

Les dépenses de santé en Algérie

Assia KARA TERKI¹, Abdeslam BENDIABDELLAH², Ibtissem KARA TERKI³

Résumé :

En Algérie, les dépenses de santé affichent ces dernières années une croissance vertigineuse soutenues volontairement par un budget colossal fourni par l'Etat pour rattraper certains retards dans le domaine : infrastructures, équipementsetc.

Malgré cela, le secteur vit de sérieuses difficultés dont les raisons sont toujours renvoyées à un manque de moyens financiers ; pourtant les systèmes de santé au monde ont déjà mis en place des mécanismes de contrôles et de recherche de rationalité qui peuvent nous servir de références dans ce domaine.

Le but de ce travail est de mettre la lumière sur les avantages du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informations) dans le contrôle des dépenses publiques de santé

Mots clés : système d'information, couts des soins, PMSI, rationalité économique.

¹ Laboratoire de recherche en management des Hommes et des organisations (L'ARMHO), Tlemcen, Algérie. Mail : assiaterkikara@yahoo.fr

² Directeur du Laboratoire de recherche en management des Hommes et des organisations (L'ARMHO), Tlemcen, Algérie.

³ Laboratoire de microbiologie appliquée à l'agroalimentaire au biomédical et à l'environnement (LAMAABE), Tlemcen, Algérie.

Abstract :

In Algeria, spending health is played in recent years tremendous growth supported voluntarily by a huge budget provided by the state to catch some delays in the area: infrastructure, equipment.... etc. Despite this, the sector saw serious difficulties which the reasons are always referred to a lack of financial resources; yet health systems in the world have already established mechanisms of checks and search for rationality that can serve as a reference in this field.

The purpose of this paper is to shed light on the benefits of PMSI (program medicalization of information systems) in the control of public expenditure on health.

Keywords: information system cost of care, PMSI, economic rationality.

ملخص:

في الجزائر أظهر الإنفاق على الرعاية الصحية في السنوات الأخيرة نموا كبيرا بواسطة ميزانية ضخمة خصصتها الدولة للتعويض عن بعض التأخير في القطاع من هياكل أساسية ومعدات... على الرغم من هذا يعيش القطاع صعوبات خطيرة لا تزال الأسبابه يعدم وجود الوسائل المالية على الرغم من أن النظم الصحية في العالم قد أنشأت بالفعل آليات الرقابة والبحث عن العقلانية التي يمكن أن تساعدنا في هذا المجال. الغرض من هذه الورقة هو لإظهار فوائد PMSI في السيطرة على الإفراط في الإنفاق الصحي.

الكلمات المفتاحية: نظام المعلومات، تكلفة الرعاية، التسيير العقلاني، البرنامج الطبي.

Introduction :

Malgré l'aisance financière vécue par le pays pendant plus d'une dizaine d'année (2002- 2013) qui a permis l'amélioration de beaucoup d'indicateurs socioéconomiques, le domaine de la santé a toujours fait l'objet de profondes critiques car des questions importantes demeurent posées : pénuries de médicaments, difficulté d'accès aux soins lourds, état du matériel médical et gestion du personnel de santé.

A présent la baisse des prix du pétrole refait surface et rappelle que l'économie algérienne a déjà vécue une telle situation vers la fin des années quatre-vingt, avec les résultats désastreux de l'application du programme d'ajustement structurel, en particulier sur la santé de la population (F.Z Oufriha, 1989).

Le système de santé Algérien, comme dans la plupart de beaucoup de pays au monde (France, Grande Bretagne), cherche d'autres alternatives de financement pour combler le déficit de financement public ; mais la particularité de l'Algérie, c'est que des questions importantes relatives aux financements de la santé ne sont toujours pas exploitées .

Nous nous proposons de voir, dans ce travail, l'intérêt du système d'information hospitalier dans l'exploitation des coûts pour clarifier les tâches entre les différents acteurs de financement en se basant sur l'hôpital comme structure la plus lourde en financement et prestations de soins.

Les arguments de mise en place d'un système d'information hospitalier en Algérie éclairent le forfait hospitalier

Depuis 1974 en vertu de la loi sur la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est appelée à contribuer au financement du budget de fonctionnement des établissements de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finance. Ces dispositions budgétaires appelées « forfait hôpitaux » sont une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droits (Labri LAMRI ; 2004)

Depuis, le forfait hôpitaux est le poste de dépense le plus important des caisses de la sécurité sociale ; son évolution marque des rythmes exponentiels : il passe de 19 milliards de dinars en 1999 à 35 milliards en 2008, et se situe aux

alentours de 25 milliards de dinars en 2014, après décision de l'Etat de l'effacement de la dette (Ministère de la santé).

Les véritables inconvénients liés à ce mécanisme se résument non seulement dans son coût mais aussi dans l'absence des références médicales et tarifaires car la participation de la sécurité sociale est faite forfaitairement, c'est-à-dire que les montants prélevés annuellement n'obéissent à aucune base tarifaire. De même, les textes ne prévoient ni un pourcentage ni une somme clairement définies qui revient à la Sécurité d'y participer (M.Kaddar, 1989).

Le résultat se solde par une désarticulation totale entre les sommes allouées et les services de santé réellement prodigués aux assurés sociaux et leurs ayants droits et interpelle à un financement accru de la sécurité sociale dans la santé de toutes les catégories.

Hôpital, budget et production des soins :

Comme les coûts hospitaliers représentent la part la plus importante du coût global de la santé et celle qui progresse le plus rapidement, la maîtrise de cette croissance nécessite une connaissance approfondie du contenu réel de l'activité et donc du produit hospitalier, (Robert Launois 1987).

Les mesures courantes obtenues à partir de l'offre de soins, telles que le nombre de journées, les coefficients d'occupations..., renseignent jusque-là très mal sur le contenu réel de l'activité hospitalière. Elles ne représentent pas de ce fait des éléments de gestion suffisamment fiables.

Le prix de journées, utilisé pour mesurer la production hospitalière renseigne très peu sur la production des soins et ne peut dévoiler exactement le coût du traitement d'un malade.

De ce fait, il ne peut favoriser la recherche de l'allocation optimale des ressources car, il est remarqué dans le domaine médical que le coût d'une journée d'hospitalisation n'est pas constant dans le temps ; il est élevé en début d'admission du patient à l'hôpital puis tend vers un minimum les derniers jours se limitant aux seuls frais d'alimentation et d'hébergements.

De même, au sein d'un service donné et pour une même durée d'hospitalisation, le coût diffère selon la nature des investissements, la complexité des cas pathologiques des malades...

En conséquence, le coût moyen donne une information biaisée et ne peut constituer un bon indicateur de gestion.

Au sein d'un même hôpital, il existe une multitude de cas traités, ce qui laisse penser que le produit hospitalier doit d'abord passer par un regroupement des patients de façon à déboucher sur une classification des types de cas traités. Le produit se présentera alors comme un éventail de ces différents types : C'est ce qu'on appelle le «case mix» (Robert Fetter, 1983).

Cette information médico-économique servira, d'une part, à la possibilité de disposer d'un outil stratégique et prévisionnel, d'autre part, c'est la tutelle qui prendra connaissance de l'ensemble des données qui vont lui permettre de mesurer l'activité des établissements de santé afin de moduler annuellement la dotation globale de financement en fonction de l'activité observée de l'hôpital (Charles Boelen et Jean Perrot, 2005)

Grâce à ce système, si l'établissement veut voir sa dotation globale augmenter, il est fortement incité à augmenter son activité et donc sa productivité (Nathalie Halgand, 1997).

Traditionnellement on peut remarquer que l'administration leur accorde les mêmes moyens financiers à deux services relevant de la même discipline et affichant les mêmes performances en termes d'admission, mais pouvant recevoir des malades très dissemblables quant à la gravité de leurs pathologies.

L'objectif recherché est donc une répartition « équitable » des enveloppes financières, compte tenu des spécificités de chaque établissement, de ses services et des types pathologie traitées (Alain Le Tourmy et Jean Parrot, 2008).

Croissance non maîtrisée des dépenses de santé :

A partir de l'an 2000, les années de crises en Algérie sont compensées par une prospérité économique qui fait bénéficier le secteur de la santé public d'un budget porté à 82 milliards de dinars algériens (DA) en 2003 (986 millions d'euros), après avoir longtemps stagné aux alentours de 53 milliards.

Les mesures de rattrapage ont surtout concerné des personnels de la santé dont les salaires ont été revalorisés de 50% à 100% selon les cas.

Il a été décidé aussi d'allonger la liste des médicaments remboursables à 295 produits, alors que la liste comportait prématurément 116, soit de 1000 marques à 2156 (Ministère de la santé 2012).

La facture des médicaments et des équipements affichent donc chaque année des montants faramineux payés par le trésor public.

Malgré cela, beaucoup d'éléments persistent qui pèsent sur l'offre des soins et sont orientés en premier lieu vers l'accroissement des besoins de santé qui grimpent spectaculairement avec la multiplication des risques socioéconomiques liés à l'urbanisation de la population (avec tous ce que cela engendre comme problèmes démographiques, écologiques et socio culturels).

Toutefois, ces mesures et d'autres encore, orientent notre attention sur des points essentiels qui, à notre sens, demeurent contradictoire avec le sujet de la gestion des dépenses de santé en Algérie.

En effet, il est à constater que l'injection des nouvelles dépenses dans le secteur de la santé, ne s'est pas accompagné par une recherche volontaire de généralisation d'outils et de techniques permettant de mettre en relation directe les dépenses de santé d'une part et les résultats obtenus d'autre part.

Malgré la revalorisation salariale du personnel de la santé aucun, système de management des ressources humaines n'a été mis en place jusqu'à présent, pour fixer des normes de productivité et de gestion pour cette catégorie.

Le même constat est fait pour la gestion des médicaments et des équipements, ce qui devient très contraignant pour les coûts de soins surtout lorsque cette mesure n'est pas suivie par une recherche de rentabilité globale des moyens de financement.

Sécurité sociale, Ménages et maladies émergentes :

La modification des caractéristiques du schéma épidémiologique du pays fait que les maladies à caractère viral et parasitaires, qui étaient autrefois les plus dominantes, ont cédé la place à des pathologies plus lourdes dites de « civilisation ». Ceci est dû, selon les analystes, aux changements des modes de vie de la population et à la détérioration du cadre général par de nouveaux facteurs de risques : pollution, tabagisme, changement des régimes alimentaires et mode de consommation de certains produits.

Le traitement de ces maladies est très coûteux et impose chaque fois l'intervention des pouvoirs publics dans la prise en charges de ces dépenses, soit par de nouveaux investissements en infrastructures, en matériel, en formation médicale, ou en nouveaux mécanismes de remboursements et de financement (tiers payants).

La sécurité sociale subi le contrepoids de ces changements, en se trouvant chaque fois interpellée : soit par l'Etat, soit par les assurés pour prendre en charge : financièrement (remboursement des médicaments et examens), socialement (aide aux démunies) ou économiquement (remboursement des arrêts de travail et des congés de maladies), les coûts des différentes pathologies émergentes en Algérie.

Nous pensons que cette situation va à l'avenir creuser d'avantage le fossé entre les recettes et les dépenses. Pour preuve, les faits se présentent déjà au niveau de la montée en flèche de certaines pathologies, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer.

La sécurité sociale doit d'abord réapproprier son rôle de prévoyance et mettre en place des outils lui permettant une meilleure allocation de ses ressources.

Le financement hospitalier lui donne l'obligation de contrôle des couts hospitaliers et l'exploitation des données médicales car « le prix de journée » tel qu'il est fixé est loin d'exprimer la réalité. (Jean- Paul DOMIN, 2004)

De même, la participation des ménages devient très importante ces dernières années et les tarifs de remboursements n'ont pas été révisés depuis 1987 malgré la cherté des prix pratiqués dans le secteur privé.

Il est temps que la nomenclature soit élaborée sur la base d'une étude scientifique et une réalité des actes pratiqués dans les établissements de soins privés ou publics, car les dépenses engagées ces derniers temps par les ménages profitent davantage au secteur privé, en l'absence d'information fiable sur les prix, les actes et les quantités de soins.

De ce fait, on peut penser que la part des ménages, qui représente selon certains chiffres près du tiers de la dépense nationale de santé, est plus importante, car, d'une part, les professionnels de santé pratiquent des tarifs bien supérieurs à ceux officiellement fixés par la voie réglementaire, d'autre part, l'absence des statistiques sur le nombre exacte des non- assurés et le manque

d'étude sur les dépenses supportées par les malades à l'occasion des soins à l'étranger fait penser que les dépenses sont très lourdes à supporter par les ménages (Ouzzir Saliha,2002).

L'Apport du système d'information hospitalier :

Collecte d'informations médicales

Le modèle proposé par R.Fetter, qui a servi à la mise en place du PMSI en France, a permis, pour la première fois dans le domaine de l'économie de la santé, de rapprocher deux visions opposées sur les coûts : Le coût médical et le coût économique(Robert Fetter, 1986).

Jusqu'à l'heure actuelle, ce système se distingue par sa qualité de recueil d'information, en définissant chaque cas de malade hospitalisé en fonction de caractéristiques très particulières, et il détermine par la même occasion, le coût de sa pathologie en fonction de son propre état de santé (Cathy Suarez ,2005).

Chaque patient est donc considéré comme un cas particulier, mais il peut, médicalement, partager avec d'autres patients des caractéristiques communes de consommation de soins, ce qui peut les ranger dans un seul GHM (groupe homogène de malades),donc un coût identique.

La composition des GHM, qui est dans la plupart du temps variable et différente entre les hôpitaux, donne non seulement des renseignements sur la quantité des soins - qui se mesure par le nombre de GHM « abordés » ou traités-, mais aussi identifie tous les cas pathologiques traités en milieu hospitalier (Gérard de Pourvoirville, 1991).

Introduire une concurrence entre les établissements de soins :

Sur la base des GHM, le modèle s'élargi pour introduire un nouvel outil de mesure, dit indice synthétique d'activité (ISA), qui rendra possible la comparaison de la production et la productivité des établissements hospitaliers, en référence à la quantité de soins produite, la lourdeur des cas traités et la rationalité du temps de travail (Armand Hatchuel, Jean Claude Moisson, Hugues Molet, 1985).

La gestion des établissements se basera donc sur des éléments plus concrets, et offrira une nouvelle base à la comptabilité analytique, la gestion financière et

le contrôle de gestion, techniques jamais introduites auparavant dans de tels types d'institutions (Ph. Rabiller, Alain Chabert et René Masseeyef).

De ce fait la notion de produit hospitalier va se fixer sur les cas traités et non pas sur les journées d'hospitalisations, comme cela se faisait dans les anciens systèmes (Alexandra Giraud, 2000).

Associer la Sécurité sociale à la gestion hospitalière :

L'outil de mesure (journées d'hospitalisations) qui servait de critère de financement pour les organismes de sécurité sociale, en remboursant les assurés en fonction du nombre de jours passés à l'hôpital, est jugé trop inflationniste, car les hôpitaux maximisaient la durée de séjours des malades pour rendre bénéficiaires leurs comptes ; les sociétés d'assurances ne pouvaient donc avoir des informations justes sur la quantité de soins réellement prodigués aux malades (Michel Mougeot, 1984).

C'est sur cette base que le PMSI va rompre avec l'ancien mode de financement et de remboursement des soins, à travers la grande réforme dite de la tarification à l'activité (T2A) qui fixe le remboursement en fonction des GHM (Fabien Laffitte, 2005).

Les nouveaux liens entre les prestataires et les organismes payeurs s'établissent donc en fonction des coûts qui se réfèrent directement à la lourdeur des cas pathologiques.

Reste qu'en situation de récession telle celle que vit le monde actuel, les organismes de sécurités sociales se placent dans un nouveau contexte qui fait que les remboursements dépendent sérieusement et en priorité de la conjoncture économique de chaque pays (Alain Letourmy, 1997).

En effet, bien que se présentant comme un outil d'information claire, toute la difficulté qui découle des liens établis par la tarification à l'activité, est le comportement qui peut venir de certains organismes d'assurance, lesquels effectuent ce qui est appelé « l'écémage » c'est-à-dire, qu'ils développent une gamme d'assurance pour les sujets moins coûteux en terme d'assurance et de prise en charge (Pierre de Rosanvallon 1983).

Méthodes de calcul des dotations budgétaires :

Le projet des différents hôpitaux doit donc s'appuyer sur les coûts par GHM et la prévision des effectifs de malades dans chaque groupe, ce qui implique une redéfinition globale des instruments de gestion hospitalière (Michel Mougeot, 2005).

L'objectif de la budgétisation sur la base du nouveau modèle est d'assurer un meilleur contrôle de la croissance des dépenses hospitalières et d'améliorer la gestion courante des établissements de soin (Catherine Bac, 2004).

La budgétisation repose donc sur une meilleure connaissance du contenu de l'activité hospitalière, parce que, traditionnellement on pouvait remarquer que deux services relevant de la même discipline et affichant les mêmes performances en terme d'admission, peuvent recevoir des malades très dissemblables quant à la gravité de leur pathologies, et l'administration peut leur accorder les même moyens financiers et parfois moins. (F.Godard, E.Goddat, A.Ortiz, 2000).

L'objectif recherché est donc une répartition plus équitable des enveloppes financières tenant compte des spécificités de chaque établissement, service et pathologie (Relman Arnold).

Il s'agit aussi de constater et d'analyser l'évolution du « case-mix » de l'hôpital (distribution des patients suivant les GHM), ce qui devrait permettre l'introduction dans le processus budgétaire, l'idée de l'évolution de l'hôpital en termes de lourdeur thérapeutique; c'est-à-dire que les pathologies futures peuvent être prise en charge par l'hôpital ainsi que les moyens nécessaires pour cela. Ceci nous conduit à voir que le calcul d'enveloppe budgétaire se fera en fonction des prévisions des cases mix de chaque hôpital. (Annie Fenasse, 1991).

2.5 L'indice synthétique d'activité (L'I.S.A) et la comparaison des établissements :

Dans le but d'intégrer tous les services médicaux dans la recherche de la rationalité, il est calculé l'indice synthétique d'activité (ISA). Ce dernier exprime le coût moyen pour les dépenses à l'hôpital.

Dans la pratique, à chaque GHM est attribué un certain nombre de points ISA pour aboutir à une échelle nationale des coûts pour les séjours courts hospitaliers

(Patrice de Goulet et Marius Fieschi, 2000). Cette échelle est construite sur le terrain à partir d'un échantillon d'établissements publics ayant une bonne expérience dans le domaine de la comptabilité analytique (Fabien Laffitte, 2005).

La fonction première du PMSI est l'élimination des disparités budgétaires régionales par le rapprochement entre le coût de l'ISA régional et le coût de l'ISA de chaque établissement. Progressivement, les établissements seront en mesure de comparer leurs coûts avec ceux de la base nationale et de se positionner, à activité comparable, les uns par rapport aux autres. Un établissement peut constater ses écarts pour chaque poste de dépenses et cela peut constituer un bon indicateur de mesure de dysfonctionnement (Olivier Lenay, Jean-claude Moisdon, 2003).

Système d'information et coûts hospitaliers : cas de quelques établissements hospitaliers de la wilaya de Tlemcen

Pour disposer d'une bonne information sur la gestion hospitalière, les coûts se présentent comme un élément parfait de mesure et d'analyse de l'activité.

Le but, dans cette section, est de faire une illustration sur les coûts hospitaliers à travers un échantillon très réduit d'établissements de la wilaya de Tlemcen.

L'objectif est aussi de montrer que la recherche de rationalité des dépenses de santé, doit se faire dans les établissements hospitaliers pour trouver des explications à certains écarts dans les coûts pour aboutir à une bonne prise de décision.

Choix de l'échantillon et de la Méthode de calcul des coûts

Le choix a porté sur trois établissements hospitaliers, le C.H.UT (centre hospitalo- universitaire de Tlemcen), l'E.P.H (Etablissement public hospitalier de Maghnia) et l'E.P.H de Ghazaouet.

La sélection des deux derniers établissements est motivée par le critère d'égalité dans la capacité d'offre (150 lits), services de soins médicaux et le partage des mêmes caractéristiques du plateau technique.

Les établissements choisies se trouvent dans le même espace géographique et partagent beaucoup de caractéristiques économiques et sociales : nombre d'habitants, dominance des activités agricoles

D'autre part, la sélection de l'établissement hospitalier du CHU de Tlemcen est faite par rapport à la disponibilité de l'information et la tentative de comparaison de production de soins et des couts de santé.

Tableaux1 : Synthèse de l'activité hospitalière

Services Médicaux	Année 2014					
	CHU Tlemcen		EPS Maghnia		EPS Ghazaouet	
	Nombre de malades	Journées d'hospitalisation	Nombre de malades	Journées d'hospitalisation	Nombre de malades	Journées d'hospitalisation
Chirurgie A	2271	14342	2483	10138	1485	5874
Chirurgie B	434	2608				
Pédiatrie	5013	16031	2924	8239	1710	3264
Gyneco-Obst	12896	46101	5438	10662	1919	6142
Hemodialyse (séance)	/	97924	8169	8169	0	0
U.M.C	7118	9046	2039	2039	10277	7101
Médecine	1231	17344	6008	13112	1333	7247

Source : direction de santé de la wilaya.

Tableau2 : cout hospitalier d'un échantillon de services médicaux

Année 2014									
Services Médicaux	CHU Tlemcen			EPS Maghnia			EPS Ghazaouet		
	Total des charges : DA	Nombre d'unités d'œuvre	Cout d'unité d'œuvre	Total des charges	Nombre d'unités d'œuvre	Cout d'unité d'œuvre	Total des charges	Nombre d'unités d'œuvre	Cout d'unité d'œuvre
Chirurgie A	17 466,12	3 672	17 147,40	114211 921	10138	11266	120 350 310	5 874	20 489
Chirurgie B	53 342,52	497	70 413,58						
Pédiatrie	86555261,2	16031	5399,24	464593 53	8239	5639	35 247 379	3 264	10 799
Gyneco-Obstrique	268570249	46109	5824,68	808181 48	10662	7580	70 357 950	6 142	11 455
Hemodialyse	11 784,97	2 019	11 967,57	820438 77	8169	10043	75 783 543	5 063	14 968
U.M.C	1196,02	81 572	1 117,95	156437 678	118500	1320	143 793 504	43 646	3 295

Source : direction de santé de la wilaya

3.1 Analyse de la méthode :

Les chiffres affichés dans les tableaux précédents nous ont été communiqués par la direction de santé de la wilaya de Tlemcen. Il faut préciser que le calcul des coûts a été rendu obligatoire dans tous les établissements hospitaliers par l'instruction ministérielle N°15 DU 3 /10/ 2001.

Les chiffres présentés dans les trois établissements sont donc réels et ont été effectués par les services de calcul des coûts de chaque établissement.

Nous avons limité notre travail à la synthèse de deux tableaux, d'autres chiffres n'y figurent pas mais ont fait l'objet de notre analyse à l'exemple des dépenses de personnel.

L'unité d'œuvre est fixée par le ministère de la santé; NJH (le nombre de journées d'hospitalisation pour les services médicaux figurant dans les tableaux) ; pour le service de dialyse, c'est le nombre de séance qui est retenu comme unité de mesure.

Le CO, c'est-à-dire le coût d'unité d'œuvre est obtenu en divisant le total général par le nombre d'unité d'œuvre; ce qui donne le prix ou coût par service.

Depuis 2004, tous les établissements hospitaliers sont dotés d'un logiciel informatique qui sert à uniformiser les méthodes et procédés de calculs des coûts.

La méthode de calcul utilisée est la méthode des sections homogènes ; elle répartie les charges indirectes des sections secondaires sur les sections principales par ce qui est appelé la clé de répartition et mesure l'activité des sections principales par ce qui est appelé l'unité d'œuvre.

Le coût final est obtenu par la division du montant global de chaque section principale par le nombre d'unité d'œuvre de chaque section. En fin de compte, le coût de l'unité d'œuvre représente le coût de journée de chaque service durant une période donnée (dans notre exemple, c'est l'année 2014).

3.2 Interprétation des résultats :

L'analyse des couts dans les 3 établissements a permis d'aboutir aux résultats suivants :

a. Coût et détail de la production des soins :

Par la présente méthode de calcul, beaucoup de détails sur la production de soins sont masqués, car le critère de mesure retenu est la journée d'hospitalisation, ce qui rend très difficile de donner des explications logiques à certains coûts.

Dans le même service, la variabilité et la diversité des processus de soins, montrent qu'il y a des examens différents dont les coûts sont en principe très variables: La radiologie, le scanner, d'autres services plus détaillés ; ce qui fait que le cout d'un séjour d'un malade peut être très variable, car la plupart du temps, les dépenses sont élevées au début de l'hospitalisation et diminuent vers la fin.

Aussi, il est très difficile de sélectionner les malades hospitalisés pour des soins et d'autres retenus en observation ou effectuant un contrôle de routine. De ce fait la répartition des charges des services de soutien sur l'ensemble des services médicaux, donne une analyse biaisée au cout hospitalier.

b. Anomalies dans la formation des coûts :

Le résultat des calculs de coûts dans les trois établissements nous a permis de voir des anomalies sur les coûts dans certains services des hôpitaux de Maghnia et de Ghazaout et où il est enregistré un nombre de malades bien plus faible, comparativement à celui de l'hôpital de Tlemcen, mais le coût final reste relativement très élevé; le cas se rapporte par exemple au service de la chirurgie générale des trois hôpitaux.

Même si on peut l'expliquer par la dominance de certains coûts (dépenses de personnels notamment), il est légitime de penser que d'autres formes de gaspillages peuvent être à l'origine de ce surcout.

En effet, par rapport à sa vocation de centre hospitalo- universitaire, l'hôpital de Tlemcen effectue des interventions nettement plus lourdes par rapport aux deux autres établissements de Maghnia et de Ghazaouet ; ce qui peut donner en principe des coûts plus élevés. De ce fait les coûts présentés ultérieurement dans les différents services ne reflètent pas les caractéristiques de « lourdeur thérapeutique ».

c. Absence des charges d'amortissements :

Le calcul des coûts, tel que présenté dans les trois cas d'établissements, n'introduit aucune charge d'amortissement que ce soit du matériel ou de l'équipement, ce qui nous laisse penser qu'une dépense importante n'a pas été comptabilisée.

Les montants d'amortissements rendent les couts plus proches de la réalité et peuvent nous donner d'autres informations sur les méthodes de choix du matériel, sa durée d'amortissement et la politique de remplacement des équipements qui offre toute une vision de gestionnaire et de décideurs (Assia KARA-TERKI, 2011).

Dans le cas des trois établissements, la non introduction des coûts d'amortissement est justifié par les responsables, par l'indépendance du budget d'investissement par rapport au budget d'équipement et le fait que chacun se distingue par une gestion propre.

Du point de vue analytique ceci n'est pas justifiable, car un coût doit contenir l'ensemble des charges quelle que soit leur nature (fixes ou variables, directes ou indirectes) et que les amortissements assurent justement le renouvellement du matériel après usage durant une période comptable déterminée.

d. Dominance des coûts fixes :

Le calcul des coûts effectués dans les trois établissements montre clairement une dominance des coûts de personnel à hauteur de 70% de l'ensemble des charges. Ces derniers sont, sur le plan de la gestion, les plus difficiles à maîtriser étant donné qu'ils ne varient pas en fonction de la production des soins mais sont supportés par l'établissement quelle que soit la quantité produite.

En parallèle, cela signifie que les 30% de charges restantes fluctuent en fonction de la quantité des soins, autrement dit des malades traités à l'hôpital.

Ces charges « matérielles » donnent d'autres renseignements sur la consommation des soins médicaux en médicaments, imagerie, restauration et d'autres consommations qui ont un effet très important sur la qualité des soins.

Pour une meilleure recherche de rationalité, il devient très urgent de faire des études détaillées sur la productivité des personnels de santé, fixer des normes de production et relier une partie du salaire à la lourdeur des cas traités, ce qui favorisera une recherche d'apprentissage et de perfectionnement de formation.

Conclusion :

Nous pouvons dire que la mise en place d'un système d'information hospitalier devient urgente en Algérie pour répondre à une plus grande recherche de rationalité et d'efficacité dans ce secteur.

Ce système d'information sur les coûts, les pathologies et la gestion des établissements, devra être un nouveau champ d'exploitation et d'investissement où d'autres acteurs (hormis l'Etat et la sécurité sociale) peuvent s'investir par de nouvelles recherches médicales, financement de soins et de formation.

Les informations sur la productivité et la rentabilité des établissements hospitaliers en Algérie peuvent constituer un outil incitatif pour introduire un aspect de concurrence dans la recherche, la formation et le développement médical, et inciter les producteurs à s'aligner sur les protocoles et les techniques de soins de façon à traiter des cas plus lourds, plus rares et plus coûteux vu que le financement en dépendra.

La complication du cadre économique et social du pays et la transformation rapide de la pathologie de la population fait qu'il faut revoir en profondeur toutes les règles de gestion et de financement et se pencher davantage sur la recherche de nouvelles opportunités de financement en exploitant d'autres domaines tel que l'économie solidaire et l'entrepreneuriat social.

Bibliographie :

1. Assia kara terki, la régulation de l'offre dans le nouveau système de soins Algérien, Thèse de doctorat, université de Tlemcen, 2011
2. Cathy Suaerez « Le financement des hôpitaux publics et privés : une autre réforme est possible » Analyses et documents économiques N° 98, février 2005
3. Nathalie Halgand « contrôle de gestion et réforme hospitalière : éléments d'analyses comparée du nouveau cadre comptable, tome 3, volume2 1997
4. (Olivier Lenay, Jean-claude Moisdon ,2003)
5. F.Godard, E.Goddard, A.Ortiz « La sauvegarde du financement des soins hospitaliers », 18 ème congrès de l'association Européenne des Directeurs d'hôpitaux », OPATIJA-Croatie, 2000
6. Charles Boelen et Jean Perrot, la médecine libérale et la contractualisation, Ed. Karthala 2005
7. Yves Guillerrou, Medecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience Algérienne, Science Sociale et Santé Vol.21, No 2, Juin 2003
8. Relman Arnold., Évaluation et responsabilité des dépenses de santé; problèmes politiques et sociaux N°627
9. Ali Chaouche,le financement du système de santé, colloque international, Aurassi, Alger 18 et 19 Janvier 2014
10. Miloud Kaddar, sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie, données des problèmes actuels, revue du cread n°6
11. Michel Mougeot, financement des hôpitaux publics et privés : analyses et documents économiques N° 98 février 2005
12. Michel Mougeot, Tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison ; Annales d'économie et de statistiques N° 58, 2000
13. Mougeot Michel, les marchés hospitaliers, Ed Economica, Paris 1984
14. .(Michel Mougeot ,1989)
15. Larbi Lamri, le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, OPU, pp 27 - 28, 2004.
16. Sophie Béjean Economie du système de santé, du marché à l'organisation » ED Economica, 1994
17. Lévy Emile, La demande en économie de la santé, Revue d'économie politique, Août 1989
18. Gérard de pourvoirville, Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) : un programme ambitieux et perfectible, mais pour qu'elle utilisation ? , La revue du praticien - Médecine générale, vol 5, N° 155,1991
19. Catherine Bac « les déterminants macro économiques des dépenses de santé : une comparaison entre quelques pays développés » Rapport du CIREM Juillet 2004
20. F.Z Oufriha « crise-PAS et santé des enfants en Algérie » CREAD, Alger
21. Alain Letourmy ; les réformes des systèmes de santé, de l'Etat providence et de la santé publique : un point de vue, in actualité et dossier en santé publique N° 18 ? Mars 1997
22. Pierre de Rosanvallon, la crise de l'Etat providence, 1983
23. Jean- Paul Domin, Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983-2003), CERAS-OMI-lame, 2004
24. Robert Launois, Les HMO : les arguments et les faits , la documentation Française, 1987
25. Patrice de Goulet et Marius Fieschi, traitement de l'information médicale : méthodes et applications hospitalières
26. R.B. FETTER, Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde, journal d'économie Médicale N°5, 1986

27. Annie Fenasse, sciences de gestion et santé publique, un exemple : la mesure du produit hospitalier ; les cahiers du L.E.R.S.S N° 22, février 1991
28. Alexandra Giraud, Le système Fetter, ou la définition du produit hospitalier par DRG ; journal d'économie médicale N° 4.
29. Philippe Rabiller, Alain chabert et rené masseyeff « ABC/ABM un outil décisionnel moderne pour l'hôpital » CAMSP, Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon
30. Armand Hatchuel, Jean Claude Moisson, Hugues Molet ; Budget global hospitalier et groupe homogène de malades ; Ed la maison des sciences de l'Homme, Paris 1985
31. Abdelkrim Soulimane, Les programmes de promotion de la santé et d'éducation : situation et perspective ; IN promotion et éducation N° 1, 2008
32. Rachid Boudjema, Algérie : Chronique d'un ajustement structurel ; Revue d'Economie et statistique appliquées, I.N.P.S, N° 6, Mai 2006
33. Camilla Corradin ; les hydrocarbures dans l'économie algérienne, d'une économie planifiée à une économie de marché ; RITIMO (réseau d'information et de documentation pour le développement durable et de la solidarité internationale) ; N° 34 ; 2008
34. Fabien Laffitte « un nouveau mode de financement du service hospitalier en France : le passage à la tarification à l'activité dans le cadre du plan « hôpital 2007 »septembre 2005, mémoire dirigée par M.Bonnafous ; institut d'études politiques de Lyon
35. Ouzzir Saliha, le financement de la santé, les enjeux de la réforme, Mai 2002.(CNES, 2000)