

La maîtrise des coûts en vue de l'amélioration de la qualité des prestations de soins dans les établissements hospitaliers publics

Par : **Melle Nadja DAHAK**
Chargée de cours, Université d'Alger 3

|

La maîtrise des coûts en vue de l'amélioration de la qualité des prestations de soins dans les établissements hospitaliers publics

Par : **Melle Nadja DAHAK**
Chargée de cours, Université d'Alger 3

Mots clés :

Coûts- qualité-non qualité- indicateurs- prestations de soins- établissements hospitaliers-

Résumé en Français:

En Algérie, l'engagement de réformes hospitalières a pour but de revitaliser le service public hospitalier par une amélioration de la qualité des prestations de santé. La présente étude de dimension économique étudie en premier lieu, l'évolution de la dépense nationale de santé sur le long terme en privilégiant les éléments de coûts comme facteur d'obtention d'une meilleure qualité de soins. Ensuite, elle analyse les composants des coûts à l'hôpital pour avoir une prestation de santé de qualité avec un moindre coût en réduisant la durée d'hospitalisation. La démarche utilisée dans cette étude s'inspire des expériences des pays anglo-saxons, des pays européens et des études nationales.

الملخص بالعربية:

في الجزائر، يرمي التزام الإصلاحات للمستشفيات إلى إعادة تنشيط الخدمات الصحية العامة عن طريق تحسين جودة الخدمات. لذلك جاءت هذه الدراسة لتبحث في المجال الإقتصادي أولا عن تطور النفقات الصحية الوطنية في المدى الطويل من خلال التركيز على عناصر التكلفة كعامل أساسي في الحصول على أفضل جودة للرعاية الصحية. ثم ثانيا القيام بتحليل العناصر المكونة للتكلفة الإستشفائية للحصول على خدمات صحية ذات جودة بأقل تكلفة وأقل مدة إستشفائية. إعتمدت الباحثة على دراسات أنجلو سكسونية وأخرى أوروبية وكذلك على دراسات جزائرية.

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre recherche, l'hypothèse principale est de considérer que les études des charges sont des études primordiales dans la vie d'une organisation.

Il s'agit de vérifier l'hypothèse de savoir si la qualité des soins est mesurable d'une part et si la mesure des coûts de la qualité et de la non qualité dans les établissements hospitaliers peut être développée d'autre part?

Notre étude a une dimension économique. Elle vise à fournir des informations sur le coût de la qualité et de la non qualité dans les établissements hospitaliers. Et c'est dans ce cadre que nous nous sommes posés les questions suivantes :

- Peut-on réduire les coûts hospitaliers s'ils sont élevés ?
- Peut-on réduire la durée d'hospitalisation en améliorant les prestations de santé ?
- Quels sont les approches et les procédures à entreprendre ?

1- Evaluation des dépenses de santé en Algérie

En Algérie, les réformes de santé visent à réaliser une efficience macroéconomique accrue en limitant la croissance des dépenses par rapport au PIB.

1-1- La dépense nationale de santé en Algérie

Depuis les années 70, un intérêt particulier est accordé par les pays du monde à l'évolution des dépenses de santé dans l'optique de leur maîtrise. Le tableau n°1, nous donne la dépense nationale de santé (DNS) en Algérie, et nous présente son évolution par rapport au PIB.

Tableau n°1 : Evolution de la dépense nationale de santé

Unité : Milliards de DA

Année	1991	1993	1998	2000	2005	2006
Dépense nationale de santé (DNS)	32, 314	40,112	106,186	157,945	240,100	270,00
DNS / PIB (%)	3,8	4,7	3,6	3,8	4,83	6,64

Source : MSPRH, Rapport : politique nationale de santé, évaluation et perspectives, Octobre 2007, p113

On remarque, une croissance considérable de la DNS de 1991 à 2006, elle a été multiplié par 8,5 fois, à savoir 32,314 milliards de DA en 1991 pour atteindre en 2006 le montant de 270 milliards de DA. Tandis que la part de la dépense courante de santé est passée de 3,8 % à 6,64% du PIB sur la même période. Pour avoir, une analyse plus détaillée sur la DNS, nous suggérons d'étudier l'évolution de la dépense nationale de santé par habitant telle que présentée au tableau n°2.

Tableau n°2 : Evolution de la dépense de santé par habitant

Unité : dollars

Année	1979	1991	1993	1999	2000	2005	2006
DNS / habitant (en USD)	66	68	87	61	69	141	165

Source : Rapport Annuel de l'Organisation Mondiale de la Santé, www.who.org

Du rapport annuel de l'OMS, nous remarquons une évolution remarquable de la DNS par habitant pour la même période étudiée précédemment, elle est passée de 68 \$ à 165\$, soit une augmentation de 41%.

1-2 - Evaluation des dépenses de fonctionnement des établissements hospitaliers publics

L'évaluation des dépenses de fonctionnement des établissements hospitaliers publics en Algérie, nous permettra d'étudier le taux d'évolution par rapport à l'année 1979, sachant que le montant de la dépense de la même année est évalué à 10 000 000 DA. L'évolution a été enregistré pour 2006 à 86% d'évolution par rapport à l'année 1979.

Tableau n°3 : Dépenses de fonctionnement des EPS

Unité : millions de DA

Année	1991	1993	1999	2000	2005	2006
Budget	18 900 000	25 479 000	53 151 193	53 151 193	67 451 000	70 000 000
Evolution (%) / 1979	47%	60%	81%	81%	85%	86%

Source : MSPRH, Direction des finances. Années : 1991, 1993, 1999, 2000, 2005, 2006.

Durant la période étudiée à savoir de 1979 à 2006, en s'inspirant des documents de la direction des finances du ministère de la santé, nous avons déduit que l'évolution du financement du secteur public en soins, s'est basée essentiellement sur des ressources budgétaires. Nous avons remarqué que les dépenses de fonctionnement du budget de l'Etat sont en évolution continue en prenant l'année de base 1979. La dépense de médicament présente moins de 20% de la dépense totale du budget de l'EPS, elle est classée la deuxième après la dépense du personnel qui présente presque 70%. En revanche 10% seulement couvrent le reste des rubriques et que sont : la prévention, le matériel médical, la formation, la maintenance, l'alimentation et les frais de l'administration.

2- De la qualité à la conception de sa mesure

Dans une perspective d'éclaircir certains concepts utilisés dans cette recherche, il s'agit bien de donner un point de vue sur le concept qualité, ensuite d'orienter notre travail vers la proposition qui encourage l'amélioration de la qualité.

2-1- Le concept de qualité

Le mot «qualité» qu'on rencontre très souvent veut dire chez beaucoup de personnes «luxe», le dictionnaire Larousse le définit comme suit «est une propriété déterminant la nature d'un objet», c'est également «une manière d'être bonne ou mauvaise de quelque chose», nous voyons que ces définitions sont incomplètes, et c'est pour cela que nous nous interpellons à la définition des spécialistes dans la matière.

Feigenbaum¹ a défini la question de la qualité: «la gestion de la qualité commence à l'élaboration du projet et ne s'achève que lorsque le produit fini a été mis entre les mains d'un client qui s'en déclare satisfait», Tavernier² ajoute à cette définition que «cette satisfaction doit se maintenir à long terme». Par ailleurs il explique que le contrôle de la qualité n'est pas l'œuvre d'une personne ou d'un service, c'est le résultat d'une coopération entre les différents organismes de l'entreprise qui ont chacun leur part de responsabilité, la coordination devant être assurée de manière continue au niveau de la direction générale.

De ces définitions les spécialistes en font l'article premier de leur règlement sur la «qualité»: «la qualité ne se contrôle pas, mais elle se construit»

Et c'est bien vrai, car en respectant cette loi, on s'évite bien beaucoup d'ennuis. La qualité se crée de plus en plus jusqu'à la satisfaction finale du consommateur.

1 Feigenbaum, Total Quality Control, 1951

2 Alain, Politique de la qualité et gestion d'entreprise, édition Dunod, Paris, 1970, pp64

Par ailleurs il n'est pas facile de définir le coût de la qualité ni son concept. Il est à savoir que pour chaque organisation, son but est de produire un « produit » ou un « service » au coût le plus économique que ce soit par une meilleure mise en œuvre des différents facteurs de production ou par une réduction des contrôles dans toutes les étapes d'exploitation et de distribution.

2-2- La conception de mesure de la qualité

Dans cette présente étude nous ne présenterons pas les fondements historiques et théoriques du concept « qualité », mais nous nous contenterons de la conception de sa mesure, qui vise donc à son amélioration et à l'obtention de ce qui est nécessaire pour la satisfaction des besoins des sujets économiques.

La recherche de la qualité telle que définie par la première loi qualitative qui est l'équilibre entre les besoins du consommateur et les moyens de production, vise à l'amélioration de la qualité et à acquérir la qualité nécessaire pour la satisfaction des besoins.

Dans la tradition manufacturière occidentale, la qualité était associée à un coût élevé « meilleur, c'est plus cher ». On considérait qu'une meilleure qualité augmentait le prix de revient. Juran (1951)³, inverse cette proposition et montre qu'en améliorant la qualité, le fabricant abaisse le prix de revient par le jeu des économies internes à l'entreprise. Il considère que la prévention organisée peut conduire à des retours sur investissements importants.

Nous considérons cette approche comme base de construction des futures évolutions sur l'enrichissement des approches de qualité.

3- Les coûts de la qualité et de la non qualité en milieu hospitalier

Notre recherche nous a permis de repérer les deux perceptions telles qu'expliquées par Michel Boutry⁴ où il a classé les auteurs concernés par le sujet en deux types à savoir les auteurs qui formulent les coûts de la qualité et d'autres qui précisent les coûts de la non qualité.

Concernant le premier type : ces auteurs précisent bien dans leurs interventions les coûts de la qualité.

3 Traduit de l'anglais au français par Haichour MS, thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques, filière de gestion, de l'université d'Alger, soutenue en 1999.p18.

4 Boutry M. Les coûts de la qualité, l'université Nancy 2.1999.

- Crosby « le coût de la qualité »⁵
- Feigenbaum « la gestion des coûts de la qualité »⁶
- Juran « analyse des coûts de la qualité »⁷.

Le deuxième type d'auteurs analyse les coûts en ajoutant les coûts de la non qualité.

- Harrington «le coût de la non qualité»⁸ sous l'imperfection de la traduction.

Devant ces deux types de coût, Juran propose que le coût de qualité concerne les coûts imputables à une mauvaise qualité. Il s'agit donc des dépenses engagées pour prévenir ou détecter la mauvaise qualité qui seront considérées après comme coûts des anomalies.

3-1 - Les coûts d'obtention de la qualité :

Dans les années 1950, aux Etats Unis, est apparu le concept de coût d'obtention de la qualité (COQ) dans le système assurance qualité. Il a été considéré comme « la somme des dépenses supplémentaires engagées dans les entreprises pour corriger et prévenir des dysfonctionnements» aussi considéré comme le coût de l'imperfection et de la prévention.

Ce concept a évolué durant les années 60 et 70 et le coût d'obtention de la qualité a été orienté principalement pour mesurer les coûts de fabrication et les coûts de garantie. Son évolution dans les années 80, a été utilisée pour contrôler l'aval des processus essentiellement la conformité du produit. Et c'est là, où on a découvert que la démarche qualité pourrait traduire la réduction des coûts de défaillances. Après les années 90, les démarches qualité consistent à déterminer l'investissement pour l'amélioration continue des processus.

Selon les chercheurs, le COQ est composé par les éléments suivants qui sont au nombre de trois :

Deux constituent le coût d'investissement dans la qualité (CIQ) :

- Les coûts de prévention qui ont pour objet d'éviter une défaillance ;
- Les coûts d'évaluation et de conformité (mise en place des activités de vérification en cours de production ou avant livraison).

5 Crosby PB., La qualité, c'est gratuit, édition economica, Paris 1988, pp 18-25,

6 Feigenbaum, Total Quality Control, 1951.

7 Juran Joseph, La qualité dans les services, édition Afnor, Paris 1987.

8 Harrington H.James, Le coût de la non qualité, édition Eyrolles, Paris, 1990.

La troisième est le coût de la non qualité (CNQ) qui correspond :

- Aux coûts des défaillances et de leurs corrections.

Le coût de la non qualité est le troisième élément du COQ. La norme NF X50 -126 portant «Guide d'évaluation des coûts résultant de la non qualité» décompose ce type de coût en quatre catégories :

a- Coûts des anomalies internes : sont les frais encourus lorsque le produit ne satisfait pas aux exigences de qualité avant d'avoir quitté l'entreprise (des coûts réalisés lorsque la prestation de service ne satisfait pas aux exigences de qualité du patient avant de quitter la structure de santé).

b- Coûts des anomalies externes : sont les frais encourus lorsque le produit ne satisfait pas aux exigences de qualité après avoir quitté l'entreprise (des coûts réalisés mais découverts après la sortie du patient de la structure de santé).

c- Coûts de détection : dépenses engagées pour vérifier la conformité des produits aux exigences de qualité pour financer la recherche des anomalies.

d- Coûts de prévention : « Ils sont liés aux activités de conception, de mise en œuvre et de suivi du système qualité. Ils sont engagés avant le démarrage de la production et visent à prévoir l'apparition des défauts »⁹. Ils concernent l'ensemble des investissements humains et matériels engagés pour vérifier, prévenir et réduire les anomalies pour financer les actions menées au niveau des causes des anomalies.

En pratique, les données chiffrées peuvent être illustrées à partir de documents produits par l'entreprise (documents comptables, extracomptables, administratifs, techniques, commerciaux ou à partir d'enquête par sondage) mais souvent ce n'est pas évident, on confirme bien qu'il est difficile de mesurer et d'apprécier le coût de la qualité à l'hôpital. Dans ce sens, plusieurs études américaines et françaises ont montré la part du COQ dans le chiffre d'affaire de l'entreprise, il représente près de 25 à 35% du chiffre d'affaire global. La répartition du COQ dans ces entreprises est composée comme suit :

- 5% en coût de prévention
- 20% en coût de conformité
- 75% en coût de défaillance

⁹ Haichour MS, Le management de la qualité au sein des entreprises Algériennes, thèse de doctorat d'état, soutenue juillet 1999, Université d'Alger.pp25.

On remarque que la part des coûts de défaillance est plus élevée par rapport aux autres différents coûts, et pour réduire ce type de coût, il faut investir dans les coûts de prévention et les coûts de conformité. Selon Crosby¹⁰ COQ ne peut pas être réduit à zéro puisque la qualité suppose des investissements, le coût de la qualité doit représenter 2,5% du chiffre d'affaire d'une entreprise. Ailleurs, selon des analyses en management, accéder au seuil notifie que des solutions ont été trouvées, certainement, une démarche de prévention a été prise en considération.

Pour les établissements hospitaliers qui sont différents des entreprises, leurs activités offrent des prestations de services particulières aux patients ou aux usagers en général. Celui-ci reçoit le service en temps réel sans être vérifié ni contrôlé et sans être inspecté. Il s'avère que c'est très difficile et délicat de contrôler la prestation de service fourni par les praticiens. Donc, il est à conseiller de valoriser et d'améliorer la prévention.

Il est à noter, que «dans le processus de soins, l'irréversibilité de certaines erreurs peut rendre impossible tout phénomène de correction » ¹¹Donc, nous insistons d'investir dans la prévention que dans la correction.

Dans les pays anglo-saxons, ils appliquent le Total Quality Management (TQM) à l'hôpital, que les francophones traduisent par le système de la gestion totale de la qualité. Son objectif principal est « d'améliorer la qualité des soins de façon continue en prévenant les erreurs par un système de formation, d'information et d'organisation».

Le document d'Anaes de septembre 1998, définit la démarche de l'amélioration de la qualité des soins en cinq principaux critères :¹²

- ▶ La fiabilité, la capacité à délivrer le bon service
- ▶ L'organisation
- ▶ La compétence du personnel et la vision que le patient en a
- ▶ L'assurance que le service est correctement fait
- ▶ L'attention quant aux attentes du patient (la conformité aux exigences).

10 Crosby PB, La qualité ça n'est peut être pas ce que vous croyez. La qualité, c'est gratuit, édition economica, Paris 1988, pp 18-25,

11 ANAES, « Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé: états des lieux et propositions », Paris, 2004.p 12.

12 Idem ANAES, p.36

Tous les intervenants doivent guider l'application du COQ à l'hôpital. L'agence nationale d'accréditation des établissements de santé, définit les coûts d'investissement de la qualité dans les hôpitaux, dans l'optique de prévenir les erreurs et faire intégrer la qualité dans le processus pour réaliser la conformité des activités de détection des erreurs (par exemple le cas de la méthode de l'Audit Clinique).

Tableau n°4 : Les composantes du coût de la non qualité

Dimension	Défaillances internes	Défaillances externes
Définition	Erreur interne détectée avant que le service ne soit délivré	Erreur qui est découverte par le consommateur et qui le touche directement
Exemple	Coûts liés aux surtemps de travail.	Coûts d'infections nosocomiales, coûts ré hospitalisation, etc.

Source : ANAES, service d'évaluation économique, septembre 1998.

Le COQ est constitué du coût d'investissement dans la qualité et du coût de la non qualité. Le coût de la non qualité mesure les conséquences de la non qualité qui est dû à une mauvaise organisation de production. A l'hôpital, cette conséquence peut atteindre le patient (usager).

Aux Etats-Unis, des études ont prouvé que le COQ à l'hôpital varie lui aussi comme celui de l'entreprise à savoir entre 25 et 35% du chiffre d'affaire. A titre d'exemple, dans l'Etat du Nouveau Mexique, en 1994, un modèle sur l'évaluation des coûts associés à la qualité a été mis en place par la Health Maintenance Organisation (HMO) dans le système de santé. Ce modèle a déterminé des montants et des pourcentages des éléments des coûts d'obtention de la qualité qui sont comme suit :

- ▶ Prévention 10,1%
- ▶ Conformité 5,2%
- ▶ Défaillance interne 51,1%
- ▶ Défaillance externe 33,6%.

Il a été remarqué que la part de défaillance est très importante, elle est évaluée à 84,7% du COQ, ce qui est très inquiétant pour la situation financière de l'hôpital et des 12 cliniques étudiés, et devant cette situation, Finkler¹³ a proposé d'augmenter les coûts de prévention pour réduire les coûts de défaillance. Il a observé dans une étude sur l'évolution des coûts de la qualité dans un

13 Finkler SA, Measuring the costs of quality, Hosp cost Manage Account 1996.

établissement de santé américain sur une période de 5 ans (1991 à 1995) que seuls les coûts de prévention ont augmenté durant la période, par contre les autres coûts ont diminué en général.

Donc investir en prévention explique la cause principale de la réduction dans les coûts de conformité et les coûts de défaillance interne et externe, ce qui a entraîné principalement la réduction du COQ global de l'hôpital et des 12 cliniques (des établissements étudiés par Finkler).

3-2 - Les coûts de la non qualité :

Dans le point précédent, le tableau n°4, nous a présenté les différentes composantes du coût de la non qualité, aussi, il a défini chaque élément en donnant un exemple adapté aux structures de santé.

Dans le projet des coûts de non qualité étudié par l'agence nationale d'accréditation des établissements de santé de France, fait ressortir les circuits de prise en charge des patients. A cet effet, des dysfonctionnements ont été observés: temps perdu, redondances des procédures, hygiène non respectée, difficultés.

En 1988,¹⁴ selon les systèmes mis en place pour maîtriser la qualité, études faites par Savall et Zardet, le coût de non qualité (CNQ) variait entre 5 et 25% du chiffre d'affaire de l'entreprise. La part du coût de la non qualité dans le chiffre d'affaire présente :

- ▶ 20 - 25% dans le contrôle de qualité
- ▶ 10 - 12% dans l'assurance qualité
- ▶ 4 - 7% dans la gestion globale de la qualité

Par ailleurs, d'autres études ont montré que les dysfonctionnements entraînent des coûts de «réparation» appelés coût de la non qualité ou coûts cachés¹⁵. Ces derniers échappent aux procédures de l'enregistrement comptable. Nous rappelons, que la mise en place de la démarche qualité à l'hôpital ou dans n'importe quelle organisation suppose la maîtrise des coûts en général et la maîtrise des coûts de non qualité en particulier.

¹⁴ Savall H, Zardet V., La réduction des coûts cachés : un moyen pour financer l'amélioration de la qualité à l'hôpital. J. Econ. Méd, 1996.

¹⁵ idem

4- L'évaluation de la non qualité en milieu hospitalier

La non qualité en milieu hospitalier présente un danger alarmant et peut être impardonnable pour le patient (l'utilisateur). Au niveau d'un établissement hospitalier, les coûts occasionnés par la non qualité sont comme suit :

- ▶ Les maladies professionnelles
- ▶ La fermeture des services
- ▶ Les dépenses d'investissement pour faire face à des situations d'urgence.

La difficulté réside dans les coûts indirects qui ne sont pas faciles à évaluer :

- ▶ Pertes de productivité
- ▶ Incapacités temporaires
- ▶ Préjudice moral
- ▶ Décès
- ▶ Frais de justice

D'après les recherches De Ville,¹⁶ ce danger est appelé risque et aussi il peut se composer en trois niveaux : le malade, l'établissement, la société.

a- Un risque pour la sécurité du malade : l'existence de zone de non qualité dans la chaîne de soins.

b- Un risque pour l'établissement :

Du point de vue économique : les normes de qualité obligent une autorisation des autorités de tutelle pour le renouvellement et la réduction des lits de l'hôpital. Par contre, du point de vue commercial, il est évident que l'accueil et la qualité sont des éléments importants pour les établissements privés.

c- Un risque social : Un usager mal soigné cumule des arrêts de travail. Ces arrêts constituent un coût pour la sécurité sociale qui doit compenser le travailleur (prestations en espèces) pour les journées non travaillées et donc non rémunérées par l'entreprise.

La gestion de la qualité par la réduction de la non qualité peut être préventive et non corrective. Pour avoir un niveau de qualité proche de la qualité totale,

16 De Ville G. « Enjeux et conditions de mise en place de l'assurance qualité dans les établissements de soins. Edition IESTO, Paris, 1995.

l'identification par une méthode de mesure de coût de la non qualité est, par conséquent, considérée comme primordiale.

Une partie considérable du coût de la non qualité présente des coûts cachés. En effet, des coûts directs des dépenses du budget de l'hôpital, qui sont par ailleurs très difficiles à quantifier sont destinés à réparer des erreurs et sont de ce fait considérés comme coûts de non qualité.

5- Proposition d'une méthode de réduction des coûts de non qualité

La norme NF X50-126 portant «Guide d'évaluation des coûts résultant de la non qualité» propose deux étapes :

Première étape : Avant l'action de la politique de qualité dans l'entreprise :

Le chiffre d'affaires se présente en un ensemble de coûts de l'entreprise et la marge réalisée. Les coûts de non qualité directs sont inclus dans les coûts de l'entreprise et ceux de non qualité indirects sont inclus dans la partie de la marge.

Deuxième étape : Dans cette étape après l'action de la politique de qualité dans l'organisation, le chiffre d'affaires est composé des coûts de l'entreprise plus la marge d'où le manque à gagner absorbe les coûts de non qualité directs et les coûts de non qualité indirects.

Après l'application d'une démarche qualité dans une organisation, il est souvent remarqué une diminution du coût des deux types d'anomalies (internes et externes) à une augmentation des coûts de détection et de prévention.

A court terme, la fonction de qualité équilibrera les coûts des anomalies aux dépenses consacrées à cette fonction. A long terme, une démarche d'amélioration continue permettra d'abaisser progressivement le coût total des anomalies.

La norme indiquée ci dessus, dans son chapitre 6, propose de collecter les données chiffrées à partir de documents produits par l'organisation : documents comptables, extra comptables, administratifs, techniques, commerciaux ou à partir d'une enquête par sondage.

Des études Anglo-saxonnes sur le COQ ont montré qu'une organisation qui a un excellent système de prévention, aura moins besoin de corriger ses erreurs, et aussi aura une baisse des coûts de défaillance et des coûts de conformité. Ceci dit que l'investissement dans la prévention diminuera le coût d'obtention de la qualité et augmentera les opportunités de profit.

Dans ce sens, trois modèles ont été choisis par l'ANAES pour développer des approches théoriques à la décroissance du COQ obtenue grâce à l'investissement dans la prévention.

la revue des sciences commerciales

La première étude est celle P.R.Gibson 1991 qui s'est intéressé à l'optimisation des coûts de la qualité qui a été suivie par l'étude de Finkler en 1993. En suite est venue l'étude de Juran qui a identifié l'optimum à un niveau de qualité auquel les défaillances représentent 40% du coût total de la qualité. Pour lui dans sa courbe, les coûts de prévention et de conformité continuent d'augmenter jusqu'à devenir asymptotique lorsqu'on atteint le niveau de 100% pour la conformité. Ceci suppose que le coût supplémentaire consacré à la prévention et à la conformité est également infini alors que le retour sur investissement supplémentaire ne l'est pas.

L'étude de Schneiderman est intéressante pour notre recherche dans la mesure où il a proposé de joindre l'approche de l'amélioration continue de la qualité et la notion d'optimum économique. Il a opté pour la notion développée par Kaizen qui représente une amélioration continue non coûteuse. Aussi, il a démontré que les investissements renforcés dans la prévention et la conformité n'entraînaient pas des coûts supplémentaires, et si c'est le cas, ces coûts restent minimes.

Nous rejoignons la conception de Schneiderman pour affirmer que l'investissement dans la prévention réduit les coûts.

6- les indicateurs de non qualité dans les établissements hospitaliers

Après avoir proposé une méthode de réduction de coût de non qualité, selon la norme NF X50-126 du guide d'évaluation des coûts résultant de la non qualité, et aussi d'après des études américaines et françaises qui affirment que l'investissement dans la prévention réduit les couts; Nous avons vu, qu'il serait très intéressant de détecter les indicateurs de mesure de non qualité dans les établissements hospitaliers. Il s'agit d'étudier les infections nosocomiales et d'autres événements indésirables qui peuvent être un danger non pas seulement aux malades hospitalisés dans la structure hospitalière mais aussi un danger pour la société.

A cet effet, nous avons collecté un ensemble de recherches qui a composé la matière première en littérature dans le sujet à savoir les indicateurs de non qualité. Nous avons compté sur des expériences appliquées dans les établissements hospitaliers publics. A partir de l'aide et de la recherche documentaire des publications faites par l'ANES Française, et pour avoir des recherches et des documents plus récents en langues anglaise et française nous nous sommes arrêtés jusqu'aux recherches de l'année 1990. En Algérie, quelques études ont été faites mais pas très profondes.

A travers des recherches faites par l'agence nationale d'accréditation des établissements de santé de France, la plupart des articles sur la non qualité la

quantifie par deux types d'indicateurs :

- Les infections nosocomiales ;
- Les autres événements indésirables, (taux de mortalité, prolongation de la durée de séjour, la ré hospitalisation).

6-1 Les infections nosocomiales :

Le sujet des infections nosocomiales, s'avère un sujet important dans la vie d'une organisation de santé, et c'est dans ce cadre que notre étude lui a accordé une grande place dans ce présent article.

Les infections nosocomiales (IN) sont définies par le ministère de la santé et des sports Français¹⁷: « sont des infections qui sont contractées dans un établissement de santé ». Cette définition issue des «100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » éditée en 1999, a été actualisée en novembre 2006, en collaboration avec plusieurs experts pluridisciplinaires.

Donc une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours où à la suite d'une hospitalisation et si elle était absente à l'admission dans l'établissement de santé. Ce critère est applicable à toute infection. Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Les IAS constituent un problème de santé publique qui a un coût très élevé pour l'établissement de santé et a un impact sur la qualité des soins des usagers, et considéré comme un indicateur principal de coût de non qualité.

Au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que chaque année, une moyenne de 190 millions de personnes sont hospitalisées, 9 millions contractent une infection nosocomiale et un million d'entre eux meurent. La mortalité attribuée à ces infections est de 2 à 8%. 1,4 millions de personnes subissent des conséquences de santé terribles en raison de ces infections. En France, 5 à 10% des malades hospitalisés, acquièrent une infection nosocomiale. Chaque année 600000 à 1100000 patients admis en court séjour développent une de ces infections à l'hôpital et 5000 décès par an avec une prévalence de 4,9 à 8,5%.

En Algérie, le taux de prévalence nationale des infections nosocomiales est évalué de 7 à 14% toutes infections confondues, et le taux de résistance est à 10% de germes résistants aux ATB.

17 Dossier sur les infections nosocomiales, de la République Française, ministère de la santé et des sports, janvier 2009.

Dans une tentative d'évaluation économique, étude réalisée par l'OMS, sur les infections nosocomiales dans 55 hôpitaux dans 14 pays appartenant aux quatre régions du monde (Europe, Moyen Orient, Sud Est d'Asie, pays de l'Ouest du pacifique), les statistiques sont comme suit :

Tableau n°5 : Taux d'infection nosocomiale dans quatre régions du monde

Régions	Taux d'infection nosocomiale
Pays du Moyen Orient	11,8% des malades hospitalisés sont atteints d'infections nosocomiales
Pays du sud Ouest Asie	10% des malades hospitalisés sont atteints d'infections nosocomiales
Pays de l'Europe	7,7% des malades hospitalisés sont atteints d'infections nosocomiales
Pays de l'Ouest du pacifique	9% des malades hospitalisés sont atteints d'infections nosocomiales

Source : Rapport de l'OMS, 2002

A travers ces taux, nous constatons que tous les pays du monde souffrent des infections nosocomiales au niveau de leurs établissements de santé. Jusqu'aux années 50, les infections hospitalières étaient essentiellement liées à l'acquisition par les patients de germes apportés par l'environnement ou par les autres patients. Mais actuellement, par le développement de pratique de soins, les patients développent des infections à partir de leurs propres germes lors de leurs séjours à l'hôpital. C'est un risque de contamination « endogène ». Par ailleurs, on rencontre, la résistance des bactéries aux antibiotiques chez des patients. Avec ces circonstances, une facture s'enregistre entre 2 à 5% du coût des journées d'hospitalisation en court séjour. L'existence de ces infections prévoit plus d'un tiers du budget de l'établissement hospitalier aux antibiotiques qui sont destinés à leur traitement.

En Algérie, en 2005, on a enregistré dans le plan d'action de prévention des infections nosocomiales que 14% des patients hospitalisés ont été atteints des infections nosocomiales dont 30% ont atteint des infections respiratoires, 25% des infections du site opératoire, 20% des infections urinaires. L'enquête a enregistré que 60% de ces infections¹⁸, leur cause était manu portée. Une particularité se présente à 40% hémodialysés infectés par HBV/HBC.

18 Des chiffres des documents du ministère de la santé et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention Algérie. Année 2007.

Nous exposons d'autres taux pour les Centres hospitalo-universitaires en Algérie en :

- ▶ 1987, le CHU Parnet, Hussein Dey enregistre 16%
- ▶ 1991, le CHU Mustapha Bacha, 16,2%
- ▶ 1992 , le CHU Beni Messous, 15%
- ▶ 2000, le CHU Sidi Belabes, 16%
- ▶ 2001, le CHU de Blida 10%

En comparant ces taux d'infections nosocomiales par rapport aux taux réalisés dans les quatre régions du monde (tableau n°5), nous remarquons que tous les taux des différents grands centres hospitalo-universitaires de la capitale d'Algérie, sont malheureusement très élevés. A cet effet, reste à réfléchir pour diminuer ces taux.

En Europe, le taux de prévalence des infections nosocomiales a été enregistré entre 5 et 10%, par contre seulement sur le territoire français le même taux a été enregistré à 7,6% en 2001 et a diminué en 2004 pour arriver à 7,1%.

En Algérie, au CHU Mustapha, le taux de prévalence des infections nosocomiales en 2003, a été enregistré à 4,2%, et l'incidence des infections du site opératoire de la chirurgie digestive a été enregistrée à 13,2% en 2005 et la durée d'hospitalisation a été prolongée entre 5 et 7 jours par cas.

Il est à savoir que toutes les infections nosocomiales entraînent des surcoûts hospitaliers et prolongent la durée d'hospitalisation des patients, aussi abusent la consommation des antibiotiques. En France, un budget de 300 à 800 millions d'euros par an, est destiné pour faire face aux infections nosocomiales; une prévision d'environ une moyenne de 2000 euros par infection. En Algérie, on consomme beaucoup d'antibiotiques pour traiter les circonstances des infections nosocomiales dans les hôpitaux, mais à notre connaissance, aucune estimation ne se fait pour évaluer le budget annuel réel destiné à faire face des infections nosocomiales.

Les données françaises montrent une prévalence des infections nosocomiales de 6,9%¹⁹. Les données d'incidence disponibles des infections nosocomiales concernent les infections du site opératoire (1,93% pour 162151 interventions chirurgicales surveillées²⁰ et les infections en service de réanimation entre 13 et 22 % (tout type d'infection). Les experts estiment par ailleurs que 20 à 30% des infections nosocomiales seraient évitables. 10,3% des patients présentent un effet indésirable lié au médicament au cours de leur hospitalisation. Parmi ces événements, 25% sont évitables et 1,4 % sont une cause probable du décès. De

19 Etude Française RAISIN 2001

20 Etude Française RAISIN 1999-2000

plus, 3,2% des admissions sont liées à des effets indésirables (études des centres régionaux de pharmacovigilance).

6-2- Autres événements indésirables

Il s'agit de cerner d'autres événements indésirables qui peuvent être considérés comme créateur de coût de non qualité dans les établissements hospitaliers publics et qui peuvent eux aussi augmenter les coûts et la durée d'hospitalisation des faux malades par rapport à d'autres malades démunis de prestation de service d'hospitalisation.

Les études françaises estiment qu'environ 30% de journées d'hospitalisation sont non pertinentes. Ils s'avèrent que ces journées non pertinentes sont justifiées administrativement par des documents et dossiers des malades. Le patient est admis à l'hôpital, il reçoit une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative et peut être même un hébergement de quelques jours. En fin le coût est réalisé, enregistré et justifié.

7- Surveillance des infections nosocomiales en Algérie

En Algérie, pour faire face, à ces infections, deux programmes prioritaires ont été mis en place en 2006 :

- Le premier programme consiste à une opération nationale contre les infections manu portées «mains propres 2006»
- Le deuxième programme traite la restructuration de l'élimination des déchets hospitaliers à risque infectieux en collaboration avec le MATE «TFSE 2006».

Ce n'est qu'en juin 2006 que le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) en collaboration avec des experts en hygiène hospitalière qu'a été installé le comité national de lutte contre les infections nosocomiales (CNLIN) qui est considéré comme un système de surveillance de ce type d'infection.

Les deux programmes ont été installés pour exécution jusqu'à 2009 et leur objectif se prononce comme suit :

- ▶ Réduction de 45% des infections nosocomiales à 15% par an.
- ▶ Réduction de 50% des infections sur site opératoire à 15% par an.
- ▶ Réduction de 15% de germes résistants aux ATB (5% par an).
- ▶ Mis en place d'un système de lutte et d'éradication des infections liées à la pratique médicale infectieuse.

8- Recommandation pour une stratégie adéquate :

En dernier, nous pouvons avancer que l'établissement hospitalier est conçu pour mieux soigner et non pas pour devenir un danger pour la société. Maîtriser les coûts en vue d'améliorer la qualité des prestations de soins suppose en premier lieu la lutte contre les infections nosocomiales qui repose sur une stratégie qui s'appuie sur :

- La rigueur dans tout acte de soin
- La discipline de toute l'équipe
- Et l'implication des acteurs institutionnels

Dans le but d'améliorer les soins :

- L'instauration d'une politique de santé implique une prise de conscience de l'ensemble des professionnels de santé,
- La formation du personnel de l'hôpital (corps médical, paramédical, corps technique et également le corps administratif.....)
- Périodiquement, contrôler, estimer les coûts pour évaluer.
- Investir dans la détection et la prévention pour réduire les coûts de non qualité.
- Analyser les coûts liés à la qualité ou aux défauts des soins.

Conclusion

La qualité ne peut plus être considérée comme un synonyme de « LUXE », c'est un terme plein de signification et un concept objectif dont son importance n'échappe plus aux spécialistes. Par ailleurs l'amélioration de la qualité qui ne peut négliger le coût de la qualité ni le coût d'obtention de la qualité n'est pas une œuvre individuelle mais un ensemble d'activité collective. C'est une conception qui détermine et définit « comment maîtriser la qualité » ce qui est d'une importance vitale pour une organisation structurelle.

Au terme de notre recherche, nous nous sommes essentiellement basés sur des expériences réelles qui ont montré l'impact du coût de la qualité sur la prestation de service et l'impact de politique de la qualité déterminant la gestion de l'entreprise.

En Algérie, les programmes d'amélioration de qualité pour les prestations de santé ne sont pas disponibles ou plus au moins ne sont pas clairs ni bien définis, les programmes d'amélioration continue de la qualité et les interventions de prévention des infections nosocomiales restent minimales, par contre les

programmes de rationalisation des dépenses sont subjectifs et les programmes d'investissement dans la qualité n'ont pas été élaborés. Aussi, à notre connaissance, les interventions de prévention des défauts de qualité des soins n'ont pas été étudiées, même les études sur les infections nosocomiales restent peu évaluées malheureusement. A notre avis, ces différents thèmes doivent occuper la mission principale de certains cadres du ministère de la santé et les premiers responsables des structures de santé en collaboration avec des universitaires en sciences de gestion pour l'élaboration et la transmission des connaissances en vue de la recherche de véritables organisateurs de la qualité. Tous ensembles économistes, gestionnaires et praticiens doivent fixer des objectifs. Evidemment, leur succès dépendra de leur organisation (établissement hospitalier). Il s'agit donc, non plus de subir la qualité mais de la diriger par une volonté soutenue à tous les niveaux de la hiérarchie. Pour que ces actions soient prises en charge, il est indispensable de donner des chiffres à tous ceux qui ont une responsabilité sur la prestation de service ou sur le produit. A notre avis, en face des chiffres précis et des objectifs bien déterminés les discussions entre les responsables d'une organisation et la tutelle deviendront constructives.

En dernier lieu, il est à noter, que la maîtrise des coûts en vue de l'amélioration de la qualité des prestations de soins exige l'application de la démarche qualité telle qu'appliquée dans les pays anglo-saxons et les pays de l'Europe.

Bibliographie :

1 – Ouvrages :

- 1- Baglin G. Bruel O. Garreau A. Greif M. Guide de la performance industrielle, édition economica, Paris, 1999.
- 2- Boutry Michel, « Les coûts de la qualité », Université de Nancy 2. 1999
- 13- British Standard Institution (BSI), « Guide to the determination and use of quality related costs », BS 6143, 1981.
- 2- Crosby Philip, La qualité c'est gratuit – l'art et la manière d'obtenir la qualité, édition economica, Paris, 1986.
- 3- Crosby Philip, La qualité sans larmes, édition economica, Paris, 1986.
- 4- Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris, Diagnostiquer et améliorer la performance industrielle, Paris, 1989.
- 5- Finkler SA, Measuring the costs of quality, Hosp cost Manage Account 1996.
- 6- Feigenbaum, Total Quality Control, 1951.
- 7- Guide d'évaluation des coûts résultant de la non qualité, Afnor, octobre 1986.
- 8- Harrington James, Le coût de la non qualité, édition Eyrolles, Paris, 1990.
- 9- Juran Joseph, La gestion de la qualité, édition Afnor, Paris 1983.
- 10- Juran Joseph, La qualité dans les services, édition Afnor, Paris 1987.
- 11- Savall H, Zardet V., La réduction des coûts cachés : un moyen pour financer l'amélioration de la qualité à l'hôpital. J. Economie Médicale, 1996.
- 12- Taverne A., Politique de la qualité et gestion d'entreprise, édition Dunod, Paris, 1970.
- 13- Wacheux F, Méthodes qualitatives et recherche en gestion, Paris, édition economica, 1996

2– Thèse de recherche :

- 14- Haichour MS, Le management de la qualité au sein des entreprises Algériennes, thèse de doctorat d'état, soutenue juillet 1999, Université d'Alger.
- 2 – Documents et rapports :
- 15- L'agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES), service d'évaluation économique, quelques statistiques, France, Septembre 1998.
- 16- L'agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES), « Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions », Paris, 2004.
- 17- Cycles de conférence Maroc et France, La non qualité, coûts et solutions des dysfonctionnements, les éditions TOUBKAL, 1998.
- 18- Document d'une étude réalisée dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, France, année 2009.
- 19- Dossier sur les infections nosocomiales, ministère de la santé et des sports, de la République Française, janvier 2009.
- 20- Différents documents des CHU : Beni Messous, Blida, Hussein Dey, Mustapha Bacha, Sidi Belabes.
- 21- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), Rapport : politique nationale de santé, évaluation et perspectives, Octobre 2007.
- 22- Rapport : Etude économique sur 55 hôpitaux sur le thème : infections nosocomiales, Etude réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé, Année 2002.
- 23- Rapport Annuelle de statistique, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, 1979, 1991, 1993, 1999, 2000, 2005, 2006.

3 - Réglementations :

- 24- Loi N°85-05 du 16/12/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.