

Austérité économique et financement de la santé en Algérie : quel rôle pour le système d'information ?

*Economic austerity and health expenditure in Algeria: the role of
information system*

Dr. Assia KARA TERKI

Laboratoire de recherche en management des Hommes et des organisations (L'ARMHO),

Université de Tlemcen, Algérie

Email : assiaterkikara@yahoo.fr

Résumé

La réflexion sur la gratuité des soins en Algérie, reste d'actualité dans ce nouveau contexte de baisse des prix du baril, même si l'Etat proclame que certains secteurs comme la santé ne seront pas touchés par le programme de rationalisation des dépenses publiques. Le problème de la contractualisation et le financement des soins lourds, placent les décideurs devant un grand défi organisationnel et managérial, car le secteur tel qu'il est conçu en Algérie subit beaucoup de répercussions sociaux- économiques,

Notre article vise à mettre la lumière sur l'importance du système d'information de santé tel qu'il a été mis en place dans beaucoup de pays au monde, dont l'objectif est d'apporter quelques changements et atteindre une meilleure efficacité dans la gestion des dépenses publiques relatif à la santé. Nous analysons à travers l'indice synthétique d'activité (ISA) le coût moyen pour les dépenses dans trois hôpitaux au niveau de la wilaya de Tlemcen. Les résultats des calculs de coûts dans les trois établissements nous ont permis de voir des anomalies sur les coûts dans certains services des hôpitaux et confirment la nécessité d'appliquer un système d'information adéquat avec le modèle social de subventions en Algérie.

Mots clés : dépenses de santé, système d'information, coûts des soins, austérité économique.

Abstract

The reflection on free healthcare in Algeria, remains relevant in this new context of oil decline prices, even if the state proclaims that some sectors such as health will not be affected by the program of rationalization of public spending. The challenge of contractualization and the financing of heavy care, place the decision-makers in a complex situation, because the sector as it is conceived in Algeria undergoes a lot of social-economic repercussions.

Our article aims to demonstrate the importance of the information system in health sector as it has been set up in many countries around the world, the aim of which is to bring about some changes and achieve greater effectiveness in public expenditure management.

We analyze through the Synthetic Activity Index (SAI) the average cost for expenditures in three Hospital at the Wilaya of Tlemcen. The results of the cost calculations in the three institutions have allowed us to see some cost anomalies in some hospital departments and confirm the need to apply an adequate information system with the social model of subsidies in Algeria.

Key words: health expenditure, information system, costs of care, economic austerity.

1.Introduction

En 2016, le prix du baril du pétrole sur les marchés internationaux oscille entre 45 et 50 dollars, ce prix demeure pour l'Algérie très faible par rapport à son économie car il constitue la principale source des devises en lui rapportant plus de 95% de ses revenus extérieurs et comptent pour 60% de son budget.

Depuis cette date, les informations concernant la balance des paiements révèlent que les réserves de change continuent leur tendance baissière, pour atteindre les 105 milliards de dollars en 2017 soit l'équivalent d'un peu plus de 20 mois d'importations.

Les retombées de cette baisse deviennent très néfastes pour l'économie du pays, car en dépit des mesures appliquées jusque-là, l'inflation grimpe à 6,1 % en juillet 2017 et le taux de chômage touche 12,3% de la population selon les chiffres de l'ONS¹.

Sur un autre plan, les indicateurs économiques révèlent que les investissements stagnent et certains secteurs comme le bâtiment et le commerce peinent à fonctionner selon des rythmes réguliers et stables.

En conséquence, les coûts des biens et services se sont multipliés par des taux alarmants et touchent de plein fouet les indices de consommations qui baissent à leurs tours d'une manière très sensible.

Malgré cela, l'Etat n'a pu abandonner sa politique sociale, il propose un financement énorme pour l'éducation, le logement et surtout la santé. En effet, le secteur de la santé dont le budget était de 82 milliards de dinars algériens (DA) en 2003 passe à 379,4 milliard de dinars en 2016(Rapport sur la loi de Finance 2016) en battant tous les records des années précédentes.

Ce chiffre bien qu'il soit très important pour les financiers du secteur, beaucoup de spécialistes présagent de nombreuses difficultés dans l'avenir proche du pays car la baisse de financement persiste et les effets de l'austérité économique se dessinent de manière plus claire.

A cet effet, la question est de savoir aujourd'hui, comment l'Etat peut maintenir son rythme financier dans le secteur de la santé surtout que le fardeau social s'annonce encore plus lourd avec des pathologies de civilisation très coûteuse, une socialisation plus large de la population et d'autres facteurs politico sociaux économiques qui surchargeront plus tard le poids des dépenses de santé.

Dans cet article, il est question d'expliquer les faits les plus caractéristiques qui argumentent la nécessité de la maîtrise des dépenses de soins publics en Algérie sans exclure la recherche de complémentarité par d'autres moyens de diversifications des sources de financements du secteur

A l'image de certaines expériences dans le monde, notre étude va porter sur le système d'information de santé, en particulier hospitalier qui selon la méthode et les outils qu'il développe permettra une utilisation plus rationnelle des moyens financiers mis à la disposition des établissements de soins

A cet effet, trois questions essentielles seront traitées dans ce papier à savoir,

- Crise économique et motifs de recherche de rationalité des dépenses de santé
- Présentation du système d'information hospitalier comme moyen d'aboutissement à un meilleur contrôle financier et enfin,
- L'apport du Système d'information dans l'analyse et la correction des couts hospitaliers en Algérie à travers une étude de cas qui sera réalisé sur un échantillon d'hôpitaux dans la wilaya de Tlemcen.

1. Austérité économique, Budget et financement de la santé

Le budget de la santé est passé de moins de 4 % du PIB à presque 7%, La dépense courante de santé en Algérie représente pour 2014, 12,1 % du produit intérieur, soit 60 milliards de DA de budget annuel sectoriel. La Santé est ainsi le quatrième poste de dépense avec 366 milliards de DA en 2014 et 379 en 2016 (Ministère des finances, 2016)

Au regard du programme de développement 2010-2014 le secteur a bénéficié d'Une enveloppe financière de 619 milliards de dinars dégagée pour la réalisation de 172 hôpitaux, 45 complexes spécialisés de santé, 377 polycliniques, 1 000 salles de soins, 17 écoles de formation paramédicale et plus de 70 établissements spécialisés pour la prise en charge des handicapés. (Plan quinquennal, 2010)

En dépit de ces réalisations et ces dépenses faramineuses, le secteur public trouve beaucoup de difficultés à fonctionner selon des règles de gestions claires et transparentes, il ressort souvent que la question de financement telle qu'elle est mis en place se pose comme un élément perturbateur du fonctionnement normal du secteur (Mohammed Mebtoul, 1999.)

¹ ONS (Office Nationale Algérien des Statistiques)

Aujourd'hui, beaucoup d'analystes pensent que la médecine gratuite doit être révisée car, a été décrétée dans une période où tous les facteurs macro et micro économiques étaient relativement favorables à un financement public intense, par rapport aux prix du pétrole, à l'inflation et au mode de consommation de la population. Même, les différents facteurs démographiques, écologiques et culturels, n'influençaient que faiblement sur le rythme des dépenses (Yves Guillermou, 2003). Aussi, ce droit élargi à toute la population sans aucune discrimination et en évolution avec le temps, n'a jamais poussé les responsables à peser sérieusement le poids de son coût et les difficultés qu'ils pouvaient entraîner à long terme sur les finances de l'Etat.

Ces dernières années, la gratuité se solde non seulement par des coûts énormes en termes de financement mais aussi perturbe le fonctionnement de l'organisme de sécurité sociale par sa participation à la couverture des dépenses du système de santé, notamment le forfait hospitalier (F.Z Oufriha, 2002)

1.1. Eclatement du forfait hospitalier

Depuis 1974 est 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 leur 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. (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 (M.Kaddar, 1989). De même, les textes ne prévoient ni un pourcentage ni une somme clairement définie qui revient à la Sécurité d'y participer. 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.

1.2. 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 son plus haut niveau depuis l'indépendance du pays.

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).

Depuis, la facture des médicaments et des équipements affiche chaque année des montants faramineux payés par le trésor public.

Les facteurs démographiques, écologiques et socio culturels s'ajoutent à d'autres problèmes de santé déjà existants continuent de peser sur l'offre des soins en orientant les besoins de santé vers une croissance spectaculaire avec la multiplication des risques socioéconomiques liés à l'urbanisation de la population avec tous ce que cela engendre comme problèmes

Toutefois, ces mesures et d'autres 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 jamais 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.

1.3. 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 les introduisant dans les 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

Sur un autre plan, la participation des ménages devient très importante ces dernières années et les tarifs de remboursements pratiqués par l'Organisme de la Sécurité Sociale n'ont pas été révisés depuis 1987(Ouzzir Saliha,2002) et ce malgré la cherté des prix pratiqués dans le secteur privé. 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 et 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 des ménages sont bien supérieurs à celles rapportées par les chiffres.

Aussi, et en l'absence d'informations fiables sur les prix, les actes et les quantités de soins , la recherche d'efficacité fait que 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 ; à commencer par le financement hospitalier qui devra lui donner l'obligation de contrôle des couts 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) .Il est temps aussi 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 qui dévoile très peu d'information sur ses activités et ses gains financiers.

2. L'Apport du système d'information hospitalier

En 1981, le système de santé Français initialise le projet de médicalisation des systèmes d'informations sur la base des travaux de l'équipe du Professeur Fetter aux Etats-Unis.

Il entreprend la classification en Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.) qui dérive fidèlement des Diagnoses Related Groups (D.R.G.) nord-américains.

Ce projet, à la suite de l'expérimentation américaine dans le cadre du programme MEDICARE, devient P.M.S.I. à partir de 1983. Il permet de suivre la répartition des malades classés par groupes

homogènes dans des établissements de courts séjours. (Olivier Lenay, Jean-claude Moisdon, 2000) Le P.M.S.I. est un « outil Médico-économique » conçu pour décrire l'activité des établissements de santé (hospitaliers en particulier) en recueillant toutes les informations de nature administratives (âge, durée de séjour...) et médicale (diagnostic, actes pratiqués.....) pour chaque séjour de patient.

2.1. 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 de pathologies traitées (Alain Le Tourmy et Jean Parrot, 2008).

2.2. 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).

2.3.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 Maseeyef).

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).

2.4.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 peuvent effectuer ce qui est appelé « l'écémage » c'est-à-dire, ils développent une gamme d'assurance pour les sujets moins coûteux en termes d'assurance et de prise en charge (Pierre de Rosanvallon 1983).

2.5.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 termes d'admission, peuvent recevoir des malades très dissemblables quant à la gravité de leurs pathologies, et l'administration peut leur accorder les mêmes 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 (Moison Jean claude 1987).

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 ; (Annie Fenasse ,1991), c'est-à-dire que les pathologies futures qui 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.

2.6. 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. (Olivier Lenay, Jean-claude Moison ,2003).

Un établissement peut constater ses écarts pour chaque poste de dépenses et cela peut constituer un bon indicateur de mesure de dysfonctionnement

3. Système d'information et couts hospitaliers : cas de quelques établissements hospitaliers de la wilaya de Tlemcen

Pour disposer d'une bonne information sur la gestion hospitalière, les couts 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 couts 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 couts pour aboutir à une bonne prise de décision.

3.1. 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 choisis 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.

Tableau1 : Synthèse de l'activité hospitalière

Premier semestre 2016						
Services Médicaux	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 de Tlemcen, 2016

Tableau2 : Coût hospitalier d'un échantillon de services médicaux

Premier semestre 2016									
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 de Tlemcen, 2016

3.2. 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 du 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 2016).

3.3. Interprétation des résultats

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

3.3.1. 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 (interventions, examens ...) diminuent progressivement vers la fin du séjour.

Aussi, il est très difficile de sélectionner les malades hospitalisés pour des soins et d'autres qui sont retenus en observation ou d'autres 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.

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 ».

Il faut remarquer aussi que la méthode des sections homogènes tel qu'elle est appliquée dans le calcul des coûts en Algérie est considéré selon les nouveaux modes de gestions comme inapproprié, car les charges indirectes produites par les services auxiliaires peuvent masquer toutes formes d'ingérences et de gaspillage. En plus, les clés de répartition qui sont censées représenter la part des charges indirectes absorbée par chaque service médical (principal) ne peut en aucun nous renseigner avec précision sur la quantité et la qualité des dépenses consommées par ces derniers. Pour cette raison le système d'information hospitalier introduit des réformes de méthodes de comptabilités analytiques dite A.B.C, est plus transparente sur ce plan.

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.

3.3.2. 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.

4. 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 nouveau mode 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, de 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. Béjean Sophie Economie du système de santé, du marché à l'organisation » ED Economica, 1994.
2. Boelen Charles et Jean Perrot, la médecine libérale et la contractualisation, Ed. Karthala 2005.
3. Catherine Bac « les déterminantes macros économiques des dépenses de santé : une comparaison entre quelques pays développés » Rapport du CIREM Juillet 2004.
4. De Goulet Patrice et Marius Fieschi, traitement de l'information médicale ED Masson 1996
5. Domin Jean- Paul, Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983-2003), CERAS-OMI-lame, 2004.
6. Emile Lévy, La demande en économie de la santé, Revue d'économie politique, Août 1989.

7. Fenasse Annie, 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.
8. Fetter R.B., Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde, journal d'économie Médicale N°5, 1986.
9. De pourvoirville Gérard, 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.
10. Giraud Alexandra, Le système Fetter, ou la définition du produit hospitalier par DRG ; journal d'économie médicale N° 4.
11. Godard F., E.Goddat, A.Ortiz « La sauvegarde du financement des soins hospitaliers », 18 éme congres de l'association Européenne des Directeurs d'hôpitaux », OPATIJA-Croatie, 2000.
12. Guillerrou Yves, Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience Algérienne, Science Sociale et Santé Vol.21, No 2, Juin 2003.
13. Halgand Nathalie « contrôle de gestion et réforme hospitalière : éléments d'analyses comparée du nouveau cadre comptable, tome 3, volume2 1997.
14. Hatchuel Armand, Jean Claude Moisson, Hugues Molet ; Budget global hospitalier et groupe homogène de malades ; Ed la maison des sciences de l'Homme, Paris 1985.
15. Kaddar Miloud, sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie, données des problèmes actuels, revue du cread N°19, 1989
16. Kara terki Assia, la régulation de l'offre dans le nouveau système de soins Algérien, Thèse de doctorat, université de Tlemcen, 2011.
17. L'office Nationale des statistiques, Avril 2017.
18. Laffitte Fabien « 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
19. Lamri Larbi, le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, OPU, pp 27 - 28, 2004.
20. Launois Robert, Les HMO : les arguments et les faits, la documentation Française, 1987.
21. Letourmy Alain ; 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. LENAY olivier et MOISDON jean Claude, « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue française de gestion*, n° 146, 2003, p. 131-141.
23. Mebtoul Mohamed, « La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie », *Médecine et Santé*, N°5, 1999.
24. Messaïli, Moussa, et Nouara Kaïd Tlilane. « Dépenses publiques de santé et santé de la population en Algérie : une analyse économétrique », *Santé Publique*, vol. vol. 29, no. 3, 2017, pp. 383-392.
25. Ministère de la santé 2012.
26. Moïsdon Jean Claude, « Du budget global aux groupes homogènes de malades », in M. Berthod-Wurmser (dir.), *Système de santé, pouvoirs publics et financeurs : qui contrôle quoi ?*, Paris, La Documentation française, 1987, p. 327-335.
27. Mougeot Michel, financement des hôpitaux publics et privés : analyses et documents économiques N° 98 février 2005.
28. Mougeot Michel, les marchés hospitaliers, Ed Economica, Paris 1984.
29. Mougeot Michel, Tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison ; *Annales d'économie et de statistiques* N° 58, 2000.
30. Oufriha F.Z « PAS , Maitrise des dépenses et équité au sein du secteur des soins » in *Efficacité versus équité dans les politiques sociales*, Paris l'Harmattant, 2000
31. Ouzzir Saliha, La protection sociale face aux défis de la flexibilité et de la précarité de l'emploi, *Cahiers du Cread*, n°78, 2006.
32. Pierre de Rosa vallon, la crise de l'Etat providence, 1983.
33. Rabiller Philippe, Alain chabert et rené masseyeff « ABC/ABM un outil décisionnel moderne pour l'hôpital », *Gestions Hospitalières* n° 402, janvier 2001
34. Rapport sur la loi de Finance 2016.
35. Rapport sur le plan quinquennal, Ministère des Finances, 2010.
36. Suaerez Cathy « Le financement des hôpitaux publics et privés : une autre réforme est possible » *Analyses et documents économiques* N0 98, février 2005.