000.000	155.000.000
PREVENTION	3.000.000	3.000.000	3.000.000
MATERIEL MEDICAL	16.000.000	16.000.000	26.000.000
ENTRETIEN INFRASTRUCTURE	6.500.000	6.500.000	6.500.000
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	24.000.000	24.000.000	24.000.000
OEUVRES SOCIALE	4.300.000	4.300.000	4.300.000
<b>TOTAL</b>	<b>452.800.000</b>	<b>456.800.000</b>	<b>514.800.000</b>
		+4.000.000	+ 20.000.000 3.000.000 25.000.000 10.000.000 = 58.000.000

La s/direction du budget et de la comptabilité a gérer au 28/02/98 un budget de 514.800.000. Il est à noter que l'enveloppe budgétaire initiale accordée en début d'exercices n'a été que de 452.000.000 (da).

**Tableau n°3 :**

<b>Répartition des crédits ouverts selon le titres de dépense(1997)</b>				
DESIGNATION DES DEPENSES	DOTATION DE CREDITS	REPARTITION %	PAIEMENT AU 25/02/98	TAUX DE PAIEMENT
<b>TOTAL</b>	<b>514.000.000</b>	<b>100</b>	<b>512.600.000</b>	<b>99.58</b>
OEUVRES SOCIALES	4.300.000	0.84	4.300.000	100
MATERIEL- OUTIL MEDICAUX	20.700.000	4.02	19.850.000	95.90
DEPENSES DU PERSONNEL	261.300.000	50.76	260.632.000	99.75
DEPENSES DE PREVENT	3.000.000	0.59	2.950.000	98.34
DEPENSES DE MEDICAME ET AUTRES	155.000.000	30.11	154.900.000	99.94
DEPENSES DE FORMATION	33.000.000	6.41	32.754.000	99.26
DEPENSES DE FONCTION	24.000.000	4.67	23.800.000	99.17
DEPENSES D'ENTRE	6.500.000	1.27	6.460.000	99.39
DEPENSES D'ALIMENT	7.000.000	1.36	7.000.000	100

- 1) **Dépense de personnels** : consommation de la totalité des crédits d'assainissement de toutes les situations des personnels, (traitements, indemnités et autres) .
- 2) **Dépenses de formation** : prises en charge de traitement des résidents, bourses des internes et externes ainsi que les présalaires services au stagiaire paramédicaux.

En matière de formation continue notre établissement a été retenu pour la deuxième fois consécutive comme suite d'organisation d'un ensemble de thème scientifique. (6.475.000)

**Tableau n°4****Etat du budget de la formation :**

JOURNEE NATIONAL DE LA DERMATOLOGIE	DU AU 06/03/97	65.000.000
JOURNEE NATIONAL DE LA REANIMATION	DU 01 AU 05/04/97	730.000.000
SEMINAIRE ET ATELIERS SUR LA PMI	DU 20 AU 29/04/97	450.000.000
SEMINAIRE ET ATELIERS SUR LE RAA	DU 10 AU 13//05/97	620.000.000
SEMINAIRE ET ATELIERS SUR LES UMC	DU 02 AU 06/05/97	850.000.000
FORMATION DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET PARAMEDICAL		1.300.000.000
LES DEUXIEME JOURNEE NATIONALES DU SURVEILLANT MEDICALE	DU 09 AU 10/06/97	630.000.000
SEMINAIRE ATELIERS SUR LA LUTTE ANTI-TUBERCULOSE	DU 06 AU 11/09/97	940.000.000
FORMATION CONTINUE DES SURVEILLANTS MEDICAUX	FEVRIER 97	170.000.000
AUTRES DEPENSES BILLETRIE+FRAIS DE MISSION		170.000.000
VI JOURNEES NATIONALES DE CHIRURGIE GENERALE		550.000.000
<b>TOTAL</b>		<b>6.475.000.000</b>

**Tableau n°5 : ETAT DES EQUIPEMENTS MEDICAUX**

SERVICE	NOMBRE D'Equipts.	FONCT.	PANNE	TAUX D'ACTIVITE	TAUX DE PANNE 1997	1996	1997
Pédiatrie	18	03	02	88.88	11.12	05.66	05.25
Stomatologie	06	05	01	83.33	16.67	06.77	16.67
Ophthalmologie	22	07	05	77.27	22.73	08.19	16.67
Bloc ophtalmolo.	30	27	03	90.00	10.00	23.28	0.07
Clinique dent.	85	20	15	82.35	17.65	08.34	0.08
Traumatologie	04	04	00	100.00	00.00	00.00	00.00
Bloc traumatolo.	18	15	02	88.88	11.12	11.22	00.00
Neurochirurgie	13	13	00	100.00	00.00	00.00	09.09
Bloc neurochic.	11	09	02	81.81	18.19	11.29	06.26
O R L	21	20	01	95.24	04.76	04.76	00.00
Bloc O R L	19	17	02	89.47	10.53	00.00	02.49
Gynécologie	37	30	07	91.90	08.10	05.40	04.76
Bloc gynécologie	19	17	02	89.47	10.53	05.26	00.00
Chirurgie	07	07	00	100.00	00.00	00.00	03.34
Chirurgie pres	02	02	00	100.00	00.00	00.00	00.00
Bloc chirurgie A	27	20	07	74.07	25.93	05.93	00.00
Bloc chirurgie B	05	05	00	100.00	00.00	00.00	28.58
Explorat.Fonctio.	14	10	04	71.43	28.57	28.57	33.75
Gastrologie	22	16	06	72.72	27.28	37.50	23.81
Radiologie	15	09	06	60.00	40.00	20.00	06.66
Scanner	09	09	00	100.00	00.00	00.00	14.29
Psychiatrie	07	06	01	85.71	14.29	14.29	00.00
Urgences	60	54	06	90.00	10.00	07.02	00.00
Infectieux	07	07	00	100.00	00.00	00.00	00.00
Méd. Interne	18	18	00	100.00	00.00	00.00	00.00
Labo hygiène	11	11	00	100.00	00.00	00.00	04.35
Labo anaph	24	22	02	91.66	09.10	07.14	03.45
Labo biochimie	30	28	02	93.33	07.14	09.10	08.43
Labo bacterio	85	70	15	82.35	17.65	05.42	05.26
Banque du sang	16	16	00	100.00	00.00	00.00	00.00
Hémodialyse	41	39	02	95.12	04.88	04.88	11.08
Méd. nucléaire	12	11	01	91.66	08.34	08.34	00.00
Pneumologie	10	10	00	100.00	00.00	00.00	16.67
Cardiologie	22	21	01	95.45	04.55	13.03	00.00
C M S	08	08	00	100.00	00.00	00.00	00.00
Neurologie	03	03	00	100.00	00.00	00.00	00.00
Méd. Légale	03	03	00	100.00	00.00	00.00	00.00
Hémato clinique	03	03	00	100.00	00.00	33.34	00.00
Dermatologie	12	11	01	91.66	08.34	8.34	00.00
Labo hemato	33	29	04	87.87	12.13	12.90	03.13
<b>TOTAL</b>	<b>809</b>	<b>709</b>	<b>100</b>	<b>87,63</b>	<b>12,37</b>	<b>11,08</b>	<b>7,27</b>

**Tableau n°6**

**Indicateurs Activités Hospitalières Département Gynécologie-  
obstétriques**  
**Année/1997**

<b>SERVICE</b>	<b>TOM</b>	<b>DMS</b>	<b>COEF. R.LIT</b>	<b>% LETHALITE</b>
OBSTETRIQUE	54,58	02,39	83,05	09,15
GYNECOLOGIE	115 708	09,46	44,38	02,88

La réanimation qui assure la prise en charge des malades de toute la wilaya de Tlemcen et hors wilaya a vu son taux d'occupation doublé par rapport à 1996 passants de 134,62 à 223,15 pour 1997 et la durée de séjour en légère augmentation (03,82 – 05,83).

En ce qui concerne les urgences, le T.O.M a augmenté passant de 03,77 à 19,13 pour 1997 et la DMS est restée pratiquement la même que pour 1996 (01,10/01,21). Le coefficient de rotation est de 57 d'où une nette augmentation (12 malades pour 1996).

**Tableau n° 7 :**

<b>NOMBRE DE REPAS SERVIS</b>						
<b>ANNEE 1995/96/97</b>						
<b>SERVICES</b>	<b>NOMBRE DE REPAS SERVIS</b>					
	1995	%	1996	%	1997	%
GASTROLOGIE	7.141	2.76	6.989	2.59	6.469	2.21
CARDIOLOGIE	18.297	7.08	15.799	5.85	18.514	6.33
PEDIATRIE	18.151	7.02	15.740	5.83	18.397	6.29
INFECTIEUX	6.263	2.42	5.390	2.00	7.669	2.62
PSYCHIATRIE	14.487	5.60	14.953	5.54	17.058	5.83
DERMATOLOGIE	4.553	1.76	4.128	1.53	3.698	1.26
MEDECINE INTERNE	6.257	2.42	5.539	2.05	6.113	2.09
MEDECINE NUCLEAIRE	247	0.09	124	0.05	198	0.07
HEMODIALYSE	4.396	1.70	4.478	1.66	4.186	1.43
PNEUMO-PHTISIC	7.412	2.87	8.143	3.02	8.358	2.86
CHIRURGIE A	16.513	6.39	19.308	7.15	18.359	6.28
CHIRURGIE B	10.502	4.06	11.372	4.21	10.226	3.50
MATERNITE	16.019	6.20	17.015	6.30	16.348	5.59
GYNECOLOGIE	10.309	3.99	7.089	2.63	14.465	4.95
TRAUMATOLOGIE	22.850	8.84	21.181	7.84	16.805	5.75
O.R.L	5.183	2.00	5.445	2.02	6.533	2.23
OPHTALMOLOGIE	11.398	4.41	12.068	4.47	14.084	4.82
NEUROLOGIE	9.322	3.60	9.158	3.39	9.900	3.39
HEMATO-CLINIQUE	4.329	1.67	6.040	2.24	6.023	2.06
NEURO CHIRURGIE	6.474	2.50	5.775	2.14	6.641	2.27
POPULATION	1.095	0.42	1.098	0.41	1.095	0.37
PERSONNEL CANTINE	52.731	20.40	68.857	25.5	76.810	26.27
NEPHROLOGIE	4.547	1.76	4.343	1.61	4.428	1.51
<b>TOTAL</b>	<b>258.476</b>		<b>270.032</b>		<b>292.377</b>	

- nombre de repas servis CHU durant l'année : 1995= 258.476 prix de la journée : 40,69 DA

- nombre de repas servis CHU durant l'année : 1996= 270.032 prix de la journée : 47,69 DA

- nombre de repas servis CHU durant l'année : 1997= 292.377 prix de la journée : 55,66 DA

**Tableau n° 8 :**

**TRAVAUX REALISES PAR SERVICE**

**Tableau récapitulatif :**

<b>Services</b>	<b>Budget de fonctionnement</b>	<b>Pourcentage</b>
UMC	2.373.778,34	40,51
Médecine interne	56.661,22	09,7
Hémodialyse	20.738,00	03,5
Clinique boudghéne	121.500,00	02,07
Chirurgie A	101.464,25	01,73
Cardio.	490.200,00	08,37
Chirurgie B	221.380,00	03,78
Psychiatrie	204.334,00	03,49
Laboratoire	83.493,60	01,42
Dermatologie.	238.361,00	04,07
Ensemble de service	180.587,44	03,08
Bloc 470	333.905,00	05,70
Lingerie	333.148,08	05,69
Ophthalmo	75.426,10	01,29
ORL	199.150,20	03,40
Direction général	4.500,00	0,08
Pédiatrie	424.847,90	07,25
Scanner Allée	38.366,00	06,55
S/Economat	12.500,00	0,21
<b>TOTAL</b>	<b>5.859.636,13</b>	<b>100</b>

**Tableau n° 9 :****SERVICE BUANDERIE**

SERVICE	QTE	%	QTE	%	QTE	%
ANNEES	1995		1996		1997	
CHIRURGIE	12.850 kg	5.41	14.210 kg	6.14	13.900 kg	6.07
CHIRURGIE BLOC	12.830 kg	5.40	15.060 kg	6.51	15.200 kg	6.64
MARENITE	14.960 kg	6.29	15.730 kg	6.80	15.710 kg	6.86
MATERNITE BLOC	20.390 kg	8.58	20.620 kg	8.91	21.020 kg	9.18
TRAUMATOLOGIE	8.700 kg	3.66	8.910 kg	3.85	8.930 kg	3.90
TROMATO. BLOC	11.010 kg	4.63	9.990 kg	4.32	10.040 kg	4.38
O.R.L.	690 kg	0.29	870 kg	0.32	840 kg	0.37
O.R.L. BLOC	830 kg	0.35	580 kg	0.25	490 kg	0.21
OPHTALMOLOGIE	7.710 kg	3.24	7.310 kg	3.16	7.380 kg	3.22
OPHTALMO. BLOC	3.810 kg	1.60	3.320 kg	1.44	3.180 kg	1.39
GASTROLOGIE	9.080 kg	3.82	8.910 kg	3.85	8.830 kg	3.85
CARDIOLOGIE	8.160 kg	3.43	7.940 kg	2.14	7.960 kg	3.47
PNEUMO-PHTISIO	5.080 kg	2.14	6.160 kg	2.66	6.210 kg	2.71
PEDIATRIE	5.070 kg	2.13	4.170 kg	1.80	4.230 kg	1.85
DERMATOLOGIE	995 kg	0.42	860 kg	0.37	710 kg	0.31
MEDE. INTERNE	5.730 kg	2.41	7.220 kg	3.12	7.180 kg	3.13
PSYCHIATRIE	88.390 kg	37.19	75.010 kg	32.43	72.130 kg	31.49
URGENCES	1.330 kg	0.56	3.950 kg	1.71	3.960 kg	1.73
NEUROCHIRURGIE	3.310 kg	1.39	3.120 kg	1.35	3.170 kg	1.38
HEMATO-CLINIQUE	710 kg	0.30	840 kg	0.36	880 kg	0.38
MED.NUCLEAIRE	180 kg	0.07	20 kg	0.01	20 kg	0.01
INFECTIEUX	15.820 kg	6.66	16.510 kg	7.14	17.110 kg	7.47

**RECAPITULATION**

ANNEE	Nombre kgs /linge lave	Par Machine	Par jour
1995	237.635 kgs	/6 = 39.605,84 kgs	/365j= 651,06 kgs
1996	231.310 kgs	/6= 38.551,67 kgs	/365j= 633,73 kgs
1997	229.080 kgs	/6 = 38.180 kgs	/365j= 627,616 kgs

## ACTIVITES CLINIQUES

Tableau n° 10 :

### MOUVEMENT DU SERVICE GYNECO-OBSTETRIQUE

ANNEE 1997

Service	Nbre de lits	Malades admis	Journ. D'hosp	Journ. Dispon	TOM	DMS	Coef. Rotat.lit	% Létalité	consulta
Gynécologie	39	1731	16383	14235	115,08	09,46	44,38	02,88	1756
Obstétrique	75	6229	14944	27375	54,58	02,39	83,05	09,15	4898

1- Nombre d'accouchement : 4867

Tableau n° 11 :

### ACTIVITES HOSPITALIERES-DEPARTEMENT

#### HEMODYALYSE

ANNEE 1997

LITS	REINS EN		CONSULTATIONS		DECES	SEANCES
	MARCHE	PANNE	ANCIEN	NOUVEAUX		
14	13	01	83	23	05	13507

Tableau n° 12 :

### Paramètres Des Activités Hospitalières Département De Médecine

Année 1997

SERVICE	TOM	DMS	COEF.R.LIT	% LETHALITE
Pédiatrie	73,00	07,88	33,78	13,32
e	39,95	09,63	15,13	02,86
Médecine	85,54	11,85	26,33	09,49
interne	82,18	12,63	23,74	06,73
Neurologie	72,98	12,01	22,16	02,55
Cardiologie	47,67	09,09	19,13	01,21
Pneumo	20,94	08,94	03,08	-
Gastrologie	92,81	11,26	30,06	09,97
Dermatologie	51,54	07,54	24,93	07,51
Mal.inferieuses	56,17	03,99	51,27	01,59
Néphrologie	19,34	03,32	16,66	-
Hémato-clinique	223,15	05,83	139,50	35,12
Méd.nucléaire				
Réanimation				

Moyenne 1996	56,14	08,13	23,94	06,70
Moyenne 1997	62,45	09,84	23,15	07

**Tableau n° 13 :**  
**Activités Et Mouvement Hospitalier Département**  
**Des Urgences Année 1997**

Services	Lits	Consultations	Entrants	Journées
Urgences médico-chirurgicales	13	31829	750	908
Urgences pédiatriques	07	-	533	623
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>31829</b>	<b>1283</b>	<b>1531</b>

**Tableau n° 14 :**

**ACTIVITES DU LABORATOIRE DES URGENCES**  
**AU 31/12/1999**

SERVICE	NBR EXAMENS LABO	EFFECTIFS MEDICALES						EFFECTIFS PARAMED			UTRES PERS (*)	
		HOPIT. UNIVERSITAIRES				SANTÉ PUB.		DIP	BREV	A.P.M	P	V
		PROF	DOC.	M.A	RESID	SPEC	GEN					
BIOCHIMIE	28790		01			01		06	02		02	01
HEMATO.	27254										01	01

**Tableau n° 15 :**

**ACTIVITES DES SERVICES D'HOSPITALISATION**

	HOM	FEM	ENF	HOM.	FEM.	ENF.	HOM.	FEM.		ADUL	ENF
CHIRURGIE -A-	35	36	05	601	567	20	7600	6330		778	
TRAUMATOLOGIE	30	30	07	590	368	220	7500	3854	980	481	
NEUR- CHIRURGIE	09	08	03	343	300	135	2400	1878	691	309	
OPHTALMOLOGIE	20	17	03	405	280	55	7500	5850	-	818	
O . R . L	15	25	06	240	214	195	2010	1500	668	773	
C . C . I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	716
CHIRURGIE -B-	14	27	02	401	353	190	4900	2800	942	399	
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>143</b>	<b>26</b>	<b>2580</b>	<b>2082</b>	<b>815</b>	<b>31910</b>	<b>22212</b>	<b>4386</b>	<b>3558</b>	<b>716</b>

(\* ) Non incluse la spécialité Gynéco-Obstétrique .

(+ ) Ensemble du personnel administratif. Technique et de service .

**HOM: service hommes**

**FEM. : service femmes**

**ENF. : service enfants**

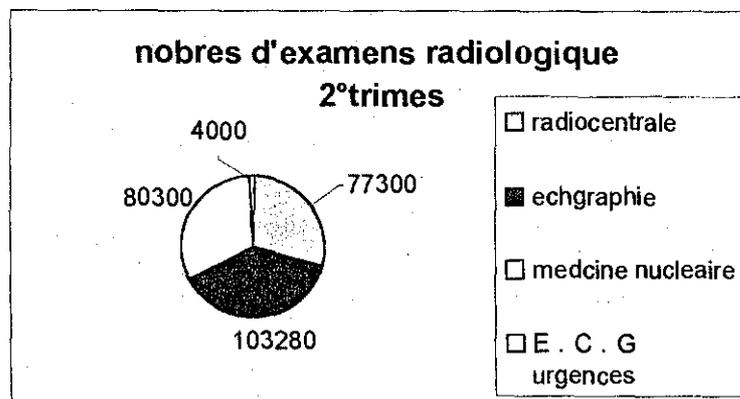
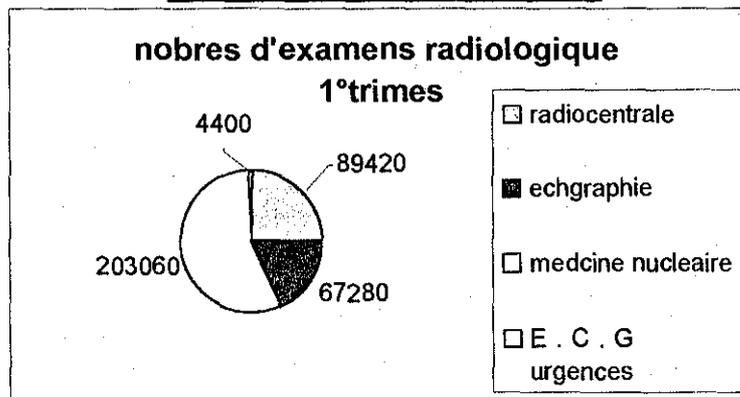
**Tableau N°16 :**

**Indicateurs d'activités hospitalières :Gynécologie obstétrique**

**ANNEE1997**

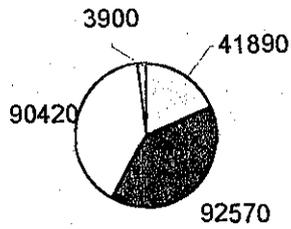
SERVICE	TOM	DMS	COEF.R.LI T	% LET HALITE
OBSTETRI QUE	54,58	02,39	83,05	09,15
GYNECOL OGIE	115 708	09,46	44,38	02,88

**A :Examens radiologiques :**



**nobres d'examens radiologique**

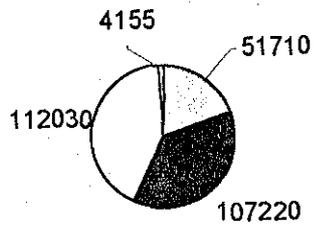
**3°trimes**



- radiocentrale
- echgraphie
- médecine nucleaire
- E . C . G urgences

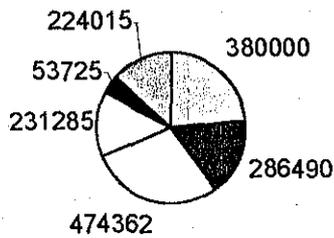
**nobres d'examens radiologique**

**4°trimes**



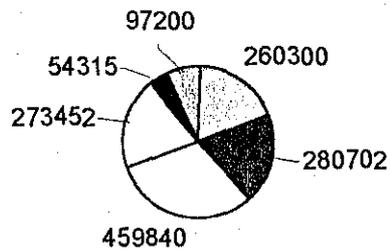
- radiocentrale
- echgraphie
- médecine nucleaire
- E . C . G urgences

**nobres d'examens ( base 1998) 1° trimes**

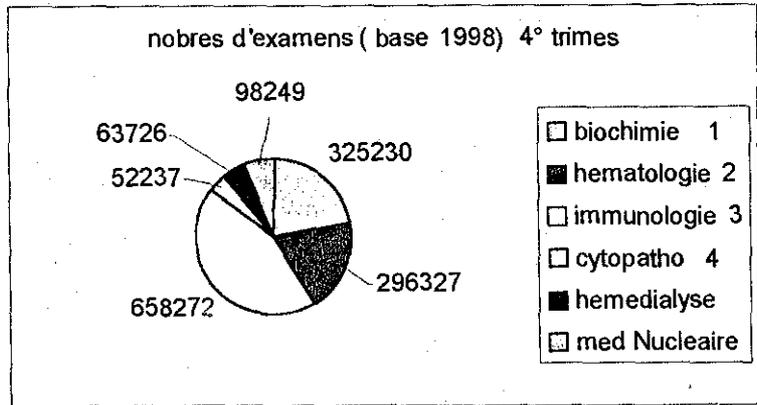
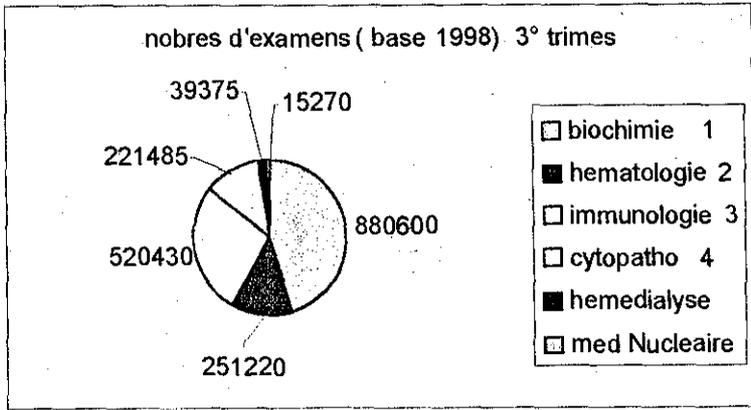


- biochimie 1
- hematologie 2
- immunologie 3
- cytopatho 4
- hemedialyse
- med Nucleaire

**nobres d'examens ( base 1998) 2° trimes**



- biochimie 1
- hematologie 2
- immunologie 3
- cytopatho 4
- hemedialyse
- med Nucleaire



## Nomenclature des services dans les CHU (disciplines)

La nomenclature des services cliniques est définie selon les normes iso internationale

Pour les services médicaux :

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. Anesthésie et réanimation |                              |
| 2 /Cardiologie               | 19/Pédiatrie néonatalogie    |
| 3/dermatologie /vénérologie  | 20/pneumologie               |
| 4/diabétologie               | 21/Pharmacie clinique        |
| 5/endocrinologie             | 22/Radiothérapie             |
| 6/gastro-entérologie         | 23/réanimation médicale      |
| 6/Epidémiologie              | 24/Psychiatrie               |
| 7/hémato-clinique            | 25/Rééducation fonctionnelle |
| 8/immuno-allergologie        | 26/Rhumatologie              |
| 9/maladies infectieuses      | 27/Urgences médicales        |
| 10/Médecine du travail       |                              |
| 11/médecine légale           |                              |
| 12//médecine du travail      |                              |
| 13/Médecine interne          |                              |
| 14/médecine nucléaire        |                              |
| 15/néphrologie hémodialyse   |                              |
| 16/neurologie                |                              |
| 17/Oncologie Médicale        |                              |

Pour ce qui concerne les services chirurgicaux :

1. Chirurgie cardiaque
2. Chirurgie générale
- 3/ chirurgie maxillo-faciale
- 4/ chirurgie pédiatrique
- 5/ chirurgie plastique et réparatrice
- 6/ Gynécologie obstétrique
- 7/ neurochirurgie
- 8/ ophtalmologie
- 9/ ORL
- 10/ Orthopédie traumatologie
- 11/ Urgences chirurgicales
- 12/ urologie
- 13/ dentisterie conservatrice
- 14/ orthopédie maxillo-faciale
- 15/ Parodontologie
- 16/ pathologie bucco-dentaire

## RECENSEMENT DES ACTIVITES INHERENTES AUX SERVICES CLINIQUES SPECIALISES

a/Médicales

### **1/Consultations :**

- \_ Générales
- \_ spécialisées \_ d'urgences
- \_ Avancées(extra-muros)

### **2.Hospitalisations classiques**

- \_ Dépendances élevées (réanimation ou soins intensifs )
- \_ dépendance faible

### **3/hospitalisation de jour :**

économie sur le plan hôtelier et des personnels ,il y a lieu de renforcer le plateau technique ).

### **4/Hospitalisation de nuit :**

### **5/hospitalisation à domicile**

### **6/Explorations :**

- instrumentales
- Radiologie
- Biologie
- Fonctionnelle

### **7/Traitements :**

- Traitements conventionnels
- Séances –thérapeutiques spécialisées .

### **8/Rééducation Fonctionnelle**

#### Remarques générales :

a/consultations : il y a lieu de créer une rubrique (autres consultations )pour l'évaluation des consultations n'ayant pas été répertoriées telles pour les sages femmes ,de psychologie d'orthophonie .

#### **B/Hospitalisation :**

Le concept d'hospitalisation de jour et de nuit peut être remplacé par celui d'hospitalisation partielle .en rapport avec l'appellation longue durée et à domicile.

#### **C/Traitements :**

Les séances de rééducation fonctionnelles peuvent être considérées comme séances thérapeutiques spécialisées .

Nécessité de création d'un mini-audit pour la collecte des informations spécifiques aux matières consommables et produits à usage unique.(produits pharmaceutiques et autres instrumentations et outillages).

## MODELE D'EVALUATION DES ACTIVITES DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE

1/état structurel du service :

Il convient de mettre en parallèle les éléments suivants :

- \_Le service lits
- Les salles opératoires
- Le nombre en praticiens
- Le personnel paramédical
- La consultation effectuée en urgence

### 2/Consultation :

elle est considérée comme spécialisée et concerne

- \_soit une consultation de recrutement extra-muros
- soit une consultation post -opératoire
- soit une consultation d'urgence.

3/Organisations : Elle est dépendante

## CADRE COMPTABLE PROPOSE

### CLASSEMENT DES OPERATIONS :

Les comptes à ouvrir dans la comptabilité des secteurs sanitaires seront groupée en une nomenclature particulière qui formera le plan comptable de l'entreprise sanitaire.

La comptabilité à adopter est celle du plan comptable national institué par l'ordonnance n° 75.35 du 29 avril 1975 qui stipule en son article 1<sup>er</sup> que le plan comptable national est obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1976 en vue de son application aux organisme publics à caractère industriel et commercial ; aux société d'économie mixte, aux entreprises, qui, quelle que soit leur forme, sont soumises au régime de l'imposition d'après le bénéfice réel, et qui précise, en outre, que le plan comptable pourra être étendu à d'autres entreprises non mentionnées ci-dessus par voie d'arrêté du Ministre des Finances après avis du Ministre de tutelle intéressé.

**Numérotation des comptes** : à utiliser pour l'entreprise sanitaire

Chaque compte, groupe de comptes ou subdivision est affecté d'un numéro selon le système de la classification décimale qui permet, sans compromettre l'économie du plan, d'ouvrir autant d comptes que l'exige les besoins de l'entreprise sanitaire et rien que ceux dont la tenue est nécessaire.

Il y a 7 classes de comptes numérotées à 1, 2, 4, 5, 6, 7 et 8.

Chaque classe est divisée en comptes principaux ;

Chaque compte principal en comptes divisionnaires ;

Chaque compte divisionnaires en sous compte et ainsi de suite.

Le compte principal, désigné par 2 chiffres, correspond au chapitre budgétaire :

- Le compte divisionnaires, désigné par 3, à l'article.
- Le sous compte désigné par 4 chiffres et plus, correspond au sous article.

Pour traduire un compte, il faut se rappeler que, partant de la gauche, le premier chiffre indique la classe, les deux premiers le compte principal, les trois premiers. Le compte divisionnaire, les quatre premier, le sous compte ...

EXEMPLE 6010. Alimentation des malades est un sous compte du compte divisionnaire 601 alimentation du compte principal 60 denrées et fournitures de classe (6) charges par nature.

#### Division du cadre comptable :

Le classement adopté est donc le classement décimal, le plus souple, le plus simple, le plus complet.

8 classes de comptes représentant la comptabilité générale.

1 classe de synthèse qui permettra la comptabilité analytique d'exploitation qui s'articule sur la comptabilité générale mais qui n'en est point partie intégrante. Numéroté 9 s'y ajoutera.

Numérotation des comptes.

La Classe 1 – Fonds propres –

Moyens de financement utilisés de façon durable par l'entreprise.

La Classe 2 – Investissement –

Comprend l'ensemble des biens et valeurs durables, acquis ou créés et qui représentent l'actif, le passif et l'inventaire.

La Classe 3 – STOCK –

Comprend l'ensemble des biens acquis ou créés par l'entreprise et qui sont destinés à être fournis ou consommés pour les besoins de l'entreprise.

La Classe 4 – Créances –

Comprend l'ensemble des droits acquis par l'entreprise par suite de ses relations avec des tiers, et qui représente des restes à recouvrer, les restes à réaliser.

La Classe 5 – Dettes –

Comprend l'ensemble des obligations contractées par l'entreprise par suite de ses relations avec des tiers et qui représente les restes à payer et les restes à réaliser.

La Classe 6 – Charges –

Comprend les charges classées par nature et qui représente les dépenses de fonctionnement.

La Classe 7 – Produits –

Comprend les Produits classés par nature et qui représente les recettes de fonctionnement.

La Classe 8 – est réservé aux résultats.

Enfin une dernière classe retrace la comptabilité dite de synthèse (comptabilité analytique d'exploitation).

Le plan comptable national devant être adapté aux secteurs d'activité particulière de même qu'il prévoit la comptabilité des coûts et prix de revient une dernière classe dite de synthèse retracera la comptabilité analytique d'exploitation.

Cette classe de synthèse et la classe 3 seront utilisées par les services économiques sans être intégrées dans la comptabilité générale pour l'immédiat.

**Les Budgets ,Comptes de Gestion Et Administratifs, comporteront les indications de la nomenclature suivante :**

**A – SECTION DE FONCTIONNEMENT (OU D'EXPLOITATION)**

Qui comprendra les recettes et les dépenses ordinaires et permanentes de l'entreprise sanitaire.

**-1- DEPENSES –**

Les dépenses seront comprises dans la classe 6 et figureront par nature aux comptes ci-après :

**- CLASSE 6 : CHARGES -**

**Compte Principal : 60:MARCHANDISES CONSOMMEES**

**- Compte 600 : Produits pharmaceutiques et autres :**

Les dépenses relatives aux médicaments, films, produits radiologiques accessoires médicaux chirurgicaux, gaz médicaux et autres produits seront imputés à ce compte.

- Sous-compte : 6000 : Services hospitaliers
- Sous-compte : 6001 : Services extra hospitaliers
- Sous-compte : 601 : Alimentation :
- Sous-compte : 6010 : Alimentation des malades
- Sous-compte : 6011 : Autre alimentation
- Sous-compte : 602 : HABILLEMENT ET LINGERIE :
- Sous-compte : 6020 : Habillement des malades
- Sous-compte : 6021 : Habillement du personnel

Subdivision : 60210 : Personnel médical

Subdivision : 60211 : Personnel paramédical

Subdivision : 60212 : Personnel Admin. et Technique

Subdivision : 60213 : Personnel enseignant

Subdivision : 60214 : Achat de lingerie

**Compte 603 : CARBURANT ET LUBRIFIANT :**

Les frais de combustibles de tous les services doivent être inscrits à ce compte avec la subdivision suivante :

Sous-compte : 6030 : services médicaux

Sous-compte : 6031 : services généraux

- Compte : 604 : COMBUSTIBLES :

Les frais de combustibles de tous les services seront imputés à ce compte, gaz médicaux, acétylène, oxygène (bouteilles de gaz pour les ateliers).

Sous-compte : 6040 : services médicaux

Sous-compte : 6041 : services généraux

Compte : 605 : FOURNITURE POUR L'ENTRETIEN DES

BATIMENTS :

A ce compte seront imputée les dépenses concernant les achats de matériaux et fournitures pour l'entretien des bâtiments.

Sous-compte : 6050 : services hospitaliers

Sous-compte : 6051 : services des soins et de prévention qui peut se subdiviser comme suit :

Subdivision 60510 : polyclinique « X »

Subdivision 60511 : centre de soins « Y »

Sous-compte : 6051 : autres bâtiments

Compte : 606 : FOURNITURE POUR L'ENTRETIEN DES COURS ET JARDINS

Compte : 607 : FOURNITURE POUR L'ENTRETIEN DU MATERIEL

Concerne le matériel et outillage qui n'est pas suivi dans la comptabilité des stock et non soumis à amortissement. Il peut être ventilé par service.

Compte : 608 : FOURNITURE PEDAGOGIQUES

Concerne les dépenses de fourniture diverses pour l'enregistrement dans les écoles para-médicales et les cours de perfectionnement au sein des établissements.

COMPTE PRINCIPAL 61 : MATIERE ET FOURNITURES CONSOMMEES

Le petit matériel et outillage et matière première qui n'est pas suivi dans la comptabilité des stocks et qui n'est pas soumis à l'amortissement, il s'agit en général de fournitures remises dès leur achat aux services utilisateurs et qui sont inscrites à l'inventaire extra-comptable.

Compte : 610 : FOURNITURE ET MATIERE PREMIERE :

Compte : 610 : FOURNITURE POUR L'ENTRETIEN DES VEHICULES :

Toutes les fournitures de pièces détachée et pneumatiques (ils pourront également se ventiler par service).

Compte : 612 : EAU – GAZ – ÉLECTRICITÉ :

Les dépenses de consommation d'électricité, gaz et eau ainsi que les redevances annuelles versées en vertu des contrats seront imputées, selon leur nature, aux sous-comptes suivants :

Sous-compte : 6121 : Eau

Sous-compte : 6122 : Gaz

Sous-compte : 6123 : Electricité

Compte 613 : ACQUISITIONS DE PETITS MATERIELS ET OUTILLAGES

Les dépenses d'acquisition de matériels et outillages, tant médical que pour les ateliers seront imputées à ce compte et ventilées par service.

Sous-compte : 6131 : Matériel et outillages médical

Sous-compte : 6131 : Matériel et outillages ateliers et services généraux (cuisine – buanderie etc. ...)

COMPTE PRINCIPAL : 62 : SERVICES EXTERIEURS

Seront inscrits ses comptes les dépenses concernant les prestations de services avec éventuellement des fournitures concernant l'ensemble des services avec ventilation aux comptes suivants :

-Comptes 620 : FRAIS DE TRANSPORT

A ce compte seront imputés les coûts suivants des transports payés à des entreprises de transport (SNTF, CNAN, Transports routiers et aériens ...) ou remboursé au personnel.

Le transport des personnes malades et transport de marchandise.

- Sous-compte : 6200 : Transport de marchandise et matériel.
- Sous-compte : 6201 : Transport des malades
- Sous-compte : 6202 : Transport du personnel
- Sous-compte : 6203 : Transport des coopérants
- Sous-compte : 6204 : Transport des étudiants et stagiaires
- Sous-compte : 6209 : Autres frais de transport

Compte 621 : LOYERS ET CHARGES LOCATIVES

Seront imputées à ce compte les sommes dues à des tiers en vertu de contrats portant louage de choses qu'il s'agisse de biens meubles ou d'immeubles le compte peut comporter des subdivisions para nature de biens loués.

Compte 622 : LOYERS ET CHARGES LOCATIVES

Seront imputées à ce compte les dépenses d'entretien de moindre coût confié à des entreprises publiques ou privées.

#### Compte 624 : DOCUMENTATION ET ABONNEMENTS

Seront imputées à ce compte les dépenses relatives aux achats d'ouvrage aussi bien pour les établissements que pour les écoles paramédicales, et les abonnements aux journaux et revues périodiques intéressant les services.

#### Compte 625 : REMUNERATION DE TIERS

Seront inscrites à ce compte les dépenses concernant les commissions pour les examens, des frais d'études qui n'entrent pas dans les constructions des honoraires d'avocat, ou homme de l'art, les frais d'actes, de contentieux.

Sous-compte : 6250 : Commissions

Sous-compte : 6251 : Honoraires

Sous-compte : 6250 : .....

Sous-compte : 6250 : Redevances

Sous-compte : 6250 : .....

Sous-compte : 6250 : Frais d'actes et de contentieux

#### Compte 626 : PUBLICITE

Ce compte concerne les dépenses de frais d'insertion dans la presse à la suite des appels d'offre, de publication de communiqués et autres publications.

#### Compte 627 : DEPLACEMENTS ET RECEPTIONS

les frais de déplacement et de séjour de tierces personnes ( conférencier, experts) invitées par l'établissement ainsi que les frais de réception qui seront ventilés aux sous comptes suivants :

- Sous-compte : 6270 : frais de déplacement (voyage)
- Sous-compte : 6271 : frais de séjour (déplacement)
- Sous-compte : 6272 : Réception (frais de séjour)
- Sous-compte : 6273 : Réception (autre frais)

#### Compte 628 : FRAIS DE P&T

Seront imputées à ce compte les dépenses inhérentes aux abonnements et communication téléphoniques, frais d'affranchissement de télégrammes et de courrier et les frais de télex etc.....

#### Compte 629 : AUTRES FRAIS DE SERVICE EXTERIEURES

Les dépenses qui ne peuvent être imputées aux comptes ci dessus, seront imputées à ce compte (frais de sépulture).

#### COMPTE PRINCIPAL 63 : FRAIS DE PERSONNEL

Les dépenses concernant l'ensemble des traitements, salaires et indemnités du personnel seront imputés comme suit :

- Sous-compte 6300 : Rémunération personnel médical
- Sous-compte 6301 : Rémunération personnel médical
- Sous-compte 6302 : Rémunération personnel médical
- Sous-compte 6303 : Rémunération personnel médical
- Sous-compte 6304 : Rémunération personnel médical

### Compte 631 : REMUNERATION DIVERS

Seront imputées à ce compte les bourses présalaires frais d'inscription des étudiants y compris ceux envoyés à l'étranger suivant les sous-compte ci dessous :

- Sous-compte 6310 : Bourses présalaires
- Sous-compte 6311 : Frais d'inscription

### Compte 632 : INDEMNITES ET PRESTATIONS

Ce compte servira à l'imputation des indemnités et prestations servies aux praticiens à mi temps, les médecins et praticiens coopérants suivant la ventilation suivante :

- Sous-compte 6320 : Indemnités aux praticiens à mi temps
- Sous-compte 6321 : Indemnités aux coopérants
- Sous-compte 6302 : Prestation directes

### Compte 634 : CONTRIBUTIONS AUX ACTIVITES SOCIALES

Contributions par subvention aux œuvres sociales de l'entreprise.

### Compte 635 : CONTRIBUTION SOCIALES

Seront imputées à ce compte les cotisations à la sécurité sociale les assurances sociales, prestations familiales, accidents de travail, cotisations mutuelles, cotisations aux caisses de retraite suivant les sous comptes ci-dessous :

- Sous-compte 6350 : Cotisations de sécurité sociale.
- Sous-compte 6351 : Cotisations aux mutuelles.
- Sous-compte 6352 : Cotisations aux caisses de retraite.
- Sous-compte 6353 : Fonds de compte des A.F.

### COMPTE PRINCIPAL 64 : IMPOTS ET TAXES

Tout les impôts et taxes payés à l'administration fiscale, y compris le versement forfaitaires sur les traitements et salaires seront imputés aux comptes suivants :

#### - Comptes 640 : VERSEMENT FORFAITAIRE

Le versement forfaitaire sur les traitements et salaires y compris les indemnité et autres avantages en nature évalués.

#### - Compte 646 : DROITS D'ENREGISTREMENT

- Sous-compte 6460 : Droit d'enregistrement sur actes et marché.
- Sous-compte 6452 : Droit de timbre (fiscal)

#### - Compte 647 : DROIT DE DOUANE

Seront imputés à ce compte les droits de douane sur les marchandises et matériels ou produits imputés et soumis à la taxation douanière.

#### - Compte 648 : AUTRE DROITS, IMPOTS ET TAXES

Seront imputés à ce compte tous les autres impôts et taxes.

- Sous-compte 6480 : Taxe foncière.
- Sous-compte 6481 : Taxe d'assainissement
- Sous-compte 6489 : Droits, impôts et taxes

## COMPTE PRINCIPAL 65 : FRAIS FINANCIERS

### - Compte 650 : INTERETS DES EMPRUNTS

La tenue d'une comptabilité de patrimoine conduits à distinguer le remboursement des capitaux d'emprunt et le règlement des intérêts dus en exécution des contrats d'emprunt : ces intérêts constituent seuls une charge d'exploitation et son imputés à ce compte.

### - Compte 655 : FRAIS DE BANQUE ET DE RECOUVREMENT

Seront imputés les frais bancaires et commission diverses dus aux banques instamment dans le cadre des A.G.I .

### - Compte 656 : FRAIS D'ACHAT DES TITRES

Seront imputés a ce compte les achats de bons d'équipement ou autres titres procurant un intérêt.

## COMPTE PRINCIPAL 66 : FRAIS DIVERS DE GESTION

Les frais de gestion générale seront imputés aux comptes suivants

### - Compte 660 : ASSURANCE

Seront imputés a ce compte les dépenses relatives à toutes les assurances des biens meublés et immeubles ainsi que l'assurance de responsable de responsabilité civile, et ventilés comme suit :

- Sous-compte 6600 : Assurance des biens immeubles.
- Sous-compte 6601 : Assurance des biens meubles et parc roulant.
- Sous-compte 6602 : Assurance responsabilité civile.

### Comptes 661 : FRAIS DE GESTION DU RECEVEUR

Sera imputé a ce compte la participation de l'entreprise aux frais de gestion du receveur.

### Compte 662 : FOURNITURE DE BUREAU

Les dépenses diverses d'administration : fourniture de bureau (non suivies en stock) imprimés administratifs (non suivies en stock) imprimés administratifs (non suivis en stock) seront imputés à ce compte.

### Compte 663 : IMPRESSION ET RELIURES

Les fournitures d'imprimerie et les frais de reliure seront imputés à ce compte.

### Compte 669 : AUTRES FRAIS DIVERS DE GESTION

Seront imputés à ce compte les dépenses de frais de gestion générale de l'entreprise pour lesquelles aucune dotation n'a été prévue.

## COMPTE PRINCIPAL 68 : DOTATION AUX AMORTISSEMENTS ET PROVISIONS

### - Compte 682 : DOTATION AUX AMORTISSEMENTS

la dotation annuelle aux compte d'amortissement entre ; comme toutes les dépenses d'exploitation, dans les éléments constitutifs des prix de revient.

## COMPTE PRINCIPAL 69 : AUTRES CHARGES EXCEPTIONNELLES

### - Compte 690 : PRELEVEMENT SUR LES RECETTES DE FONCTIONNEMENT

Concerne le prélèvement sur les ressources propres de l'entreprise sanitaire dont le taux sera laissé à l'appréciation du conseil de direction, sous réserve que l'équilibre de la section de fonctionnement soit réalisé.

### - Compte 694 : Créances irrécouvrables

En l'absence de provisions pour créances irrécouvrables, les sommes régulièrement admises en non-valeurs seront portés, en dépenses, à ce compte.

### - Compte 696 : CHARGES DES EXERCICES ANTERIEURS

Les mandats de paiement se rapportant à des services faits au cours des exercices antérieurs, qui n'ont pas été émis en temps utile, seront imputés à ce compte avec la ventilation suivante :

- Sous-compte : 6960 : Fournitures et denrées
- Sous-compte : 6961 : Matière et fournitures consommables
- Sous-compte : 6962 : Services extérieurs
- Sous-compte : 6963 : Frais de personnel
- Sous-compte : 6964 : Impôts et taxes
- Sous-compte : 6965 : Frais financiers
- Sous-compte : 6966 : Frais divers de gestion
- Sous-compte : 6967 : Dotation aux amortissements
- Sous-compte : 6968 : Autres charges exceptionnelles
- Sous-compte : 698 : CHARGES EXCEPTIONNELLES

Ce compte reçoit les dépenses de fonctionnement à caractère exceptionnel n'entrant dans aucun compte budgétaire.

## B – SECTION DE FONCTIONNEMENT (OU D'EXPLOITATION)

De même que les dépenses les recettes figurent par nature et seront comprises dans la classe 7 au compte suivant.

### - II - RECETTES

#### CLASSE - 7 -

## COMPTE PRINCIPAL 70 : PRODUITS D'EXPLOITATION

### - Compte 700 : VENTE DE PRODUITS ET DE SERVICES

Seront affectées à ce compte les recettes provenant de la vente de déchets, d'emballages, et les produits fabriqués par les personnes

âgées ou l'ergothérapie ainsi que les frais de désinfection lors des interventions des services des secteurs sanitaires au profit de tiers.

- Compte 701 : DROITS D'INHUMATION

Les frais d'inhumation seront remboursés et imputés à ce compte.

- Compte 702 : DROITS DE DEPISTAGE

Seront affectées à ce compte les recettes provenant du remboursement par les entreprises ou administrations pour le dépistage des maladies de leur personnel.

- Compte 703 : SERVICES PAYE DU PERSONNEL

Remboursement des frais de personnel médical affecté auprès des entreprises ainsi que d'autres agents intervenant ponctuellement dans d'autres services.

COMPTE PRINCIPAL 73 : PRODUCTION DE L'ENTREPRISE POUR ELLE-MEME

- Compte 730 : TRAVAUX DE L'ENTREPRISE POUR FRAIS D'ETABLISSEMENT

Les matériaux fabriqués par l'établissement seront évalués et leur recettes seront affectées à ce compte (opération d'ordre) (fabrication, de portes, fenêtres, clôtures, etc....)

COMPTE PRINCIPAL 74 : PRESTATIONS FOURNITURES

Concernera les remboursements de frais d'hospitalisations et de soins.

- Compte 740 : Remboursement des frais d'hospitalisation et de soins a la charge de l'état

- Compte 741 : Remboursement des frais d'hospitalisation et de soins a la charge de la caisse de sécurité sociale

- Compte 742 : Remboursement des frais d'hospitalisation et de soins a la charge des autres organismes et collectivités et particuliers

- Compte 743 : Remboursement des services externes (soins analyses radiologie et autres

- Sous-compte : 7430 : A la charge de l'état

- Sous-compte : 7431 : A la charge de la caisse de sécurité sociale.

- Sous-compte : 7432 : A la charge des organismes, collectivités et particuliers.

## COMPTE PRINCIPAL 77 : PRODUITS DIVERS

### - Compte 770 : PRODUITS FINANCIERS

Les recettes provenant des titres de rentes, les intérêts provenant des bons d'équipements etc....

### - Compte 779 : AUTRES PRODUITS DIVERS

- Sous-compte : 7790 : Produits des services exploités dans l'intérêt du personnel.

Seront affectées à ce compte les sommes mises à la charge du personnel (repas, location d'immeubles, transports, récupération de prestations diverses, communication téléphonique ...)

Sous-compte : 7791 : Produits de l'ambulance

Les ambulances peuvent être mises à la disposition de tiers le produit doit être affecté à ce compte.

## COMPTE PRINCIPAL 79 : PARTICIPATIONS ET PRODUITS EXCEPTIONNELS

Entrent dans cette catégorie, les subventions ayant pour objet de contribuer aux dépenses de renouvellement normalement financées par l'amortissement, les subventions destinées à couvrir les charges d'enseignement, la fraction des subventions affectées à la recherche médicale à couvrir des charges d'exploitation, le montant de ces subventions fait l'objet de prévision du compte principal 79, qui comprend les subdivisions groupant les subventions selon leur origine.

### - Compte 790 : SUBVENTION ET PARTICIPATION

- Sous-compte 7900 : Subvention de l'état

- Sous-compte 7901 : Subvention des organismes et collectivités.

- Sous-compte 7902 : Autres subventions

### - Compte 791 : DON ET LEGS :

Seront affectés à ce compte les dons et legs qui ne font l'objet d'une affection.

### - Compte 792 : PRODUIT DE CESSION D'INVESTISSEMENT (ALIENATIONS BIENS MEUBLES ET IMMEUBLES)

### - Compte 797 : PRODUITS DES EXERCICES ANTERIEURS

Les restes à réaliser sur tous les comptes des exercices antérieurs seront imputés dans ce compte avec la subdivision suivante :

- Sous-compte 7970 : Produits d'exploitation.

- Sous-compte 7973 : Produits de l'entreprise pour elle même.

- Sous-compte 7974 : Prestation fournies.

- Sous-compte 7977 : Produits divers.

- Sous-compte 7979 : Participations et produits exceptionnels.

- Compte 798 : PRODUITS EXCEPTIONNELS

Les produits occasionnels et exceptionnels non prévus dans les comptes sus visés seront affectés dans ce compte.

COMPTE PRINCIPAL 88 : RESULTAT DE L'EXERCICE

- Compte 880 : EXCEDENT DE L'EXERCICE CLOS

L'excédent de l'exercice précédent sera repris à ce compte.

C – SECTION D'INVESTISSEMENT ET D'EQUIPEMENT

1 – DEPENSES

- CLASSE – 2. INVESTISSEMENT

Les dépenses concernant l'investissement et l'équipement des entreprises sanitaires, seront financées aussi bien par l'auto financement que par des financements extérieurs.

COMPTE PRINCIPAL 20 : FRAIS PRELIMINAIRES

- Compte 201 ; REMBOURSEMENT D'EMPRUNT

La part du capital à rembourser au cours de l'année sera imputée à ce compte (tandis que la part d'intérêts est portée au compte 650 intérêts d'emprunt ouvert à la section d'exploitation)

- Compte 203 ; FRAIS DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Les dépenses engagées par l'entreprise sanitaire pour la formation et perfectionnement de son personnel médical ou administratif à l'étranger (éventuellement), seront imputées à ce compte.

COMPTE PRINCIPAL 22 ; TERRAINS

- Compte 220: TERRAINS DE CONSTRUCTION ET CHANTIERS

Seront imputées à ce compte les dépenses d'acquisition de terrain de construction.

- Compte 226: AUTRES TERRAINS

A ce compte seront imputées les dépenses d'acquisition de terrains autres que ceux destinés à la construction.

COMPTE PRINCIPAL 24 ; EQUIPEMENTS DE PRODUCTION (OU EXPLOITATION)

Ce compte concerne aussi bien les dépenses pour les immeubles que pour les meubles et gros matériel.

- Compte 240 ; BATIMENTS

Les dépenses relatives à la construction des infrastructures médicales chirurgicales, techniques et administratif, qu'elles soient hospitalières de soins, de préventions, d'enseignement et de formation, seront imputées à ce compte qui se subdivisera comme suit :

- Sous-compte : 2401 : Construction d'un pavillon de médecine.
- Sous-compte : 2402 : Construction d'un pavillon de chirurgie.
- Sous-compte : 2403 : Construction d'une polyclinique.
- Sous-compte : 2404 : Construction d'une salle de soins.
- Sous-compte : 2405 : Construction d'un bâtiment administratif.

- Compte : 241 : OUVRAGE D'INFRASTRUCTURE

- Sous-compte : 2410 : Voies de transport

Les dépenses relatives à la création des allées, voies de circulation, cours et jardins, seront imputées à sous compte, ainsi que les aménagements:

- Sous-compte : 2411 : Grosses réparations des bâtiments hospitaliers.  
Les dépenses relatives aux grosses réparations des bâtiments hospitaliers et sanitaires.
- Sous-compte : 2412 : Grosses réparations des bâtiments administratifs
- Sous-compte : 2413 : Grosses réparations de Polyclinique
- Sous-compte : 2414 : Grosses réparations de centre de soins.
- Sous-compte : 2415 : Aménagements divers et autres ouvrages.

Chaque opération sera décrite dans un sous-compte qu'il y a lieu d'ouvrir.

- Compte : 242 : INSTALLATIONS COMPLEXES

A ce compte seront imputées les dépenses relatives à des installations complexes.

- Compte : 243 : MATERIEL ET OUTILLAGE

Ce compte recevra plus spécialement le matériel et l'outillage des installations, le matériel et outillage hospitalier, le matériel et outillage des services généraux, le matériel et outillage de la pharmacie, le matériel et outillage d'enseignement et de recherche, chaque le matériel et outillage spécifique sera imputé à un sous-compte qui se subdivisera lui-même en ligne.

- Sous-compte : 2430 : Matériel et outillage d'installation
- Sous-compte : 24301 : Matériel électrique
- Sous-compte : 24302 : Matériel téléphonique
- Sous-compte : 24303 : Matériel de pesage
- Sous-compte : 24304 : Matériel de plomberie et chaudronnerie et sanitaire
- Sous-compte : 24305 : Matériel de menuiserie
- Sous-compte : 24306 : Matériel de maçonnerie
- Sous-compte : 24301 : Matériel de peinture.

- Sous-compte : 2431 : Matériel et outillage hospitalier
- Sous-compte : 24321 : Cuisine et réfectoires
- Sous-compte : 2430 : Lingerie
- Sous-compte : 2430 : buanderie
- Sous-compte : 2430 : Matériel et outillage d'enseignement et de recherche.

- Compte : 244 : MATERIEL DE TRANSPORT

Seront imputées à ce compte les acquisitions de matériel routant.

- Sous-compte : 2440 : Matériel automobile
- Sous-compte : 24401 : Ambulances
- Sous-compte : 24402 : Véhicules de liaison
- Sous-compte : 24403 : Voitures utilitaires
- Sous-compte : 24404 : Engins

- Compte : 245 : EQUIPEMENT SOCIAUX

- Compte : 250 : BATIMENTS SOCIAUX

- Sous-compte : 2500 : logement du personnel
- Sous-compte : 2502 : bâtiments pour œuvres sociales

- Compte : 251 : MATERIEL

- Compte : 252 : MOBILIER ET EQUIPEMENT MENAGER

- Compte : 257 : AMENAGEMENT

D - SECTION D'EQUIPEMENT ET D'INVESTISSEMENT

- II - RECETTES

Les ressources de cette section peuvent provenir de financements extérieurs et de l'autofinancement.

- CLASSE I -

COMPTE PRINCIPAL 11 : FONDS PERSONNEL  
AUTOFINANCEMENT

- Compte 110 : PRELEVEMENT SUR LES RECETTES DE  
FONCTIONNEMENT

Un prélèvement sur les recettes de fonctionnement provenant sur les ressources propres de l'entreprise laissé à l'initiative du conseil de direction.

- COMPTE : 119 : PRELEVEMENT D'UN % SUR  
L'EXCEDENT DE L'EXERCICE CLOS

(Le taux sera fixé par arrêté de Monsieur le Ministre de la santé)

COMPTE PRINCIPAL 14 : SUBVENTIONS D'EQUIPEMENT  
RECUES FINANCEMENT EXTERIEUR.

- Compte 141 : SUBVENTIONS RECUES

- Sous-compte : 1411 : Etat
- Sous-compte : 1412 : Wilaya
- Sous-compte : 1413 : Communes
- Sous-compte : 1414 : Collectivité publique
- Sous-compte : 1415 : Entreprises publiques

- COMPTE PRINCIPAL 16 : EMPRUNTS A PLUS D'UN AN

- Compte 160 : EMPRUNTS GARANTIS PAR L'ETAT

- CLASSE - 11.

- Compte principal 21 : ALIENATION

- Compte 214 : ALIENATION

- Compte principal 26 : INDEMNITES DE SINISTRE

- Compte 260 : INDEMNITES DE SINISTRE

Ce compte reçoit les indemnités versées par les compagnies d'assurances à la suite d'accidents, d'incendie, les indemnités versées par les tiers pour dégradations de biens publics meubles ou d'immeubles.

Compte principal 29 : AMORTISSEMENTS DES  
INVESTISSEMENTS ET EQUIPEMENTS

L'amortissement forme une recette de la section d'investissement. Il contribue à couvrir les dépenses imputées à cette section. Il est donc un des moyens de financement internes au même titre que l'autofinancement pour ordre.

- Compte 2940 : AMORTISSEMENT DES BATIMENTS
- Sous-compte : 29400 : Bâtiments hospitaliers
- Sous-compte : 29401 : Bâtiments administratifs et généraux.
- Compte : 2950 : AMORTISSEMENT DES BATIMENTS SOCIAUX
- Compte : 2943 : AMORTISSEMENT DU MATERIEL ET OUTILLAGE
- Sous-compte : 29430 : Amortissement du matériel.
- Sous-compte : 29431 : Amortissement de l'outillage
- Compte : 2944 : AMORTISSEMENT DU MATERIEL DE TRANSPORT

La recherche de budgets types pour les infrastructures extra-hospitalières en général dont les polycliniques, centres de santé et salles de soins ou de consultations, en particulier, préoccupation actuelle de nos travaux implique une analyse des activités de ces structures, et leur évaluation.

Les participants aux journées d'études sur la gestion des établissements sanitaires estiment que l'adaptation du plan comptable national aux établissements sanitaires permettra une évaluation correcte du coût de nos prestations par service, et par la même pourra permettre au moment de la prévision budgétaire d'aboutir à une affectation de crédits par structure compte tenu de leurs activités. Aussi ont-ils, à l'unanimité reconnu que par la règle même qui définit le budget (annualité, unicité, prévision) il n'est pas possible de discuter ou de réfléchir sur le budget type d'une polyclinique, d'un centre de santé ou d'une salle de soins.

Par ailleurs, les charges qui découlent de l'activité de ces structures (personnel, alimentation, médicaments et autres frais de fonctionnement) sont aisément calculées au titre du bilan proposé au plan comptable national ; voire de son adaptation aux secteurs sanitaires étant donné que l'économie générale de ce plan comme sa nomenclature peut permettre la maîtrise de la gestion du secteur sanitaire en passant par celle de toute structure qui le compose.

**Tableau n° 17:**

**ACTIVITES DES SERVICES D'HOSPITALISATION  
AU 31/12/1998**

SPECIAL. /CHIRUR (*)	NBRE LITS FONC.	NBRE D'ADMIS	NBRE JOURN. HOSP.	NBRE CONSULT. SPECIAL	NBRE CONSULT. URGENCE	NBRE OPERAT.
Chirurgie Gle	119	17 89	26634	3142	33080	1099
Traumatologie	67	113	14709	2045		399
Neurochirurgie	20	578	4294	595	274	157
O R L	40	456	8817	2069		680
C C I	36	757	4296	4370	787	511
				3702		113
<b>TOTAL</b>	<b>282</b>	<b>4711</b>	<b>58750</b>	<b>2954</b>		<b>2759</b>

(\*) Inclure la spécialité Gynéco-Obstétrique

(+) Ensemble du personnel administratif. Technique et de service.

Le service de CCI hospitalise ses malades au niveau des différents services

- HOM. : service hommes chirurgicaux du CHU .
- FEM. : service femmes ENF. : service enfants

**Tableau n° 18 :**

**Les Indicateurs Annuels de l'ensemble Des Services**

NBRE LITS	MALADES ADMIS	JOURNEES D'HOSPIT	JOURNEES DISPONIB	TAUX D'OCCUPAT MOYEN	D.M.S	COEF.DE ROTATION	TAUX LETALITE
770	24765	181186	272770	64.46	07.31	32.16	02.91

Pour le département de Gynéco-Obstétrique, le taux d'occupation est supérieur pour la Gynécologie

(157,53 pour 115,08 en 1997). Ainsi que pour l'Obstétrique qui est passé de 54,58 en 1997 à 64,60 en 1998.

Il y a lieu de noter que pour la durée moyenne de séjour pour la Gynécologie a augmenté, 03,30 pour 1997 et 09,47 pour 1998.

Pour l'Obstétrique elle est en constante diminution depuis 1996 passant de 18,87 à 09,47 pour 1997 et 02,47 pour 1998.

Cette diminution est rendue possible grâce à la prise en charge permanente du malade et un plateau technique adéquat. Il est à noter que cette spécialité accueille les patientes de toute la Wilaya de Tlemcen et de certaines wilaya limitrophes.

**Tableau n° 19 :**

**Le coefficient de rotation/Lit**

Département	1996	1997	1998
Médecine	23.76	23.15	22.84
Chirurgie	23.04	22.80	23.40
Urgences	22.40	57.69	11.16
gynéco	17.02	44.38	61.64
Obstétrique	61.38	83.05	90.80
Psychiatrie	12.65	14.73	17.97
Urgence Pédiatrique	-	10.47	176.12

Pour la Gynéco-Obstétrique le coefficient est cette année aussi trois fois supérieur aux départements de médecine et de chirurgie. Cette situation reflète les résultats des activités enregistrés au niveau de la Gynéco-Obstétrique grâce à l'existence du potentiel humain et matériel. La Maternité du CHU est sollicitée par l'activité « accouchement » qui draine un grand nombre de parturientes de toute la Wilaya de Tlemcen, y compris les cas compliqués de Gynécologie.

**Tableau n° 20 :**

**Mouvement Hospitalier Département De chirurgie**  
**ANNEE 1998**

SERVICES	LITS	CONSULT	ENTRANTS	JOURNEES	DECES	ACTES OPER
CHIRURGIE A	76	3472	1020	14390	14	1560
CHIRURGIE B	43	2676	769	12244	15	624
TRAUMATOLOGIE	07	2230	1131	14709	10	399
NEURO-CHIRURGIE	20	869	578	4114	08	157
OPHTALMOLOGIE	40	2298	456	8817	-	680
O. R. L.	36	5157	757	4296	08	51
C. C. I.	-	4079	-	-	-	13
<b>TOTAL</b>	<b>282</b>	<b>210781</b>	<b>4711</b>	<b>58750</b>	<b>65</b>	<b>4044</b>

**Tableau n° 21 :**

**Paramètres des activités hospitalières (Chirurgie)**  
**ANNEE 1998**

SERVICES	TOM	DMS	COEF.RLIT	% LETHALITE
CHIRURGIE A	52,42	14,10	13,42	01,37
CHIRURGIE B	78,01	15,92	17,88	01,95
TRAUMATOLOGIE	60,14	13,00	16,88	00,88
NEURO-CHIRURGIE	58,82	07,42	22,09	03,11
OPHTALMOLOGIE	60,39	19,33	11,40	-
O. R. L.	32,69	05,67	21,02	00,92
Moyenne 1996	72,00	11,02	23,76	01,41
Moyenne 1997	56,05	08,98	22,80	01,17
Moyenne 1998	59,39	12,47	17,38	01,46

**DETERMINATION DU PRIX DE REVIENT DE JOURNEE GLOBAL PAR SERVICE  
(PREVISIONNEL) = Coût Global ( Directe + Indirecte )**

**Tableau n°22 : Somme = Montant x 10<sup>3</sup>**

**Tableau 22/a**

SERVICES	COUTS GLOBALISEE DIRECTS+ INDIRECTES M= SX10	DURE MOYEN. DE SEJOUR	NBRE (unitaire) DE JOURN.	NBRE DE MALADES	PRIX DFF DE REVIENT JOURNEE/ SEJOURS	NMBRE DE LITS	NMBRE MALADES ADMIS	PRIX DE REVIENT PAR LIT/H
1-CHIRURGIE A/B	1.776.672	07.50	11.602 21.064 9.462	1.065 1.866 801	632,59	150	2680 150	11.844,48
2- GYNECOLOGIE	1.218.891	3.02 14.03	5.024 15.834 23.858	5.012 1.477	458,75 1.080,02	39 75	5758	507,95
3- OPHTALMOLOGIE	586.125	7.62	7.645	695	584,20	45	1992	13.025
4- MEDCINE INTERNE	616.083	9.02	4.070	676	1.365,37	35	1440	17.602,37
5- NEPHROLOGIE	800.478	7.40	1.020	516	5.807,38	20	1390	40.023,9
6-URGENCES MEDICOCLINIQUE	1.620.266	01.02	1.378	5.782	1.199,32	20	21250	81.013,3
7- CHIRIGIE DENTAIRE	358.134	(néant)	Hôpital/ jour 0,02 néant	Néant	Néant 24,91	12f néant	1694	35.813
8- ORL	225.828	5.30	5.592	564	214,03	36	898	6.273
9- TRAMMOLOGIE	772.188	10.20	12.375	1.042	625,23	52	1529	14.849,76
10- INFECTIEUX	382.041	10.03	5.194	377	737,74	35	1520	10.915,45
11- GASTRO	353.141	10.03	4.062	521	951,96	32	1285	11.035,65
12- PSYCHIATRIE	317.329	10.95	12.663	642	441,54	60	1810	5.288,81
13- MED/LEGALE	116.002	17.62	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
14- CHIR.INFANTILE	401.160	Néant	3.215	217	124,77	15	1218	26.744
15- MED.NUCLEAIRE	588.803	8.64	165	1.243	473,69	03	137	196.267,6
16- MEMACTOCLINIQUE	256.500	01.03	1.178	269	2.965,65	22	1770	11.659,09
17- MED.DU TRAVAIL	354.213	13.62	Néant	Néant	259,68	Néant	1.364	259,68
18- NEUROCHIRURGIE	702.591	Néant	6.437	702	613,41	24	1021	29.274,6
19- NEUROLOGIE	395.508	05.62	12.215	452	295,29	18	1440	21.972,6
20- DERMATOLOGIE	158.420	09.12	6.209	190	123,23	23	1225	6.887,82
21- CARDIOLOGIE	784072	04.83	17.315	941	500,37	50	1744	15.681,44
22- PHTYSIOLOGIE	450513	11.05	11.417	712	436,03	30	1654	15.017,10
23-REANIMATION	943.715	11.05	4.208	417	1.262,62	16	384	58.982,18

**Tableau 22/b**  
**CHARGES DIRECTES (SERVICES MEDICAUX)**

Montant = s x 10<sup>3</sup>

SERVICES	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL GENER.
1-CHIRURGIE A+B	207.415	575.250	42.515	62.300	27.400	78.950	140.000	1.133.780
2- GYNECOLOGIE	216.372	177.310	79.200	69.270	8.407	42.180	120.000	713.339
3- OPHTALMOLOGIE	63.417	30.575	2.775	1.617	12.301	17.715	84.000	192.400
4- MEDICINE INTERNE	62.516	85.260	12.240	3.830	7.209	12.830	85.551	219.436
5- NEPHROLOGIE	73.218	279.515	829	42.900	65.00	65.314	89.500	689.494
6- URGENCES MEDICOCLINIQUE	47.563	79.412	2.415	2.475	345.000	327.200	145.400	942.265
7- CHIRURGIE DENTAIRE	1.212	7.869	15.215	75.231	12.720	12.713	78.200	203.160
8- O R L	53.420	35.375	15.277	2.709	7.317	7.400	69.215	181.713
9- TRAMMOLOGIE	83.217	95.269	1.818	17.300	43.300	17.463	98.500	279.367
10- INFECTIEUX	45.915	35.400	2.218	4.282	76.210	11.815	97.000	272.540
11- GASTRO	32.711	79.300	8.312	18.605	7.217	7.847	82.000	234.792
12- PSYCHIATRIE	82.418	65.315	12.319	7.206	18.300	9.247	70.000	264.805
13- MED/LEGALE	27.423	15.000	7.215	2.708	9.220	3.389	48.000	112.955
14- CHIR.INFANTILE	25.511	92.900	2.780	17.310	4.812	2.403	82.000	227.776
15- MED.NUCLEAIRE	12.418	3.217	7.247	43.210	35.225	4.219	65.000	200.536
16- MENACTOCLINIQUE	32.342	62.320	2.310	17.317	9.200	6.307	87.700	319.291
17- MED.DU TRAVAIL	12.515	185.290	7.317	3.915	7.210	6.500	81.349	195.946
18-NEUROCHIRURGIE	42.314	62.415	27.300	16.262	3.700	3.741	48.517	289.857
19- NEUROLOGIE	73.432	96.217	4.317	82.900	24.200	140.923	82.213	462.265
20- DERMATOLOGIE	13.217	32.650	4.317	21.243	2.700	3.273	85.711	286.893
21- CARDIOLOGIE	82.320	182.217	77.730	2.309	1.300	1.200	59.215	122.311
22- PHYSIOLOGIE	93.252	23.205	82.310	12.313	7.218	2.600	98.912	561.910

A/ Travaux d'infrastructures

B/ Pharmacies (Médicaments + solutés )

C/ Dépenses Hôtelières

D/ Equipements Mobiliers

E/ Maintenance des équipements

F/ Achats Divers

G/ Traitements et Salaires

**Tableau n° 23 :****II Section exploitation ( budget de fonctionnement )****1°/ Dépenses de fonctionnement et leurs structures**

Imp, Budget,	Désignations des Dépense	dotation	Engagements	Paiements	Solde	Reste a payer	Consom %
TITRE I	Dépenses du personnel	238 500 000,00	232 260 373,68	232 260 373,68	6 239 626,32		97,38%
TITRE II	Dépenses de Formation	39 700 000,00	35 021 388,41	35 021 388,41	4 676 810,47	18 00,00	88,22%
TITRE III	Médicaments Autres Produits a usage Méd,	7 000 000,00	6 988 432,59	6 988 432,59	11 567,41	1 909 775,00	99,83%
TITRE IV	Dépense d'actions spécifiques de prévent,	143 850 000,00	143 347 524,19	143 347 524,19	502 475,81	3 95 141,47	99,65%
TITRE VI	Matériels et outillages médicaux	2 150 000,00	1 882 558,06	1 882 558,06	267 441,81		87,56%
TITRE VIII	Entretien des infrastructures sanitaires	21 000 000,00	17 784 260,53	17 784 260,53	3 215 738,15	333,32	84,69%
TITRE VII	Autres dépenses de fonctionnement	6 500 000,00	6 484 777,68	6 484 777,68	15 222,32	180 000,00	99,77%
TITRE IX	Œuvres sociales	27 000 000,00	26 080 376,69	26 080 376,69	919 622,32		96,59%
TITRE X	Dépenses alimentaires	4 264 000,00	4 264 000,00	4 264 000,00			100%
		489 964 000,00	474 113 691,83	474 113 691,83	15 848 504,73	5 603 249,99	96,77%

**Tableau n° 24:****Etat des activités opératoires – Service gynéco- obstétrique**

Mois	Année 1994			Année 1995			Année 1996		
	Nombre D'interv.	Nombre de K	Nombre D'int. Par Chirurgien	Nombre D'interv.	Nombre de K	Nombre D'int Par Chirurgien	Nombre D'interv.	Nombre de K	Nombre D'int Par Chirurgien
Janvier	164		32	085	6210	17	055	4740	11
Février	084		16	067	5000	13	065	5120	13
Mars	125		25	070	5860	14	049	4210	09
Avril	098		19	066	5120	13	069	5540	13
Mai	086		17	067	4850	13	048	3880	09
Juin	111		22	061	4790	12	084	6570	13
Juillet	100		20	062	4230	12	067	5990	15
Août	116		23	102	7790	20	076	6380	15
Septembre	085		17	075	5370	15	076	5720	15
Octobre	118		23	082	6160	16	075	5950	15
Novembre	080		16	069	5060	13	070	5960	14
Décembre	075		15	059	4760	11	119	9440	23
Total	1242		248	865	65200	173	853	69500	151

**Tableau n°25: Montant en (da)**

**Situation financière**

**Tableau n°25/a**

\* Montant = S x 10<sup>3</sup>

Titre 01		Nature des dépenses Personnels		Crédits ouverts Montant = M X 10 <sup>5</sup>	Paielements
	Dépense				
chap.,01	Article01	Médical		18 700 DA *	18 671 DA *
Chap,01	Article02	Paramédical		77 100 DA *	76 977 DA *
Chap,01	Article03	Administratif		41 300 DA *	41 233 DA *
Chap,02	Article01	Coopèrent		1,00 DA *	0,00 DA
Chap,03	Article01	Vacataire		5 800 DA *	5 796 DA *
Chap,03	Article02	Accessoires		850 DA *	838 DA *
Chap,04	Article01	Indemnités Médical		34 650 DA *	34 578 DA *
Chap,04	Article02	Indemnités Paramédical		28 165 DA *	28 165 DA *
Chap,04	Article03	Indemnités Administratif		11 320 DA *	11 294 DA *
Chap,04	Article04	Indemnités Coopèrent		1,00 DA *	0,00 DA
Chap,05	Article01	Prestation Familial		13 200 DA *	13 146 DA *
Chap,05	Article02	Sécurités /S.		37 200 DA *	36 987 DA *
Chap,05	Article03	Assurance civile		538 DA *	537 DA *
Chap,05	Article04	d'accidents / travail		1 920 DA *	1 881 DA *
Chap,05	Article05	Retraite		4 625 DA *	4 589 DA *
Chap,05	Article06	Versement Forfaitaire		940 DA *	918 DA *
Chap,05	Article07	Pension de service		10 074 DA *	10 034 174,00 DA

**Tableau n°25/b : Montant en (da)**

Nature des dépenses		Crédits ouverts	Engagements	Paiements	Reste à Payer
Titre 04	Médicaments et autres produits a usage médical				
Chap, 01	Article 01 Médicaments , pansements et produits de laboratoire	89930 000,00	89 930 000,00	89 383 705,76	546 294,24
Chap, 01	Article 02 Films et produits radiologiques	3 460 000,00	3 460 000,00	3 450 385,37	9 614,63
Chap, 01	Article 03 Petite instrumentation et accessoires médicaux et chirurgicaux	54 780 000,00	54 780 000,00	54 771 381,69	9 614,63
Chap, 02	Article 01 Gaz médicaux	5 200 000,00	5 200 000,00	5 161 425,62	38 574,38
Chap, 02	Article 02 Autres produits	780 000,00	780 000,00	770 056,89	9 943,11
Chap, 03	Article 01 Dépenses sur exercices clos,	20 850 000,00	20 850 000,00	20 404 547,47	445 452,53
Total Titre 04		175 000 000,00	175 000 000,00	173 941 502,80	10 58 497,20

**Tableau n°25/c**

Titre	Dépenses d'actions spécifiques de prévention	Crédits ouverts	Engagements	Paiements	Reste à Payer
05					
Chap, 01	Article 01 Vaccins , sérum et milieux de culture	1 600 000,00	1 600 000,00	1 599 283,51	716,49
Chap, 02	Article 01 Médicaments et autres produits à usage préventif	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 01	Article 03 Produits laitiers , produits diététiques pour la protection maternelle et infantile	175 000,00	175 000,00	175 000,00	1 708,00
Chap, 02	Article 01 Acquisition et entretien du matériel et mobilier technique	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 03	Article 02 Carnets de vaccinations et imprimés Divers	690 000,00	690 000,00	651 000,00	39 000,00
Chap, 03	Article 02 Impressions d'affiches et autres fournitures	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 04	Article 01 Dépense sur exercices clos	34 997,00	34 997,00	30 087,00	4 910,00
Total Titre 05		2 500 000,00	2 499 997,00	2 499 997,00	46 334,49

**Tableau n°25/d**

Titre	Matériel et outillage médicaux	Crédits ouverts	Engagements	Paiements	Reste à Payer
06					
Chap, 01	Article 01 Matériel médical	9 906 999,00	9 906 999,00	9 836 585,02	70 413,98
Chap, 01	Article 02 Outillage médical	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 01	Article 03 Accessoires et pièces de rechange pour matériel et outillage médicaux	3 248 000,00	3 200 000,00	3 134 888,08	65 111,97
Chap, 02	Article 01 Dépense sur exercice clos	4 345 000,00	4 345 000,00	4 344 952,85	47,15
Total Titre 06		17 500 000,00	17 451 999,00	17 316 425,90	135 373,10

**Tableau n°25/e**

Nature des dépenses		Crédits ouverts	Engagements	Paielements	Reste à Payer
Titre 07	Entretien des infrastructures sanitaires				
Chap, Article 01 01	Entretien et réparation des infrastructures sanitaires	6 957 000,00	6 957 000,00	6 956 324,23	675,77
Chap, Article 01 02	Entretien des espaces verts	181 000,00	181 000,00	180 576,00	424,00
Chap, Article 02 01	Achat de matériaux de construction pour travaux d'entretien et réparation effectué en régie	861 999,00	861 999,00	860 887,50	1 111,50
Chap, Article 02 01	Dépenses sur exercice clos	1,00 DA	0,00	0,00	0,00
Total Titre 07		8 000 000,00	7 999 999,00	7 997 787,73	2 211,27

**Tableau n°25/f**

Nature des dépenses		Crédits ouverts	Engagements	Paiements	Reste à Payer
Titre 08	Autres dépenses de fonctionnement				
Chap, 01	Article 01 Frais de gestion des receveurs	48 581,00	48 581,00	48 581,00	0,00
Chap, 01	Article 02 Honoraires des experts	140 000,00	140 000,00	130 280,00	9 720,00
Chap, 01	Article 03 Remboursements de frais	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 01	Article 04 Frais de postes et télécommunication	820 000,00	820 000,00	783 546,75	36 453,25
Chap, 01	Article 05 Loyers et charges locatives	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 01	Article 06 Assurances contre l'incendie et les dégât divers	1 730 000,00	1 730 000,00	1 725 266,70	4 733,30
Chap, 01	Article 07 Frais D'acte et de contentieux	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 01	Article 08 Frais de sépulture	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 01	Article 09 Frais de transport et de séjours des experts étrangers en mission de courte durée	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 01	Article 10 Frais divers	750 000,00	750 000,00	700 108,17	49 891,83
Chap, 02	Article 01 Chauffages, éclairage, fournitures d'eau et d'énergie	4 640 000,00	4 640 000,00	4 569 118,13	70 881,87

Chap, 02	Article 02	Fournitures de bureau et imprimés	2 611 410,00	2 611 410,00	2 569 627,77	41 782,23
Chap, 02	Article 03	Documentation et abonnement aux revues périodiques	65 000,00	65 000,00	64 130,00	870,00
Chap, 02	Article 04	Produits d'entretien ménager	1 940 000,00	1 940 000,00	1 936 293,31	3 706,69
Chap, 02	Article 05	Lingerie, literie ( achat et entretien )	2 530 000,00	2 530 000,00	2 373 407,26	153 592,74
Chap, 03	Article 01	Acquisition de matériel et petit outillage	2 740 000,00	2 740 000,00	2 693 021,47	46 978,53
Chap, 03	Article 02	Acquisition de mobilier	500 000,00	500 000,00	496 908,64	3 091,36
Chap, 03	Article 03	Entretien de matériel et mobilier	1 900 000,00	1 900 000,00	1 873 569,98	26 430,02

**Tableau n°25/g**

Nature des dépenses		Crédits ouverts	Engagements	Paiements	Reste à Payer
Chap, 04	Article 01	1,00	0,00	0,00	0,00
Chap, 04	Article 02	1 310 000,00	1 310 000,00	1 301 002,14	8 997,86
Chap, 04	Article 03	620 000,00	620 000,00	582 168,80	37 831,20

Chap, Article 04 04	Achat pneumatique	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Chap, Article 04 05	Assurances	216 000,00	216 000,00	215 329,55	670,45	
Chap, Article 05 01	Transports et déplacements	800 000,00	800 000,00	729 776,00	70 244,00	
Chap, Article 05 02	Transports des marchandises et frais divers	100 000,00	100 000,00	92 057,96	7 942,04	
Chap, Article 06 01	Achat de matériel d'ouvre pour ergothérapie	1,00	0,00	0,00	0,00	
Chap, Article 06 02	Dépenses de réadaptation et de réinsertion des malades	1,00	0,00	0,00	0,00	
Chap, Article 07 01	Remboursements des frais d'hospitalisation à l'hôpital central de l'armée au titre des malades	9 000,00	9 000,00	8 800,00	200,00	
Chap, Article 08 01	Dépenses sur exercices clos	1 530 000,00	1 530 000,00	1 525 707,04	4 292,96	
Total Titre 08		25 000 000,00	24 999 991,00	24 418 700,67	581 290,33	

**Tableau n°25/h**  
\* Montant = S x 10<sup>3</sup>

Chap, 06	Arti 01	Pension de Service	1,00 *	0,00 *	0,00 *	00,00 %
Chap, 06	Arti 02	dommage corporels	1,00 *	0,00 *	0,00 *	00,00 %
Chap, 07	Arti 01	Indemnité ( IPSU)	24 *	24 *	24 *	100,00 %
Chap, 08	Arti 01	exercices clos	2 592 *	2 592 *	2 364 *	91,20 %
Total Titre 01			289 000 *	288 999 *	288 038 *	99,67 %

**Tableau n°25/i**

Nature des dépenses		Crédits ouverts	
Titre		Dépense de Formation	
Chap., 01	Article 02	Rémunérations services aux résidents	18 570 000,00 DA
Chap, 02	Article 01	Bourses et indemnité services aux internes et externes	2 300 000,00 DA
Chap, 02	Article 02	Bourses et présalaires services aux stagiaires	278 000,00 DA
Chap, 03	Article 01	Indemnités dues aux personnel enseignant ( vacation et correction des copies )	256 993,00 DA
Chap, 03	Article 01	Allocations d'études	1,00 DA

Chap, 03	Article 02	Frais de voyages	1,00 DA
Chap, 04	Article 03	Frais d'inscription et de scolarité	1,00
Chap, 04	Article 01	Frais de déplacement et de séjour à l'occasion des congrès scientifiques, congrès, séminaires et autres	1 360 000,00
Chap, 04	Article 02	Frais d'inscription	1,00
Chap, 05	Article 03	Frais divers	1,00
Chap, 06	Article 01	Frais de formation de perfectionnement et de recyclage des personnels	175 000,00
Chap, 06	Article 01	Prestations à caractère familial	110 000,00

**Tableau n°25/j**

\* M = S x 10<sup>3</sup>

Chap, 06	Arti 04	Sécurité sociale ( régime général )	4 200 *	4 163 *	36 *	36 186,64 *
Chap, 06	Arti 05	Assurances chômage	400 *	246 *	153 *	153 *
Chap, 06	Arti 01	Retraite anticipée	60 *	54 *	5 *	5 *
Chap, 06	Arti 01	Versement Forfaitaire	1 200 *	1 038 *	161 *	161 *
Chap, 07	Arti 01	Dépenses d'alimentation des étudiants et stagiaires	1 110 *	1 097 *	12 *	12 *
Chap, 08	Arti 01	Documentation aux revues et périodiques	35 *	760,00 *	34 *	34 *

Chap, 08	Arti 02	Acquisition et entretien du matériel et mobilier pédagogique	1,00 *	0,00 *	1,00 *	0,00
Chap, 08	Article 03	Frais divers	60 000,00 *	56 602,00 *	3 398,00	3 *
Chap, 09	Arti 01	Dépenses sur exercice clos	2 195 *	2 *	144 *	144 *
Total Titre 02			32 310 *	31 562 *	747 *	747 *

**Tableau n°25/k**

\* Montant = S x 10<sup>3</sup>

Titre 03	Alimentation					
Chap, 01	Art 01	Dépenses d'alimentation	8 740 *	8 740 *	9 662,97 *	9 662,97 *
Chap, 02	Art 01	Dépenses sur exercice clos	4 260 *	4 258 *	1 453,34 *	1 453,34 *
Total Titre 03			13 000 *	12 988 *	11 116,31 *	11 116,31 *

## DETERMINATION DU PRIX DE REVIENT DE JOURNEE GLOBAL PAR SERVICE (PREVISIONNEL)

Tableau n°26 : ( calculés en DA)

Tableau 26/a

SERVICES	COUTS GLOBALISEE DIRECTS+INDIRECTES M= SX10	DUREE MOYENNE DE SEJOUR	NBRE (unitaire) DE JOURNEES	NBRE DE MALADES	PRIX DFF DE REVIENT JOURNEE / SEJOURS	NBRE. DE LITS	NMBRE. MALADES ADMIS	PRIX DE REVIENT PAR LIT/H
1-CHIRURGIE A/B	1.776.672	07.50	11.602 21.064 9.462	1.065 1.866 801	632,59	150	2680 150	11.844,48
2- GYNECOLOGIE	1.218.891	3.02 14.03	5.024 15.834 23.858	5.012 1.477	458,75 1.080,02	39 75	5758	507,95
3- OPHTALMOLOGIE	586.125	7.62	7.645	695	584,20	45	1992	13.025
4- MEDICINE INTERNE	616.083	9.02	4.070	676	1.365,37	35	1440	17.602,37
5- NEPHROLOGIE	800.478	7.40	1.020	516	5.807,38	20	1390	40.023,9
6- URGENCES MEDICOCLINIQUE	1.620.266	01.02	1.378	5.782	1.199,32	20	21250	81.013,3
7- CHIRURGIE DENTAIRE	358.134	(néant)	Hôpital/ jour	Néant	Néant	12f t	1694	35.813
8- ORL	225.828	5.30	5.592	564	214,03	36	898	6.273
9- TRAMMOLOGIE	772.188	10.20	12.375	1.042	625,23	52	1529	14.849,76
10- INFECTIEUX	382.041	10.03	5.194	377	737,74	35	1520	10.915,45
11- GASTRO	353.141	10.03	4.062	521	951,96	32	1285	11.035,65
12- PSYCHIATRIE	317.329	10.95	12.663	642	441,54	60	1810	5.288,81
13- MED/LEGALE	116.002	17.62	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
14- CHIR.INFANTILE	401.160	Néant	3.215	217	124,77	15	1218	26.744
15- MED.NUCLEAIRE	588.803	8.64	165	1.243	473,69	03	137	196.267,6
16- MEMACTOCLINIQUE	256.500	01.03	1.178	269	2.965,65	22	1770	11.659,09
17- MED.DU TRAVAIL	354.213	13.62	Néant	Néant	259,68	Néant	1.364	259,68
18- NEUROCHIRURGIE	702.591	Néant	6.437	702	613,41	24	1021	29.274,6
19- NEUROLOGIE	395.508	05.62	12.215	452	295,29	18	1440	21.972,6
20- DERMATOLOGIE	158.420	09.12	6.209	190	123,23	23	1225	6.887,82
21- CARDIOLOGIE	784072	04.83	17.315	941	500,37	50	1744	15.681,44
22- PHTYSIOLOGIE	450513	11.05	11.417	712	436,03	30	1654	15.017,10
23- REANIMATION	943.715	11.05	4.208	417	1.262,62	16	384	58.982,18

**CHARGES DIRECTES (SERVICES MEDICAUX)**

Montant = S x 10<sup>3</sup> (da)

**Tableau 26/b**

SERVICES	A	B	C	D	E	F	G	Total/l.
1-CHIRURGIE A+B	207.415	575.250	42.515	62.300	27.400	78.950	140.000	1.133.780
2- GYNECOLOGIE	216.372	177.310	79.200	69.270	8.407	42.180	120.000	713.339
3- OPHTALMOLOGIE	63.417	30.575	2.775	1.617	12.301	17.715	84.000	192.400
4- MEDICINE INTERNE	62.516	85.260	12.240	3.830	7.209	12.830	85.551	219.436
5- NEPHROLOGIE	73.218	279.515	829	42.900	65.000	65.314	89.500	689.494
6-URGENCESEDICOCLINIQUE	47.563	79.412	2.415	2.475	345.000	327.200	145.400	942.265
7- CHIRIGIE DENTAIRE	1.212	7.869	15.215	75.231	12.720	12.713	78.200	203.160
8- O R L	53.420	35.375	15.277	2.709	7.317	7.400	69.215	181.713
9- TRAMMOLOGIE	83.217	95.269	1.818	17.300	43.300	17.463	98.500	279.367
10- INFECTIEUX	45.915	35.400	2.218	4.282	76.210	11.815	97.000	272.540
11- GASTRO	32.711	79.300	8.312	18.605	7.217	7.847	82.000	234.792
12- PSYCHIATRIE	82.418	65.315	12.319	7.206	18.300	9.247	70.000	264.805
13- MED/LEGALE	27.423	15.000	7.215	2.708	9.220	3.389	48.000	112.955
14- CHIR.INFANTILE	25.511	92.900	2.780	17.310	4.812	2.403	82.000	227.776
15- MED.NUCLEAIRE	12.418	3.217	7.247	43-210	35.225	4.219	65.000	200.536
16- MENACTOCLINIQUE	32.342	62.320	2.310	17.317	9.200	6.307	87.700	319.291
17- MED.DU TRAVAIL	12.515	185.290	7.317	3.915	7.210	6.500	81.349	195.946
18-NEUROCHIRURGIE	42.314	62.415	27.300	16.262	3.700	3.741	48.517	289.857
19- NEUROLOGIE	73.432	96.217	4.317	82.900	24.200	140.923	82.213	462.265
20- DERMATOLOGIE	13.217	32.650	4.317	21.243	2.700	3.273	85.711	286.893
21- CARDIOLOGIE	82.320	182.217	77.730	2.309	1.300	1.200	59.215	122.311
22- PHYSIOLOGIE	93.252	23.205	82.310	12.313	7.218	2.600	98.912	561.910

A/ Depenses Hotelieres

B/ Pharmacies (Médicaments + Solutés )

C/ Travaux d'infrastructure

D/ Equipements mobiliers

E/ Maintenance des équipements

F/ Achats divers

G/ Traitements et salaires

**Tableau n° 27 :**

**II Section exploitation ( budget de fonctionnement )**

**1°/ Dépenses de fonctionnement et leurs structures**

<b>Imp, Budget,</b>	<b>Désignations des Dépense</b>	<b>dotation</b>	<b>Engagements</b>	<b>Paieiments</b>	<b>Solde</b>	<b>Reste à payer</b>
TITRE I	Dépenses du	238 500 000,00	232 260 373,68	232 260 373,68	6 239 626,32	
TITRE II	personnel	39 700 000,00	35 021 388,41	35 021 388,41	4 676 810,47	18 000,00
TITRE III	Dépenses de	7 000 000,00	6 988 432,59	6 988 432,59	11 567,41	1 909 775,00
TITRE IV	Formation	143 850 000,00	143 347 524,19	143 347 524,19	502 475,81	3 95 141,47
TITRE VI	Médicaments Autres	2 150 000,00	1 882 558,06	1 882 558,06	267 441,81	
TITRE VIII	Produits a usage Méd, Dépense d'actions	21 000 000,00	17 784 260,53	17 784 260,53	3 215 738,15	333,32
TITRE VII	spécifiques de	6 500 000,00	6 484 777,68	6 484 777,68	15 222,32	180 000,00
TITRE IX	prévent,	27 000 000,00	26 080 376,69	26 080 376,69	919 622,32	
TITRE X	Matériels et outillages médicaux Entretien des infrastructures sanitaires Autres dépenses de fonctionnement Œuvres sociales Dépenses alimentaires	4 264 000,00	4 264 000,00	4 264 000,00		
		489 964 000,00	474 113 691,83	474 113 691,83	15 848 504,73	5 603 249,99

**Personnel Médical : 02 ( Maîtres Assistants )  
03 ( Médecins Généralistes )**

**Tableau n° 28 :  
Etat des activités opératoires – Service gynéco- obstétrique**

Mois	Année 1994			Année 1995			Année 1996		
	Nombre D'intervention	Nombre de K	Nombre D'int Par Chirurgien	Nombre D'intervention	Nombre de K	Nombre D'int Par Chirurgien	Nombre D'interv.	Nbre de K	Nombre D'int Par Chirurgien
Janvier	164		32	085	6210	17	055	4740	11
Février	084		16	067	5000	13	065	5120	13
Mars	125		25	070	5860	14	049	4210	09
Avril	098		19	066	5120	13	069	5540	13
Mai	086		17	067	4850	13	048	3880	09
Juin	111		22	061	4790	12	084	6570	13
Juillet	100		20	062	4230	12	067	5990	15
Août	116		23	102	7790	20	076	6380	15
Septembre	085		17	075	5370	15	076	5720	15
Octobre	118		23	082	6160	16	075	5950	15
Novembre	080		16	069	5060	13	070	5960	14
Décembre	075		15	059	4760	11	119	9440	23
<b>Total</b>	<b>1242</b>		<b>248</b>	<b>865</b>	<b>65200</b>	<b>173</b>	<b>853</b>	<b>69500</b>	<b>151</b>

**Tableau n°29 :****Dépenses/ Equipements (da)**

Services	Mobilier	Médical	Total M M	Total Four	Total MMF
Pharmacie	92280,00	0,00	92280,00	73519,74	165799,74
DAPM	1332352,92	0,00	1332352,92	169428,30	1501781,22
SDIE	21420,00	14400,00	35820,92	1232746,62	1268566,62
Economat	21183,00	0,00	21183,00	169428,30	190611,30
Chirurgie A	824650,00	550671,00	1375321,00	625581,74	2000902,74
Labo biochimie	19640,00	550493,08	570133,08	49100,61	619233,69
ORL	38789,00	751640,40	790429,40	143231,71	933661,11
Hemodialyse	47220,00	335987,00	383207,00	277756,58	660963,58
Médecine Interne	73688,81	0,00	73688,81	198680,84	272369,65
Lobo Hygiène	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Néphrologie	4640,00	0,00	4640,00	113154,54	117794,54
Epidémiologie	37876,46	39429,84	77306,30	57237,31	134543,61
Psychiatrie	225980,00	0,00	225980,00	250098,72	476078,72
CTS	9580,00	124602,00	134182,00	32712,19	166894,19
CCI	18600,00	0,00	18600,00	60641,01	79241,01
Finance	300,00	0,00	300,00	169428,30	169728,30
Médecine nucléaire	700,00	0,00	700,00	128861,03	129561,03
Médecine de travail	350,00	0,00	350,00	78582,97	78932,97
Maternité	0,00	1200,00	1200,00	604741,27	605941,27
Orthopédie	0,00	269570,00	269570,00	337229,38	606799,38
UMC	30400,00	2521937,71	2552337,71	463470,41	3015808,12
Radiologie	62204,00	29296,70	91500,70	123156,94	214657,64
Chirurgie B	7000,00	290710,00	297710,00	129299	427009,00
Ophtalmologie	350,00	15800,00	16150,00	380284,78	396434,78
Bactériologie	785994,84	1681447,50	2647442,34	49100,61	2696542,95
CMS	14140,00	0,00	14140,00	38506,12	52646,12
Direction	208641,80	0,00	208641,80	169428,30	378070,10
Labo Anaph	14430,00	438953,00	453383,00	63537,53	516920,53
Pédiatrie	7220,00	2255693,47	2262913,47	224050,89	2486964,36
Gastrologie	5570,00	13600,00	19170,00	1463314,26	165484,36
Dermatologie	2320,00	23634,00	25954,00	161240,74	187194,74
Hematoclinique	19450,00	2000,00	21450,00	115852,25	137302,25
Medecine légal	5034,00	0,00	5034,00	105662,81	110696,81
Stomatologie	2400,00	0,00	2400,00	54523,26	56923,26
Neuro-chirurgie	55030,90	10140333,77	10195364,67	217032,56	10412397,23
Clinique boudghene	14924,30	405222,00	420146,30	88909,82	509056,12

Labo hematologie	24112825,56	4455740,99	6868566,55	49100,61	6917667,16
Infectieux	56500,00	0,00	56500,00	147438,72	203938,72
Neurologie	11460,00	614409,58	625869,58	92816,38	718685,96
Pneumologie	7520,00	1942128,00	1949648,00	105278,44	2054926,44
Cardiologie	2320,00	1027215,97	1029535,97	162293,44	1191829,41
SDP	32155,00	0,00	32155,00	169428,30	201583,30
Clinique dentaire	5900,00	0,00	5900,00	60403,26	66303,26
Total	6533040,59	28496116,01	35209156,60	8089290,59	43298447,19

**Tableau n° 30****Ensemble des charges et répartition des charges administratives  
entre les services médicaux**

Services	N, mal Chirurgie	N, mal admis	Charges adm	Ensemble char	Total Général
CMS	4658	0	747186,15	1016775,62	1763961,77
CTS	0	0	0	9477533,92	9477533,92
Cardiologie	15268	925	2449128	16089346,88	18538474,9
CCI	0	0	0	3690574,59	3690574,59
Chirurgie A	36222	2271	5810342,8	28015405,5	33825748,3
Chirurgie B	0	0	0	13560215,17	13560215,2
Clinique dentaire	15274	0	2450090,14	11149892,14	13599982,6
Clinique boudghene	0	0	0	6246205,72	6246205,72
Gastrologie	1439	455	230828,9	10375853,6	1060682,5
Hémato clinique	3656	942	586456	12357698,7	12944154,7
Infectieux	1840	736	295153	7545163,39	7840316,39
Maternité	5185	6573	831721,9	32593393,94	33425115,8
Medecine de travail	3130	0	502080,87	1771070,36	2273151,23
Medecine Interne	5642	361	905028	8607625,03	9512653,03
Medecine Nucléaire	10539	30	1690552,78	14181773,42	15872326,2
Néphrologie	1322	317	212061	21089282,32	21301343,3
Neuro- Chirurgie	869	554	139395,61	25686771,8	25826167,4
Neurologie	2478	398	397494	10040393,49	10437887,5
Ophtalmologie	2069	711	331886,7	10278761,32	10610648
ORL	5104	566	819752,24	10717996,7	11537748,9
Pédiatrie	23862	1346	3827341,89	16591206,26	20418548,2
Psychiatrie	11326	774	1816794,83	13725982,13	155442777

Pneumologie	3548	551	469132	12516011,13	13085143,1
Radiologie	18831	0	3020666	12516011,7	16876086,7
Labo Anpath	13980	0	2242521	4615033,14	6857554,14
Labo Biochimie	130146	0	20876277,56	7085739,24	17962016,8
Labo bactériologie	40738	0	6534411,87	6957070,73	13491482,6
Labo Hematologie	69947	0	11220143,78	12713972,46	23934116,2
Dermatologie	4398	71	705479,75	5098899,18	5804378,93
Epidémiologie	0	0	0	2156200,54	2156200,54
Traumatologie	2045	1228	328036,86	21911228,46	22239265,3
UMC	29936	1038	4802010,44	56552428,08	61354438,5
Stomatologie	2679	0	429736,3	60210,47	489946,77
Hémodialyse	18093	0	2902284	25336077,78	28238361,8
Médecine Nucléaire	1239	0	198747	1183895,61	1382642,61
Total	485463	19847	77872741,67	454854409,5	532723851,1

**Tableau n° 31/****Quelques documents de gestion hospitalière Normalisés<sup>1</sup>****A- critère de gestion**

<b>JOURNEES D'HOSPITALISATION</b>			
	Prévisions Annuelles	Prévisions 30.06.73	au Réalisation
Court séjour moyen et long total brut Total converti			

Il a été calculé des coefficients de saisonnalisations

<b>ACTES MEDICAUX</b>				
	Prévisions Annuelles		Prévisions au 30.06.73	
	En lettres-clés	En victorias	En lettres-clés	En victorias
B Z Amo K anesthésie K op K divers AMI AMM AMY C Σ actes médicaux en VIC B externes				

<sup>1</sup> Page 195. Emile Levy « Gestion hospitalière », édition Paris - 1981

Source : « Gestion hospitalière » page 196-Emile Levy Dunod 1981.

Intitule des Dépenses	Unités D'œuvre	DONNEES MOYENNES					
		1	2	1	2	A.P. Médiane Réalisée	Ecart
-.....		105	143	0,30	0,39	0,78	-0,39
- Entretien matériel médical	Victoria*		-	90,7	91,56	124,62	-33,06
-.....		105	143	0,003	0,004	0,006	-0,002

Ligne.1 Dépenses brutes

Ligne 1. Dépenses à la journée

Ligne 2. Recettes atténuatives

Ligne 2. Unité à la journée

Ligne 3. Dépenses nettes

Ligne 3. dépenses à l'unité

- Moyenne pondérée de l'activité médicale mesurée en lettres -clé.

1. Prévisions

2. Réalisation

**B\*Analyse de gestion et profils hospitaliers p. 197**

Source :.E.Levy (gestion hospitalière)

Identification de L'établissement	DEPENSES D'EXPLOITATION EN %			
	Dépense de Matières premières	Dépense de Personnel	Dépense de D'énergie	Dépense D'amortissement matériel & outillage
Hôpital n.1	11,9	68,9	5,9	11,0
Hôpital n.2	5,6	68,3	15,1	2,1
Hôpital n.3	4,5	76,3	6,1	5,0

**Secteur : buanderie : ( source Emyle LEVY Gestion hospitalière )**

<b>Distribution et profil de hôpital N.2</b>									
Pour Des hôpitaux , la valeur des ratios des dépenses suivantes	10%	20%	30%	40 %	50%	60 %	80%	90 %	
Est inférieure ou égal aux chiffres ci dessus									
A. dépenses d'exploitation en %									
1. Dépenses de matières premières	3	5	7	9	11	13	15	17	18
2. Dépenses de personnel	60	62,5	65	67,	70	72,	75	77,	80
3. Dépenses d'énergie	3	5	6	5	13	5	15	5	18
4. Dépense d'amortissements et outillage	1	1,9	2,1	6,5 3,3	4,2	14 5,0	6, 0	16 8,1	10, 8
B. Productivité									
5. ....									

### C\* les indicateurs statistiques d'activité

<b>Cadre de référence</b>	<b>Statistique d'activité</b>
Etablissement	<ul style="list-style-type: none"><li>- nombre de lits installés</li><li>- Nombre de journées d'hospitalisations</li><li>- Nombres d'entrées ( admission )</li><li>- Nombre de consultations externes</li><li>- Durée de séjour</li><li>- Coefficient et moyenne d'occupation</li><li>- Victorias ( somme des actes médicaux )</li></ul>
Services Administratifs	<ul style="list-style-type: none"><li>- nombre d'agents</li><li>- Nombre d'entrées / nombre de mandats émis</li></ul>
Economat	<ul style="list-style-type: none"><li>- nombre d'articles en stocks</li><li>- Nombre de commandes</li></ul>
Lingerie Buanderie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Valeur des effets confectionnés</li><li>- Poids du linge lavé</li></ul>
Cuisine	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de repas</li></ul>
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre d'articles tenus en stocks</li><li>- " Chiffre d'affaires " pharmacie ( compte 603 )</li></ul>
Laboratoires	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre d'actes en B</li><li>- Nombre de B</li></ul>
Exploitations Fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre d'actes en PC, K, Z, B, AMI, AMM</li><li>- Nombre de PC, K, Z, B, AMI, AMM</li><li>- Victorias</li></ul>
Radiologie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre d'actes en Z, K</li><li>- Nombre de Z, K</li><li>- Nombre d'équivalent Z</li></ul>
Blocs Opératoires	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de Z, B consommés</li><li>- Nombre d'interventions</li><li>- Nombre de K</li><li>- Nombre De K aré ( Anesthésie )</li></ul>

ANNEXES /  
BIBLIOGRAPHIE

A/Ouvrages :

1\*Comptabilité générale (M.Boughaba ) – Edition Berti (2<sup>ème</sup> édition 1994) tome 1 et 2

4\*méthodologie de la comptabilité analytique (J. Margerin, J. Ausset) édition Sedifore Paris 1984.

3\*Bases de la comptabilité analytique (J.Margerin) Eddition Organisation Paris 1983.

5\*Comptabilité des dépenses engagées à l'hôpital (Fessler D.) Edition Berger Levrault. Paris 1975.

6\*La nouvelle technique comptable (Perrochon) Edition Foucher 1970 Paris.

7\*L'aide de l'Etat aux collectivités locales le trésor public (M.Kotbane) SNED Alger 1986.

8\* Hamel B. (politique et système de santé) système productif et indépendance nationale,tome 2 ,OPU Alger/1983.

9\*Ma chère' santé .Oufriha Fatima Zohra « une analyse économique du système de soins en Algérie OPU Alger 1992.

10.Emile levy « introduction à la gestion hospitalière 'Edition Dunod Paris 1981.

11.Le coût de la maladie Edition Dunod Emile Lévy Paris 1983.

Périodiques :

1.Cordier A. « La santé est elle un marché ?^> Edition PPS Problèmes politiques et sociaux n°627 Paris Mars 1990

2.Le coût de l'hospitalisation « comparaisons internationales Paris 1979.CERC .

3.Gestions hospitalières N°190 Novembre 1979 (le prix de journée éclaté).p/189.

4.Guide méthodologique de la comptabilité analytique .Partie deux :spécial fascicule n°86/25.ministère de la santé Francaise Paris 1982.

3.La santé' n'a pas de prix :Revue « actualité économique »novembre 1980. SNED Alger.

4. CREAD « contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie » Economie appliquée et développement N°13-1986 et n°31 1993.

5. Science de gestion et santé publique « la mesure du produit hospitalier CNRS Février 1991. »

6. Faut-il réinventer l'hôpital, de Larbi Lamri, Bulletin de l'économie de santé ALGER Mai 1991.

7. Rapport général du plan quinquennal .1985- 1989.

Ministère de la santé –Alger 1990.-

8. Synthèses et rapports de la cellule d'audit du ministère de la santé Alger 1990.

9. Revue de presse –la gratuité des soins .n°181 janvier 1974.

10. Revue d'économie politique n°2 ; année 1982. « essai sur une théorie de l'offre et la demande et du marché public non marchand »

11. Les chances de l'hôpital moderne en Algérie.

J. Fervel –Opinions et Critiques –année 1985- SNED-ALGER.

#### A/Journaux officiels :

1\*Textes relatif à la comptabilité publique.(année 1990 Ministère des finances ).

2\*Décret n°86/25 portant organisation et création des centres hospitalo-universitaires.

3\*Arrêté interministériel portant fixation de la valeur monétaire relative aux actes professionnels des médecins ,chirurgiens ,pharmaciens et auxiliaires médicaux.

4\*Arrêté inter ministériel fixant le prix de journée d'hospitalisation par service .

5\*Projet de statut portant nouvelles règles de gestion des établissements de santé publique (octobre 1996).

6. Decret n°886174 DU 20/09/88

-Decret 616243 DU 05/09/1981

-Ordonnance 73/65 du 28/12/1973 portant création et organisation des secteurs sanitaires et des établissements publics .

-Decret n°82-451 du 11/12/1982 portant modification du decret 82-214 du 26/6/1982 fixant l'équilibre et les modalités de financement

des budgets autonomes des secteurs sanitaires et des établissements publics .

-Décret n°65-259 du 14/10/1965 portant obligations des comptables et des ordonnateurs .

-Arrêté interministériel des 4/3/1979 et du 31/03/1983 relatifs à la nomenclature budgétaire des secteurs sanitaires .

-Décret n°82-95 du 20/02/1982 fixant les tarifs officiels d'actes médicaux et paramédicaux et servant de base pour le remboursement aux assurés sociaux .

-Décret n°85-283 du 12/1/1985 portant la liste de la nomenclature générale des actes de professionnels de médecins ,chirurgiens dentistes ,pharmaciens et auxiliaires médicaux .

### C/REVUES/PERIODIQUES

1\*Gestions hospitalières - Editions techniques hospitalières  
N°592 / janvier 1995.Paris

2\*La revue hospitalière de France N°598 -Juillet/Août  
1995/ édition techniques hospitalières.

3\* Edition Les techniques hospitalières revue de gestion  
hospitalière N°596 -MAI 1995 -

## C/THESES ET MEMOIRES /

1\* **Système de santé et médicaments en Algérie ,thèse de magister 3° cycle ,1988 ; Miloud Kaddar .Alger.**

2\* **Approche d'analyse des coûts dans un établissement hospitalier spécialisé en maladies infectieuses.(Thèse de magister en sciences financières et commerciales Octobre 1998 .Alger présentée par Melle Dahak Nadjia.Ecole supérieure de commerce .**

3\* **La gestion du système de soins publics en Algérie ,Thèse de magister soutenue à Tlemcen (faculté des sciences économiques et de gestion) présentée par Mme Assia Kara Terki Février 1995.**

### Publications :

- **J.Imbert : Les hôpitaux de France collection que sais -je N°795 P.U.F 1966. Paris.**
- **M. Rochaix : Essai sur l'évolution des questions hospitalières fédération hospitalière de France Paris1959**
- **J.Brunet jailly : Essai sur l'économie générale de la santé ,Ed Cujas Paris 1971.**

## TABLE DE MATIERES

<b>*Introduction générale</b> .....	p/4
<b>Première partie</b>	
<b>Chapitre I : Les systèmes de santé</b> .....	p/5
<b>Section une :</b> .....	p/5
111. Le service public.	
112. Le principe de continuité du service public.	
113. Le principe de légalité du service public.	
114. Le principe de neutralité du service public.	
115. Le principe d'adaptation.	
116. La gratuité du service public.	
117. Types d'entreprises assurant le service public l'entreprise non marchande.	
123. Service public et principe d'efficacité.	
124. Les caractéristiques du service public.	
125. Budget et fonction de production de la Santé.	
<b>Section 2 : Les caractéristiques des entreprises publiques non marchandes</b> .....	p/07
<b>Chapitre II : les politiques de Santé</b> .....	p/12
<b>Section 1 :</b> .....	p/13

### **Organisation du système de santé dans le monde**

211. Définition du système de santé	
212. Le système libéral ou assurance privée	
213. Le système d'assurances sociales	
214. Le service national de santé (bénéficiaire)	
215. La médecine étatisée	
<b>Section 2:</b> .....	p/15
<b>Les systèmes de santé dans la communauté européenne</b>	
221. Offre et demande de soins	
<b>Section trois :</b> .....	p/19
<b>Les systèmes de santé européens.</b>	

231. Le système français.	
232. Le système Allemand.	
233. LE système Britannique.	
Conclusion du chapitre deux .....	p/25
<u>Chapitre trois</u> : .....	p/26
<u>Les soins publics en Algérie</u>	
<u>Section une</u> : .....	p/26
311. Les différentes approches.	
312. La planification de la santé.	
313. Les dépenses de santé.	
314. La tarification.	
<u>Section deux</u> : .....	p/29
Le système Algérien de santé.	
321. Les différentes phases du système : La carte sanitaire.	
322. Le financement du système des soins.	
323. La restructuration des hôpitaux.	
324. Critiques des fondements de la carte sanitaire.	
<u>Section trois</u> : .....	p/35
La réorganisation, du système de santé.	
331. La quatrième phase.	
332. La sécurité sociale.	
Conclusion du chapitre trois .....	p/38
<u>Chapitre quatre</u> : .....	p/39
Les caractéristiques de l'hôpital public.	
<u>Section une</u> : .....	p/39
L'hôpital public	
411. Caractéristiques de l'hôpital public.	
412. Définition de l'hôpital public.	
413. Statut juridique de l'établissement hospitalier.	
414. Attribution des gestionnaires.	
1° Le directeur de l'établissement.	
2° Le directeur des services économiques.	
3° Le s /directeur chargé des moyens matériels.	
5° Le directeur du budget et du contrôle.	
6° Le directeur des activités médicales et paramédicales.	
7° La direction des ressources humaines.	
414. Le receveur (comptable public)	
<u>Section deux</u> : .....	p/42

**Les organes consultatifs de l'établissement.**

**421. Le conseil d'administration.**

**422. Le conseil scientifique.**

**423. La commission consultative.**

**Section trois : .....p/45**

**L'organisation structurelle des soins.**

**431. La relation entre les services administratifs et les autres structures.**

**-Organigramme**

**432. Les services médico-techniques.**

**Conclusion du chapitre quatre .....p/50**

**Chapitre cinq : .....p/51**

**Les systèmes comptables dans la structure hospitalière**

**Section une : .....p/51**

**Structuration de la comptabilité à l'hôpital**

**A/ La comptabilité générale.**

**B/ La comptabilité administrative**

**C/ Le système comptable hospitalier**

**511. Le budget de l'hôpital**

**512. Les prévisions budgétaires**

**1° La situation de trésorerie**

**2° Les dépenses de médicaments et autres produits**

**513. Le compte de gestion matière**

**a) Le journal général**

**b) Le grand livre**

**c) Les livres auxiliaires**

**514. Le compte administratif**

**515. La comptabilité matière**

**516. La comptabilité d'inventaire**

**Section deux : .....p/51**

**La comptabilité des malades et prévisions budgétaires**

**521. La comptabilité des malades**

**522. Les prévisions budgétaires dans le système comptable hospitalier**

**Conclusion du chapitre cinq .....p/69**

**Chapitre six : .....p/69**

**La comptabilité analytique rapportée à la gestion hospitalière**

**Section une : .....p/70**

<b>Définitions</b> .....	p/70
611. Définitions et objectifs	
612. Utilités et mise en application	
-Intégration de la comptabilité sanitaire au plan comptable national	
613. Architecture du plan sanitaire public .....	p/77
<b>Section deux :</b> .....	p/75
<b>Méthodes de calcul des coûts</b>	
621. Méthodes d'analyse des coûts	
622. La comptabilité analytique hospitalière	
- Organigramme fonctionnel d'un établissement hospitalier	
- Les sections définitives	
- Les sections auxiliaires	
623. La méthode des centres d'analyse	
- Les charges indirectes	
- Principes de la méthode	
- Schémas de référence :répartition des charges	
624. La méthode du coût complet	
- Etape de calcul du coût de revient complet	
625. La méthode des coûts partiels	
a) Le direct costing ou coût partiel	
b) Le coût direct	
c) Les coûts préétablis	
<b>Section trois :</b> .....	p/85
<b>La gestion des coûts</b>	
311. Les critères de gestion	
a) Le tableau de bord	
b) Les budget de service	
<b>Conclusion du chapitre six</b>	
<b>Chapitre sept :</b> .....	p/91
<b>Identification des coûts et des charges</b>	
<b>Section une :</b> .....	p/91
<b>Caractéristiques et objectifs de la comptabilité analytique</b>	
711. Aspects théoriques	
1. L'objectif de calcul des coûts	
2. L'objectif de contrôle de gestion	
3. L'objectif de la prise de décision	
<b>Section deux :</b>	
<b>Typologie des charges et coûts</b> .....	*p/100

<b>721. Typologie des charges</b>	
<b>Schéma .....</b>	<b>P/100</b>
- L'approche classique	
- L'approche prévisionnelle	
<b>1. Notion de charges et de coûts</b>	
a. Les charges directes	
b. Les charges indirectes	
c. Les charges fixes	
d. Les charges variables	
<b>2. La notion de prix</b>	
<b>3. La notion de coûts</b>	
<b>4. Le concept de coût et de marge</b>	
<b>741. Le concept de marge</b>	
<b>Section trois :.....</b>	<b>p/103</b>
<b>Répartition des charges indirectes</b>	
<b>731. Les trois méthodes .....</b>	<b>p/101</b>
shémas (1-2-3-4-5)	
<b>Conclusion du chapitre 07.....</b>	<b>p/103</b>
<b>Chapitre huit.....</b>	<b>p/104</b>
<b>Le fonctionnement des services cliniques</b>	
<b>*Section une :.....</b>	<b>p/104</b>
<b>811. Les services cliniques</b>	
<b>812. L'élaboration du diagnostic et mise en œuvre de la thérapeutique</b>	
<b>813. L'organisation matérielle du service</b>	
<b>814. La gestion des entrées et sorties des malades</b>	
<b>815. Les services médico techniques</b>	
<b>Section deux :.....</b>	<b>p/108</b>
<b>La gestion des hospitalisations</b>	
<b>821. La gestion des malades</b>	
<b>822. Le service des admissions</b>	
<b>823. Les statistiques globales de mouvements</b>	
<b>Section trois :.....</b>	<b>p/112</b>
<b>Les éléments d'évaluation</b>	
<b>831. La mesure des effets de l'activité hospitalière</b>	
<b>832. La journée d'hospitalisation</b>	
a/ Les entrées	
b/ La durée de séjour et le coefficient d'occupation	

c/ Les actes médicaux (le victoria )	
Conclusion du chapitre huit	
<u>Chapitre neuf</u> .....	p/116
<u>Le contrôle de gestion</u>	
<u>Section une</u> : .....	p/116
Le mode de contrôle	
911. Le contrôle de gestion à l'hôpital .....	p/119
912. Le contrôle de gestion des services médicaux	
a/le tableau de bord b/les budget de services	
<u>section deux</u> : .....	p/119
la trésorerie	
921. La mise en œuvre des moyens de trésorerie	
<u>Conclusion du chapitre neuf</u> .....	p/121

## Etudes de cas .....

<u>Numéro une</u>	
<u>premier procédé</u> .....	p/129
Présentation de l'hôpital de Tlemcen	
Problématique (exposé)	
Le service de la maternité –gynécologie obstétrique	
1.les procédés de calcul .....	p/129
2. Présentation de l'étude	
3. Les moyens utilisés.	
4. Les indicateurs de gestion.....	p/131
Architecture du service de la maternité .....	p/132
Organigramme .....	p/132
A/ Paramètres et indicateurs d'évaluation .....	P/133
1. Activité clinique .....	P/133*141
2. Tableau des coefficients .....	p/142*146
3. L'unité d'œuvre servant à l'imputation des charges	
3.les sections principales	
4. La classification des charges	
5. Les coûts relevant de l'administration	
6. Les charges de radiologie	
Tableau six : Le nombre d'examens radiologiques .....	p/149
Tableau sept : Nombre d'examen de laboratoire.....	p150

**Les charges de laboratoires**

**Tableau (sept) suite**

**Les produits pharmaceutiques**

<b>Tableau huit : Les charges indirectes .....</b>	<b>p/151</b>
<b>Tableau neuf .....</b>	<b>p/151</b>
<b>Tableau dix : Répartition des charges directes.....</b>	<b>p/153</b>
<b>Tableau onze : Répartition des charges indirectes :.....</b>	<b>P/154</b>
<b>Tableau douze : Le coût de la journée hospitalière .....</b>	<b>p/155</b>
<b>Tableau treize: Le coût de revient de séjour :.....</b>	<b>p/156</b>
<b>Tableau quatorze : Le coût de revient par lit et /jour.....</b>	<b>p/157</b>
<b>Tableau quinze : Le coût de journée hospitalière.....</b>	<b>p/157</b>
<b>Tableau seize : Le coût annuel prévisionnel médicaments.....</b>	<b>P/158</b>
<b>Tableau dix sept : Cotisation et part de contribution .....</b>	<b>P/158</b>
<b>Tableau dix huit : Dépense en, médicaments .....</b>	<b>p/159</b>
<b>Tableau dix neuf : Médicaments (statistiques ).....</b>	<b>p/160</b>
<b>Tableau vingt: Coût moyen malade /médicament .....</b>	<b>P/160</b>
<b>Tableau vingt et Un : Consommation moyenne jour .....</b>	<b>p/160</b>
<b>Tableau vingt deux : Produit de laboratoires .....</b>	<b>p/161</b>
<b>Tableau vingt trois : Films /produits laboratoires.....</b>	<b>p/161</b>
<b>T/24.....Les charges hôtelières .....</b>	<b>p/162</b>
<b>T/25...Matières et fournitures.....</b>	<b>p/162</b>
<b>T/26.coût de revient .....</b>	<b>p/163</b>
<b>T/27. Tableau des amortissements .....</b>	<b>P/163</b>
<b>T28. Charges indirectes .....</b>	<b>p/163</b>
<b>T29. Coût annuel /entretien.....</b>	<b>p/164</b>
<b>T/30. Coût annuel charges d'entretien .....</b>	<b>p/164</b>

**Etude du coût de revient d'une prise en charge d'un accouchement**

**Procédé du coût de revient unitaire .....**

**Présentation du service de maternité**

**A/ Evaluation des centres de coût**

**Récapitulatif des charges (accouchement par voie basse ).....**

**Evaluation du coût de revient d'un acte opératoire**

**K.130(Césarienne)**

**(Accouchement effectué par voie haute )Césarienne .....**

**Evaluation financière :.....**

**1. Phase d'admission**

2. Période per-opératoire	
3. Charges (produits consommables	
4. Médicaments postopératoire	
5. Charges de radiologie	
6. Procès de stérilisation	
7. Charges de main d'œuvre technique	
8. Charges indirectes communes	
9. Récapitulatif des charges par nature .....	p/177
10. Les histogrammes : répartition des charges directes et indirectes	
.p/178*186	
- Diagramme circulaire	
- Diagramme en bâton	
- Diagramme en bâton ..(le coût de revient	
- Coût de revient /charges diverses	
* <u>Etude de cas numéro deux</u> : .....	p/187*191
- Evaluation du coût de revient d'une séance d'hémodialyse	
basée sur le prix de revient unitaire	
- Présentation du service	
évaluation des charges	
* <u>Etude numéro trois</u> :.....	p/191
Détermination du prix de revient d'une poche de sang:	
A. Présentation du service (centre de transfusion sanguine )	
B/ Répartition des centres de coûts	
- Les centres de coûts	
- Analyse des coûts.....	p/193*197
- Tableau récapitulatif des charges .....	p/197
* <u>Etude de cas numéro quatre</u> .....	p/198
Etude du coût de revient d'une journée d'hospitalisation en	
chirurgie générale	
- Présentation du service de chirurgie générale .....	p/199*200
- Attributions du service et moyens techniques utilisés	
- Evaluation des activités cliniques .....	p/201
Tableau récapitulatif des charges par centre de coûts .....	p/204
- Synthèse des résultats obtenus .....	p/206
- Quelques propositions	
- Conclusion générale ....	p/208*212
<u>Annexes</u> .....	p/213
Tableaux :	

1. Recettes du C.H.U.5au (31/12/1997) .....	p/213
2. Les dépenses de fonctionnement .....	p/214
3. Répartition des crédits .....	p/215
4. Le budget de formation .....	p/216
5. Les équipements médicaux .....	p/217
6. Les charges directes (services médicaux).....	p/218
7. Nombre de repas servis .....	p/219
8. Les travaux réalisés.....	p/220
9. Le nombre de kilos de linge lavé.....	p/221
10. Les activités cliniques ( gynéco- obstétrique ).....	p/222
11. Le service d'hémodialyse.....	p/222
12. Les paramètres d'activité .....	p/222
13. L'unité des urgences .....	p/223
14. L'activité des laboratoires .....	p/223
15. Activité des services d'hospitalisation .....	p/223
16. Activité service gynécologie (année 1997).....	p/224
- Les bistogrammes .....	p/224*226
- Nomenclature des services - de l'établissement hospitalier.....	p/227
- Recensement des activités des services .....	p/229
- Modèle d'évaluation des activités dans un service de chirurgie...	230
- Cadre comptable proposé.....	p/230*247
-T/17..... Activités des services d'hospitalisation .....	p/248
-T/18..... Les indicateurs annuels de service .....	p/249
-T19. Le coefficient de rotation des lits .....	p/249
-T20.....Le mouvement des hospitalisations (chirurgie).....	p/250
-T21. Les activités hospitalières en chirurgie .....	p/250
-T22. Détermination du prix de revient de journée par service clinique (22/a-22/b).....	p/251*252
T23. Les dépenses de fonctionnement par titre.....	p/253
T24. Les activités opératoires (gynécologie - obstétrique).....	p/254
T25. Situation financière.....	p/255 à 265
T26. L'activité du service d'hémodialyse .....	p/266*267
T27. Etat de consommation des médicaments .....	p/268
T28. Etat des activités opératoires .....	P/269
T29. Les dépenses en équipements .....	p/270*271
T30. Les charges administratives .....	p/272*273
T31. Quelques spécimen de documents hospitaliers .....	p/274*277
- Bibliographie .....	p/278*281