UNIVERSITE D'ORAN
Facultés des sciences économiques, des sciences de gestion, et des sciences commerciales
Ecole doctorale d'économie et de management
Mémoire de magister en management
Option : Stratégie

Thème :

« Le Management Hospitalier : Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew »

Présenté par :
M^elle^ BENCHIKHA Fatima zohra

sous la direction de :
Pr. CHOUAM Bouchama

Membres de jury :

Président :	M.REGUIEG-ISSAAD Driss	Professeur	Université d'Oran
Rapporteur :	M.CHOUAM bouchama	Professeur	Université d'Oran
Examinateur :	M.FEKIH Abdelhamid	Maître de conférences (A)	Université d'Oran
Examinateur :	M.KOURBALI Baghdad	Maître de conférences (A)	Université d'Oran

Année universitaire 2011/2012

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :
A ceux qui sont la source de mon inspiration et mon courage.

A ma très chère mère, qui me donne toujours l'espoir de vivre et qui n'a jamais cessé de prier pour moi.

A mon père l'idole, pour ses encouragement et son soutien, et surtout pour son amour et sa sacrifice afin que rien n'entrave le déroulement de mes études.

A ma chere Fatima.

A mon adorable neveu Ramzi

A mes grands parents.

A toute ma grande famille, Benchikha,Dahoui, El hadj said, Bousmaha et Moussaoui, surtout hadjer.

A tous mes collègues de l'école doctorale en management promotion 2007.

A tous ceux qui m'aiment.

Benchikha fatima zohra

Remerciement

Aucun travail ne s'accomplit dans la solitude.
Pour ce travail de mémoire de magister, je voudrais remercier en premier lieu mon directeur de recherche, Professeur CHOUAM BOUCHAMA pour ses précieux conseils ainsi que ses orientations.

Sommaire

INTODUCTION GENERALE

CHAPITRE I : REFLEXION SUR LA GESTION HOSPITALIERE

INTRODUCTION

SECTION 1: PARTICULARITE DE LA GESTION HOSPITALIERE

A. l'hôpital, une organisation à part:…….….7

1.1. La structure organisationnelle de l'hôpital :……..9

1.2. La différenciation et l'intégration :……11

1.2.1. Un processus de différenciation fort :….....11

1.2.1.1. Types de différenciation :……..…11

a) La différenciation monde administratif / monde médical :……...11

b) La différenciation services logistiques/opérationnels :……..….12

c) La différenciation au sein du centre opérationnel :……...….13

1.2.2. Une intégration insuffisante :……....13

2. Une dynamique peu axée sur la stratégie :……..14

2.1. Des décisions et une stratégie réactives :……...14

2.2. Un processus stratégique de type « émergent» :…….14

2.3.Les choix stratégiques hospitaliers :…….…...15

2. 4. Un management stratégique:……...……..18

3 . Les spécificités d'un hôpital: …….…..…20

4. L'hôpital et le facteur humain:…….……20

Les missions d'un hôpital:…….….21

4.1.Les missions de soins :…….22

4.2.L'hôpital public: une mission de formation :……..…..22

4.3.Mission de recherche médicale:……....22

B-l'hôpital entre la logique de service public et la logique d'entreprise:…….….22

La performance hospitalière:……...24

SECTION II: LES PROBLEMES DE GESTION DES HOPITAUX ET LA NECESSITE DU CONTROLE DE GESTION

1. Le contrôle de gestion pour répondre à la crise des hôpitaux..……..……...26

1.1. L'émergence du contrôle de gestion dans le milieu des entreprises industrielles …..27

1.2. Du contrôle de gestion au management de la performance ……..28

1.3. Fondements du contrôle de gestion : ……....30

1.3.1 Un mode de contrôle organisationnel :…….……30

1.3.2. La délégation de gestion comme fondement du contrôle de gestion ……..31

1.3.3 Un contrôle intermédié:……...…….32

1.3.4 Un contrôle en perpétuelle évolution:…….……32

2. les mécanismes du contrôle de gestion:……..……33

3. La construction du système de contrôle de gestion:…….……35

CONCLUSION

CHAPITRE II : LE CONTROLE DE GESTION AU SEIN DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIER

INTRODUCTION

SECTION 1:L'APPORT DU CONTROLE DE GESTION A L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

1. L'apport organisationnel du contrôle de gestion à l'établissement hospitalier …….…….…40

1.1.le contrôle de gestion pour structurer l'organisation hospitalière……..41

A) l'organigramme, outil de contrôle de gestion hospitalier pour situer les responsabilités:……...…..….41

B) le dispositif de coordination, de communication, et d'animation de l'organisation

hospitalière……..……...45

1.2.L'impact du contrôle de gestion sur personnel hospitalier……..……..….50

A) le contrôle de gestion outil de stimulation du comportement de personnel hospitalier …….50

B- Le pouvoir dans l'hôpital entre décentralisation et centralisation……..…….56

2. Le contrôle de gestion pour une pratique de planification au sein des hôpitaux.…57

1.1.La planification stratégique et opérationnelle dans l'organisation hospitalière :…..57

A- La préoccupation stratégique du contrôle de gestion hospitalier……...59

B- Le plan opérationnel, traduction concrète des orientations stratégiques de l'hôpital :……..……..63

2.2. La vision du contrôle de gestion hospitalier par la gestion budgétaire …….65

A- peut-on dire que la gestion budgétaire est un besoin vital pour l'hôpital ……....66

B- la procédure budgétaire dans l'organisation hospitalière ……68

SECTION 2 : CALCUL DES COUTS ET CONTROLE DE GESTION HOSPITALIER, DES COUTS PRECIS AU SERVICE D'UNE POLITIQUE DE TARIFICATION

1.1.quelle comptabilité analytique pour l'hôpital ?.....74

A- le produit hospitalier… …….75

B-«GHM » objet de coût ……..…….76

C-méthode des sections homogènes pour calculer le coût hospitalier …….80

1.2. Le contrôle de gestion pour asseoir une pratique de tarification adequate…….…..86

A. problématique de tarification hospitalière:……..…….86

CONCLUSION

CHAPITRE III : LE CONTROLE DE GESTION AU SECTEUR SANITAIRE D'ARZEW

INTRODUCTION

SECTION 1 : GENERALITES SUR LE SECTEUR SANITAIRE EN ALGERIE

1. quelques généralités à propos le secteur sanitaire ……..92

1.1. Définition de secteur sanitaire……...…….92

1.2. Les missions du secteur sanitaire :……..……92

1.3. Le découpage du secteur sanitaire en vue de réaliser la reforme hospitalière en établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité ……..……93

1.3.1. Définition de l'établissement public hospitalier……93

1.3.1.1. Les missions de l'établissement public hospitalier ……...93

1.3.1.2. L'organisation interne de l'établissement public hospitalier:……95

1.3.2. Définition l'établissement public de santé de proximité ……..95

1.3.2.1. Les missions de l'établissement public de santé de proximité …….96

1.3.2.2. L'organisation interne de l'EPSP ……96

1.3.2.3. L'organigramme de l'établissement public de santé de proximité ……..97

1.4. Le fonctionnement de l'EPH et l'EPSP ……..98

1.5. Les dispositions financières de l'EPH et l'EPSP ……...101

2. représentation du secteur sanitaire d'Arzew ……...101

2.1. Le secteur sanitaire d'Arzew avant la reforme hospitalière ……....101

2.2. Le secteur sanitaire après la réforme hospitalière……105

SECTION 2 : LA MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS DE CONTROLE DE GESTION AU SECTEUR SANITAIRE D'ARZEW

1. Evolution de dotations budgétaires……. ……..108

1.1.Evolution de dotations budgétaires du Secteur sanitaire d'Arzew ……..108

1.2.L'évolution de dotations budgétaires de l'EPH El-MOHGOUN . ……115

1.3.L'évolution de dotations budgétaires de L'EPSP d'Arzew: ……116

2. L'analyse de l'evolution de depenses…….……..……..118

2.1.L'Analyse de l'évolution de dépenses Secteur sanitaire et EPH El-Mohgoun…… ….118

2.2.L'Analyses de dépense d'EPSP d'Arzew ……..120

3. L'analye de l'evolution de recettes…….123

3.1.L'Evolution des recettes du secteur sanitaire d'Arzew et EPH d'El-Mohgoun …….……123

3.2.L'Evolution de recettes d'EPSP d'Arzew…….. 125

4. L'ANALYSE DE LA DETTE ……..126

4.1.Evolution de la dette du secteur sanitaire et EPH d'El-Mohgoun…….126

4.2.L'évolution de la dette EPSP d'Arzew……..128

5. L'ANALYSE DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE……. 129

5.1.L'analyse des indicateurs d'activité d'hospitalisation…….130

5.1.1. Les durées de séjours et les journées réalisées ……..……..130

5.1.1.1.L'évolution de la durée moyenne de séjour ……...131

5.1.1.3. Evolution du DMS pour chaque service …….133

5.1.2. Les effets de taux de rotation et taux d'occupation moyen des lits……..135

5.1.2.1.L'évolution de taux d'occupation moyen…….. 135

5.1.2.1.1. L'évolution du taux d'occupation pour chaque service……...…136

5.1.2.2.L’évolution du Taux de rotation de lits …….139

L’évolution du Taux de rotation de lits pour chaque service ……...139

5.2.Analyse de capacité litière, et l’activité d’hospitalisation……..…….140

6. L’analyse des couts d’unité d’œuvre ……...142

6.1.Définition de la méthode de calcul des coûts hospitaliers ……..143

6.2.L’analyse du nombre d’unité d’œuvre et leurs coûts au sein du secteur sanitaire d’Arzew et l’EPh el-Mohgen……. 145

6.3.L’analyse du nombre d’unité d’œuvre et leurs coûts au sein des services d’EPSP d’Arzew…… …..148

7. L’analyse de la tarification de l’activite hospitaliere : ……..…149

CONCLUSION

CONCLUSION Générale

Annexes

Bibliographie

Liste des tableaux

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 :l'évolution de dotations budgétaires entre 2003 et 2010……..109
- Tableau 2 :l'évolution de la répartition de dotations budgétaires par titre entre 2003 et 2010…….110
- Tableau 3 : L'évolution de répartition de dotations budgétaires de L'EPSP d'Arzew par titre entre 2008et 2010…….. 116
- Tableau 4 : l'évolution de dépenses et leurs répartitions par titre entre 2006 et 2009……..11 8
- Tableau 5: l'évolution de dépenses d'EPSP d'Arzew par titre et leurs variations entre 2008 et 2009……120
- Tableau 6 : Evolution des recettes du secteur sanitaire d'Arzew et EPH d'El-Mohgoun entre la période 2006 et 2009……123
- Tableau 7 : Evolution de recettes d'EPSP d'Arzew en 2008 et 2009……..125
- Tableau 8 : l'évolution de la dette durant la période étendu de 2006 au 2009……127
- Tableau 9 : l'évolution de la dette d'EPSP d'Arzew entre 2008 et 2009…….128

- Tableau 10-1 :l'évolution du DMS entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'arzew et Eph d'el-mohgoun……....131
- Tableau : comparaison entre l'activité de l'Eph d'EL mohgoun par rapport à la moyenne de la wilaya d'Oran……132
- Tableau 10-2 :l'évolution du DMS entre 2008 et 2010 au sein d'Eph d'el-mohgoun……133
- Tableau 11-1 :l'évolution du TOM entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'Arzew……135
- Tableau 11-2 :l'évolution du TOM entre 2008 et 2010 au sein d'Eph el-Mohgoun…….136
- Tableau 12-1:l'évolution du TRL entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'Arzew……138
- Tableau 12-2 :l'évolution du TRL entre 2008 et 2010 au sein d'Eph el mohgoun……..…140
- Tableau 13 : le rapport entre les entrées et les journées hospitalisation……....141
- Tableau 14-1 : l'évolution du nombre d'unité d'œuvre et leurs coûts entre 2006 et 2009……..…….145
- Tableau 14-2 : l'évolution du nombre d'unité d'œuvre et leurs coûts en, 2008 et 2009 au sein des services d'epsp d'Arzew……..148

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Le domaine de la santé fait référence aux décisions prises soit au niveau du ministère de santé de population et de réforme hospitalière puis au niveau de l'hôpital, c'est-à-dire les décisions sur lesquelles les hôpitaux typiquement n'exercent qu'une influence limitée. Ainsi que les deux fonctions du domaine de la santé se résument par la formulation générale d'objectifs nationaux de santé tels que la fixation des objectifs sanitaires nationaux, des programmes de santé, et l'allocation de ressources pour la santé, ainsi que par la formulation d'objectifs spécifiques aux hôpitaux à titre d'exemple la détermination du rôle et fonctions hospitaliers, la documentation de conditions, et les critères d'évaluation. Par contre, le domaine de l'hôpital, fait référence à toutes les activités entreprises dans le cadre de l'hôpital, sur lesquelles l'administration de l'hôpital exerce d'habitude plus de contrôle.

L'hôpital assure une mission de service public qui implique l'accueil de tous les patients sans aucune discrimination, c'est en effet à l'hôpital que les pathologies les plus coûteuses et les plus complexes sont traitées, que les patients en situation de précarité sont accueillis. De façon quasi exclusive, c'est l'hôpital qui assure la prise en charge des soins de longue durée. Il est, à la différence du secteur privé commercial, le principal recours pour les actes urgents et non programmés. Il occupe désormais une place prédominante dans le maintien de la permanence des soins en raison des carences d'une médecine ambulatoire incapable de s'organiser. Les activités des services d'urgence ont ainsi véritablement explosé,

devenant pour les pauvres une annexe de soins primaires gratuits.

Donc Nous sommes tout à fait en connaissance du fait que l'hôpital est une organisation complexe et dynamique qui produit une grande variété de services, et que dans de telles situations les dirigeants ont de plus en plus besoin de bien comprendre son organisation.

La responsabilité était de moindre importance quand les hôpitaux ne représentaient que des symboles d'efforts humanitaires pour le bien de la communauté. Aujourd'hui, par contre, il y a question de qualité et d'efficacité car les hôpitaux consument une proportion croissante de ressources limitées de manière relativement peu efficiente et peu efficace, la responsabilité plutôt que le contrôle devient une question de plus en plus importante, donc les hôpitaux devenant responsables envers les consommateurs, les patients individuels, le gouvernement et ses propres employés.

L'Algérie comme d'autre pays en voie de développement, les hôpitaux consument une part considérable du budget de santé, et si certains hôpitaux publics et secteurs sanitaires ne réussissent pas en général de maximiser le bien-être du public, comme il a été constaté par le ministre de la santé, de population et de la réforme hospitalière en 2005 par le fait qu'au niveau des secteurs sanitaires de nombreuses salles de soins et de consultation ne sont pas fonctionnelles voire fermées ou encore dans un état de dégradation et d'abondant incompatible avec la dispensation des prestations de soins ; on peut alors dire que le service rendu par les hôpitaux possédés et gérés par le ministère, sous la forme présente, ne constitue pas une utilisation efficiente des ressources gouvernementales, et une amélioration de la situation présente devrait avoir un grand impact positif. Donc parmi les solutions importantes qui sont souvent proposées pour améliorer la performance et l'efficience des hôpitaux est la réforme du contrôle et de la gestion des hôpitaux.

Partant delà, **quelle est la stratégie adoptée par les dirigeants en terme de gestion pour améliorer la performance des hôpitaux en vue de maximiser le bien être général, en**

particulier au niveau du secteur sanitaire d'Arzew?

Pour permettre de réaliser ce travail on propose les hypothèses suivantes :

- Pour que les dirigeants améliorent la performance de l'établissement de santé, ils doivent adopter une démarche de contrôle de gestion.
- L'intégration d'un système d'information hospitalier adéquat permet d'améliorer le management hospitalier.

En vue de répondre a notre problématique, notre travail s'articulera autour trois chapitres :

- **CHAPITRE I :** REFLEXION SUR LA GESTION HOSPITALIERE : Il est consacré à mettre la lumière sur la particularité de l'organisation hospitalière, ainsi que la détermination des problèmes concernant la gestion hospitalière en vue de mettre l'accent sur la nécessité du contrôle de gestion.
- **CHAPITRE II :** LE CONTROLE DE GESTION AUX SEIN DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIER : nous essayerons d'expliquer Dans ce chapitre, d'une part l'apport du contrôle de gestion sur l'organisation ainsi qu'au niveau de planification stratégique et opérationnelle au sein de l'établissement hospitalier et au niveau de gestion budgétaire, d'autre part on va expliquer l'apport de la comptabilité analytique à l'organisation hospitalière et comment il peut aider a instaurer une pratique tarifaire adéquate pour l'hôpital .
- **CHAPITRE III :** LE CONTROLE DE GESTION AU SECTEUR SANITAIRE D'ARZEW : Dans la deuxième partie qui constituera l'approche empirique de notre travail et qui représente une investigation dans le secteur sanitaire d'Arzew pour étudier et illustrer le système et le mode de gestion hospitalière adopté par les dirigeants dans le cadre de la réforme hospitalière.

CHAPITRE I :

REFLEXION SUR LA GESTION

HOSPITALIERE

CHAPITRE I : REFLEXION SUR LA GESTION HOSPITALIERE

INTRODUCTION

L'hôpital comme toute autre organisation est soumis à des contraintes qui lui imposent de développer sa gestion, il est confronté à l'heure actuelle à de très fortes évolutions qui lui imposent de mieux maîtriser sa performance.

Dans ce contexte, le contrôle de gestion constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif.

Ce chapitre a pour objectif de développer dans ce sens quelques éléments de réflexion, ainsi après avoir précisé dans une première section la particularité que présente l'organisation hospitalière , une deuxième section concernant les problèmes de gestion au sein des hôpitaux et met en évidence la nécessité d'introduire le contrôle de gestion dans ce secteur.

SECTION 1: PARTICULARITE DE LA GESTION HOSPITALIERE

Par rapport aux autres types d'organisations, l'organisation hospitalière est généralement plus complexe à analyser en égard des particularités qui marquent ce système.

1. l'hôpital, une organisation à part:

En premier lieu, pour répondre la classification d'un spécialiste du management , en l'occurrence Henry Mintzberg[1] , l'hôpital fait partie selon nous des organisations dites à but et agents multiples, c'est une structure complexe qui doit répondre à des fonctions diverses: soins, enseignement, recherches, prévention, éducation sanitaire, etc.… cette structure à un caractère médical et social dont la mission consiste a assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs et dont ses services extérieurs iraient jusqu'à la cellule familiale; considérée dans son milieu, c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de la recherche scientifique et sociale.

Au-delà de sa véritable vocation, l'hôpital gère une série d'autres missions obligatoirement liées à la première en vue d'en assurer la bonne fin, ses taches à caractère hôtelier, ménages ou techniques sont devenues d'une complexité croissante, ainsi font-elles de l'hôpital une machine dans laquelle l'accessoire risque de prendre le pas sur l'essentiel.

On considère alors l'hôpital comme un système complexe de production multiple, il offre pour chaque malade des produits divers en quantité et de types spécifiques, ces produits qu'ils soient des diagnostics ou thérapeutiques, constituent ce qu'on appelle l'acte médical, ceci se distingue fondamentalement de biens dont traite la théorie économique , sa consommation ne suppose pas toujours un comportement rationnel, il est affecté de multiples incertitudes, incertitude qui pèse d'abord sur la nature même de la maladie, incertitude quand au cout des traitements médicaux que les malades ne peuvent pas les

[1] Henry Mintzberg: « Le pouvoir dans les organisations », Paris, édition d'organisation, 1986, P 53.

prévoir, demeure enfin une grande incertitude individuelle sur la compétence du médecin et l'efficacité aléatoire de ses actes qu'il parait exclus de rémunérer selon leurs résultats[2].

Il n y a pas d'autres moyens de réduire ces types d'incertitudes que de faire confiance à l'ensemble des praticiens exerçant dans le système de santé, puisque le patient n'est pas en mesure d'évaluer la nature de sa demande, ni son volume, donc la décision du patient seul, mais celle du couple patient/médecin , il s'agit donc d'une décision jointe.

1.1. La structure organisationnelle de l'hôpital :

Henri Mintzberg distingue dans toute entreprise cinq éléments dont Michel Cremadez[3] a appliqué à l'hôpital dont cette approche permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière qualifiée de bureaucratie professionnelle.

a) Le sommet stratégique :

II veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Il peut s'agir des autorités de tutelles (direction de santé ...), du chef d'établissement et de son équipe dont le directeur des soins coordonnateur général des soins. Celui-ci « ...est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé ».

On évoque que le sommet stratégique dans un hôpital se caractérise par une certaine ambiguïté expliqué Mintzberg par le fait que le directeur d'un hôpital est supposé empêcher le gouvernement ou les administrateurs d'interférer dans le travail des médecins, ainsi qu'il est nommé par la direction de santé mais responsable de gestion devant un conseil d'administration.

---

[2] Colli J-C: « économie et pouvoir médical » édition économica, 1998, p142.

[3] M. Cremadez et F. Grateau : « le management stratégique hospitalier » édition Interéditions, 1992, p.21.

b) Le centre opérationnel :

II est constitué par les unités de soins et les services médico-techniques. Composé d'un nombre important de services relativement indépendants les uns des autres, le centre opérationnel fonctionne de manière pratiquement autonome et il a une relation directe avec leur environnement : client dont il est le patient.

Pour la direction des soins le centre opérationnel rassemble des professionnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

c)La ligne hiérarchique :

Elle assure le relais entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle est composée de l'encadrement qui assure la gestion des centres opérationnels. La notion de hiérarchie sous tend celle de subordination et donc d'autorité. Pour la direction des soins les médecins et les infirmiers rendent compte de leurs actions aux cadres supérieurs dont il est le chef service qui participent à leurs évaluations. Ainsi que tous les chefs de service exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur général.

Au sein de l'organisation hospitalière la ligne hiérarchique se caractérise par interruption entre le directeur général et les chefs de services médicaux à cause des objectifs contradictoires dont ce point il sera développé par la suite. Cela mène les chefs de services a contesté la non intervention directe des directeurs sur l'objectif de base dont il est la satisfaction de clientèle.

d) La technostructure :

La technostructure sert à assurer la coordination par des personnes qui agissent sur l'organisation du travail des centres opérationnels grâce à la standardisation des procédures, au choix qualitatif du matériel, à l'élaboration de normes pour le rendre efficient et elle prend de l'importance lorsque l'organisation grandit et se complexifie.

A l'hôpital cette fonction se limite à la dimension économique et financière puisque la standardisation par le résultat est trop difficile cela est due à la différenciation existante au niveau des services, donc la technostructure est réduite.

Le directeur général agirait plus sur la standardisation des qualifications par le recrutement et la formation continue en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

e)Les personnels de support logistique :

Ils remplissent les fonctions annexes nécessaires à la réalisation de la mission du centre opérationnel : service postal, nettoyage, restaurant... . Puisque la logistique sert à la collaboration avec les centres opérationnels est essentielle.

1.2. La différenciation et l'intégration :

1.2.1. Un processus de différenciation fort :

La notion de différenciation a été développée par LAWRENCE et LORSCH qui entendent ainsi rendre compte du fait que la structure même de l'hôpital induit pour chaque service des relations avec un sous environnement qui lui est propre (patient, sociétés savantes...) de même pour la technostructure (tutelles). Les caractéristiques des relations avec le sous-environnement définissent des modes d'organisations spécifiques à chaque service.

La différenciation est nécessaire car elle est la traduction de la spécialisation des services et permet une véritable adéquation avec un environnement spécifique. Mais elle est aussi un obstacle à la communication et à la coopération au sein de l'institution qui s'en retrouve encore davantage fragmentée.

1.2.1.1. Types de différenciation :

Il existe plusieurs types de différenciation à l'hôpital:

d) La différenciation monde administratif / monde médical :

Alors même que l'équilibre de l'institution dépend de la coopération entre le centre opérationnel et le sommet stratégique, les antagonismes dominent trop souvent. C'est l'opposition entre d'un côté un monde professionnel qui a des objectifs qualitatifs, une déontologie et une grande liberté dans l'exercice des fonctions, et de l'autre côté un monde administratif qui a des objectifs quantitatifs et répond à un cadre réglementaire stricte.

De plus, ces deux mondes ont une conception divergente de l'environnement. Ainsi, les médecins gèrent de façon autonome leurs rapports avec les patients, les professionnels de santé extérieurs. Alors que les directeurs dans leurs relations avec la tutelle administrative, politique, les organismes de financement sont liés par des impératifs réglementaires mais aussi par le devenir de l'institution.

Le groupe des médecins et celui des directeurs n'ont pas la possibilité d'affirmer l'un sur l'autre un leadership. Ils mènent alors des luttes d'influence dans laquelle les autres groupes d'acteurs constituent un enjeu. D'ailleurs, les acteurs de ces deux groupes peuvent avoir une vision très critique de leurs «opposants».

Cette différenciation forte est très défavorable à l'hôpital car elle ne permet pas l'unicité de l'institution, l'élaboration d'une stratégie globale, et provoque des dysfonctionnements quotidiens.

e) La différenciation services logistiques/opérationnels :

Comme l'indique M.CREMADEZ« les services logistiques traditionnels (cuisines, buanderie...) appartiennent à l'univers administratif » Ils se situent donc dans une dynamique de recherche de la rentabilité, se qui les séparent des centres opérationnels, alors même qu'au quotidien des liens étroits sont nécessaires pour garantir une qualité optimale au patient.

Quant à la logistique technique (plateau technique), elle se situe au cœur des tensions nées de cette différenciation. En effet, ces services se situent dans le centre

opérationnel et sont essentiels pour les médecins et le rayonnement de leur spécialité.

Alors que pour la technostructure la logistique technique représente un investissement important et qu'elle se doit de contrôler. De plus en plus, le secteur logistique se heurte au secteur médical, qui avec le développement des nouvelles technologies, accroît sa demande d'équipements nouveaux.

f) La différenciation au sein du centre opérationnel :

Il s'agit surtout d'une différenciation entre le corps médical et paramédical. En effet, le rôle des soignants auprès des malades a pris de plus en plus d'importance.

D'autre part, la hiérarchie soignante échappe souvent à l'autorité du chef de service.

Ainsi, le cadre soignant prend des décisions pour l'organisation des soins avec le soutien de la Direction des soins.

1.2.2. Une intégration insuffisante :

Afin de réduire les effets néfastes d'un trop fort degré de différenciation, l'hôpital met en place des modalités d'intégration qui ont ainsi été énumérées par Cremadez

- **L'intégration par la voie hiérarchique :**

Ce processus d'intégration ne s'applique qu'au sommet stratégique dans ses relations avec la technostructure et la logistique puisque entre ces rôles de véritables rapports hiérarchiques existent.

- **L'intégration par les procédures et les standards :**

C'est à nouveau le sommet stratégique qui est concerné par ce mode d'intégration. En effet, le domaine des procédures s'applique particulièrement aux relations opérationnelles et notamment au niveau financier, comptable et gestion du personnel. Cependant, le développement de l'informatique médical ainsi que de la démarche qualité permet un élargissement de cette intégration au niveau des services de soins surtout par l'intermédiaire du chef de service et du cadre de santé.

- **L'intégration par des ajustements mutuels :**

C'est le mode d'intégration le plus fréquent au sein du centre opérationnel. La difficulté réside dans le fait que rien ne soit formalisé et qu'ainsi aucune stratégie sur le long terme ne soit envisageable.

Les comités et commissions permanentes (Comité de direction, CME...) permettent aussi cette intégration en favorisant le dialogue entre les acteurs de l'organisation mais cela reste insuffisant pour contre balancer le poids de la différenciation à l'hôpital.

L'organisation de l'hôpital subit donc de nombreuses forces centrifuges qui mettent en péril ses projets voir même l'élaboration d'une stratégie.

Les caractéristiques explicitées jusqu'ici créent une certaine dynamique de l'organisation hospitalière que nous allons maintenant décrire.

2. **Une dynamique peu axée sur la stratégie :**

Après avoir étudié les grands traits de l'organisation interne de l'hôpital, il est important d'en étudier les conséquences sur sa dynamique. Ceci permet de démontrer que la scission entre le sommet stratégique et les centres opérationnels ainsi que le fort degré de différenciation de la structure ont un impact négatif sur son dynamisme.

2.1. Des décisions et une stratégie réactives :

A l'hôpital, les décisions prises ne sont que le résultat d'une coalition précaire. Les différenciations entre acteurs et en particulier entre directeurs et médecins ne permettent pas d'élaborer des décisions en fonction d'une stratégie établie, la décision n'est que le produit d'un équilibre momentané des forces en présence. Le directeur général, qui a ce pouvoir de décision, recherche avant tout un consensus à court terme afin de satisfaire les tutelles et le centre opérationnel. La manipulation est le maître mot dans cette pratique décisionnelle : il s'agit de faire pression de manière assez forte et convaincante afin d'obtenir une décision favorable à son unité. C'est une attitude réactive et non réflexive qui met en péril la

cohésion globale de l'hôpital.

2.2. Un processus stratégique de type « émergent» :

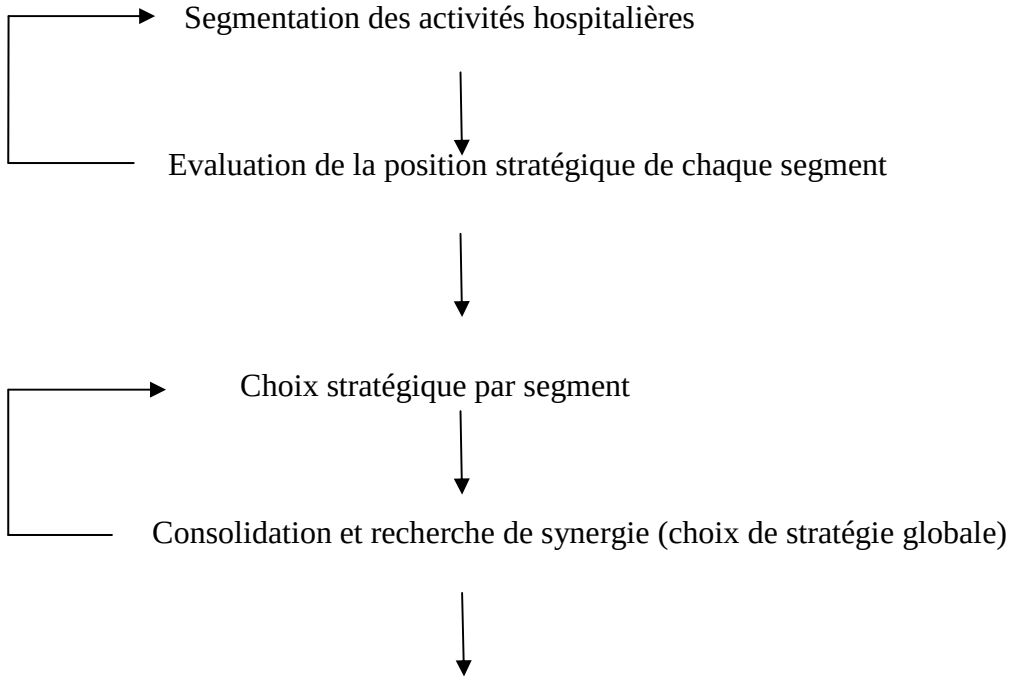
La stratégie de l'organisation hospitalière n'est pas voulue, elle est le fruit de décisions, d'allocations de ressources qui ont un but plus opérationnel que stratégique. La stratégie est dépréciée au profit d'une politique faite d'ajustements quotidiens et non de prospections sur le long terme.

2.3. Les choix stratégiques hospitaliers :

Les choix stratégiques de l'hôpital s'appuient sur une modélisation désormais considérée comme universelle. Elle obéit à la démarche logique présentée dans la figure suivante :

Figure 1

Démarche de choix stratégique



Etape de formalisation (plan stratégique ou projet d'établissement)

- **La segmentation des activités hospitalières :**

La démarche de segmentation des activités est fondamentale pour l'hôpital qui est un lieu où, traditionnellement, l'organisation en départements et en services amène à regrouper artificiellement plusieurs domaines d'activité différents (consultation de médecine interne à orientations très différentes) ou, au contraire, à éclater un même domaine d'activité en plusieurs centres de responsabilité autonomes (lutte contre le sida, cancérologie...).

- **Les critères de segmentation stratégique :**

Comme évoquent M. Cremadez et F. Grateau , la segmentation des activités hospitalières peut se faire selon les critères[4] suivants :

• les pathologies présentées par les patients : degré de complexité, intrications.

• les caractéristiques des processus de prise en charge : nécessité d'hébergement, programmation, nécessité d'infrastructure spécifique (lits d'isolement, par exemple).

• les caractéristiques des technologies mises en œuvre : nécessité de disposer d'un plateau technique spécifique, taille de l'investissement compétitif, recours au plateau technique général.

• les compétences requises : degré de sophistication dans la spécialité, pluridisciplinarité (recours aux compétences de divers spécialistes) .

• la structure des coûts variables spécifiques par acte technique ou par patient, les coûts fixes spécifiques et les coûts fixes partagés.

• la nature de la concurrence rencontrée : type de concurrent, attractivité pour les acteurs de santé (cotation Sécurité sociale).

[4] M. Cremadez et F. Grateau, op cit , p 132

• le type (ou le circuit) de prescription : généraliste libéral, spécialiste libéral, médecin appartenant à une structure hospitalière publique ou privée.

• le type de patient concerné : âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle-spécifique, actif ou non actif.

• le besoin satisfait : urgence, diagnostic, soin, suivi, éducation sanitaire, prévention.

Il est ici préconisé une approche stratégique par la pathologie qui reste l'offre de soins primaires, les autres critères permettant d'amorcer une évaluation de la position stratégique par segment.

- ***L'évaluation de la position stratégique de chaque segment :***

La seconde étape de la démarche de choix stratégique permet d'analyser la position concurrentielle du segment d'activité identifié. Elle mobilise toutes les informations détenues sur l'environnement externe et interne du domaine d'activité considéré. Elle permet de parvenir au tableau d'analyse concurrentielle du type de celui présenté ci-après

Tableau 1 : l'analyse concurrentielle simplifiée

Critère d'analyse / Etablissements comparés	Zone d'attraction	Image/notoriété (population de la zone)	Satisfaction des clients (questionnaires de sortie)	Parts des marchés actuels	Rentabilité du segment
Hôpital faisant l'analyse stratégique					
Concurrent 1					
Concurrent 2					
Critère d'analyse / Etablissements comparés	**Matériel détenu comparé aux évolutions technologiques prévisibles**	**Coût (comptabilité analytique)**	**Synergie avec les autres segments**	**Compétences internes**	**Fragilité de l'offre (un seul spécialiste)**
Hôpital faisant l'analyse stratégique					
Concurrent 1					
Concurrent 2					

Source : Hervé Leteurtre « Traité de gestion hospitalière » édition Berget-Levrault, 1998, P 126.

- **<u>Le choix stratégique par segment et consolidation :</u>**

Le recours au tableau d'analyse concurrentielle permet de visualiser les avantages et les handicaps concurrentiels. Le croisement des critères permet d'affiner la comparaison.

Ainsi, par exemple, une satisfaction forte des clients, croisée avec une notoriété faible, permet de conclure qu'une action marketing ciblée pourra permettre d'accroître la part de marché. De même, une part de marché qui reposerait sur un praticien qui, seul, garantit la compétence dans le segment d'activité reconnue et attractive fait peser un risque sur la domination sur le segment.

Enfin, un segment fortement concurrencé peut s'avérer essentiel en terme de synergie avec d'autres segments ou un segment peu rentable être déterminant pour l'activité d'un autre segment (obstétrique et réanimation néonatale).

C'est de plus à cette étape de la réflexion que l'hôpital, d'ailleurs fortement influencé par les orientations législatives, doit aborder la question des alliances. Celles-ci peuvent permettre à l'hôpital d'accéder à une nouvelle technologie ou à une technologie de pointe qu'il ne peut acquérir seul (partage de plateaux techniques), à une capacité de production moins coûteuse (blanchisserie inter hospitalière), à des marchés (nouveaux clients)... Outre les avantages directs que peuvent apporter les alliances (échange de ressources et de compétences entre hôpitaux), celles-ci amènent aussi ce qu'il a été possible d'appeler « les bénéfices cachés »[5]:

L'approche morcelée par segment doit donc être complétée par une approche globale intégrative qui permet la définition d'une stratégie globale pouvant faire l'objet d'un plan stratégique ou d'un projet d'établissement.

2. 4. Un management stratégique :

Les solutions pour remédier à la complexité hospitalière passent par une évolution de la gouvernance c'est à dire la mise au point et le respect des règles qui guident et limitent la conduite de ceux qui agissent au nom de l'hôpital ; mais aussi par un management

[5] innovations résultant de la présentation détaillée des compétences de l'entreprise à son partenaire; révélation des potentiels d'amélioration grâce à l'application des compétences existantes dans un environnement nouveau et amélioration des performances sous la pression d'un partenaire exigeant.

permettant à chacun de découvrir le domaine d'action de l'autre et de partager des problématiques est essentielle.

Il faut valoriser le fait que le directeur a un rôle stratégique de fond qui est d'accomplir les missions de santé publique dans le cadre du projet d'établissement.

Il est important que les directeurs mettent en avant la stratégie et en fassent un outil de coopération intra institutionnelle. La stratégie est avant tout l'art d'organiser les relations de la structure avec son environnement.

La construction stratégique peut avoir le sommet stratégique pour origine car celui ci a une bonne connaissance de l'environnement. Mais, cela implique également une concertation des acteurs hospitaliers concernés car eux disposent d'une connaissance du terrain. La stratégie doit être le produit de la rencontre des expertises du sommet stratégique et du centre opérationnel. Ici encore la problématique de la coopération entre les différentes strates va se poser, mais la dynamique même de la stratégie et de la construction de projets permet de susciter un véritable dialogue. Le développement d'une stratégie à l'hôpital permet un changement de logiques en effet elle combine les stratégies individuelles dans une stratégie d'ensemble, et déplace l'attention des attributions aux contributions.

L'intérêt principal de la stratégie est qu'il s'agit d'une approche globale et transversale qui permet ainsi de surmonter les clivages qui séparent les acteurs de l'organisation. En effet l'appropriation de la dimension stratégique par les hospitaliers rend possible l'institution d'un management de proximité au plus proche des activités permettant de remédier à l'éclatement, l'atomisation traditionnelle de celle-ci.

Dès lors, la difficulté est de passer de l'individuel au collectif: tous les acteurs doivent apprendre à se rassembler autour d'un projet. Il revient au directeur d'instaurer cette dynamique de collaboration autour d'un projet.

Aujourd'hui, le management de l'hôpital relève de la capacité à réunir les

compétences scientifiques, médicales, techniques, soignantes et managériales.

3. Les spécificités d'un hôpital:

L'hôpital public est au cœur du système de soins, c'est autour de lui que s'organise la réponse aux besoins de santé de la population, il est un lieu d'excellence ouvert à tous concitoyens, un lieu dans lequel des personnels de qualité pour cela il se caractérise par les spécificités suivantes:

- L'extrême spécialisation en unités de production indépendantes entre elles, quoique dépendantes d'une coordination et d'une coopération.
- Coexistence conflictuelle de cultures et de logiques professionnelles différentes
- Résultats des actions très peu mesurables
- Présence du client dans l'organisation.
- Climat émotionnel de travail dû aux sentiments d'insécurité et de culpabilité devant la maladie et la morbidité.

4. L'hôpital et le facteur humain:

L'hôpital comme tout groupe humain, est un lieu de tensions , de conflits et de patients, mais ce qui le distingue c'est d'être partager entre trois pouvoirs légitimes:

- Le pouvoir des médecins.
- Le pouvoir des soignants.
- le pouvoir de la direction.

Ces pouvoirs s'affrontent chacun défendant sa logique propre rationnelle et légitime de son point de vue, ces affrontements ont souvent suscité des situations de rivalité et de blocage, créant ainsi un contexte de bataille avec vainqueurs et des vaincus momentanés ou durables selon le cas, cet environnement conflictuel porte un grand préjudice à la qualité, au progrès , à la motivation,, et même dans certain cas à la sécurité du processus du travail qui est aussi capitale dans un grand aéroport ou une centrale

nucléaire.[6]

Dans la culture hospitalière, on trouve un type de management hyper-affectif[7] qui a pour moteur fondamental la recherche de l'affection des subordonnés, il privilégie les valeurs affectives par rapport aux valeurs professionnelles; bien entendu, il est évident que l'intuition, la sensibilité aux sentiments des autres, le charisme… sont nécessaires au bon management, mais ce genre de management ne peut résoudre les tensions de groupes et les conflits interpersonnels.

5. Les missions d'un hôpital:

L'hôpital est considéré comme le pivot du système de santé, doté de mission de service public, il est chargé de responsabilités très larges en matière sanitaire.

L'hôpital est le lieu de recours traditionnel et quasi obligé pour les affections graves, mais il accueille et soigne également de façon croissante des malades présentant des pathologies bénignes.

Le service hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement, notamment les soins d'urgence des malades, des blessés. De plus, l'hôpital assure la formation d'une grande partie des professionnels de la santé et constitue un lieu privilégie de la recherche médicale.

Par l'importance et la diversité des ressources qu'il mobilise l'hôpital assure également un rôle d'agent économique, c'est un grand consommateur de ressources et de technologies, il est la cible de grands marchés commerciaux, notamment ceux liés aux produits pharmaceutiques et à la technologie biomédicale.

Ainsi, l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins, au fils du temps ses missions et ses fonctions se sont étendues, alors même que le fonctionnement de l'hôpital public est soumis à des contraintes économiques et réglementaires de plus en plus

---

[6] F.Gonnet. « Management hospitalier: un nouvel exercice du pouvoir » édition Masson, 2002,P125.

[7] Blake et Mouton: « la 3ème dimension du management »Paris, édition organisation, 1987, p 61.

fortes confronté au défit de « soigner le mieux possible et au meilleur cout »

L'hôpital public tente aujourd'hui de réconcilier sa tradition humaniste à l'approche économique qui vise à mieux gérer ses ressources financières et humaines, c'est ainsi que son rôle est organisé autour de trois principales missions:

5.1.Les missions de soins :

Par nature, le droit aux soins recouvre pour tout malade la capacité d'obtenir les soins que son état nécessaire, il participe donc à la fois de l'égalité d'accès au service public et de l'obligation générale d'assistance due à toute personne en péril[8].

Il s'agit des soins curatifs dispensés aux malades hospitalisés ou immobilisés et des soins préventifs prodigués à l'occasion des consultations à titre externe dont ses soins doivent obéir au principe d'égalité concernant la prestation des services , ainsi qu'au principe de continuité d'offrir ses services de soins.

5.2.L'hôpital public: une mission de formation :

Si les facultés de médecine et les différentes écoles de formation du personnel infirmier sont chargées de dispenser l'enseignement médical et paramédical, l'hôpital reste le lieu privilégié pour mettre en pratique les connaissances théoriquement acquises par la formation du personnel médical et paramédical durant le cursus de leurs études.

5.3.Mission de recherche médicale:

La recherche menée dans les hôpitaux publics est à la fois un mode privilégié et anticipé d'accès à l'innovation pharmaceutique et au dispositifs médicaux pour le patient[9], et un vecteur de formation continue pour les personnels médicaux et soignants, elle participe à renommée, à l'évaluation et à l'excellence des soins dispensés dans les établissements hospitaliers.

---

[8] Lin Daubech: « Le malade à l'hôpital, droits, garanties et obligation » action santè ères ,2000,p 157

[9] Le livre blanc de la recherche clinique dans les CHU « des ambitions pour la recherche médicale française » conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux et universitaires, décembre 2004, p 5.

B-l'hôpital entre la logique de service public et la logique d'entreprise:

Si l'on évoque[10] souvent l'entreprise quand on parle de l'hôpital il n'en demeure pas moins que celui-ci est marqué par des missions de service public:

- Il ne peut choisir son marché ni être maitre de ses dépenses et de ses recettes.
- Il obéit à des règles administratives: le personnel est soumis par exemple au statu de la fonction publique.
- Des lois et des décrets divers définissent très précisément ses modalités de fonctionnement.
- Il est soumis à un contrôle de la tutelle.

S'il est vrais que l'hôpital jouit d'une certaine marge d'autonomie, qu'il s'ouvre un peu aux techniques de gestion qui sont celles de l'entreprise, qu'il a de plus en plus le soucis de considérer les patients comme de véritables clients, il ne saurait pour autant assimilable à celle-ci , pour une raison sociologique, à savoir, le caractère professionnel et publique de l'organisation.

Pour les responsables des hôpitaux publiques, qui ne semblent pas toujours prêts à adopter des modes de gestion qui exigent de considérer l'hôpital comme entreprise à la recherche d'une efficience productive, estiment que l'hôpital devrait se préserver de tout logique de profit et de performance économique, pour eux c'est une structure dédiée aux soins pour malades et remplissant ainsi une mission de service public.

Pourtant, l'exemple de l'industrie peut être une source d'enseignement pour l'hôpital, par exemple l'amélioration considérable de la productivité et de la qualité au cours de ses dernières années dans l'industrie venant d'une formalisation de l'information et d'une mise en réseau de celle-ci , et on sait que l'hôpital a accumulé du retard à ce niveau, à l'inverse l'hôpital peut être aussi une source d'enseignement pour le monde

[10] stendler François: « le management hospitalier de demain : approche sociologique » la revue hospitalière de France , juillet , 2000, P23.

industriel car il est aujourd'hui un champ où l'on peut réaliser des expériences répondant à des questions posées d'une approche de la qualité basée sur la promotion des techniques vers une approche visant la promotion des personnes[11].

L'hôpital pourrait aussi être l'inventeur de ses propre règles de gestion qui auront valeur d'exemple pour l'entreprise surtout que celui-ci avait toujours souffert d'une problématique spécifique qui est maintenant posée à l'entreprise à savoir « la gestion de la singularité à grande échelle »[12] :d'une part il faut admettre de traiter à grande échelle l'ensemble des processus pour assurer leur déroulement dans des délais raisonnables, d'autre part, respecter la singularité de chaque cas qui s 'exprime à travers les notions de diversité et d'incertitude.

Ce double mouvement de singularité et de production à grande échelle cerne ainsi le problème général auquel est confronté toute tentative de rationalisation, par conséquent celle-ci n'est possible qu'a condition de la considérer non strictement sous l'angle de la standardisation mais également sous celui de la coordination.

La gestion hospitalière est entrée dans une logique de résultats inspirés du management des entreprises, dont les maitres mots sont gouvernance et performance, cette logique a eu principe de nombreux effets positifs tels que l'évaluation et le partage des décisions au sein des directions hospitalières.

- **La performance hospitalière:**

Dans un contexte plus procédurier et de restrictions budgétaires, l'hôpital est contraint de s'interroger sur sa performance. Si la performance vise à un résultat, à une qualité de service rendu et à l'efficience, alors l'hôpital doit répondre de l'utilisation au mieux de ses ressources, de l'optimisation de leur gestion afin de limiter les dépenses tout en garantissant aux patients sécurité et qualité des soins.

---

[11] Charignon Raphaèlle: « l'hôpital réinventé » revue de gestion hospitalière, décembre,1998,P566;
[12] IDEM,p 572.

Les critères de performance hospitalière peuvent être définit comme suit:

- Des soins de qualité aux moindres coûts.
- Des ressources allouées aux soins utiles.
- Des soins accessibles à tous ceux qui en ont besoin.

La mesure de la performance hospitalière se trouve justifiée:

- Pour le ministère car elle permet de planifier et d'allouer équitablement les ressources en fonction des besoins.
- Pour l'hôpital car la mesure des résultats va permettre d'évaluer les actions entreprises, de les adapter si besoin et de justifier les orientations stratégiques.
- Pour le personnel à travers de la reconnaissance du travail fourni qui devient un facteur de motivation.

Enfin pour les patients qui verront par cette évaluation continue des résultats, un facteur de crédibilité de l'hôpital.

Les gestionnaires hospitaliers se trouvent donc face à de nouvelles problématiques, déjà connues du monde de l'entreprise celles du pilotage de la performance dans un objectif de création de valeur. Ces derniers vont donc utiliser les mêmes outils de management de la performance que ceux utilisés par le monde de l'entreprise, qu'ils vont adapter à leurs besoins spécifiques.

SECTION II: LES PROBLEMES DE GESTION DES HOPITAUX ET LA NECESSITE DU CONTROLE DE GESTION

Les hôpitaux publics vont faire face à des problèmes complexes dont les symptômes sont multiformes, surpeuplement des sales d'hôpital , longue files d'attente dans les services de consultations externes , qualité des soins contestable , pénurie de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales de base, matériels de diagnostics et de traitements inexistants, découragement du personnel mauvais état des lieux souvent sales.

Tous ces problèmes sont dus à divers facteurs, dont l'absence de rôle bien défini et de rapports clairs avec les autres éléments du système de santé, les carences structurelles, l'absence d'écoute de la population et de communautés desservie et les lacunes gestionnaires, notamment au niveau de planification et de la surveillance[13].

Pour ce présent travail on va se limiter aux seuls problèmes de gestion qui constituent notre préoccupation majeure.

- **Le contrôle de gestion pour répondre à la crise des hôpitaux:**

La prise de conscience des problèmes qui sont liés à la gestion hospitalière constitue un progrès , les efforts déployés actuellement dans ce domaine appellent à plus de rationalisation et les notions de cout, l'efficacité et de rentabilité sont devenus des maitres mots, de nouveaux référents tout au niveau du discours qu'au niveau de la pratique, ces notions sont inconcevables en dehors d'un système de contrôle de gestion qui permet lui seul de rendre le système plus efficient, plus efficace, et capable d'atteindre les objectifs planifiés, ce système d'aide à la décision permet lui seul, par des méthodes d'évaluation, d'évaluer entre les choix pour privilégier les uns au détriment des autres.

Afin de mieux comprendre les fondements du contrôle de gestion, il semble

[13] nadia chahbi: « l'hôpital public au Maroc: réalités et perspectives à la lumière de la réforme hospitalière » mémoire pour l'obtention du diplôme des études supérieurs spécialisées, 2008,P44

nécessaire de remonter aux origines de ce contrôle. Celui-ci s'est d'abord développé dans le monde des entreprises privées industrielles, ce qui pose d'emblée la question de sa capacité à être transposée au secteur public dans un premier temps et plus particulièrement au service public hospitalier.

1.1. L'émergence du contrôle de gestion dans le milieu des entreprises industrielles :

Si l'on veut faire un bref historique de la notion, on peut dire que les premières formes de contrôle de gestion sont apparues dès le milieu du 19ème siècle dans un contexte d'essor industriel. A cette période, des méthodes de comptabilité industrielle permettant de mieux connaître la formation des coûts de revient commencent à être élaborées. Ces outils sont améliorés avec l'élaboration de la méthode dite des « sections homogènes » dans les

années 1920. Cette méthode est reprise par le Plan comptable général de 1947 qui consacre la méthode des coûts complets.

Parallèlement, la complexification des entreprises induites par la multiplication des tâches incitent les dirigeants (notamment dans les entreprises Du Pont de Nemours et General

Motors) à décentraliser la gestion de l'exploitation à des unités autonomes. Cette déconcentration du pouvoir renforce la nécessité d'exercer un contrôle de l'organisation permettant de s'assurer de la réalisation des objectifs. Des procédures de remontée des résultats sont mises en place. On assiste ainsi au découplage entre le niveau opérationnel qui bénéficie d'une délégation croissante des actions d'exploitation et le niveau stratégique. C'est la naissance de ce que l'on appellera les « centres de responsabilité ».

Dans les années 1930, la fonction de contrôle de gestion est institutionnalisée avec la création aux Etats-Unis du « Controller's Institute of America ». Il faudra attendre les années 60 pour que la notion soit réellement conceptualisée. En 1965, l'auteur américain R

.N. Anthony définit le contrôle de gestion comme « le processus par lequel les dirigeants de l'entreprise s'assurent que les moyens sont utilisés de manière efficace et efficiente pour atteindre les objectifs fixés ». On pourra retenir cette phrase comme une première définition du contrôle de gestion, centrée sur une vision très technique.

Enfin, cette première analyse historique permet de dégager le double socle sur lequel s'appuie le contrôle de gestion:

- l'élaboration d'une comptabilité analytique.
- la distanciation entre le pouvoir de décision stratégique et des divisions dotées d'une délégation de gestion**.**

2. <u>Du contrôle de gestion au management de la performance :</u>

En effet, le contrôle de gestion est un mode de contrôle instrumenté qui se décline avant tout en terme d'outils : études de coûts, centres de responsabilité, tableaux de bord… Or, depuis les années 60, on assiste à une forte évolution du périmètre au point même que le concept de contrôle de gestion semble de plus en plus contesté au profit de la notion de management de la performance.

• Années 1960 et 1970 : le développement des outils classiques dont ils sont :

- l'utilisation de la comptabilité analytique : appliquée aux produits, marchés ou régions (dans les entreprises les plus complexes).

- les budgets (qui peuvent être déclinés en sous -budgets pour chaque entité) et le contrôle budgétaire.

C'est donc une époque technique d'installation des outils, centrée sur la fonction comptabilité / budget.

•Années 1980 : le pilotage de la gestion.

Durant ces années, l'attention est davantage portée sur le responsable opérationnel et ses besoins de pilotage. Les outils privilégiés sont :

- le plan moyen terme pluriannuel : on dépasse ainsi le cadre de l'année budgétaire.
- la déclinaison de ce plan en plans d'actions détaillés et en budgets.
- les outils de reporting, notamment les tableaux de bord.

Un glissement sémantique se produit avec la substitution de la notion de « pilotage » au terme de « contrôle ». Les entreprises devenant de plus en plus complexes, les dirigeants ne peuvent plus prétendre exercer un contrôle mais seulement suivre les tendances à travers d'indicateurs principaux. L'emprunt au vocabulaire de la navigation (pilotage, tableaux de bord) n'est pas neutre : il s'agit bien de se fier à ces instruments de bord pour vérifier que l'entreprise suit bien le cap souhaité.

• Années 1990 : la crise du modèle classique et le développement du « management de la performance ».

Dans les années 1990, on assiste à une véritable remise en cause du modèle classique de contrôle de gestion. Des auteurs, comme P. Lorino, avancent l'idée selon laquelle le contrôle de gestion classique qui s'appuie sur l'analyse des coûts, les centres de responsabilité et les budgets serait dépassé. En effet, ce modèle s'appuie sur la conception taylorienne de l'entreprise marquée par le cloisonnement et la hiérarchisation de l'organisation et par l'unicité de l'objectif à atteindre : la maîtrise des coûts. D'autre part, ce modèle repose sur l'hypothèse d'une information parfaite et sur la prédominance des coûts directs. Or, celui-ci semble inadapté à la densification des entreprises (multiplication des entités et filiales, diversification des produits et des marchés, extension géographique) et à la tertiarisation de l'économie :

- les coûts indirects représentent une part croissante de l'ensemble des coûts
- le découpage en sections de coûts homogènes pose alors problème de même que la mesure du résultat par centre de responsabilité. Le déploiement des méthodes dites ABC (« Activity-based costing ») reposant sur un découpage par activités semble constituer une

alternative aux méthodes de comptabilité analytique classique.

- l'approche en terme de coûts ne recouvre qu'une partie de la notion de performance. La valeur de l'entreprise n'est pas déterminée par la seule rentabilité économique déclinée en indicateurs financiers.

La complexification des entreprises, de plus en plus tournées vers la production de services, fait prendre conscience du caractère multiforme de la performance. Celle-ci ne peut se réduire au simple critère financier. Elle dépend d'autres variables comme la qualité ou encore la performance commerciale de l'entreprise.

De plus, la prise de conscience du déphasage entre les actions menées et les performances constatées accroît la nécessité de mesurer la performance « en amont » par l'analyse des générateurs de performance.

Il s'agit donc de piloter non plus seulement quelques indicateurs financiers mais la performance de l'entreprise sous toutes ses facettes, ce qui renvoie plus à la notion de management puisque l'ensemble des fonctions de l'entreprise est concerné par cette démarche. Ce management ne vise pas uniquement les résultats financiers mais les « racines » de la performance. Les outils privilégiés par cette approche sont les tableaux de bord prospectifs développés par Norton et Kaplan

1.3. Fondements du contrôle de gestion :

1.3.1 Un mode de contrôle organisationnel :

Le contrôle de gestion apparaît d'abord comme une forme de contrôle qui s'exerce dans une organisation, traditionnellement dans les entreprises. Il coexiste avec d'autres types de contrôle :

- le contrôle hiérarchique : c'est la relation directe qui lie le supérieur à son subordonné.

- le contrôle par la culture (culture d'entreprise, culture professionnelle…)

- le contrôle par les règlements

- le contrôle d'exécution : il s'agit du contrôle des tâches quotidiennes et de l'organisation de ces tâches.

Ce modèle peut être appliqué à l'hôpital comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 2: typologie des modes de contrôle classiques s'exerçant à l'hôpital

Type de contrôle	Exemple d'application aux acteurs
Contrôle hiérarchique direct	• Du cadre de santé envers le personnel soignant du service. • Du directeur adjoint envers son équipe. • Du directeur général envers les directeurs adjoints.
Contrôle par la culture : identités professionnelles fortes à l'hôpital, corporatismes	• culture syndicale • culture professionnelle des médecins • culture professionnelle des soignants
Contrôle par les règlements	• réglementation externe qui encadre l'activité hospitalière • règlement intérieur de l'hôpital • protocoles formalisés (ex : protocoles de soins).
Contrôle d'exécution	• Rôle du cadre de santé envers le personnel soignant.

Source : BOUINOT C. Contrôle de gestion à l'hôpital. Régulation et dynamique instrumentale. Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'ecole des mines de paris, spécialité « sciences de gestion ». Ecole des mines de paris, 2005. p 380.

1.3.2. La délégation de gestion comme fondement du contrôle de gestion :

Une sorte de relation d'équivalence lie les notions de délégation et de contrôle de gestion.

En effet, le contrôle de gestion n'existe que s'il y a délégation de gestion vers des entités dotées d'une certaine autonomie puisque le principe même du controle de gestion est de suivre les résultats d'actions distanciées du pouvoir central. Réciproquement, on ne peut opérer de délégation de la gestion sans l'assortir d'un mode de contrôle a priori ou a posteriori.

Cette délégation peut être explicite, par la voie de la contractualisation interne (maintenant les contrats de pôles), ou implicite. Ainsi, l'organisation de l'hôpital, fondée sur une spécialisation des tâches notamment médicales et paramédicales, induit nécessairement une forme de délégation. Les services ou départements sont bien des entités relativement autonomes au moins quant à leur organisation. De même, l'expertise médicale entraîne un transfert du pilotage des actions (il y a bien délégation de gestion dans la prise en charge des patients, notamment en matière de liberté de prescription) des administratifs au corps médical sans moyen de contrôle direct.

1.3.3 Un contrôle intermédié:

Le contrôle de gestion est un contrôle intermédié, qui s'exerce exclusivement par l'intermédiaire d'outils. Ceux-ci constituent des instruments de mesure, d'où une vision souvent technicienne du controle de gestion. On peut en citer quelques -uns :

- traditionnellement, la comptabilité analytique, instrument d'analyse des coûts.
- les budgets.
- les tableaux de bord : ils visent à sélectionner et à présenter sous une forme synthétique les informations les plus pertinentes.

1.3.4 Un contrôle en perpétuelle évolution:

En effet, s'il se décline sous forme d'outils bien connus, le contrôle de gestion doit

s'adapter aux évolutions des organisations. Comme on l'a déjà vu, la complexification des entreprises a entraîné le passage du contrôle au pilotage, centré sur le suivi de la performance. Cette démarche permet d'appréhender non plus la seule rentabilité économique mais la « valeur » globale de l'entreprise dans toutes ses dimensions (capital humain, démarche qualité). L'évolution de la fonction de contrôle de gestion paraît intéressante pour les hôpitaux. En effet, la performance ne se limite pas à la minimisation des coûts mais s'intéresse à l'ensemble des générateurs de valeur appelés souvent « facteurs clés de succès » : qualité du service rendu, satisfaction des patients, constituant ainsi une évaluation pertinente d'une mission de service public.

2.les mécanismes du contrôle de gestion:

A ce stade de la réflexion, la tentation est forte de considérer le contrôle de gestion comme un processus dont le but est de suivre les résultats des actions afin de les conformer aux objectifs définis. Au fond, ce contrôle reposerait sur un ensemble de techniques de mesure des résultats. Or, les auteurs actuels tendent à reconsidérer le contrôle de gestion sous un angle sociologique. R.N. Anthony, qui avait proposé une définition très technique du controle de gestion, a réactualisé son analyse en définissant le contrôle de gestion comme « un processus destiné à motiver les responsables et à les inciter à exécuter des activités contribuant à l'atteinte des objectifs de l'organisation. »

On voit bien que le controle de gestion ne se limite pas à des mesures. Le contrôle de gestion est d'abord un processus, transverse à l'organisation, et non le simple moment de l'analyse. Ce processus suppose non seulement un reporting et une analyse des résultats notamment des écarts mais aussi la définition de mesures correctrices qui devront infléchir les actions menées ce que l'on appelle la boucle de feed-back

Le fonctionnement de ce processus sollicite donc l'implication de l'ensemble des responsables opérationnels qui doivent s'approprier la démarche et contribuer à l'ensemble

du processus : reporting, analyse, actions correctives. Les dirigeants situés au niveau stratégique donc en amont du processus, ne sont souvent pas les mieux places pour produire

l'analyse et réaliser des plans d'actions opérationnels; il semble plus intéressant de décentraliser ces fonctions au niveau opérationnel.

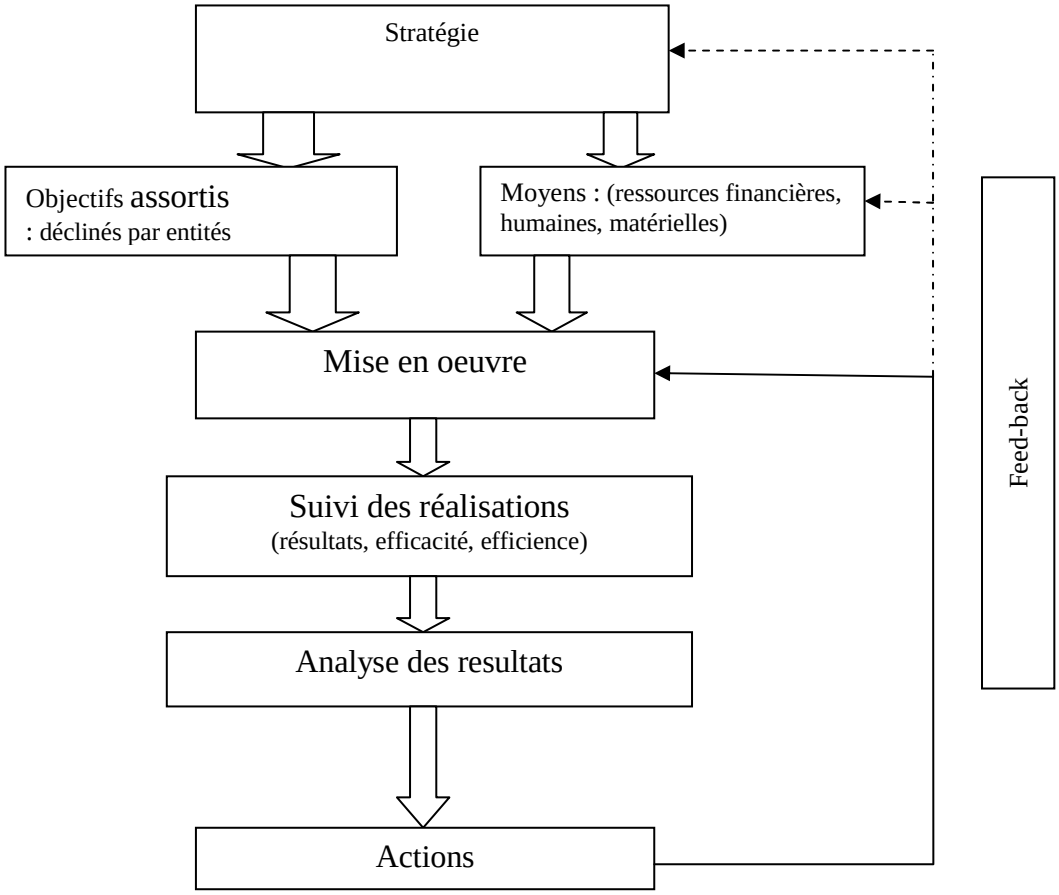
Enfin, cette définition intègre la notion de motivation et d'incitation, ce qui laisse supposer

que le processus de controle de gestion devrait être associé à des mécanismes de motivation, de sanction et de récompense, par exemple l'intéressement aux résultats.

Le schéma suivant propose une représentation synthétique du processus de contrôle de gestion. Celui-ci se décompose en étapes successives : il commence par la définition de la stratégie et des objectifs. La réalisation de ces derniers passe par l'allocation de moyens. En suite vient la phase de la mise en œuvre puis du suivi des résultats des actions réalisées. Ce suivi fait l'objet d'une analyse qui doit déboucher sur la prise d'actions correctrices. Ces étapes peuvent être regroupées en grandes composantes qui reprennent les 4 étapes définies par Deming dans tout processus d'amélioration de la qualité.

On peut ainsi noter que le contrôle de gestion permet de décliner la stratégie de l'organisation dont il est un moyen de clarifier les objectifs en les assortissant de moyens, et donc de mettre en cohérence les objectifs et les actions avec la stratégie.

Schéma[14] 2 : le processus de contrôle de gestion,



Alors, Il s'agit en fait de mettre en place un système performant interne et externe afin d'assurer le bon fonctionnement et l'adaptation permanente de l'hôpital à l'évolution: cela par quatre importantes catégories d'activité:

- La determination des objectifs.
- L'adaptation des stratégies conséquentes et l'établissement des prévisions.
- La mesure des résultats.
- La comparaison de ces résultats aux prévisions et la comparaison

[14] inspiré de H. Löning, Y. Pesqueux: « Le contrôle de gestion». Paris ,Dunod, 1998.

inter-établissement..

3 .La construction du système de contrôle de gestion:

Les dirigeants doivent adopter une démarche de contrôle de gestion à l'hôpital pour les points suivants:

Le système de contrôle de gestion apportera un nouveau souffle dans l'organisation hospitalière en introduisant des mécanismes performants afin de mieux dépenser des ressources de plus en plus rares.

Le système de contrôle de gestion hospitalier s'articule autour d'objectifs spécifiques tels que l'allocation optimale des ressources et non le dégagement d'un profit, il ne s'agit pas seulement de mettre en place un ensemble de techniques ou de recette qui font appel à la recherche opérationnelle, mais donner une nouvelle dimension à la manière de diriger ce type particulier d'organisation, en conférant à son pilotage un caractère moins intuitif et plus rationnel .

Le contrôle de gestion hospitalier devra s'intéresser à l'étude d'aspects suivants:

- Définir des centres de responsabilités dans la structure hospitalière.
- Maitriser et analyser les couts de l'établissement.
- Établir des plans stratégiques et opérationnels ainsi que des budgets.

A bien des égards, le contrôle de gestion hospitalier appelle à un compromis, celui de la santé dont la finalité est toujours mieux soigner, et celui du contrôle de gestion qui est toujours mieux dépenser, il brise un tabou suranné à savoir, que « la santé n'a pas de prix » et quelle appartient à un domaine indépendant et incontournable.

CONCLUSION

Pour conclure, l'hôpital est avant tout un producteur de services. Il assure une prise en charge globale des patients : soins physiques ou psychologiques, suivi social…Or, donc pour assurer le passage de l'administration à la gestion , poussant ainsi les hôpitaux à promouvoir

la performance par des outils de pilotage interne. Doit etre réealiser par l'adoption d'une vision du contrôle de gestion large et communicante

D'autre part, Le concept de contrôle de gestion a connu une évolution progressive, les modalités de ce contrôle s'adaptant à la complexité croissante des organisations. ,puisqu'il doit être conçu comme un mode de management centré sur la performance.

Donc on pourra se demander dans la suite de ce mémoire en quoi le contrôle de gestion évolutif peut être transposé à l'hôpital.

CHAPITRE II : LE CONTROLE DE GESTION AUX SEIN DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

CHAPITRE II : LE CONTROLE DE GESTION AUX SEIN DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

INTRODUCTION

Le contrôle de gestion est traditionnellement orienté vers le suivi d'objectifs de performance, sinon de rentabilité économique.

Ces objectifs ont pendant longtemps été écartés, voir contestés en ce qui concerne les services publics qui, au nom de leurs missions d'intérêt général, ne devraient pas se préoccuper de questions de rentabilité. Mais progressivement,les critères d'efficacité et d'efficience sont de plus en plus pris en compte dans les choix et l'évaluation des politiques publiques.

Pour cela, on va voir dans ce présent chapitre d'une part quelles seront les implications du contrôle de gestion sur l'organisation, que ce soit pour la configuration structurelle et ses procédures ou pour l'animation de celle-ci par le personnel, et d'autre part la contribution du contrôle de gestion à définir une politique de tarification appropriée pour ce qui concerne la détermination le coût du produit hospitalier.

SECTION 1:L'APPORT DU CONTROLE DE GESTION A L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

II.1.L’apport organisationnel du contrôle de gestion à l’établissement hospitalier :

Les objectifs du contrôle de gestion sont identiques pour toutes les organisations quelque soit leur secteur d’activité: aider, coordonner, suivre et contrôler les décisions de l’organisation pour qu’elle soit la plus efficace et la plus efficiente possible, pour atteindre cette finalité, le contrôle de gestion prévoit la mise en place d’un dispositif organisationnel qui consiste à définir une configuration structurelle la plus adéquate pour l’activité de l’organisation avec notamment:

- Un organigramme clair dans lequel apparait des centres de responsabilité avec des missions et des frontières claires.
- Des procédures de coordination et des circuits d’information.
- Des méthodes d’animation, de motivation et d’implication du personnel avec les délégations et les délimitations prévues du pouvoir.

Bref, tous les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire la préoccupation organisationnelle du contrôle de gestion.

Tout ce dispositif est inexistant dans l’organisation hospitalière, les outils qui y ont été mis en place pour dégager des statistiques, ont été fondés sur une représentation mécaniste du fonctionnement de l’hôpital, ils font l’impasse sur l’organisation à l’intérieur de l’hôpital, ils réduisent l’hôpital à un point sans épaisseur , une boite noire où les seules relations qui existent sont celles qui relient input et output en dehors de toute considération organisationnelle.

Un tel mode de pensée restreint le champ d’action à la périphérie des problèmes; l’hôpital comme toute organisation ne peut se réduire à un point comme le voudrait cette

analyse, à défaut, les outils en place fonctionneront à l'aveugle en contrôlant les ressources ou/et les résultats sans s'attacher à comprendre et modifier les causes profondes des dysfonctionnements de système.

L'ensemble de ces constats plaide pour l'introduction du contrôle de gestion dans nos hôpitaux pour une meilleure prise en compte du facteur « organisation » à l'hôpital, et comme le dit François Stender : la clef de la performance, du succès et de l'échec, de la crise et la sortie de crise, ne réside pas dans le capital ou le travail exclusivement, mais dans une variable cachée, le facteur d'efficacité X: l'organisation[15].

II .1.1. Le contrôle de gestion pour structurer l'organisation hospitalière :

Pour le contrôle de gestion, l'organisation hospitalière a besoin d'une structure claire pour combiner et coordonner ses activités afin d'atteindre ses objectifs.

La contribution du contrôle de gestion à ce niveau portera sur deux volets de sa structure:

- Volet statique, qui concerne d'un coté la décomposition et le découpage de l'activité hospitalière et d'autre coté les relations hiérarchiques et fonctionnelles.
- Volet dynamique qui intègre les procédures de fonctionnement et de communication.

A) l'organigramme, outil de contrôle de gestion hospitalier pour situer les responsabilités:

Le contrôle de gestion suppose d'abord l'existence d'une structure formelle définissant les contenus des taches confiées aux agents et organisant les délégations de moyens et pouvoirs, c'est à dire un organigramme pour situer les responsabilités de chacun[16].

---

[15] stendler François : « Le management hospitalier de demain : approche sociologique » La revue hospitalière de France, juillet 2000, p 42.

[16] Katir Elhassane « pour une stratégie financière à l'exportation » ,REMALD, n°36, janvier-février;2001,P 94.

La construction de cet outil de gestion se fit a partir d'une vision réelle de la structure, de l'hiérarchie, des processus décisionnels, des zones de pouvoir, mais aussi de la particularité de l'activité médicale qui a ses exigences organisationnelles propres, surtout que le champ du soin est structurellement segmenté à cause notamment de la complexité croissante du champ des connaissances et l'affirmation des logiques professionnelles qui poussent à la spécialisation par service et par métier.

Cette spécialisation peut être bénéfique pour le contrôle de gestion, elle permet au découpage analytique en centres de responsabilité de cohabiter avec une structure médicale définie à partir d'unité élémentaire qui est le service.

La spécialisation devient donc le résultat du double logique:

2. La logique technique et professionnelle qui assigne certains agents à un domaine technique pour affiner leur compétence et assujettit l'organisation en unités de soins à des exigences de recherches et de carrières[17].

3. Logique gestionnaire qui cherche à scinder l'organisation unités appelés « centres de responsabilité »

En instaurant ce découpage, le contrôle de gestion permet ainsi aux responsables des centres de recevoir une autorité déléguée pour engager des moyens humains, matériels et financiers dans la limite d'objectifs négociés avec l'hiérarchie, il incombe aussi contrôle de gestion de :

- Définir ces centres de responsabilité en évitant le chevauchement d'autorité ou les incohérences de rattachement hiérarchique.
- Servir de liaison et d'arbitrage entre les services.
- faire respecter les orientations de l'organisation hospitalière.

Il faut toute fois remarquer que le choix du type de centre est délicat et subjectif, ce

[17] rapport de l'institut de recherche et de planification « les métiers de la santé »,France,1999,p56.

choix dépend de plusieurs facteurs de contingences, en particulier:

- La nature de l'activité, le type de produit.
- La planification de l'activité dans l'organisation.
- Le type de pouvoir et le degré de délégation d'autorité et de responsabilité accordé: plus le pouvoir sera décentralisé et délégué, plus le nombre de centres sera important.

Il faut garder à l'esprit que la définition d'un centre de responsabilité ne renvoie qu'à sa mission principale ou dominante, et que selon l'horizon temporel, cette vision peut évoluer.

Ces centres de responsabilité dans un hôpital sont essentiellement des centres de coûts discrétionnaires dont les responsables ont le devoir de maitriser les coûts de fonctionnement, ou des centres de recettes chargés de recouvrir les paiement des patients[18].

L'organisation en centres de responsabilité tente de généraliser à l'intérieur de l'organisation hospitalière des relations clients/fournisseur; de manière à retrouver les avantages de souplesse et rapidité de réaction de la petite unité.

Ce type de structure, une fois en place dans l'hôpital, favorisera d'une part une pratique de contractualisation reposant sur une délégation de gestion aux centres de responsabilité de taille suffisante avec des marges de manœuvre importantes[19], les engagements des responsables de ses centres pris vis à vis de l'hiérarchie seront traduits en contrats de moyens et objectifs, permettant ainsi d'organiser les relations hiérarchiques entre les différents niveaux: tutelle, direction et service; et remédier au même temps au problème d'hiérarchies parallèles (administratifs, soignants, médecins) qu'en souffre l'hôpital.

---

[18] Wade El bachir: «contrôle de gestion et réforme hospitalière : cas du Sénégal » Revue africaine de gestion n 1,Avril 2003, p 26.

[19] Nobre Thierry, « l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public: massive par catalyse règlementaire ou spontanée par capillarité? » 13ème colloque politique et management public, Strasbourg,P5

D'autre part le plan des comptes peut être claqué sur cet organigramme en place, ce qui va faciliter le suivi des couts, puisqu'on y retrouve les grandes fonctions présentes dans l'organisation tel que la fonction gestion générale, la fonction clinique et la fonction support qui peuvent par la suite être décomposées en sous fonctions regroupant des « activités » qui constituent le troisième niveau de découpage[20] .

La définition de l'utilisation de cet organigramme doit être normalisée pour tous les hôpitaux qui peuvent adopter la liste des centres d'activités en fonction de leur taille, cette normalisation permettra une meilleur planification au niveau de tutelle et une comparaison entre hôpitaux pour ouvrir la voix à une pratique de benchmarking en vue de l'implantation d'une comptabilité analytique normalisée qui dégagera les vrais couts hospitaliers.

Il faut rappeler enfin que la mise en œuvre de cet organigramme peut être soumise çà de nombreuses critiques dont les plus importantes:

3. Chacun des centres de décision représenté dans l'organigramme par les trois catégories d'acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs, pourrait suivre des objectifs particuliers qui sont souvent contradictoires par rapport à ceux des autres centres, et on sait que les situations locales ne sont que les résultats des rapports existant entre ces centres de décisions, on peut résumer ceci par le tableau simplificateur suivant:

[20] Hagland Nathalie: « calcul des couts et contrôle budgétaire de l'hôpital: éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable » publication de l'institut d'administration des entreprises, U. Nantes, 1996, p 5.

Tableau 3: les objectifs des centres de décisions dans l'hôpital

Centre de décision	Objectifs propres de ce centre de décision	Objectifs particuliers quand aux malades
administration	Réduire les coûts	Confort hôtelier
médecin	Contrôle des flux maladies	Guérir des affections précises
paramédicaux	Professions en recherche de leur spécificité	Satisfaire les besoins généraux

Source: les métiers de la santé, rapport de l'institut de recherche et de planification, France

2. L'organisation en plusieurs territoires, délimité chacun par sa propre discipline médicale, multiple les déplacements des agents et des patients autour des différents plateaux techniques et rend plus difficile la concentration des différents spécialistes[21].

En fait les hôpitaux qui ont emprunté un modèle d'architecture comparable à cet organigramme souffre encore de manière assez nette d'un manque général d'organisation, il est fréquent dans ces établissements de santé de voir dénoncer la dispersion des efforts qui se manifeste par une mauvaise coordination entre les différents services, il est aussi fréquent d'entendre parler de contradiction dans certaines décisions faute de concertation entre plusieurs responsables.

Pour que cela ne soit pas le cas pour notre modèle qui parait rigide et favorisant le cloisonnement, il s'agit de compléter cette structure par des procédures transversales et des circuits d'information qui offriront plus de décloisonnement entre les fonctions et une coordination étroite entre les différents acteurs, surtout que l'évolution technique et

[21] Stendler François, op , Cit, p 48

socioculturelle impose plus de souplesse et de réactivité.

B) le dispositif de coordination, de communication, et d'animation de l'organisation hospitalière:

La gestion actuelle considère l'organisation de manière dynamique et beaucoup plus largement que la seule représentation de la division des taches visualisée par l'organigramme.

L'organisation ne réduit pas à l'organigramme, elle comprend également les procédures, les systèmes d'information et de gestion, les mécanismes de coordination ... En un mot, l'organisation a besoin de dispositif de communication asseoir sa cohérence, rien n'est plus inefficace bien sur, qu'une organisation figée, sclérosée et cloisonnée.

Le contrôle de gestion, en fixant des procédures de mesures, des démarches de résolution de problèmes et d'amélioration de processus, à travers notamment les procédures comptables et budgétaires, le reporting et les tableaux de bord, peut être considéré comme l'ensemble de routines garantissant la coordination, la communication voir la pérennité de l'organisation.

La concrétisation de nouvelles procédures comptables et budgétaires au sein de l'établissement hospitalier, agit sur le circuit et le traitement de l'information, ce qui va assurer une plus grande transparence des flux financiers et la production d'une information fiable; ces systèmes d'information seront adaptés aux priorités de l'établissement et ses propres finalités, ce qui faisait défaut aux systèmes d'information statistique dans les hôpitaux qui sont fortement orientés vers l'extérieur par les pressions réglementaires et administratives.

L'introduction de tels systèmes d'information donnera lieu certes à des réactions diverses et résistances dues essentiellement à des situations de monopoles de l'information, mais procurera également des avantages indéniables dont les principaux sont:

- L'amélioration de la qualité de l'information qui devient fiable et disponible pour toute l'équipe soignante de plus, son niveau de visibilité passe de l'unité à l'ensemble de l'hôpital.

- L'amélioration de la communication entre services, les partages de l'information sur le patient sera une base de communication entre services ce qui favorise par conséquent le décloisonnement entre unités, ce développement de la communication se traduit par des gains de productivité et une diminution des conflits entre services[22].

Ces procédures ne peuvent être exclusivement contraignantes, il s'agit donc de prévoir des procédures d'exécution mais aussi de négociation, elles portent à la fois sur le choix des moyens prévus, sur la sélection et le suivi des actions correctives et ajustements, et sur les indicateurs pour le pilotage de l'activité.

La procédure budgétaire comme système de pilotage à court terme, joue un rôle de coordination des différents centres de responsabilité puisque le réseau des budgets s'étend à tous les aspects de l'organisation et permet une consolidation des actions dans le budget général.

Mais piloter une organisation, suppose aussi qu'il existe des systèmes d'information vivants de type tableaux de bord qui apportent des données pertinentes permettant de prévenir, d'anticiper ou de réguler les dysfonctionnements: la démarche budgétaire traditionnelle ne permet lui seule de résoudre les problèmes de pilotage de l'activité hospitalière de plus en plus sous l'emprise de la complexité.

En fait, les évolutions de la pratique médicale actuelle engendrent des incidences de plus en plus négatives sur le mode de fonctionnement et la performance de l'hôpital, l'intensification technologique de l'activité médicale nécessite en effet une coopération

[22] Alvarez Fabienne « le contrôle de gestion en milieu hospitalier: une réponse à l'émergence de risques organisationnels » VIIIème conférence internationale de l'IAAER, octobre 1997, Paris, P 7

plus étroite entre les différents acteurs, le raccourcissement des délais de séjour entraine une forte évolution de la chaine de valeur de l'hôpital , un nombre plus important d'actes complexes étant réalisé dans des durées plus faibles, le manque de coordination entre les acteurs est d'autant plus lourd de conséquences[23].

Il parait donc nécessaire de compléter la procédure budgétaire par des tableaux de bord traduisant les processus effectifs afin d'accroitre l'efficacité du pilotage de l'hôpital.

La logique d'analyse et de pilotage de tableau de bord au sein de l'organisation hospitalière se différencie du calcul de l'utilisation local des ressources (l'analyse budgétaire par service) qui induit une logique séparative alors que les problèmes se développent aux interfaces, d'une part entre les différentes entités de l'hôpital (services médicaux et chirurgicaux, services médicaux techniques, services logistiques) et d'autre part entre les différentes catégories d'acteurs.

Le tableau de bord du pilotage constitue un support efficace pour créer une double transversalité, horizontale entre service, et verticale entre catégories d'acteurs, celle ci est indisponible pour comprendre la complexité du fonctionnement de l'hôpital qui entraine actuellement une faible visibilité des conséquences de comportement individuel ou collectif sur la performance globale de l'établissement.

Cette évolution vers la prééminence de l'objectif de pilotage des unités et des interfaces constitue un complément, voir dans certains cas un préalable aux procédures de contractualisation dans lesquelles doivent s'engager les unités des établissements hospitaliers.

De même, le reporting définit comme l'ensemble des procédures de circulation de l'information qui permettent de « remonter » les informations depuis les unités de base vers la direction, permet à travers les rapports ponctuels, les comptes et les ratios qu'il

---

[23] Nobre Thierry « quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital? » publication de l'institut d'administration des entreprises, université de Nantes,1998, p 9

produit de se rendre compte du fonctionnement de toute l'organisation, de faciliter la communication le long de l'hiérarchie et entre unités concernés par l'élaboration de l'information demandée, ce qui favorise le décloisonnement et la rapidité de circulation des informations.

Ces moyens seuls, s'ils ne s'intègrent pas dans une approche globale, ne permettent pas de remédier au cloisonnement hospitalier que remarque toute personne qui s'interroge sur l'hôpital.

En fait, ce cloisonnement a un lien avec les différents professionnels qui occupent l'établissement, ils ont partagé l'espace en territoires entre lesquels peu d'échanges s'effectuent, par exemple, l'espace administratif est peu connu voire inconnu de la plupart des agents, tandis que la qualité des prestations oblige à une vision globale et complète de l'organisation et impose une coopération étroite entre fonctions et services

De plus, de nos jours les soins nécessitent une complémentarité des hospitaliers de différents catégories et de différentes disciplines les équipes commencent à prendre en compte cette nécessité de transversalité, ils ont besoins de moyens pour maitriser et améliorer les processus de fonctionnement, le contrôle de gestion dans son approche transversale de l'organisation permet de suivre les activités tout au long des processus de fonctionnement, en produisant des indicateurs qui apparaissent dans des tableaux de bord de suivi de l'activité, mais le problème qui se pose au contrôle de gestion à ce niveau, c'est la difficulté de représenter l'activité, il n'existe pas de processus standardisé de production de soins qui prend en compte toutes les possibilités d'événements, en effet un malade qui entre à l'hôpital, en urgence ou en hospitalisation programmée, suivra un parcours spécifique en fonction d'un certain nombre de paramètres comme sa pathologie, la gravité de son cas, l'âge du patient, ses antécédents, les actes prévus(analyses, radios ..) et des complications éventuelles qu'il pourrait y avoir, on est donc réduit à raisonner sur des

probabilités d'occurrences en fonction de ces même paramètres, ce qui rend les tentatives de formalisation laborieuses[24].

En plus du trajectoire unique de chaque patient, les attributions de chacun des agents appartenant aux niveaux les plus bas de découpage des activités ne peuvent être définies précisément, les impacts pour le contrôle de gestion sont importants: les outils mis en place doivent donc être non seulement cohérents avec le contexte mais aussi pertinents par rapport à l'utilisation que l'on veut en faire.

Alors l'élaboration des tableaux de bord de pilotage va se baser sur la représentation des processus transversaux pour maitriser la coordination interne, ils n'auront pas pour objectif, au moins dans un premier temps le suivi couts que va s'en occuper le découpage proposé par la comptabilité analytique.

La mise en place de ces systèmes d'information prévisionnels (budgets) et réel (tableaux de bord, reporting) facilitera le processus de prise de décision et permet à l'organisation hospitalière d'être réactive par rapport à son environnement qui est marqué par plusieurs facteurs d'évolution:

- Une exigence pressente de réduire les couts hospitaliers.
- La pression des patients dont les nouvelles revendications portent plus fortement sur la qualité, la transparence et la mise à disposition d'indicateurs de résultats.
- Les pressions des professionnels pour améliorer les conditions de travail.

Ces facteurs semblent pris en considération par les outils de contrôle de gestion qu'on a abordé, notamment les tableaux de bord de pilotage qui s'articulent sur les processus de prise en charge du patient, et adoptent une approche transversale et une interdisciplinarité qui favorise la coordination et la communication, conditions essentielles

[24] Alvarez Fabienne, op, cit , P 5

de la bonne marche de l'organisation hospitalière, quant aux procédures budgétaires et comptables, ils permettent une meilleure visibilité des coûts engagés et les prévisions des activités prévues dans le futur.

II.1.2.L'impact du contrôle de gestion sur personnel hospitalier :

Outre la pertinence du modèle organisationnel cible, le succès de l'organisation hospitalière repose en grande partie sur le facteur humain : mobilisation de personnel, moral de personnel; rendement de personnel et développement de personnel, sont tant d'éléments qui conditionnent la performance de cette organisation.

Dans cette perspective, le contrôle de gestion ne doit pas être seulement un outil de gestion, mais aussi un outil social d'animation et de coordination des membres de l'organisation.

A) le contrôle de gestion outil de stimulation du comportement de personnel hospitalier :

Le contrôle de gestion dans l'approche des relations humaines est un moyen pour stimuler les acteurs de l'organisation ; il peut être un outil de contrôle des individus mais aussi un instrument de motivation et de participation[25].

L'organisation hospitalière qui réunit des acteurs aux compétences et aux objectifs différents, lieu de pouvoirs rivaux et de coalitions, ne peut se passer d'un moyen aussi efficace que le contrôle de gestion qui aide à régler le comportement des acteurs, à améliorer la communication au sein de l'organisation, à faciliter et gérer les procédures de travail.

Pourtant, le contrôle de gestion en milieu hospitalier est un art difficile, qu'il s'agisse de représenter l'activité hospitalière comme on a vu ou encore générer l'adhésion de personnel aux objectifs communs.

---

[25] Sépari Sabrine et Alazard claude « contrôle de gestion » collection expert sup; DECF,édition Dunod, 1998 , p 58.

En effet, dans l'organisation hospitalière, les mécanismes relationnels qui se construisent entre groupes de travail sont source de défaillance pour l'organisation, cela se manifeste clairement dans une insuffisance de coordination horizontale et verticale[26].

L'insuffisance de coordination horizontale est due à l'éclatement de l'organisation en unités appartenant à trois grandes catégories:

- Les services médico-techniques (bloc opératoire, laboratoire, radiologie, pharmacie)
- Les différents services médicaux et chirurgicaux.
- L'administration des services logistiques (restauration, ateliers ...)

C'est surtout l'insuffisance d'articulation entre les activités successives d'un même processus exercées au sein d'unités différentes qui provoque ces perturbations, par exemple si à l'arrivée d'un patient du bloc opératoire dans un service de chirurgie les procédures postopératoires n'ont pas été respectées, le personnel soignant ne sait pas quels soins doivent être donnés, dans ce cas, cela nécessite un ensemble d'actes régulateurs fortement consommateurs de ressources, tout en créant un risque aux conséquences potentiellement très lourdes.

2. L'insuffisance de coordination verticale: la coexistence de logiques d'acteurs fortement différenciées au sein d'une même unité et a fortiori dans des unités différentes provoque également des ruptures dans le développement des processus.

Par ailleurs, les systèmes d'information mis en place par le contrôle de gestion dans l'hôpital ne sont pas toujours bien acceptés, il est donc illusoire d'essayer de motiver les médecins et les autres acteurs dans cet établissement en les forçant à une convergence contraignante vers un but commun, d'autres méthodes sont à la disposition du contrôle de gestion pour favoriser la coopération et l'adhésion aux objectifs de l'organisation:

---

[26] Idem,p 62.

1. Développer l'autonomie et la responsabilisation, la contractualisation interne:

La volonté de développement des pratiques contractuelles part de l'idée que le meilleur moyen de se coordonner c'est finalement de pousser les acteurs à expliciter, le plus possible, les engagements et le déroulement attendu de leurs activités; le contrat dans ce contexte est à envisager comme l'initialisation d'un processus dans lequel l'explication et le suivi collectif de ces points de repères incitent à structurer des argumentaires, et à révéler des difficultés en obligeant, en même temps, à rechercher collectivement les moyens de les résoudre[27], cette approche par les contrats permet également de réduire les asymétries d'information et d'offrir des assurances contre l'incertitude; par ailleurs, le financement de projet d'activités nouvelles peut constituer une récompense dont le rôle incitatif remplacerait celui lié à la rémunération, la sanction peut être envisagée à travers l'effet négatif sur la réputation, il s'agit donc de passer d'une logique d'obéissance à une logique de responsabilisation, là encore les moyens à mettre en œuvre ne sont pas matériels, mais de l'ordre d'une culture à insulfer dans le monde hospitalier pour lier une des valeurs fondatrices de l'hôpital, l'harmonisme, avec l'une des valeurs de notre temps, la performance.

2. Valoriser les compétences et les pratiques professionnelles:

Il faut reconnaitre aux acteurs de l'organisation leur identité, c'est à dire, valoriser pleinement les compétences, les pratiques et les modes de fonctionnement liés à la dimension professionnelle, il faut reconnaitre le pouvoir de chacun et lui donner des modes d'expression, car dans un contexte sociologique où la dimension professionnelle prime, le contrôle de gestion n'a pas de pertinence que s'il s'ancre pleinement dans cette réalité sociologique, ceci implique de placer les pratiques professionnelles des acteurs au cœur du dispositif, de les relier à la génération des coûts en même temps qu'a la valeur stratégique

[27] Alvarez Fabienne, op, cit, P13.

produite pour l'utilisateur dans le cadre d'une allocation de ressources donnée, le contrôle de gestion peut alors devenir un dispositif d'accompagnement des pratiques d'acteurs.

Il faut toutefois rappeler que le succès de l'introduction du contrôle de gestion dans l'hôpital, repose très largement sur les pratiques organisationnelles préalables à l'implantation du système et que la capitalisation du savoir-faire de l'équipe permet seule d'amorcer une démarche de qualité totale, fortement recommandée par le processus d'accréditation des hôpitaux.

3.Former et informer :

Le décalage qui existe entre les attentes de comportement gestionnaire de la part des médecins et leurs compétences en la matière conduit dans de nombreux cas à un rejet des outils de gestion et à un refus de les utiliser; il faut donc tenir compte du préalable psychologique qui repose sur trois mots clés: conviction, information, formation.

L'information dans l'hôpital doit circuler à visage ouvert, la mise en place du système de contrôle de gestion n'est pas une opération clandestine, cette action débouche tout naturellement sur une véritable pédagogie de gestion qui permet d'établir des passerelles entre les différentes unités fonctionnelles, de faire disparaitre des cloisonnements, de créer un état d'esprit ....

Quant à la formation, elle doit permettre de rendre l'information compréhensible pour ceux qui en sont destinataires, son rôle ne s'arrête pas là, elle est aussi pour les médecins l'occasion de percevoir des liens transversaux avec les autres composantes de l'hôpital qu'il s'agisse des diverses catégories de personnel ou de multiples disciplines, de ce fait, l'individu est amené à regarder les outils de gestion essentiellement comme des supports d'apprentissage et moins comme des outils de conformément des comportements.

Il convient donc de former aux outils de contrôle de gestion, mais aussi par les outils qui doivent dés lors être élaborés avec beaucoup de précision, ils peuvent en effet

permettre aux responsables de s'auto-évaluer et de suivre l'évaluation de leur activité; le contrôle de gestion se doit d'être dans cette perspective extrêmement pédagogique, il doit s'efforcer de développer des moyens de communiquer avec les acteurs (leur être compréhensible) et des moyens permettant aux acteurs de communiquer entre eux.

4. Communiquer:

La question de la communication à l'hôpital sous ses divers registres et niveaux est un enjeux central pour l'évolution de l'hôpital vers de nouveaux modèles d'organisation; la communication dans ses dimensions formelles et informelles constitue le fondement de la coopération, elle apparait donc comme une réalité à deux faces, l'une purement informationnelle, celle par laquelle on fait des transmissions, l'autre essentiellement relationnelle: on communique avec les malades, on a de bonnes relations ou de mauvaises avec ses collègues; la communication ne se réduit pas à la seule transmission d'information et à l'échange de données, c'est avant tout la rencontre de personnes autour d'un sujet sur lequel chacun doit pouvoir s'exprimer.

Aussi la communication informelle est nécessaire et cohérente avec une culture soignante qui fonctionne plutôt sur le mode de transmission orle, elle s'inscrit dans le cadre du réseau informel de relation que toute organisation développe parallèlement au système formel[28].

Communiquer permet aussi à la fois de faire passer une information et d'en recueillir, cela évite les non-dits et permet dans une certaine mesure d'expliciter les problèmes et aider à les résoudre, c'est un facteur favorable à l'adhésion des acteurs aux objectifs de l'organisation.

Les systèmes d'information du contrôle de gestion aident à améliorer le dialogue et la communication entre les acteurs de l'organisation hospitalière, ils permettent

[28] Alvarez Fabienne, op cit , P 15.

d'influencer les comportements afin d'être plus proches de la réalité hospitalière qui exige plus de communication dans un contexte de complexité et d'incertitude.

5. Motiver et impliquer les acteurs par le recours à la gestion budgétaire:

Du fait de son articulation, phase de prévision suivie d'une phase de contrôle, la gestion budgétaire joue un rôle de motivation des individus puisque ce type de gestion s'appuie une décentralisation du pouvoir et sur la confiance accordée aux dirigeants des centres de responsabilité, toutefois cette motivation dépend de certaines conditions que le contrôleur de gestion doit prévoir, à savoir:

- La clarté et l'acceptation de la procédure budgétaire jugée adaptée aux objectifs et aux besoins des centres de responsabilités.
- La participation des utilisateurs de budget à son élaboration dés le début du processus, ils doivent se sentir impliqués et utiles pour sa mise en place et son fonctionnement.
- L'instauration des démarches pour l'auto -contrôle et l'auto- observation pour que le responsable vérifie lui même ses actions juste après leurs exécution, l'informatique apporte de nombreuses possibilités à ce niveau.
- La conception d'outils pour faciliter l'auto- correction qui permet aux responsables de mesurer les résultats et de mettre en place des actions pour les rétroactions nécessaires.

B- Le pouvoir dans l'hôpital entre décentralisation et centralisation:

La décentralisation de pouvoir par l'instauration des centres de responsabilités peut introduire des risques d'éclatement des décisions, ce risque de balkanisation[29] est le plus souvent avancé par les détracteurs de cette approche moderne du contrôle de gestion hospitalier; en plus, les directeurs d'hôpitaux se doutent aussi un retrait des responsables

[29] Stendler François, op, cit , P3.

sur leurs services ou centres de responsabilités.

La direction de l'hôpital peut répondre à ce risque par la maitrise absolue de la stratégie d'ensemble au moyen des tableaux de bord de pilotage, par la centralisation des investissements et par la centralisation des unités fournisseurs de services pour les unités de soins.

La dernière mesure permet aussi d'organiser rationnellement le travail, ce qui aura des effets bénéfiques non seulement sur la maitrise des processus, mais aussi sur le coût et sur la qualité des prestations offertes, en effet, le processus de centralisation des fonctions dans une organisation à pour objet de faire exécuter par une même cellule une fonction qui été auparavant disséminée en de multiples lieux de cette organisation.

Ce processus répond à un double objectif fortement emprunté de la rationalité économique:

- Offrir à des demandes de pointes décalées dans le temps un équipement unique, de dimensionnement inferieur à ce qu'il faudrait si ces demandes étaient satisfaisantes séparément.
- Rationaliser l'exécution de ces fonctions, en étant rassemblées, ces fonctions peuvent confiées à des spécialistes.

Les unités fournissent des services aux unités de soins qui peuvent être centralisées sont de nature très divers surtouts avec l'introduction de l'informatique, ont peut citer par exemple:

- Les services centraux d'archives médicales qui peuvent étendre au domaine médical ce qui existe déjà pour les archives administratives, cela permet de couper les barrières entre les services, de renforcer la coopération entre praticiens médicaux en supprimant tout droit de propriété personnelle sur l'information et d'inciter à la création du collectif des intervenants au processus de soin.

- Les systèmes centraux de rendez-vous et de placement des malades[30]: avec un souci d'efficacité, ces systèmes cherchent à coordonner les consultations et à placer les malades dans les services, ils permettent d'éviter les pertes de temps pour les malades, et les hospitalisations inutiles.

II .2.Le contrôle de gestion pour une pratique de planification au sein des hôpitaux :

Les outils du contrôle de gestion sont diversifiés et couvrent tout à la fois la prévision de future que l'analyse du passé.

Les outils utilisés pour planifier les prévisions sont:

1. Un plan stratégique pour le long terme qui énonce les objectifs de l'organisation.

2. Un plan opérationnel pour le moyen terme qui inclut des comptes prévisionnels à moins de trois ans.

3. Des budgets qui couvrent toutes les activités de l'organisation pour le court terme.

Tous ces outils se situent dans une démarche globale de planification initiée par le contrôle de gestion en vue d'aider au pilotage permanent de l'organisation.

L'établissement hospitalier, comme toute autre organisation, ne peut se passer d'une démarche de planification, seule assurance de sa pérennité pour se faire, la contribution du contrôle de gestion à ce niveau est indispensable.

II.2.1.La planification stratégique et opérationnelle dans l'organisation hospitalière :

Un établissement hospitalier est confronté, entre autres, à deux niveaux de problèmes, définir des objectifs stratégiques et établir des plans opérationnels pour les

[30] les métiers de la santé, op, cit, p52.

atteindre[31], il doit choisir des objectifs qui s'insèrent dans les orientations stratégiques des tutelles et établir des plans opérationnels qui prévoient les ressources financière

A- La préoccupation stratégique du contrôle de gestion hospitalier:

La préoccupation stratégique consiste à élaborer un dessin, une raison d'être à l'hôpital[32], dans les entreprises du secteur marchand concurrentiel, le corps de la stratégie s'impose de lui-même: rentabilité et croissance, des considérations plus qualitatives et plus « nobles » viennent l'agrémenter: satisfactions des clients, satisfaction du personnel, contribution au progrès technologique, respect de l'environnement ... Se prévalant ainsi de « l'entreprise citoyenne », les résultats économiques et les décisions des actionnaires sont des « juges de paix » qui facilitent les révisions stratégiques.

Dans les services hospitaliers, et en particulier dans le secteur public, l'exercice de la stratégie est à la fois plus simple et plus complexe, plus simple parce que sa vocation sociale et médicale ne le soumet pas à la contrainte des profits financiers, plus complexes, car la mesure des résultats est soumise à des critères pluridimensionnels.

La stratégie d'un établissement de santé peut être très variable, néanmoins, elle doit répondre à trois finalités[33]:

- Répondre aux besoins de santé tels qu'ils s'expriment dans le cadre du territoire de santé auquel il appartient conformément aux orientations nationales
- Assurer la qualité de son activité dans le cadre notamment de meilleure prise en charge possible du patient.
- Optimiser son efficience économique et organisationnelle.

Le plan stratégique de l'hôpital, quand à lui , reprend les points clés de la stratégie

[31] nobre Thierry, op, cit, p 3.
[32] Gonnet F, op, cit, p 119
[33] Gagnard Anne: « pilotage des établissements de la santé » publication du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, Juillet, 2005, P 5.

intégrés dans une approche économique et rationnelle de l'organisation hospitalière[34] :

- Améliorer l'état de santé de la population et réduire les couts de la santé publique pour la collectivité par l'utilisation des structures les plus adéquates.
- Accroitre l'activité marginale de l'hôpital en préservant l'accessibilité aux soins pour tous.
- Limiter les coûts que doivent supporter les patients à des seuils acceptables pour la société.
- Respecter les normes de qualité.
- Optimiser les ressources financières et humaines disponibles.

Le plan stratégique retrace les différentes étapes souhaitées du devenir de l'établissement hospitalier pour les cinq à sept ans à venir.

Ayant été élaborer à la suite d'une étude précise de l'organisation et de son environnement, le plan stratégique de l'hôpital intègre les notions de « souhaitable » et de « possible » dans un ensemble cohérent et réaliste, sous cet aspect, il se différencie complètement de la prospective qui imagine le future et dont l'horizon et beaucoup plus lointain.

Le plan stratégique permet à l'établissement hospitalier de se développer et de réagir aux évolutions de l'environnement pour s'intégrer dans le contexte stratégique actuel qui lui impose d'atteindre simultanément plusieurs objectifs pas toujours convergents:

- Une qualité de soins élevée et un coûts minimum doivent coexister.
- La productivité et la flexibilité sont recherchées conjointement.
- Un temps de réaction plus court.

La direction de l'établissement hospitalier a donc besoin d'indicateurs sur tous ces

[34] Baelen Michel: « Le management stratégique dans le secteur hospitalier » revue Gestion hospitalières, Février 1996, P 109.

paramètres quantitatifs et qualitatifs, pour opérer des arbitrages et obtenir des solutions pertinentes.

Dans le contexte, le contrôleur de gestion apparait comme « l'éclaireur vigilant » et le responsable de la meilleure adéquation des moyens et procédures de traitement de l'information aux besoins des stratèges, ces moyens et procédures doivent permettre d'anticiper les évolutions et les événements, pour dés aujourd'hui, agir dans le présent en préparant l'avenir, c'est le rôle qui donne dus sens à l'action et qui définit des objectifs sur comment agir, exemple: prévoir l'évolution des pathologies ou l'émergence de pathologies nouvelles, si l'obésité par exemple et ses conséquences, est une pathologie en voie d'évolution, il est utile dans un hôpital de penser dés aujourd'hui à une structure d'accueil de ses « clients » d'avenir: infrastructure adéquate, formation de personnel spécialiste, nutrition, hygiènes[35] ...

Le contrôle de gestion, à travers les informations qu'il met en circulation dans toute l'organisation hospitalière, permet de mettre en commun la réflexion entre les partenaires: médecins, soignants, et administrateurs, pour avoir une vision claire et pouvoir définir une stratégie, il permet également de réfléchir en termes de risques et d'opportunités, de faire des choix, de prendre des décisions, de les communiquer et de suivre leur application, de les évaluer et les réévaluer si besoin est.

Faire partager une vision et expliquer les objectifs en termes de résultats à atteindre, est l'une des priorités majeures du contrôle de gestion: une mauvaise information, une communication trop simpliste ou trop compliquée génère le plus souvent un sentiment « d 'abus de pouvoir »: « hier, il faillit faire comme ça aujourd'hui, on nous impose de faire le contraire » ou « il a encore changé d'avis[36] »; cette perception d'être soumis à des abus de pouvoir provoque démotivation, freinage, contre- performance

[35] Gonnet F , op, cit, P 122.
[36] idem, p 123.

Le pouvoir de communiquer juste est source de performance de l'organisation hospitalière: le personnel a besoin de donner du sens à son action quotidienne et d'en comprendre la finalité, quelque soit son niveau de responsabilité, combien de fois entend on encore dans les services:

- Il ne sait pas expliquer.
- Quand il dit quelque chose, ou se demande s'il sait lui-même pourquoi il le dit, et pourtant il faut appliquer.

L'apport du contrôle de gestion à ce niveau est évident:

- Orienter les actions et comportement d'acteurs autonomes.
- Modéliser les relations entre ressources et finalités.
- Interconnecter la stratégie et le quotidien.

Le contrôle de gestion met à la disposition de 'établissement hospitalier des moyens de pilotage tel que les tableaux de bord, pour atteindre les objectifs de performance qu'il s'est fixés à partir de sa stratégie, ces tableaux de bord ne comportent non seulement un axe financier, mais intègrent aussi des indicateurs plus diversifiés, quantitatifs, qualitatifs et physiques, relatifs à d'autres axes d'analyse: axe « client », axe processus, axe personnel ...; la dimension « client » par exemple transposée dans l'univers de l'hôpital, il s'agit d'une dimension patient, une politique centrée sur le patient notamment en termes de droits et de qualité, impose au tableaux de bord de tenir compte de ces objectifs pour intégrer l'ensemble des paramètres permettant de mesurer la performance d'une unité ou d'un service[37].

Le tableau de bord de l'hôpital est un outil dont l'objectif n'est pas uniquement de recenser des variables rendant compte des résultats de l'organisation, mais de traduire les évolutions des caractéristiques internes à l'origine de la performance de l'hôpital, cela

[37] Nobre Thierry, op, cit , P 3.

permet aux responsables d'anticiper la prise de décisions sans attendre le feedback des réactions de l'environnement.

Seuls des tableaux de bord de ce type, qui mettent en perspective objectifs stratégiques, leviers d'actions et résultats, permettront réellement de gérer globalement la performance à l'hôpital[38], à cet égard, il est utile de rappeler que le tableau de bord de pilotage permet d'alerter, d'anticiper les évolutions de l'environnement, et corriger par conséquent les orientations de l'hôpital pour que le plan stratégique ne soit pas dépassé et ses objectifs obsolètes[39].

Dans ce sens, le contrôle de gestion hospitalier, à travers ses systèmes d'information qu'il développe pour préparer, coordonner et contrôler l'activité de production hospitalière, intègre des données sur l'environnement et sur l'organisation hospitalière elle- même dans la prise de décision stratégique: attentes des médecins, perceptions des patients de la qualité de service, données épidémiologiques, innovations technologiques et leurs efficacités relatives...

Ce dernier point est capital compte tenu de l'accélération du progrès technologique dans le secteur hospitalier les innovations technologiques accélèrent l'obsolescence des produits et provoquent une remise en cause rapide des métiers.

Ceci dit, il ne suffit pas d'attribuer les évolutions de l'environnement hospitalier à des forces extérieures: épidémiologies, technologies, gouvernement... Mais d'établir un diagnostic et de procéder à la mise en œuvre d'un projet d'établissement adapté pour l'hôpital, une telle approche est orientée sur l'action plutôt que sur l'explication de la réalité, elle permet à l'hôpital d'avoir une action sur certaines variables qui ne sont pas encore commandées de l'extérieur et de développer des projets originaux.

---

[38] Anhoury Pierre et cointement Stéphane « le contrôle de gestion: d'une logique budgétaire à la gestion des performances » gestion hospitalières, juin/ juillet 1998, p 402 à 404.

[39] Marin Philippe; Gélis Christian, Maudens Frédérique « Hôpital public: à l'aube d'une nouvelle gestion » Gestions hospitalières, octobre ,n° 359, 1996, p 598.

La mise au point par le contrôle de gestion de méthodes approfondies d'analyse de l'environnement permettent à l'hôpital de restaurer ses potentiels actuels et le préparent à affronter des situations nouvelles quelque soient les évolutions futures de l'environnement.

B- Le plan opérationnel, traduction concrète des orientations stratégiques de l'hôpital :

Le plan opérationnel représente sur un horizon de deux à trois ans les modalités pratiques de mise en œuvre de la stratégie, c'est une programmation qui s'articule sur:

- Une planification des actions.
- Une définition des actions .
- Une définition des responsabilités.
- Une allocation de moyens financiers, humains et techniques.

Élaboré par le contrôleur de gestion en accord avec la direction de l'hôpital et sur proposition des centres de responsabilité professionnels et administratifs, le plan opérationnel de l'établissement hospitalier conduit à envisager le futur proche de l'organisation sous ses différents aspects, c'est pourquoi il se subdivise plusieurs plans partiels:

- Plan d'investissement.
- Plan de financement.
- Plan de ressources humaines.

Pour orienter les actions futures dans les plans opérationnels prévisionnels, le contrôleur de gestion conçoit des outils et des démarches qu'il met à la disposition des chefs de services pour effectuer un suivi opérationnel à court terme de la production hospitalière en vue de déterminer des écarts par rapport aux objectifs fixés qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, dés lors les chefs de services peuvent prévoir et organiser les actions et les ressources allouées pour diriger les activités de leurs centres de

responsabilité, et demander des réajustements par rapport aux premières prévisions qu'ils ont fait.

Le contrôleur de gestion aide aussi les chefs des centres de responsabilité pour élaborer leurs plans d'actions avec plus de précision notamment au niveau du timing d'exécution et aspect faisabilité des choix d'actions à mener , pour se faire, le contrôleur de gestion effectue des simulations synthétisées dans des plans qui prennent en compte les différents besoins exprimés par les services en s'appuyant sur des études épidémiologiques, démographiques et surtout socio-économiques.

De même, le contrôleur de gestion hospitalier identifie les priorités en collaboration avec les chefs des centres de responsabilités pour respecter l'application du plan stratégique de l'établissement.

Cette approche de planification qui favorise l'adhésion des professionnels, médecins et soignants, à des projets qu'ils ont contribué à définir permet de leur confier la réalisation d'objectifs négociés dans le cadre d'une délégation du pouvoir de décision, cette adhésion permet d'établir des plans opérationnels qui prennent en considération les aspects de la production hospitalière et les facteurs d'adaptation de l'hôpital aux besoins des patients, aussi l'implication des centres opérationnels dans la procédure de la planification opérationnelle permet de traiter rapidement les conflits entre départements, que ça soit pour identifier les priorités de l'établissement ou financer les programmes de formation ou encore le financement des projets de recherches...

En conclusion de cette section, on propose un des cheminements possibles pour la mise en place d'un processus d'analyse et de fixation de plan stratégique et opérationnel:

2. Composition du sommet stratégique (cinq professionnels, le directeur d'établissement et un contrôleur de gestion maitrisant les indicateurs quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les méthodes d'analyse de gestion): la formalisation des finalités

de l'hôpital est une des responsabilités de ce sommet stratégique.

3. Composition d'équipes de projet par grands départements qui a pour responsabilité:

- L'identification des variables socio-économiques par pathologie.
- La mise en évidence des menaces et opportunités (données épidémiologiques contraintes réglementaires et financières).
- La mesure de phénomènes de carence par pathologie.
- La veille technologique et pharmaceutique.
- La détermination des activités à développer ou à abandonner.
- La détermination des attributs de services à développer par segment d'activités via une analyse multicritères

3. Consolidation de ces analyses par le sommet stratégique afin de les valider par rapport aux finalités de l'hôpital et de s'assurer de la complémentarité entre les projets des différents secteurs.

4. Formalisation des buts à 5 ans et identification des ressources et compétences nécessaires pour réduire les écarts stratégiques mis en évidences.

5. Planification opérationnelle:

- Définition des plans détaillés.
- Analyse de la rentabilité financière.
- Négociation avec tutelles pour les projets d'innovation.
- Élaboration des budgets d'investissement (d'innovation technique, d'amélioration des processus de développement des potentiels humains...)

6. pilotage des plans d'actions par les équipes de projets des différents secteurs et supervision de projets par le sommet stratégique (utilisation d'outils qualitatifs et quantitatifs d'évaluation des projets).

II.2.2. La vision du contrôle de gestion hospitalier par la gestion budgétaire :

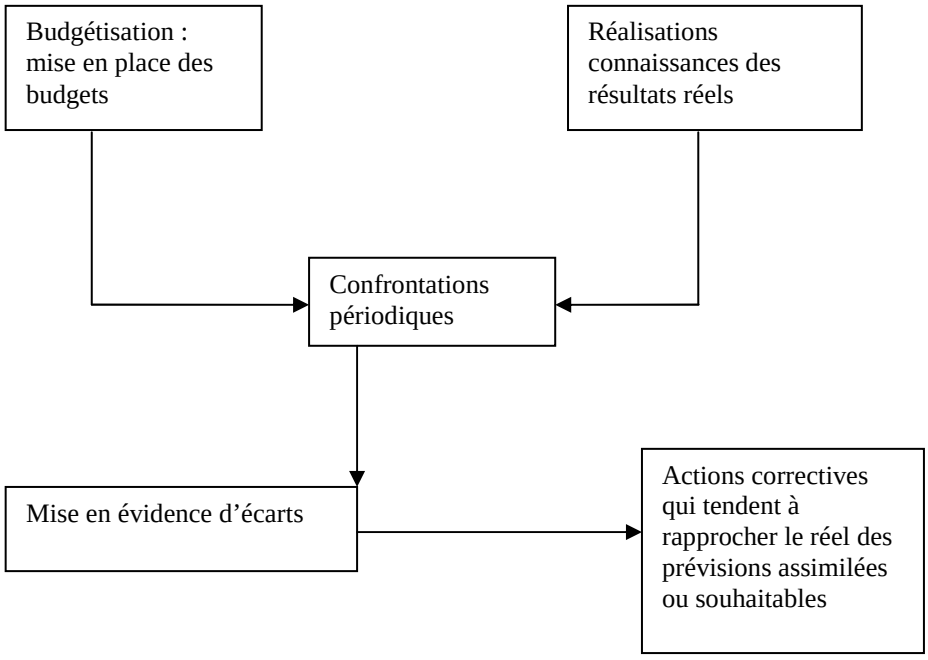
La dernière étape de la planification est celle des prévisions à moins d'un an formalisées dans les budgets, objet de présent point.

A- peut-on dire que la gestion budgétaire est un besoin vital pour l'hôpital ?

La gestion budgétaire est un mode de gestion consistant à traduire en pratique les décisions prises par la direction avec participation des responsables opérationnels.

Ce mode de gestion à court terme englobe tous les aspects de l'activité hospitalière dans un ensemble cohérent de prévision, il retrace les prévisions de recettes et les autorisations de dépenses de l'établissement hospitalier au titre d'un exercice donné, périodiquement, les réalisations doivent être confrontées aux prévisions et permettent la mise en évidence d'écarts qui entrainent des actions correctives.

En effet, la gestion budgétaire s'appuie sur un mode de pilotage de type boucle fermée avec rétroaction, à savoir



Source : Sépari, S,Alazard ,C,contrôle gestion.

Sous cette forme, la gestion budgétaire doit être envisagée comme un système d'aide à la décision, mais c'est aussi et surtout un système de pilotage qui doit être intégré dans un cadre plus global qui indiquerait la direction à suivre les moyens d'y parvenir, dans ce sens le budget doit être l'expression quantitative d'un plan d'action, il doit être l'aboutissement d'une série de décisions résultant d'une étude approfondie de l'avenir pour faciliter la coordination et la mise en application du plan opérationnel, il détermine les moyens qui permettent à l'hôpital de remplir la mission de service public qui lui est confiée.

Dans l'état actuel des choses, les moyens financiers sont octroyés aux hôpitaux selon les prévisions d'activité:

- Nombre de journées d'hospitalisation.
- Taux d'occupation moyen.
- Les consultations externes.
- Les entrées directes et indirectes.

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

Cette manière de répartir les ressources est dangereuse dans la mesure où l'on sanctionne les formations hospitalières et les services les plus performants et où l'on encourage les médiocres.

En pratique, dans nos hôpitaux le budget est élaboré en fonction de la subvention allouée, les propositions des utilisateurs sont ensuite ramenées selon cette subvention, ce qui frustre en quelque sorte ces derniers et les amènent à refuser les contraintes budgétaires.

Toutefois, la procédure budgétaire quand elle est optimisée et intégrée dans un cadre plus globale de planification pourrait avoir plusieurs avantages dont:

- Obliger la direction à planifier.
- Fournir des previsions définies.
- Jouer un rôle de simulation rendu possible par l'informatisation des procédures d'élaboration des budgets.
- Faciliter la communication et coordination entre les différents secteurs d'activités puisque le réseau des budgets s'étend à tous les aspects de l'organisation hospitalière.

Ce dernier avantage est particulièrement important, car la coordination permet de réunir et d'équilibrer tous les facteurs de prestation de service ainsi que tous les secteurs de manière à atteindre les objectifs des services et subordonner les intérêts de ceux-ci aux intérêts globaux de l'organisation.

Le succès du budget et de la gestion budgétaire dépend de son appropriation par tous les membres de l'organisation, il ne doit pas être considéré comme une contrainte, c'est un moyen positif de promouvoir la performance, l'efficacité et l'efficience, il permet d'établir des normes de rendement, de mesurer les résultats et d'aider à atteindre les objectifs de l'organisation.

La gestion budgétaire dépasse largement le cadre des budgets et constitue en soi un mode de gestion qui autorise une application des responsables et une prise en compte dynamique de la dimension humaine qu'implique tout mode de pilotage[40].

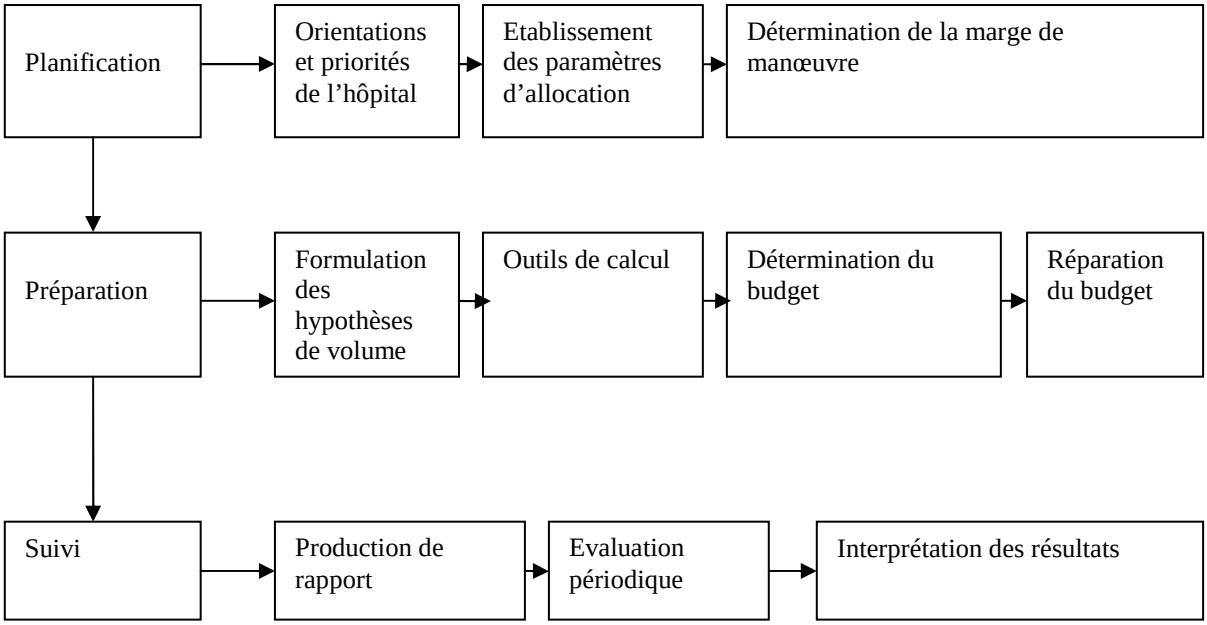
B- la procédure budgétaire dans l'organisation hospitalière :

Lorsqu'on parle de gestion budgétaire, on ne parle pas de comptabilité budgétaire mais bien de processus interne à l'hôpital qui permettra d'établir le plan identifiant les

[40] idem, p172.

volumes d'activités, les ressources et les dépenses requises pour assurer sa mission.

Tableau 4 : procédure budgétaire dans l'hôpital



Comme le démontre ce tableau on a réparti les diverses étapes de la procédure selon les trois rubriques suivantes:

1. La planification.
2. La préparation.
3. Le suivi.

Quoique les fonctions de la planification et la préparation peuvent chevaucher, on a tenu à présenter de façon distincte afin de départager la période de planification de façon proprement dite de la phase de détermination du budget.

Quant à la phase de suivi, elle a comme objectif d'analyser périodiquement et de façon rigoureuse les résultats obtenus en regard des prévisions et d'apporter les mesures correctives afin de maintenir ou de préserver l'équilibre budgétaire.

Les lignes qui suivent présentent sommairement, chacune des fonctions identifiées

dans le tableau.

1- Planification :

- **Orientations et priorités de l'hôpital:**

dans le cadre de cette fonction, il est préalablement nécessaire de prendre connaissance des orientations et priorités privilégiées par les instances nationales et provinciales, la direction devra également prendre en compte l'évolution des besoins de la population de son territoire de desserte et des niveaux de services requis pour satisfaire ces besoins; en collaboration avec le contrôleur de gestion, les orientations retenues pour une année devraient découler de la planification opérationnelle et stratégique de l'hôpital.

- **Établissement des paramètres d'allocation:**

les paramètres d'allocation établis par le contrôleur de gestion en accord avec les chefs des centres de responsabilité, permettent d'établir la façon dont les budgets spécifiques de chaque service seront allouées en prenant en compte des éléments tels que:

- Les nouveaux développements de services ou d'activités.
- La considération de certains services déjà existants.
- L'établissement de cible productivité à atteindre.
- La nature de servie, sa capacités etc. ...

- **Détermination de la marge de manœuvre:**

étant donné qu'il est impossible de tout prévoir, il est essentiel que les responsables puissent disposer d'une marge de manœuvre afin d'apporter certains ajustements en cœur d'année.

2- Préparation:

- **Formulation des hypothèses de volumes d'activités:**

a ce stade, débute les activités de calcul proprement dites, en tout premier lieu, il est nécessaire de formuler les hypothèses de volume d'activités pour les secteurs cliniques tel

que l'hospitalisation, les urgences et les activités ambulatoires, la formulation de ces hypothèses devra également s'appuyer sur certains critères cliniques tel que des taux d'occupation, des durées moyens de séjours standards par spécialités etc..

Il sera également nécessaire de refléter l'impact de ces hypothèses sur secteurs diagnostiques ainsi que sur les secteurs de support.

- **Outils de calculs:**

Les outils de calcul représentent les mécanismes utilisés par le contrôleur de gestion pour transformer les hypothèses de volumes d'activités en valeurs monétaires des produits et des charges, l'utilisation de fichier-postes, des coûts par activité, d'indices d'évolution des prix (coûts de la vie..) ne sont que quelques éléments de ces outils.

- **Détermination du budget:**

De façon simpliste, la détermination de budget se fait en appliquant les hypothèses de volumes d'activités aux outils de calcul retenus.

La détermination du budget de l'organisation ainsi que le budget alloué à chaque service et soumis, d'une façon inconditionnelle, à l'équilibre budgétaire, cette contrainte fera péniblement en sorte que certaines opérations de révision s'avèrent nécessaires.

- **Répartition du budget par période financière:**

Quoi que cette étape puisse sembler banale, il n'en demande pas moins qu'elle est capitale si on désire assurer un bon suivi du budget tout au long de l'année financière. En effet, cette répartition doit refléter le plus fidèlement possible les variations d'activités en cours d'année.

A titre d'exemple, pour un service qui est fermé durant la période des vacances ou qui fonctionne à capacité réduite, on devra refléter cette réduction d'activités à défaut de le faire, les comparaisons entre le budget établi et le résultat réel risquent d'être faussées.

3- Suivi:

- **Production de rapport:**

En relation avec le calendrier des périodes financières retenues, il sera nécessaire d'élaborer divers rapports financiers et comptables en vue de répondre aux divers besoins de gestion autant pour les utilisateurs internes que les utilisateurs externes. En effet, les besoins de la direction de l'hôpital sont quelques peu différents des gestionnaires de service.

Dans le même ordre d'idée, les besoins des autorités provinciales et/ou nationales sont axés vers d'autres objets de gestion.

- **Évaluation périodique:**

À partir des rapports produits, il est nécessaire de suivre l'évolution périodique afin d'apporter les correctifs nécessaires. Dans certains cas on effectuera les réajustements à partir de la marge de manœuvre alors que dans certains autres cas, on penchera plutôt vers des réallocations d'un service à un autre.

Interprétation des résultats: cette étape est difficilement dissociable de la précédente, car c'est à partir de l'interprétation que l'on fera des résultats qu'il sera possible d'apporter les correctifs requis; cette interprétation se fera à partir des indicateurs de suivi qui seront retenus en tant que préoccupation de gestion.

Ces diverses fonctions qu'on a énumérées constituent, à toute fin pratique, le processus de gestion budgétaire interne à l'hôpital, ce processus devra s'intégrer dans les nouvelles orientations des tutelles en matière de gestion budgétaire, à savoir:

1. Accorder une plus grande autonomie et une large responsabilité aux services déconcentrés.
2. L'implantation d'un nouveau système de gestion budgétaire axé sur les résultats, la contractualisation.

3. Adopter une approche d'évaluation des résultats plutôt qu'une approche centrée sur l'exécution du budget.

Toutefois l'implantation du processus budgétaire, pour les hôpitaux, devra se faire en se préoccupant:

- D'assurer la préparation des budgets pour chacun des centres d'activités (ou services) de l'hôpital.
- D'impliquer de façon active les chefs de service médicaux, les majores et toute personne en position d'autorité ou de gestion dans la détermination des budgets des centres d'activités.
- De mettre sur pied un comité du budget dont les principales responsabilités seront d'appuyer la démarche de planification, de préparation et de suivi budgétaire en plus de jouer un rôle d'arbitrage à l'intérieur de l'hôpital lorsque requis.

Finalement, la détermination du financement accordé à l'hôpital relève de la responsabilité du ministère de la santé et du ministère des finances, quant à l'hôpital, il a la responsabilité de bien identifier ses besoins en fonction de sa mission, en cela, le processus budgétaire permettra, dans le cadre de la contractualisation, de bien déterminer les attentes de parts et d'autres.

Quoique le budget soit un outil de première nécessité pour toute organisation, il n'en demeure pas moins d'un usage limité lorsqu'il est pris de façon isolée, il demeure tout simplement l'expression de vœux ou d'intentions.

Cependant, lorsqu'il est intégré au système de planification, c'est là qu'il devient un outil puissant, il permet de comparer les intentions formulées lors de la préparation avec les résultats réels obtenus.

SECTION 2 : CALCUL DES COUTS ET CONTROLE DE GESTION HOSPITALIER, DES COUTS PRECIS AU SERVICE D'UNE POLITIQUE DE TARIFICATION

Baisse des coûts, efficacité, qualité, sont des mots d'ordre qui unissent les préoccupations des dirigeants des établissements de tout secteur, le secteur de la santé, et tout particulièrement les établissements hospitaliers publiques, n'échappent pas à ces impératifs.

Face à la raréfaction des ressources affectées au secteur de la santé, le gestionnaire doit introduire des contraintes de gestion, or la nature de l'activité médicale rend sa tâche bien complexe, pour commencer, il faut définir quel est le produit final qui sort de la chaine de production de l'hôpital, la deuxième difficulté consiste à introduire un modèle de contrôle de gestion appropriée à ce type d'activité, et la troisième difficulté concerne la fixation des tarifs justifiés par les services rendus aux patients.

II.2.1.quelle comptabilité analytique pour l'hôpital ?

La comptabilité analytique revêt d'une grande importance pour les hôpitaux, il permet à ces derniers de dégager les prix de revient de leurs « produits », d'enregistrer les opérations relatives à l'activité de l'hôpital, et permet d'examiner les conditions d'exportation interne de l'établissement par l'analyse des charges et des résultats, elle est donc un instrument de gestion hospitalière incontournable.

Les résultats de comptabilité analytique dégagent un coût par produit qui constitue pour les responsables un nouvel indicateur de l'activité hospitalière, servant ainsi de paramètre au calcul de budget, à la tarification et à la planification ; mais de quel produit s'agit-il ? Puisqu'il y a plusieurs mesures possibles de produit hospitalier ; il parait donc normal de modéliser l'output de l'activité hospitalière en premier temps.

B- **le produit hospitalier :**

il existe différentes mesures possibles de l'activité hospitalière :

- nombre de journées d'hospitalisation par patient.
- Nombre de lits (ou de lits occupés) d'un établissement hospitalier.
- Nombre d'admissions, de sorties, de transfert.
- Nombre d'acte médicaux produits.
- Somme de tous les services rendus au patient.
- L'ensemble des pathologies ou des cas traités.

A ces indicateur de production hospitalière, couramment utilisés dans le secteur de la santé, on peut encore ajouter la distinction entre patients hospitalisés et ambulatoires.

Toutefois, toutes ces mesures prises séparément, ne rendent que peu compte des prestations médicales réalisées au profit des patients, cependant, leur usage demeure très répandu, car l'accès à l'information dans ces cas reste assez facile, des organes payeurs en Europe les utilisent encore pour rembourser les hôpitaux.

Mais pour bien décrire l'activité d'un hôpital, certains auteurs estiment qu'il faut considérer plusieurs paramètres à la fois ; le nombre de cas pour traduire l'activité médicale, le nombre de jours / patients pour traduire l'activité des services infirmiers et des services hôteliers de l'hôpital, et le nombre de lits en guise de paramètre pour décrire l'investissement en capital.

Pour d'autre auteurs, dans une optique d'élargissement de la notion de santé, on abandonne des objectifs de productivité intra-muros pour les objectifs d'un état de santé de la population, cette vision plus large devrait aussi trouver un reflet dans les indicateurs de productivité des institutions de la santé, en effet, on pourrait envisager des produits tels que :

- L'amélioration de l'état de santé du malade, imputable à son séjour

hospitalier, ou.

- L’amélioration de l’état de santé des habitants d’une région.

Toutefois, considérant la difficulté de les mesurer, ces deux derniers produits semblaient difficilement applicables dans une problématique de calcul des couts hospitaliers.

Pourtant, si le but final de la recherche du produit hospitalier est d’exprimer la « production » de l’hôpital en termes de produits, générateur des coûts et de recettes, il est nécessaire de se mettre d’accord sur un paramètre unique, ce choix se fera de manière consensuelle, en fonction des intérêts des parties concernées (gestionnaires, professionnels, organes payeurs, état), c’est le cas notamment du coût par malade qui reste beaucoup plus précis ; mais le nombre très élevé des maladies, de leurs différentes formes ou stades d’évolution, impose le recours à une classification adéquate, celle-ci permettra la prise en compte d’un coût moyen des maladies vis-à-vis des consommations comparables, la solution adoptée dans les hôpitaux des pays industrialisés, revient à constituer des groupes hormogènes de malades « GHM »

B-«GHM » objet de coût :

L’évaluation de l’utilisation des ressources constitue depuis longtemps la pierre angulaires du système de contrôle de gestion hospitalier, une avancée majeure en la matière a découlé de l’introduction des groupes homogènes de malades :GHM », comme concept de produit, ce remplacement de la journée d’hospitalisation permet de dépasser la mesure quantitative de l’activité pour lui substituer une notion plus significative pour les professionnels et qui s’appuie sur une certaine homogénéité clinique entre malades, tout en ayant pour objectif une meilleure connaissance du processus de consommation des ressources.

Le GHM représente une classification faisant appel à la pathologie que présente le

patient, l'approche était formalisée dans les années 80 ans avec les travaux de Fetter qui cherchait à constituer des groupes homogènes de malades, sa démarche pour la constitution de ces groupes était la suivante[41] :

- Les dossiers médicaux des patients sont répartis entre les (major diagnostic catégories). Un MDC regroupe toutes les pathologies qui sont diagnostiquées et traitées de la même manière et par le même type de spécialistes, chacune de ces catégories est construite de manière à se rapprocher des différentes spécialités cliniques, on attribuera un MDC à chaque personne quittant l'hôpital, selon son diagnostic principal ; si un patient a subi différentes interventions, on lui attribuera le MDC de la pathologie la plus importante (supposée la plus couteuse), un second diagnostic est posé si le séjour d'hospitalisation du patient est prolongé par des complications ou une comorbidité.

- Après la division en MDC, on segmente selon qu'il y ait eu ou non une procédure chirurgicale.

- Pour chaque catégorie, une autre segmentation est faite pour distinguer des groupes dont les consommations de ressources sont significativement différentes, ces groupes sont retenus s'ils ont une certaine pertinence clinique.

- On établit des valeurs relatives (cost weight) pour chaque GHM en divisant le coût moyen de chaque GHM par le coût moyen de l'ensemble des cas, ceci pour une région où groupe d'hôpitaux.

- Quand on veut obtenir les coûts des GHM pour un hôpital particulier, on applique les cost weights sur les dépenses d'exploitation

[41] Mourad Bernard et Huber Zofia Swinarski, « quels coûts pour quels produits hospitaliers ? » Economies et sociétés, n° 7-1997 ,p 47 .

relatives aux patients hospitalisés.

L'objectif des travaux de Fetter apparait clairement : standardiser les produits et prestations hospitalières pour construire sur ces derniers une norme de consommation de ressources ; en 1984, l'affirma dans la revue clinical Research : « bien que chaque patient soit unique, tant son diagnostic que son traitement a des attributs ou des facteurs communs avec d'autres patients[42] ».

Dans le tableau suivant nous présentons les cinq systèmes GHM qui existent à l'heure actuelle aux Etats-Unis

Tableau 4 : les systèmes de GHM au États-Unis

Nom de système	N° GHM	spécificité
Medicare DRG[43]s	492	Décrit tous le sas de patients dans une institution de soins aigus, une attention particulière est portée aux problèmes de personnes âgées.
Refined DRGs	1170	Introduction de complication et comorbidité sur la base du diagnostic secondaire et création d'un DRG pour chaque MDC médical pour des patients décédés dans l'établissement hospitalier.
All patent DRGs	641	Conçu à l'instigation de l'Etat de New York dans le cadre de la création du système de paiement prospectif pour tous les patients non médicare. nouvelles catégories pour les patients atteints du virus HIV et les patients souffrant de traumatismes multiples, adaptation de certains GRG aux patients en pédiatrie.
Severity DRGs	652	Réévaluation de l'usage de complications et comorbidités dans le cadre des médicare DRGs
All patient refined DRGs	1530	Classification crée sur la base des all patient DRGs introduction des sous-groupes décrivant le risque de mortalité.

Source : Mourad, B huber zofia swinaski, « quels coûts pour quels produits hospitaliers ? »

La dernière variante (APR DRG) introduit le concept de complexité des soins et sévérité de la pathologie, ce qui contribue à améliorer l'explication de la variation de la consommation de ressources mais porte le nombre de catégories à 1530, tandis que dans le

[42] Mourad Bernard et Huber Zofia Swinarski, op cit, p 49.
[43] DRG : diagnostic related Group.

concept de départ, Fetter ne voulait pas dépasser 500 catégories[44] .

Les GHM représentent des profils de patients ayant reçu des soins relativement homogènes du doubles point de vue clinique et économique ce qui crée un langage commun entre les professionnels(médecins, corps infirmier, techniciens, etc.) et les gestionnaires et les aide à mettre en œuvre une politique cohérente pour l'avenir de l'hôpital.

Toutefois, comme pour tout consensus, ni les uns ni les autres ne sont entièrement satisfaits de cette définition du produit hospitalier, les intérêts professionnels des médecins les incitent à affiner la définition clinique des produits impliquant une multiplication des GHM ce qui se heurte à l'impératif d'explication des données économiques par les contrôleurs de gestion[45].

Les concepteurs du modèle GHM prétendent son applicabilité universelle. Ils supposent ainsi que les spécificités des systèmes de santé nationaux, celles liées à l'organisation interne de l'hôpital, ou des pratiques des soins, n'influencent pas la consommation des ressources.

Le GHM a toutefois fait l'objet de nombreuses critiques, en effet, on observe des durées de séjour différentes pour des cas semblables dans des pays différents, ce qui nous amène à penser que les catégories GHM américaines ne correspondent que dans une faible mesure aux catégories recensées dans d'autres pays, le modèle GHM occulte aussi complètement le travail infirmier en le réduisant à l'exécution des décisions médicales.

D'autres critiques du modèle GHM concernant la prise en compte de la pathologie comme seul facteur pour expliquer le coût de prise en charge du patient, ce qui laisse croire qu'il y a une volonté de relativiser le pouvoir des médecins qui détiennent pour l'instant le monopole de l'information sur les patients, dans ce cas, le modèle GHM est vue comme

[44] Mourad Bernard et Huber Zofia Swinarski ,op cit, p52.
[45] Idem p 52.

tentative de conquête de pouvoir émanant de la technostructure aux dépens du corps médical.

Dés lors, on peut dire que plusieurs facteurs ont joué en faveur du choix de la journée d'hospitalisation par pathologie comme meilleur produit hospitalier ou meilleure unité finale d'imputation : tout d'abord la disponibilité de l'information compte tenue des systèmes d'information relativement développés qu'exigent les autres choix, deuxièment, on observe une meilleure corrélation entre le nombre de journées et les charges hospitalières engagées, enfin un autre facteur qui justifie ce choix est le système de remboursement à la journée d'hospitalisation qui est pratiqué par la plupart des organes payeurs.

C-méthode des sections homogènes pour calculer le coût hospitalier :

Il n'est pas facile de déterminer les composantes du coût hospitalier, très souvent le coût d'une journée d'hospitalisation est estimé à partir d'un certain nombre de charges directes et indirectes :

- Les charges directes : ce sont des charges de consommation d'actes, des biens et des services médicaux, de diagnostic, des soins thérapeutiques, des dépenses hôtelières, des produits pharmaceutiques, de radiodiagnostic, d'actes chirurgicaux.
- Les charges indirectes : elles représentent l'ensemble des dépenses qui contribuent indirectement à la production hospitalière, on y trouve les dépenses afférents à :
  - ✓ Electricité, eau, chauffage.
  - ✓ Entretien des installations techniques et réparations des mobiliers.
  - ✓ Entretien et fonctionnement des véhicules.

- ✓ Taxes et redevances postales et téléphoniques.
- ✓ Aussi les dépenses relatives aux prestations du personnel technique et administratif et le personnel d'entretien de l'hôpital.

Toutes ces charges entrent dans la détermination du coût de la journée d'hospitalisation, elles sont marquées par une très forte proportion d'éléments indirects qui représentent plus 70 % des coûts totaux.

Nous savons par ailleurs que le découpage retenu pour la comptabilité analytique hospitalière tient compte des sections suivantes :

- ✓ Services d'administration générale : direction, gestion de personnel, gestion économiques, gestion des malades, formation et recherche.
- ✓ Services hôteliers et techniques ou centres de logistiques : hébergement, restauration, entretien et maintenance, transport…
- ✓ Services médico-techniques : pharmacie et stérilisation, laboratoire, blocs opératoires, anesthésie, imagerie, radiothérapie, rééducation, transfusion sanguine.
- ✓ Services cliniques : hospitalisation court séjour, médecine hospitalisation court séjour chirurgie, hospitalisation court séjour gynéco obstétrique, urgences médicales et chirurgicales, consultation, services psychiatriques, hospitalisation moyen et long séjour.
- ✓ Une section de regroupement appelée « structure[46] » est prévue pour enregistrer les charges qui ne peuvent être affectées directement à aucune section d'analyse telles les locations immobilières, ainsi que les dotations aux amortissements des constructions, des installations générales n'ayant pas d'activité propre, ce compte de reclassement trouve sa raison d'être dans sa contribution à fournir une description exhaustive de consommation de ressources.

[46] Mourad Bernard et Huber Zofia Swinarski, op,cit, P61

Le coût hospitalier sera déterminé en partant de cette structure organique de l'hôpital et répartir la charge totale sur les sections en fonction d'unité d'œuvre, celle-ci doit traduire l'activité de la section et permettre la mesure de sa performance, de ce fait, une unité d'œuvre pourrait être représentée par une consommation de charge ou la réalisation de produit de la section[47].

Voici quelques suggestions faites aux hôpitaux publics français en matière de répartition des charges :

Tableau 5 : répartition des charges dans les hôpitaux françai

Charges par nature	Base de répartition
- Actes d'investissement et de traitement. - Actes professions paramédicales	Lettre clés ou indice de complexité relative
- Médicaments, produits et dérivés sang unis, prothèses et implants. - Transport médical	Imputés directement aux patients si l'identification du patient est disponible
Charges de personnel soignant et médical	Nombre de journées pondérées par un index de charge de travail relatif

Source : Mourad B, Huber.Z : « quels coûts pour quels produits hospitaliers »

Pour les états unis les hôpitaux disposant d'une base d'allocation recommandée par le HCFA(Health care financing administration) :

Tableau 6 : base d'allocation des charges recommandée aux hôpitaux américains

Départements ou postes	**Base de répartition**
Dépréciation : bâtiments et installations fixes	Surface
Dépréciation : équipements mobiles	Faces ou surface
Frais de personnel médical	Salaires bruts
Administration générale	Coût direct
Maintenance, répartition et gestion opérationnelle	Surface
Blanchisserie	Poids de linge
Ménage	Heures
Cuisine et cafétéria	Nombre de repas
Administration infirmière	Heures de

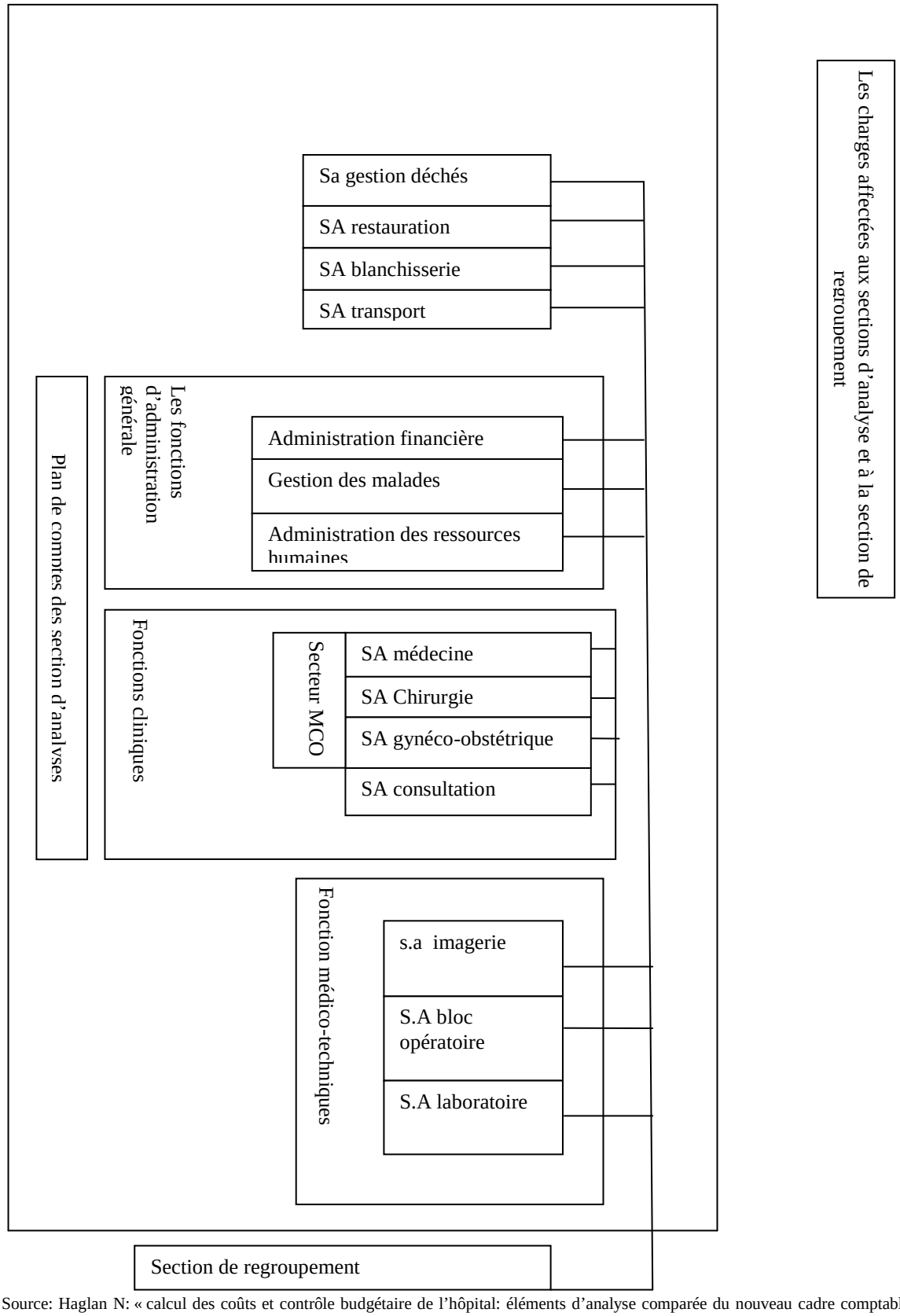
[47] Idem, p61.

	services
Services centraux, achats et pharmacie	Coût des biens acquis
Accueil et gestion de dossiers médicaux	Temps passé

Source : Mourad B, Huber.Z : « quels coûts pour quels produits hospitaliers »

L'application à l'hôpital du modèle des sections d'analyse conduit à distinguer celles que l'on considère comme auxiliaires pour les prestations de services rendues aux sections d'analyses principales, on retrouve ici les fonctions de support que sont la logistique et l'administration générale, ainsi que la section de regroupement relative à la structure ; les services médico-techniques qui participent au processus de soins sont également considérés comme centre auxiliaires, ainsi ces unités sont elles prestataires d'informations (labo-imagerie) participant au diagnostic du praticien en charge d'un patient hospitalisé dans son servie clinique.

En corollaire, les sections d'analyse cliniques constituent les seuls centres principaux ; alors la structure des comptes analytiques se présente comme suit



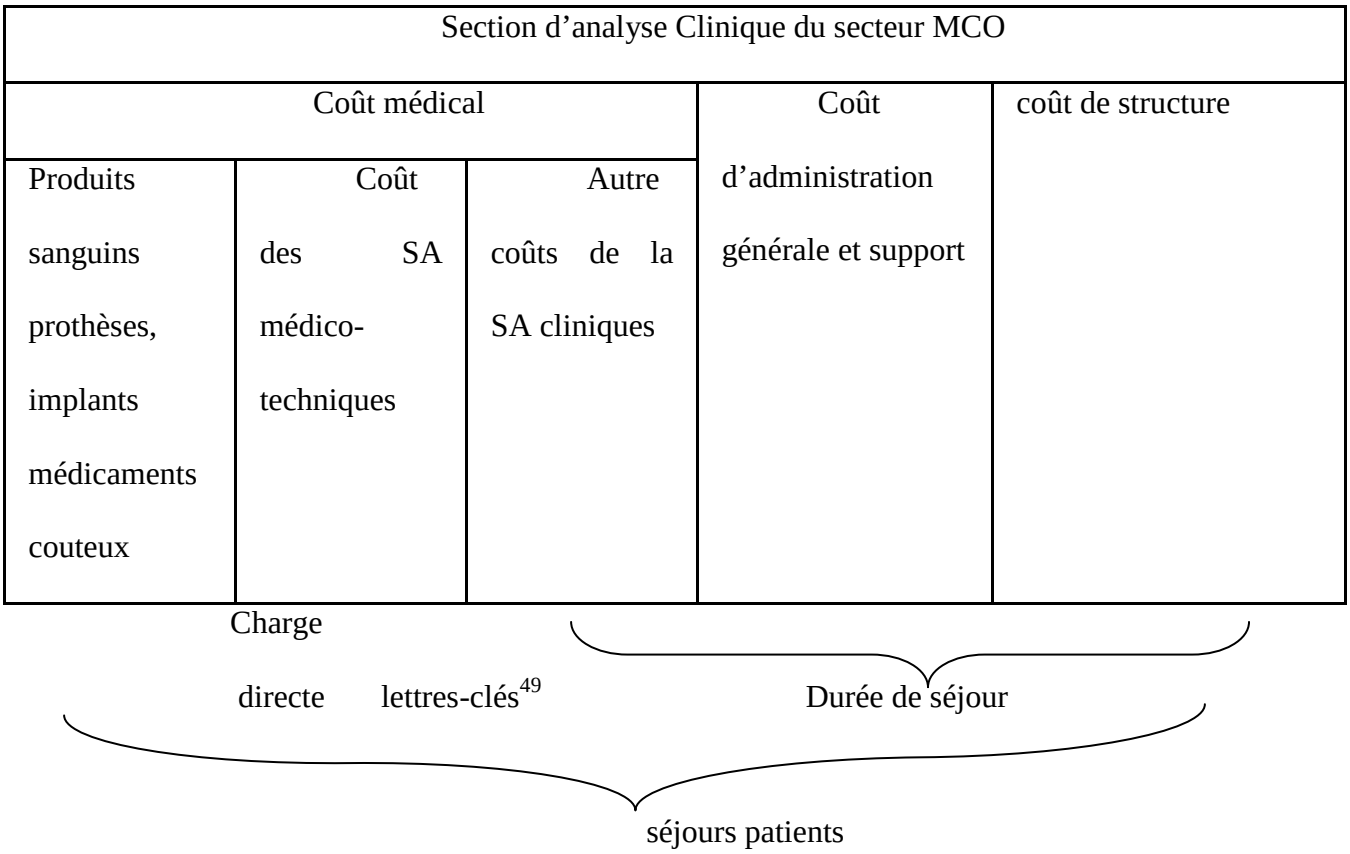
Source: Haglan N: « calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital: éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable »

france, 2000, p6

Le processus de calcul des couts permet dans un premier temps d'obtenir le cout d'une section d'analyse du secteur MCO[48] (clinique) ensuite, il s'agit d'imputer les charges des centres principaux aux objets finaux de cout que sont les séjours des patients, cette dernière étape n'est pas accessible à tous les établissements dans la mesure où elle suppose l'existence d'un système d'information relativement développé.

Le schémas 5 propose une représentation schématique du passage de la section d'analyse clinique comme affectation finale des charges aux séjours patients.

Schémas 3: Coût complets de séjour patient



Source: Haglan N: op cit; p 7.

[48] idem, P 65

[49] Lettres-clés: sont des lettres octroyées par les tutelles aux actes médicaux pour mesurer leur importance financière.

II.2.2.Le contrôle de gestion pour asseoir une pratique de tarification adequate:

La fixation d'un tarif pour un service médical est une chose délicate, car la santé échappe aux règles classiques de la consommation; la tarification pose de nombreux problèmes et impose des révisions fréquentes, qui deviennent impossibles en l'absence d'une comptabilité analytique.

A. problématique de tarification hospitalière:

Un patient, sa maladie et les soins qu'il reçoit dans un environnement donné constitue à chaque fois un ensemble unique qui rend difficile l'élaboration de barèmes tarifaires identiques pour tous, mais l'utilisation du prix de la journée par pathologie basée sur les coûts de la comptabilité analytique vient en réponse à ce problème et facilite l'identification des coûts supportés par l'hôpital et qui seront facturés au malade ou à son assurance.

Cependant, la diversité des actes et prestations rendus, conjugué avec la situation sociale du patient, engendre une complexité des situations de manière à induire une difficulté de moduler les tarifs, on doit par exemple prévoir des tarifs préférentiels pour les associations qui s'occupent des maladies couteuses, d'autres tarifs pour les assurances et d'autres pour les malades non couverts...etc

Ce travail de segmentation ne peut se faire que s'il y a en place des systèmes d'information interconnectés tels ceux développés par le contrôle de gestion.

Ces systèmes d'information permettent aussi, dans le cas particulier de l'hôpital public, de faire la distinction entre le service public et les prestations purement commerciales, et de moduler les tarifs selon cette distinction qui reste un exercice difficile pour une organisation qui n'est pas dotée d'un système de contrôle de gestion pour sa structuration , surtout au niveau informationnel.

En effet, l'élaboration d'une liste de pathologies pour lesquelles les grandes structures hospitalières(tels les centres hospitaliers universitaires)

Doivent devenir compétitifs s'appuiera sur ces systèmes d'information pour faire la distinction entre les dépenses à forte connotation de service public et les dépenses pour lesquelles le but est de réduire la contribution de l'État et d'augmenter par conséquent le financement individuel par le ,biais d'une tarification adéquate.

Néanmoins, cette distinction ne devra pas aboutir à développer une médecine à deux vitesses, l'une pour les pauvres et l'autre pour les riches; pour se faire, la tarification devra être modulée selon plusieurs critères ayant trait notamment à l'origine du risque et à la situation socio-économique du malade.

Par ailleurs cette distinction permet de mettre en évidence les efforts de compétitivité des hôpitaux publics en se basant sur l'écart entre le tarif et la réalité des coûts des prestations pour avoir un bon indicateur de gestion

Hormis ces avantages, le contrôle de gestion, et particulièrement la comptabilité analytique permet l'adaptation du plan tarifaire proposé au coût des prestations rendues, en prenant en compte la qualité des soins susceptibles d'être mesurée et en référant aux ressources mises en œuvre; un tarif qui se réfère au coût réel des services servira également à comparer les performances entre les unités de soins et incite ces dernières à une utilisation efficiente des moyens

En principe, divers facteurs (prix d'acquisition des consommables, les niveaux de salaires, le cout en équipement, la demande) doivent être logiquement intégrés quand on veut déterminer un tarif, seuls les systèmes d'information de contrôle de gestion (compatibilité analytique , tableaux de bord, budgets reporting...) peuvent intégrer tous ces facteurs pour concevoir des propositions tarifaires justifiées par

Un rapprochement entre ces facteurs là et le niveau des tarifs proposé, ils

permettent aussi de faire la liaison entre le rythme de progression du prix de revient des prestations et celui des tarifs, chose qui ne peut être appréhendée d'une manière exacte sans l'existence d'une comptabilité analytique précise.

Ceci dit, la réussite d'une pratique tarifaire pertinente dépend de certains préalables qu'on a déjà cité dans l'apport organisationnel du contrôle de gestion, il s'agit notamment de :

- La mise en place d'un contrôle interne pour le circuit facturation recouvrement .
- La mise en place d'un plan comptable qui fournit des éléments sur les coûts.
- L'information de la facturation et la refonte du système de constatation du service fait.
- La normalisation des procédures en matières de facturation par l'élaboration de manuels de procédures.

Toute cette structure d'accueil pour réussir la tarification, doit s'inscrire dans une stratégie d'ensemble sous forme d'une action pluriannuelle, surtout qu'il y a des conséquences importantes à prévoir à la suite de la création d'une assurance maladie obligatoire et du fond d'assistance médicale aux économiquement faibles.

CONCLUSION

Pour conclure le contrôle de gestion constitue une opportunité pour l'hôpital afin de le rendre plus performant, cela ce fait par l'adaptation de la structure de l'organisation hospitalière par le biais d'un organigramme bien précis qui sert à la fois de facilité la participation des acteurs de l'hôpital au centre de décision d'une façon efficace en se dépassant tous les contradictions en terme d'objectifs, cela se fait à l'aide d'un système d'information fiable.

D'autre part, il faut que la mise en place de contrôle de gestion doive doter des outils de comptabilité analytique permettant la détermination des coûts afin de les maitriser.

CHAPITRE III : LE CONTRÔLE DE GESTION AU SECTEUR SANITAIRE D'ARZEW

CHAPITRE III : LE CONTRÔLE DE GESTION AU SECTEUR SANITAIRE D'ARZEW

Introduction

En vue d'atteindre l'objectif de mon mémoire qui sert à voir la pertinence du contrôle de gestion comme outil stratégique pour réussir la reforme hospitalière en terme de gestion afin d'améliorer la performance des hôpitaux publics, La partie empirique a été menée au sein de deux établissements dont le premier est l'établissement public hospitalier El-Mohgoun et le deuxième est l'établissement public de santé de proximité d'Arzew ,puisque c'est un cas concrétisé de reforme hospitalière car les deux établissements ont constitué rien qu'on fin 2007 un seul établissement qui était le secteur sanitaire d'Arzew .

Mais dés les premiers jours, j'ai constaté que la direction se base sur le contrôle budgétaire que sur le contrôle de gestion dont sa notion même était inconnu pour eux ainsi que leurs outils tel que le tableau de bord et le recours à la comptabilité analytique, , donc l'étude a été contentée de l'évaluation de l'activité hospitalière par le biais des indicateurs telle que la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation ..etc.

Partant de la, l'évaluation de la gestion a été faite par l'analyse :

- La situation budgétaire par l'analyse des dotations budgétaires, les dépenses et les recettes.
- Les indicateurs d'activité hospitalière.
- L'analyse d'évolution des coûts hospitaliers.

SECTION 1 : GÉNÉRALITÈS SUR LE SECTEUR SANITAIRE EN ALGÉRIE

III.1. quelques généralités à propos le secteur sanitaire :

III.1.1. Définition[50] de secteur sanitaire :

Le secteur sanitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali, il est constitué de l'ensemble des structures sanitaires publiques de prévention, de diagnostic , de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du ministère chargé de la santé.

III.1.2.Les missions du secteur sanitaire :

Le secteur sanitaire a pour objectifs :

1. Prendre en charge d'une manière complète, intégrée et hiérarchisée les problèmes Sanitaires de la Population par :

- L'exécution, en ce qui concerne les programmes nationaux et régionaux de santé.
- L'identification des besoins de la population.
- L'évaluation des actions de santé.
- L'élaboration et l'exécution d'un programme d'actions spécifiques au secteur

sanitaire (en privilégiant les tâches de prévention et les soins de santé de base).

[50] Décret 97-466 du 02 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Secteurs Sanitaires.

2. Assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins par :

- L'utilisation optimale et une répartition équilibrée des moyens humains et matériels.

- La création des conditions nécessaires à l'accès égal de toute la population

aux structures de santé.

- L'organisation d'un service permanent des soins d'urgence.

- La collecte des informations et l'établissement des statistiques sanitaires.

3. Servir de support aux stages pratiques et contribuer au recyclage et au perfectionnement de l'ensemble des personnels des services de santé.

4. La contribution dans le cadre de la réglementation en vigueur à l'organisation et

au contrôle des activités de l'ensemble des structures situées dans l'aire couverte

par le Secteur Sanitaire.

III.1.3.Le découpage du secteur sanitaire en vue de réaliser la reforme hospitalière en établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité :

III.1.3.1.Définition de l'établissement public hospitalier:

Selon le décret exécutif n° 07-140 portant la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, l'établissement public hospitalier est défini comme un établissement

public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Il est constitué d'une structure de diagnostic, des soins, d'hospitalisation et réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de commune.

III.1.3.1.1. Les missions de l'établissement public hospitalier :

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

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

III.1.3.1.2.L'organisation interne de l'EPH :

Comme évoque l'arrêté interministériel du 3 Moharram 1431 correspondant au 20 décembre 2009 fixant l'organisation interne des établissements publics hospitaliers **;** L'organisation interne des établissements publics hospitaliers comprend :

- La sous-direction des services de santé.
- La sous-direction des ressources humaines.
- La sous-direction des finances et des moyens.
- La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

a) La sous-direction des services de santé : Elle comprend trois bureaux qui sont

- Le bureau des entrées.
- Le bureau de la contractualisation et du calcul des coûts.
- Le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé.

b) La sous-direction des ressources humaines : Elle comprend deux bureaux **:**

- Le bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux.
- Le bureau de la formation.

c) La sous-direction des finances et des moyens : Elle comprend trois bureaux

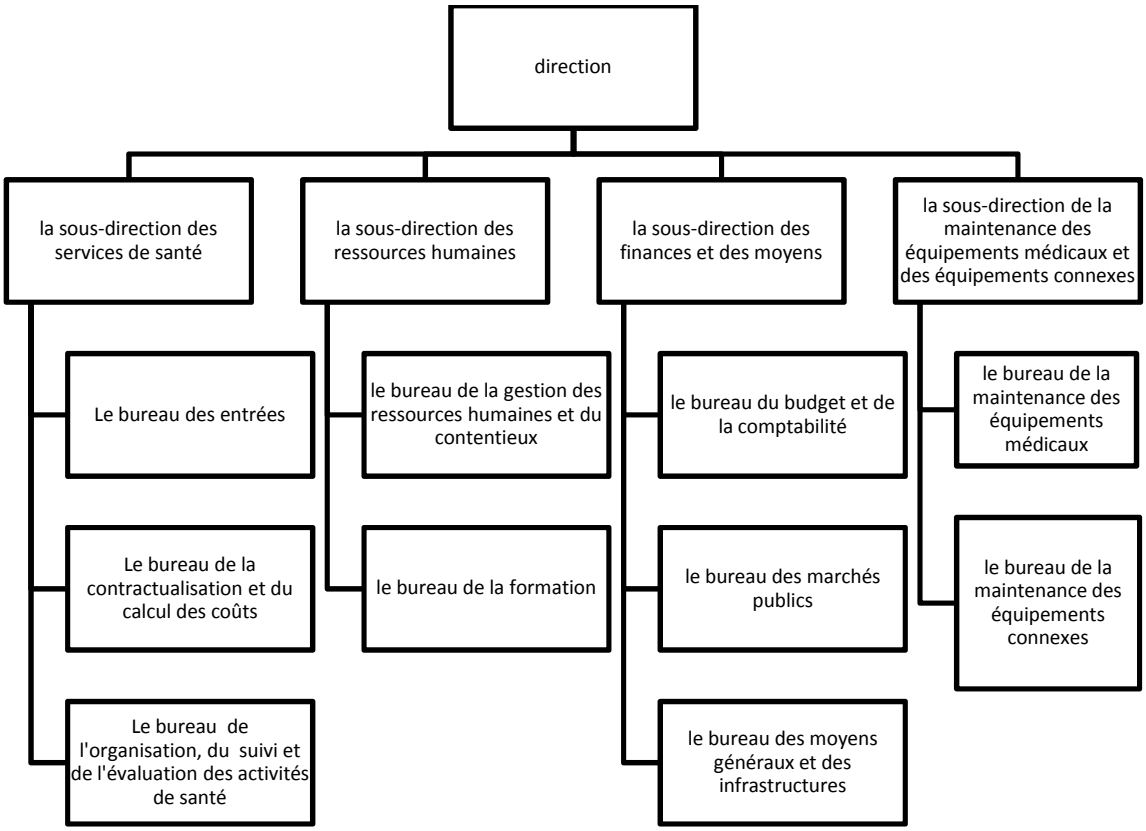
- Le bureau du budget et de la comptabilité.
- Le bureau des marchés publics.
- Le bureau des moyens généraux et des infrastructures.

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

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

III.1.3.1.3 L'organisation interne de l'établissement public hospitalier:

L'organisation interne de l'établissement public hospitalier est représentée graphiquement par l'organigramme suivant :



Shémas 4: L'organisation interne de l'établissement public hospitalier

III.1.3.2.Définition l'établissement public de santé de proximité :

On a retenu la définition de l'établissement public de santé de proximité citée au décret exécutif n° 07-140 qui considère l'établissement public de santé de proximité comme un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Ainsi il est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population.

III.1.3.2.1.Les missions de l'établissement public de santé de proximité :

L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée :

- la prévention et les soins de base.
- le diagnostic.
- les soins de proximité.
- les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base.

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

II est chargé également :

-de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène.

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

-servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées l'établissement de formation.

III.1.3.2.2.L'organisation interne de l'EPSP :

Selon l'arrêté interministériel du 3 Moharram 1431 correspondant au décembre 2009 fixant l'organisation interne des établissements publics de santé de proximité, l'organisation interne des établissements publics de santé de proximité comprend :

- la sous-direction des services de santé.
- la sous-direction des ressources humaines.
- la sous-direction des finances et des moyens.
- la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

a) La sous-direction des services de santé : comprend trois bureaux **:**

- le bureau de la prévention et de l'hygiène du milieu.
- le bureau des entrées, de la contractualisation et du calcul des coûts.
- Le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des

activités de santé.

b) La sous-direction des ressources humaines : elle comprend deux bureaux **:**

- le bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux.
- le bureau de la formation.

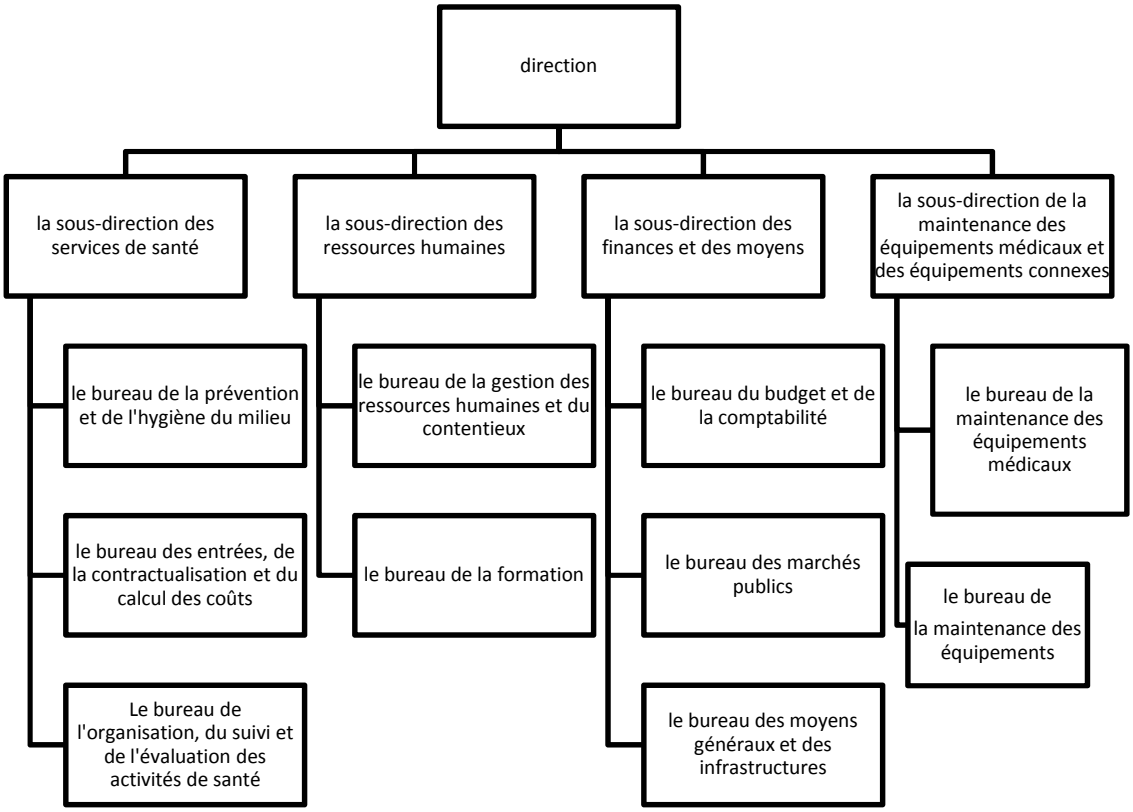
c) La sous-direction des finances et des moyens : comprend trois bureaux **:**

- le bureau du budget et de la comptabilité ;
- le bureau des marchés publics ;
- le bureau des moyens généraux et des infrastructures.

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

- le bureau de la maintenance des équipements médicaux.
- le bureau de la maintenance des équipements connexes.

III.1.3.2.3.L'organigramme de l'établissement public de santé de proximité :



Schémas 5 : l'organisation interne de l'établissement public de santé de proximité

III.1.4.Le fonctionnement de l'EPH et l'EPSP :

L'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur Ainsi ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé « conseil médical ».

a. ***Le conseil d'administration*** : comprend 9 membres qui sont :

1. le représentant du Wali : président du conseil.
2. Un représentant de l'administration des finances.
3. Un représentant des assurances économiques.
4. Un représentant des organismes de sécurité sociale.
5. Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya.
6. représentant de l'assemblée populaire de la Commune dont elle le siège de l'établissement.
7. Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs.

8. Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs.

9. Un représentant des associations des usagers.

La fonction du conseil d'administration : il délibère sur *:*

- Le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement.
- Le projet de budget de l'établissement.
- Les comptes prévisionnels.
- Le compte administratif.
- Les projets d'investissements.
- Les projets d'organisation interne de l'établissement.
- Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements.
- Les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes.

b. Le directeur :

Les directeurs de l'établissement public de santé de proximité et de l'établissement public hospitalier sont nommés par arrêté du ministre chargé de santé. Ils sont responsables du bon fonctionnement de l'établissement.

A ce titre :

- Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.
- Il est ordonnateur de l'établissement.

- Il prépare les budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement.
- Il établit le projet de l'organigramme interne et de règlement intérieur de l'établissement.
- Il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration.
- Il établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse à l'autorité de tutelle.
- Il passe tout contrat, marché, et convention.
- Il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble des personnels placés sous son autorité.

c. Le conseil médical :

Le conseil médical est chargé d »étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, ainsi sur les points suivants :

- L'organisation et les relations conflictuelles entre les services médicaux.
- Les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux.
- Les programmes de santé et de population.
- Les programmes des manifestations scientifiques et techniques.
- La création ou la suppression des structures médicales.

Les membres du conseil médical : il comprend

1. Les responsables des services médicaux.
2. Le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement.
3. Un chirurgien dentiste.

4. Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

III.1.5.Les dispositions financières de l'EPH et l'EPSP :

Comme on a déjà cité que le directeur est le responsable de préparer le projet de budget qui sera par la suite soumis au conseil d'administration, et après la délibération de ce dernier, il sera transmis à l'autorité de tutelle.

Sachant que le budget de l'établissement public de santé de proximité et de l'établissement public hospitalier comporte un titre de recettes et un titre de dépense.

- **Les recettes :** elles comprennent les rubriques suivantes **:**
  - Les subventions de l'Etat**.**
  - Les subventions des collectivités locales**.**
  - Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation.
  - Les dotations exceptionnelles.
  - Les dons et legs.
  - Les recettes diverses.
  - Toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement.
  - Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.
- **Les dépenses :** comprennent **:**
  - Les dépenses de fonctionnement**.**
  - Les dépenses d'équipement.

- Toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet**.**

III.2. représentation du secteur sanitaire d'Arzew :

III.2.1. Le secteur sanitaire d'Arzew avant la réforme hospitalière :

Le secteur sanitaire d'ARZEW a été crée le 01 janvier 1976, il couvre une superficie de 698.04 km2.

Secteur Sanitaire d'Arzew classé dans la catégorie « B » implanté dans la localité d'El-Mohgoun, a été mis en service en 1985, d'une capacité de 240 lits théoriques et 262 lits organisés (fonctionnels). Il est organisé conformément au décret[51] 97-466 du 02 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Secteurs Sanitaires et l'Arrêté Interministériel du 26 Avril 1998 fixant l'organigramme des Secteur Sanitaires.

Il couvre une population pour l'année 2006 estimée à 271096 habitants répartis à travers 05 daïras et 11 communes se présentant comme suit :

dairas	BETHIOUA	Bir EL Djir	GDYEL	ARZEW	Oued Tlillet
communes	MersEl Hadjadj Ain El Bia Bethioua	Hassi ben Okba Hassi Bounif	Gdyel Hassi Mafsoukh Ben Friha	Arzew SidiBen Yebka	Boufatis

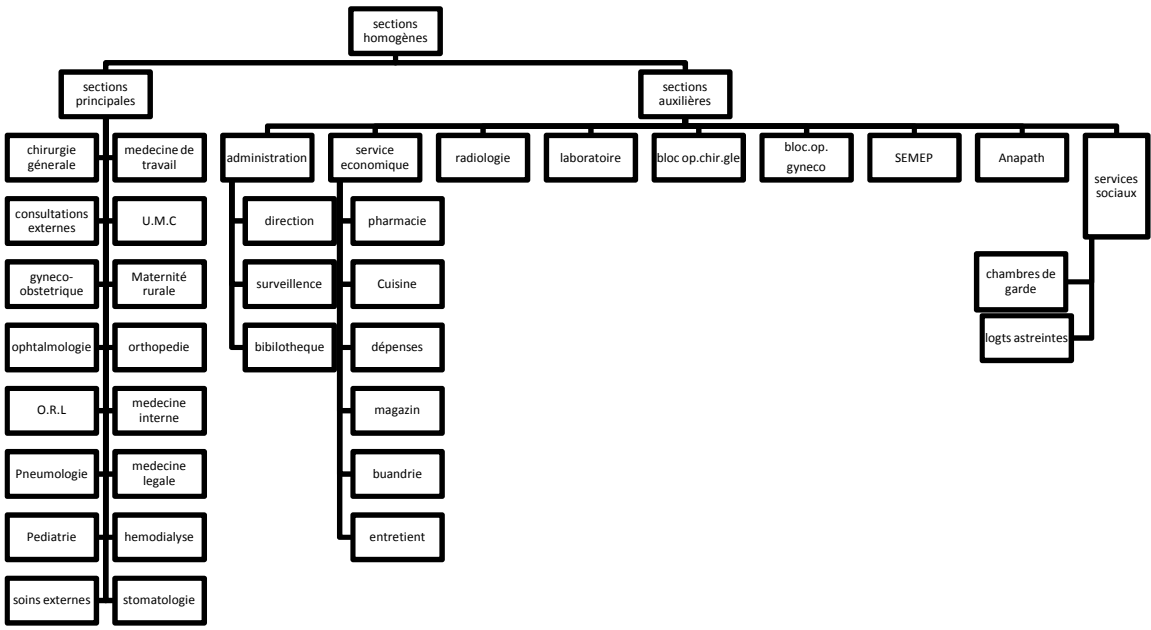
Du point de vue sanitaire les 11 Communes citées plus haut sont aussi organisées en sous secteurs sanitaires qui sont au nombre de sept à savoir :

- Sous secteur sanitaire d'Arzew qui assure la couverture de la commune d'Arzew.

[51] Journal officiel de la république algerienne N° 81 ,p 15

- Sous secteur sanitaire de Bethioua qui couvre la commune de bethioua.
- Sous secteur sanitaire de Gdyel : il couvre les communes suivantes :
    1. Commune de Gdyel .
    2. Commune de Hassi Bounif.
    3. Commune de Hassi Ben Okba.
- Sous secteur sanitaire de Mers El Hadjaj qui couvre la commune de MERS EL HADJADJ.
- Sous secteur sanitaire d'Ain El Bia qui couvre la commune d'Ain El Bia.
- Sous secteur sanitaire de Hassi Mefsoukh qui assure la couverturre sanitaire de la commune de Hassi Mefsoukh et de Sidi Ben Yebka.
- Sous secteur sanitaire de Boufatis : il couvre la commune de Boufatis et Commune de Ben Freha

Figure : l'organigramme du secteur sanitaire d'Arzew avant le découpage



-Schémas 6 -

III.2.2.Le secteur sanitaire après la réforme hospitalière :

La mise en exécution du Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité au niveau du secteur sanitaire d'Arzew donné naissance à deux établissements à savoir:

1. l'EPH d'El Mohgoun composé de l'hôpital El Mohgoun de type 240 lits
2. l'EPSP d'Arzew s'étend sur dix Communes moins la commune de Boufatis qui a été rattachée à l'EPSP de Tlélat.

III.2.2.1.Représentation de l'EPSP d'Arzew :

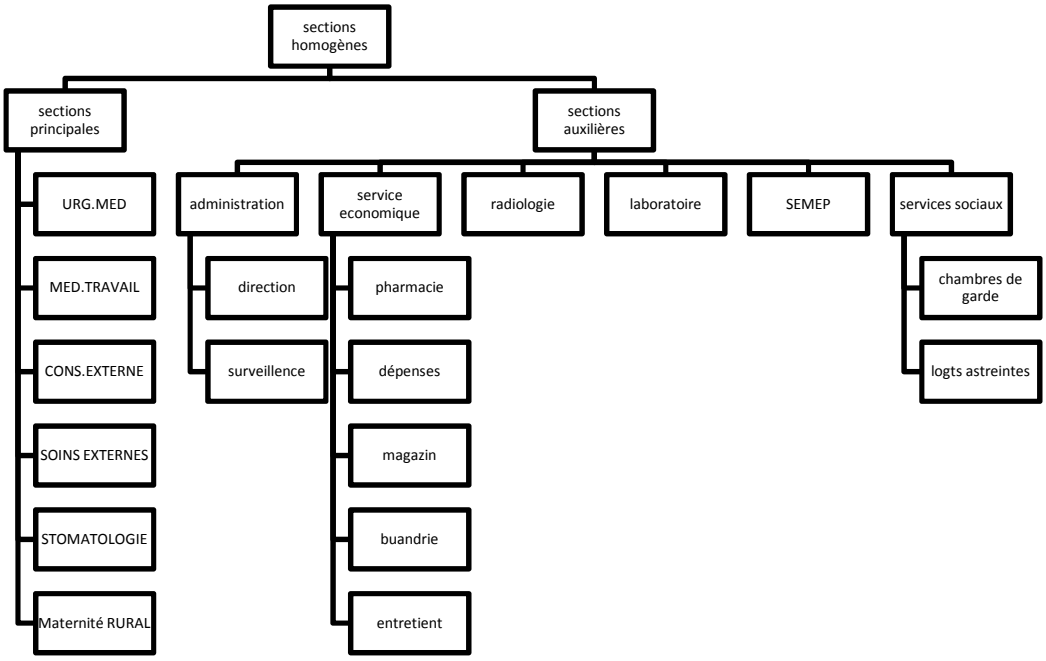
L'EPSP d’Arzew fait partie des neuf (09) établissements publics de santé de proximité que compte la Wilaya d’Oran, il assure la couverture Sanitaire de dix (10) communes à travers quatre (4) Daïras et cela en application du décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité qui a abrogé le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.

III.2.2.2. L’organigramme de l’EPSP d’Arzew :

L’organigramme fourni par la sous-direction des services de santé est un schéma organisationnel par sections d’activité dont elles sont les sections homogènes qui se divisent en deux catégories :

- Les sections principales : sont celles dont l'activité concourt directement à la production de l'unité d'œuvre pour laquelle le coût sera calculé :

- Les sections auxiliaires : sont des centres d'activité qui le coût n'est pas calculer directement par unité d'œuvre mais qui sont plutôt prestataires au profit des sections principales, à titre exemple les services administratifs, les laboratoires, les blocs opératoires, la pharmacie...**etc**.



Schémas 7 : L'organigramme de l'établissement public de santé de proximité d'Arzew

III.2.2.3.Composition de l'EPSP d'Arzew :

Il assure la couverture du **579 Km2**, ainsi il est composé de dix polycliniques et de 22 Salles de Soins réparties selon tableau ci-joint:

DAIRA	Communes (superficie /habitants)	Types des structures	dAIRA	Communes (superficie /habitants)	Types des structures
Arzew	Arzew : - 2 km2 . - 7000 habitants	Polyclinique : Arzew Sales de soins : - Plateaux - Zabana - Cap Carbon - El Mohgoun - Gourine	GDYEL	Gdyel : - 7 Km² - 1 000 Habitants	Polyclinique :Gdyel Salle de Soins : - dyel - Kristel - enmlouka
	Sidi Benyebka: - 9 Km². - 000 Habitant	Sale de soin : - idi Benyebka		Hassi Mefsoukh - 6 Km² - 1 300 Habitants	Polyclinique : Hassi Mefsoukh Salle de Soins : - ouamama
BETHIOUA	Ain El Bia : - 7 Km² - 1 400 Habitants	Polyclinique : Ain El Bia Sale de soins : - hehairia - yayda - edjajma		Benfréha: - 1 Km² - 9 700 Habitants	Salle de Soins : - enfréha - . Ettoual - Mnadsia
	Bethioua - 4Km² . - 7 600 Habitants	Polyclinique :Béthioua Sale de soins : - raba - ranine - essaissa	BIREL DJIR	Hassi Bounif : - 32 Km² - 73 400 Habitants	Polyclinique : - assi Bounif - assi Ameur Salle de Soins : - Chahid

					Mahmoudi
	Mers El Hajaj : - 6 Km² - 3 700 Habitants	Polyclinique : Mers El Hajaj Sale de soins : - assasna - jefafla		Hasi Benokba : - 37 Km² - 13 700 Habitants	Polyclinique : Hassi Benokba Salle de Soins : - assi Benokba

En plus de ces unités de soins de proximité l'EPSP d'Arzew assure l'encadrement de :

- 10 unités de dépistage et de suivi de santé scolaire
- 10 bureaux communaux d'hygiène
- 01 labo d'hygiène situé à la polyclinique d'Arzew
- 01 service de médecine du travail
- 01 SEMEP
- 01 Contrôle Sanitaire aux Frontières à Arzew et Béthioua

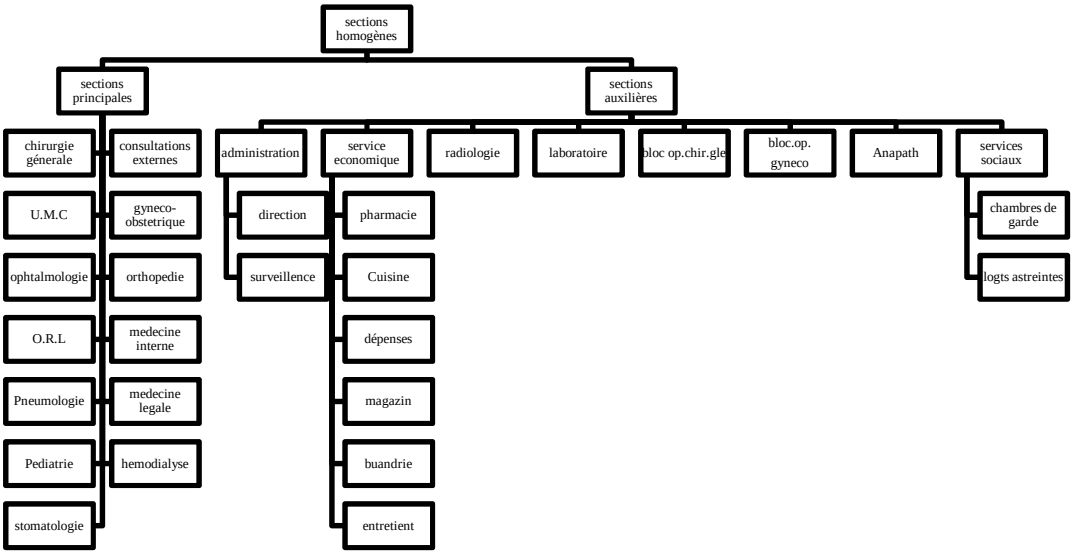
III.2.2.Représentation de l'établissement public hospitalier EL-MOHGOUN :

Comme il est déjà mentionné ; l'Eph el mohgoun se dote d'autonomie, et il est assure l'hospitalier dont il a 240 lits, L'évolution de son effectif est présenté par le tableau suivant :

Tableau : la répartition d'effectif par catégorie

Années / Désignation	2008	2009
Médical	80	82
paramédical	228	258
ADM	182	183
effectif	490	523

ORGANIGRAMME DE L'EPH EL MOHGOUN :



SECTION 2 : LA MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS DE CONTRÔLE DE GESTION AU SECTEUR SANITAIRE D'ARZEW

Comme nous l'avons montré, le contrôle de gestion ne se limite pas à des outils : c'est un mode de management permettant de promouvoir la performance. C'est un processus allant de la définition d'une stratégie à la prise de mesures correctives, alimenter par une boucle de feedback qui assure l'amélioration continue de ce processus, celui-ci demande une implication de tous les acteurs.

Le but de cette section sera de se demander comment assurer le déploiement de ce processus voir son existence au sein du secteur sanitaire d'Arzew dont il a été découpé en Eph El Mohgon et Epsp d'Arzew, pour cela la méthodologie employé c'est la suivante :

La formulation d'un diagnostic à partir du recensement de l'existant concernant l'activité hospitalière, ainsi que l'évolution de sa situation financière.

III.2.1.Evolution de dotations budgétaires :

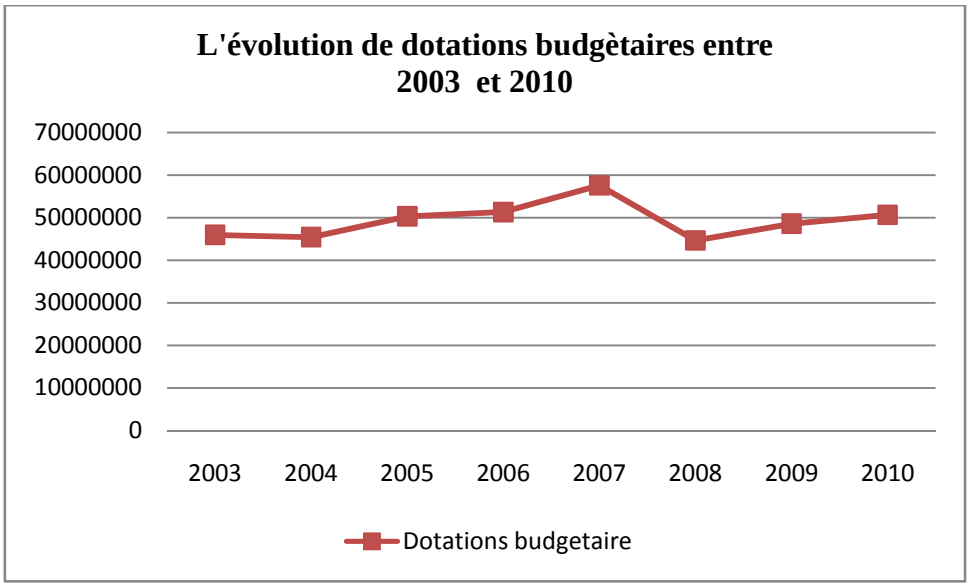
III.2.1.1.Evolution de dotations budgétaires du Secteur sanitaire d'Arzew :

Tableau III-1 :l'évolution de dotations budgétaires entre 2003 et 2010

Année	2003	2004	variation en %	2005	variation en %	2006	variation en %	
dotations	459283579	453922000	-1%	502828000	11%	512728000	2%	
Année	2007	variation en %	2008	variation en %	2009	variation en %	2010	variation en %
dotations	575325000	12%	446250000	-22%	485480000	9%	506280000	4%

Source : budget annuel du secteur sanitaire d'Arzew et l'EPH el Mohgoun

Le tableau est représenté graphiquement comme suit :



-Figure 1-

Tableau III-2 :l'évolution de la répartition de dotations budgétaires par titre entre 2003 et 2010

Années / Titres	2003	2004	variation en %	2005	variation en %	2006	variation en %
personnel	**327081000**	348000000	6%	386000000	11%	374000000	-3%
formation	**490000**	822000	68%	1403000	71%	92800000	65,14%
alimentation	**7000000**	8000000	14%	7000000	-13%	6000000	-14%
médicament	**65102579**	48000000	-26%	55000000	15%	60000000	9%
prévention	**11110000**	10500000	-5%	9000000	-14%	19000000	111%
Matériel médicale	**10000000**	7000000	-30%	4550000	-35%	7000000	54%
infrastructure	**9000000**	10000000	11%	13375000	34%	12000000	-10%
fonctionnement	**24500000**	15500000	-37%	19500000	26%	24800000	27%
œuvre sociale	**5000000**	6100000	22%	7000000	15%	9000000	29%

Années / Titres	2007	variation en %	2008	variation en %	2009	variation en %	2010	variation en %
personnel	401875000	7%	279000000	-31%	293000000	5%	320000000	9%
formation	1450000	-98%	3000000	107%	980000	-67%	1340000	37%
alimentation	7000000	17%	6500000	-7%	10500000	62%	10500000	0%
médicament	56000000	-7%	70000000	25%	86000000	23%	85000000	-1%
prévention	35000000	84%	10000000	-71%	12000000	20%	13140000	10%
Matériel médicale	19000000	171%	15000000	-21%	25000000	67%	25000000	0%
infrastructure	22200000	85%	37500000	69%	15000000	-55%	15000000	-12%
fonctionnement	24000000	-3%	20000000	-17%	30000000	80%	30000000	-17%

œuvre sociale	9000000	0%	5250000	-42%	6300000	-5%	6300000	26%

Source : Source : budget annuel du secteur sanitaire d'Arzew et l'EPH el Mohgoun

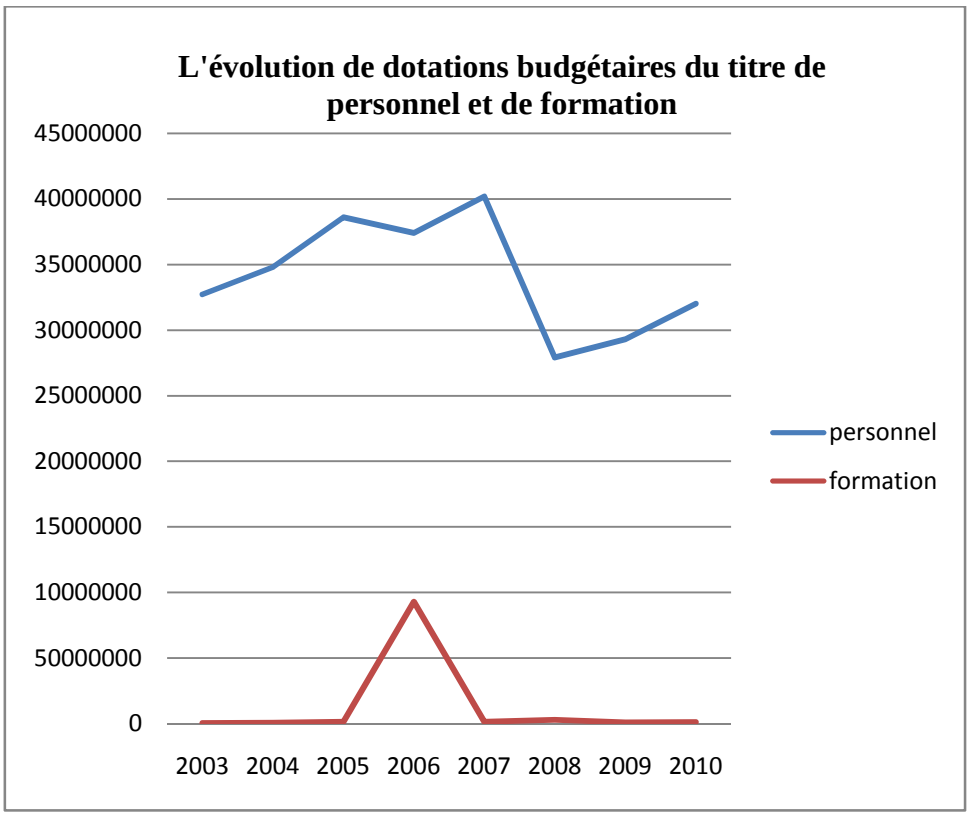


Figure 2-1

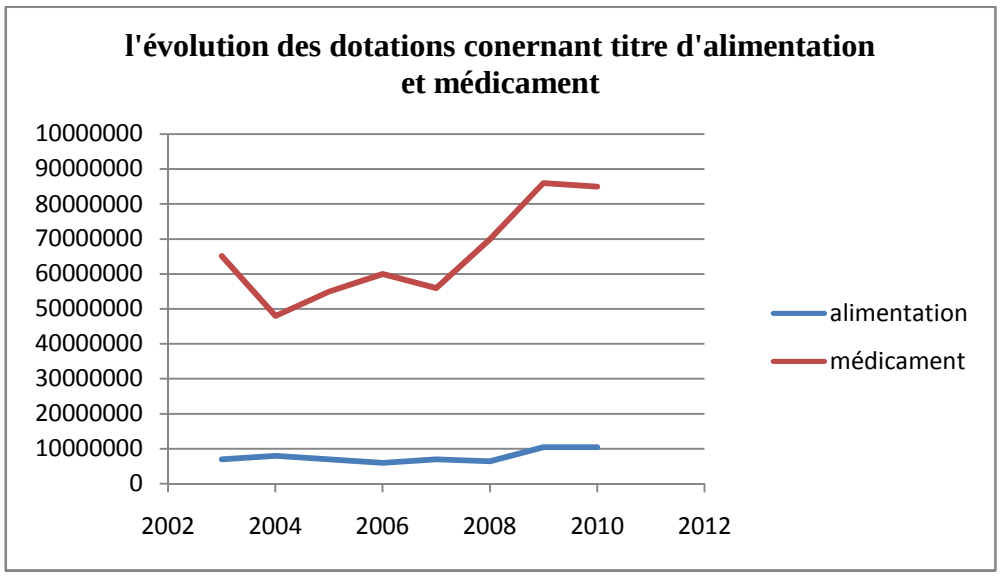
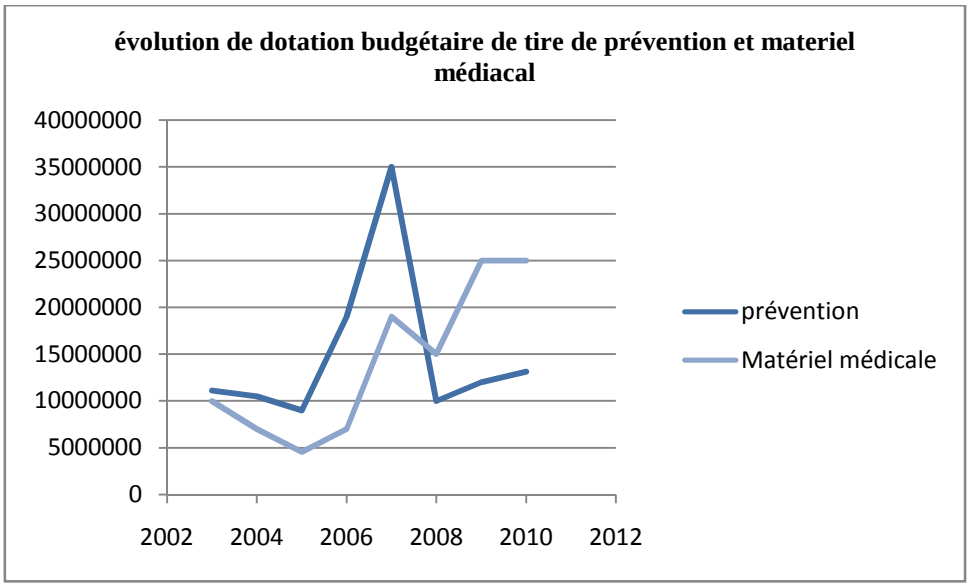
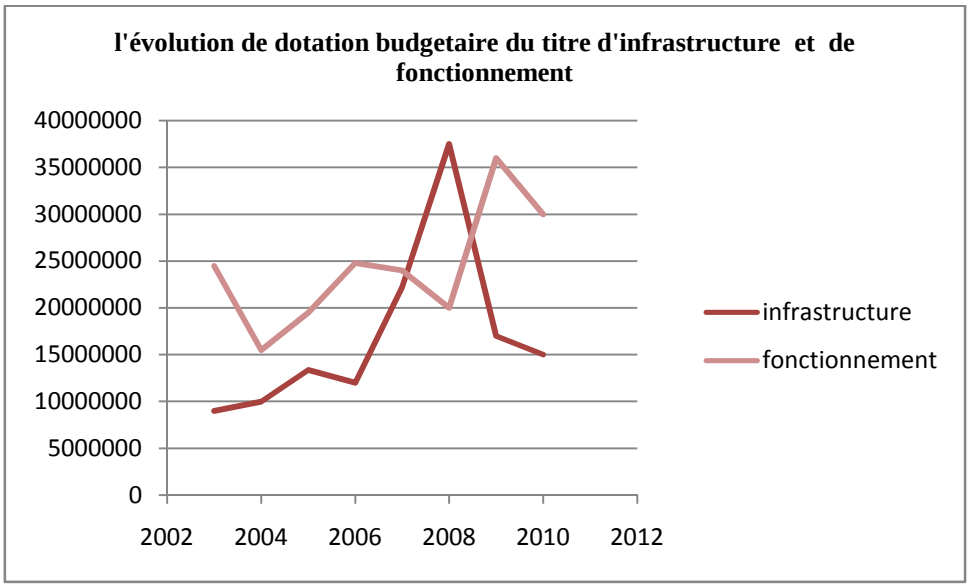


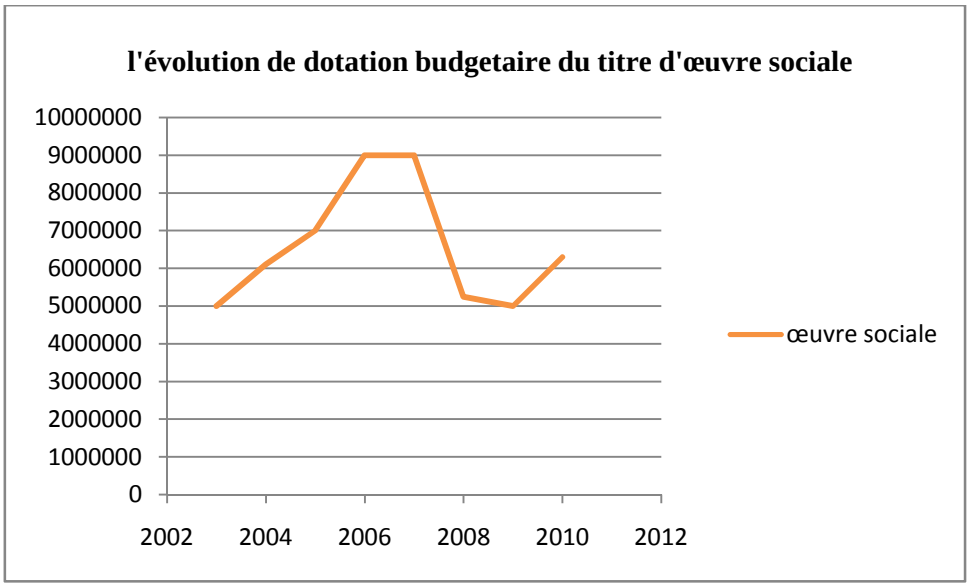
Figure 2.2



-Figure 2.3 -



-Figure 2.4-



-Figure 2.5-

A partir du tableau (III-1) et sa représentation graphique (figure 1) , on remarque que les dotations budgétaires ont passé de 459283579 DA en 2003 à 453922000 DA en 2004 qui indique une réduction de 5361579 DA dont elle corresponde a une baisse de 1,16% qu'elle est due en premier à la réduction de besoin de l'établissement de médicament qui peut être expliquer par l'existence de stock de l'année précédente qui est suffisant pour répondre aux besoin de l'année 2004.

A partir de l'an 2004 on constate que le budget alloué au secteur sanitaire d'Arzew a évolué jusqu'à l'année 2007 dont il est passé de 453922000 DA en 2004 à 575325000 DA en 2007 qui correspond à une augmentation de 27%.

A travers le tableau (III-2) et sa représentation graphique on constate que cette évolution est due :

- L'augmentation de budget alloué au titre de personnel (voir figure 2-1) qui a pour but d'assurer la couverture de dépenses de personnel sous forme de paie qui est passé de 348000000 DA en 2004 à 401875000 DA en 2007 qui correspond à une augmentation de 15 % , sachant que cette évolution peux être

expliquée par le nouveau recrutement dont l'effectif du secteur sanitaire d'Arzew est passé de 968 en 2006 à 974 en 2008.

- L'accroissement de dotation budgétaire consacrée à la formation (voir figure 2-2) en vue de recycler le personnel de l'établissement afin d'acquérir de nouvelles connaissances sachant que la médecine est toujours on évolution. Cela explique le fait que le budget alloué au titre de formation a augmenté de 76% en 2007 par rapport à 2004.

- L'évolution de budget concernant le titre de prévention (voir figure 2.3) entre la période de 2004 et 2007 qui a atteint 233%, cette forte augmentation est due au programme nationale de santé qui à pour finalité de lutter contre la nouvelle épidémie de grippe aviaire sous forme de vaccination menée dés l'année 2006 ; pour cette raison l'Etat consacre plus de budget pour maintenir et assurer une bonne santé publique ;cela n'empêche pas qu'il y a une baisse de ses dotations en 2005 de 14% par rapport qui était alloué en 2004 qu'on peut suggérer que le service de prévention du secteur sanitaire d'Arzew a réussi d'établir et de répondre aux besoins de la population appropriée.

III.2.1.2.L'évolution de dotations budgétaires de l'EPH El-MOHGOUN :

Après l'exécution de décret 07-140 qui a pour objectif du création d'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité mais, cette création n'est pas une création ex-nihilo mais elle se fait par le découpage du secteur sanitaire en deux établissements, donc le secteur sanitaire en 2008 a été découpé en EPH El-MOHGOUN en EPSP d'Arzew dont chaque d'entre eux se caractérise par l'autonomie financière, c'est-à-dire ils sont dotés de subventions budgétaires pour assurer leur fonctionnement. Ainsi ce découpage a été fait par la division d'effectifs du secteur sanitaire d'Arzew entre l'EPSP d'Arzew qui emploie 461 personnes et l'EPH d'EL-Mohgoun qui emploie 490 employés

entre personnels médicales , paramédicales et personnels d'administration.

A partir du tableau (III-1) et (III-2) : on constate que la dotation budgétaire allouée à l'EPH d'EL-Mohgoun ont augmente depuis l'année 2008 jusqu'à 2010 dont elle est passée de 446250000 Da à 506280000 Da ; qui donne une évolution de 13,45% dont elle peut être expliqué par les points suivants :

- La motivation de personnels par l'augmentation de salaire et la prime de rendement, sachant que le titre de personnel représente toujours plus que la moitié de dotations budgétaires ; a titre exemple la part du personnel est de 63% de budget alloué en 2010 à l'établissement.
- l'appui sur la formation comme un facteur d'amélioration de la qualité de service fournie grâce aux nouvelles connaissances scientifiques.
- L'augmentation de la part de prévention dans le budget pour faire face de nouvelle épidémie dont elle est la grippe porcine.
- La réhabilitation des infrastructures et des services de l'établissement (voire la figure 2-4).
- Le renouvellement des matériels médicaux.

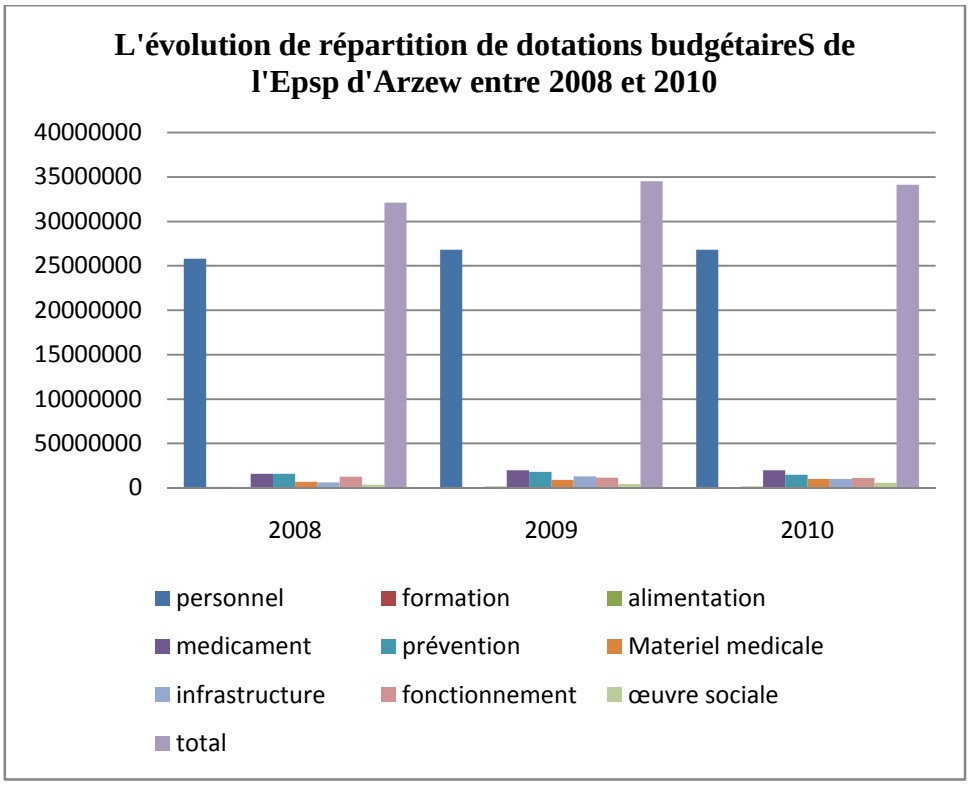
III.2.1.3.L'évolution de dotations budgétaires de L'EPSP d'Arzew:

Puisque l'EPSP d'Arzew est un établissement autonome de celui de l'EPH el-Mohgoun, il se dote chaque an d'un budget alloué par le ministère de santé, de population et de la réforme hospitalière en vue d'assurer son fonctionnement.

Tableau III-3 : L'évolution de répartition de dotations budgétaires de L'EPSP d'Arzew par titre entre 2008et 2010

Années / Titres	**2008**	**%**	**2009**	**%**	**2010**	**%**
personnel	258000000	80,31	268000000	77,60	268000000	78,55
formation	1000000	0,31	250000	0,07	300000	0,09
alimentation	1000000	0,31	1300000	0,38	1500000	0,44
medicament	16000000	4,98	20000000	5,79	20000000	5,86
prévention	16000000	4,98	18000000	5,21	14780000	4,33
Materiel medicale	7000000	2,18	9000000	2,61	10000000	2,93
infrastructure	6000000	1,87	13000000	3,76	10000000	2,93
fonctionnement	12500000	3,89	11500000	3,33	11000000	3,22
œuvre sociale	3750000	1,17	4300000	1,25	5600000	1,64
total	321250000	100	345350000	100	341180000	100

Source : budget annuel d'Epsp d'Arzew .



-Figure 3-

A partir du tableau (III-3) et figure 3 , on constate qu'en 2008 l'EPSP d'Arzew reçoit un budget de 321250000 Da dont 80% sont consacré au personnel pour permettre le règlement de la paie ; et les 20% restante de budget est repartie d'une façon proportionnelle et minime puisque c 'est la première année de fonctionnement de l'établissement la direction n'arrive pas a bien déterminer ses besoins en terme de financement , et le budget du personnel reste toujours facile a calculer et estimer car elle est en relation avec la paie qui se caractérise par de méthode de calcul bien déterminées selon la grille de salaire .

Après une année d'exercice et afin de réhabiliter le siège et les différents services de l'EPSP d'Arzew, on remarque que son fonctionnement nécessite plus de ressources financières puisque il ya une évolution de dotation budgétaire alloué par l'Etat de 7,5% en 2009 par rapport à 2008 pour permettre la couverture des augmentations de salaires qui touchent le personnel de secteur de santé ; ainsi on constate que l'établissement consacre

plus de ressource pour le titre d'infrastructure en 2009 dont elle est passée de 6000000 Da en 2008 à 13000000 DA qui correspond à une évolution de 116 % .

Enfin , entre l'année 2009 et 2010 on constate qu'il avait une réduction de budget de 1% qui peut être expliquer par le fait que l'établissement a réhabilité ses infrastructures dont les dotations relatives a la couverture de leurs dépenses ont baissé de 2,93% puisque elles sont passées de 13000000 Da à 10000000 Da en 2010.

III.2.2.L'analyse de l'évolution de dépenses :

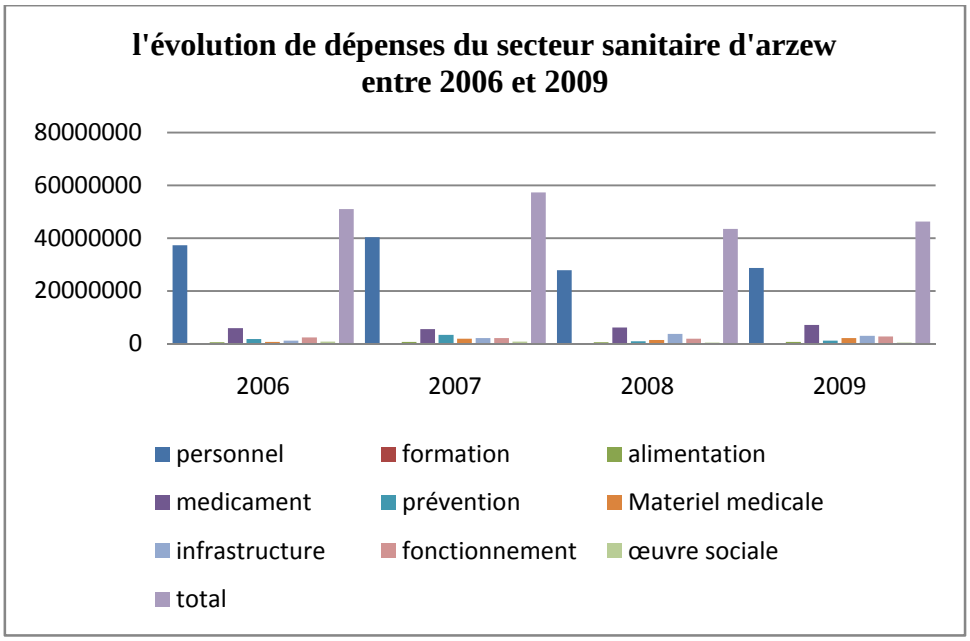
III.2.2.1.L'Analyse de l'évolution de dépenses Secteur sanitaire et EPH El-Mohgoun :

Tableau III-4 : l'évolution de dépenses et leurs répartitions par titre entre 2006 et 2009

Année / Titres	2006	2007	%	2008	%	2009	%
personnel	373638838	403802003	8,07	278536950	- 31,02	287588792	3,25
formation	912673,7	1127517	23,54	1678119	48,83	766581,75	-54,32
alimentation	5956132,5	6998970,5	17,51	6411929,4	- 8,39	6989943,4	9,01
médicament	58909602	55386894	- 5,98	61418918	10,89	71731574	16,79
prévention	18523645	33405036	80,34	9698736	-70,97	11547338	19,06
Matériel médicale	6980451,9	18850584	170,05	14976313	- 20,55	21649458	44,56
infrastructure	11943594	21981308	84,04	37490351	70,56	29746103	- 20,66
fonctionnement	24757165	22400779	- 9,52	19598332	- 12,51	28200370	43,89
œuvre sociale	9000000	9000000	-	5250000	-41,67	5000000	- 4,76
total	510622102	572953090	12,21	435059647	- 24,07	463220160	6,47

Source : compte administratif du secteur sanitaire d'Arzew et EPH el-Mohgoun

Le tableau au dessus est représenté graphiquement comme suit :



-Figure 4-

Pour analyser les dépenses à partir du **tableau (III-4)** et son graphe (figure 4) concernant l'évolution de dépenses entre l'année 2006 à 2009, on va partager la période entre deux intervalles le premier se limite sur l'analyse de dépenses supportées entre l'année 2006 et 2007 c'est-à-dire avant le découpage du secteur sanitaire d'Arzew et le deuxième concerne l'évolution des dépenses de l'établissement public hospitalier d'El-Mohgoun donc à partir de l'an 2008.

A partir du tableau 4 on remarque qu'en 2007 le secteur sanitaire d'Arzew supporte plus de dépenses qui égalent à 572953090,3 par rapport aux dépenses en 2006 ; cela correspond a une augmentation de 12 ,2% due a plusieurs raisons parmi eux on peut citer le nouveau recrutement ainsi l'acquisition de nouveaux matériel et technologie de pointe.

Après le découpage du secteur sanitaire en 2008, les dépenses totales ont baissé puisque les effectifs ont été partagés entre les deux établissements, mais cela ne change pas le fait que le titre de personnel constitue plus que la moitié dans la structure des dépenses globales de l'EPH El-Mohgoun dont il représente respectivement en 2008 et 2009 : 64% et 62 % du total de dépenses qui sont évoluées en 2009 de 6,5% , cet

accroissement a touché les titres suivants :

- Le titre de personnel a cause d'un coté au nouveau recrutement mené par direction de ressource humaine de l'EPH El-Mohgoun dont les effectifs ont passé de 490 en 2008 à 523 employés en fin 2009 ; d'au autre coté aux augmentations de salaire.
- Le titre d'alimentation et titre de médicament qui sont en relation avec l'hospitalisation qui peut être mesuré par la durée moyenne de séjour dont elle sera expliquée par la suite.
- Le titre de matériel médical à cause du renouvellement en vue d'améliorer la qualité de prestation de service.

Tandis que le titre d'infrastructure a baissé en 2009 de 21% par rapport à 2008, cela indique que l'établissement a réalisé les travaux de réhabilitations de ses services.

III.2.2.2.L'Analyses de dépenses d'EPSP d'Arzew :

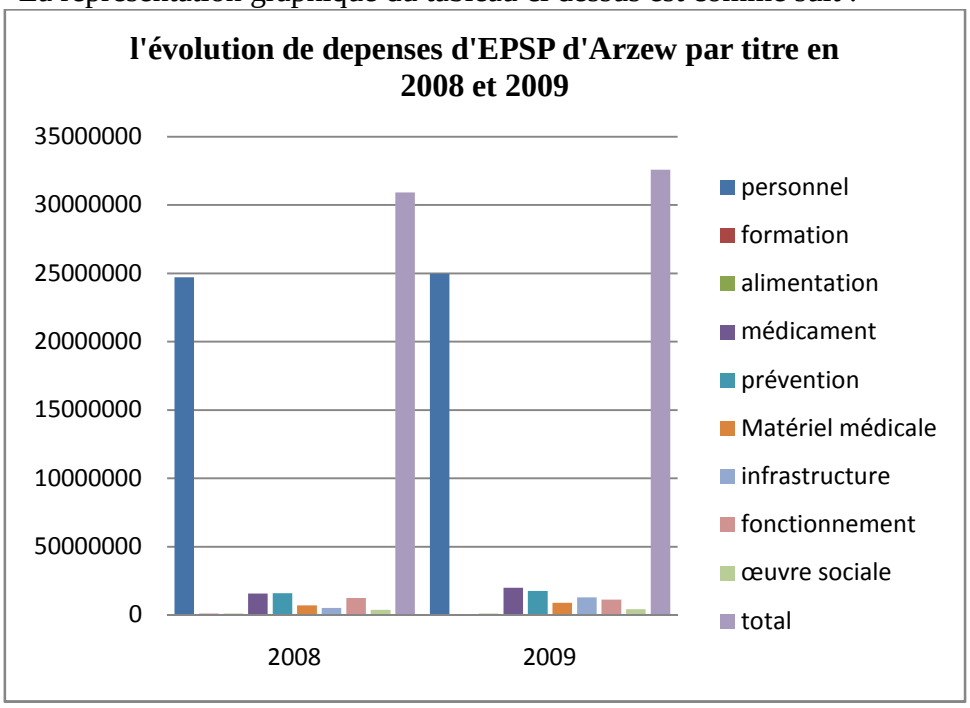
Tableau (III- 5): l'évolution de dépenses d'EPSP d'Arzew par titre et leurs variations entre 2008 et 2009

Années / Titres	2008	2009	Variation en %
personnel	247251156,6	249803105,8	1%
formation	945170,7	238000	-75%
alimentation	898349,4	991555,6	10%

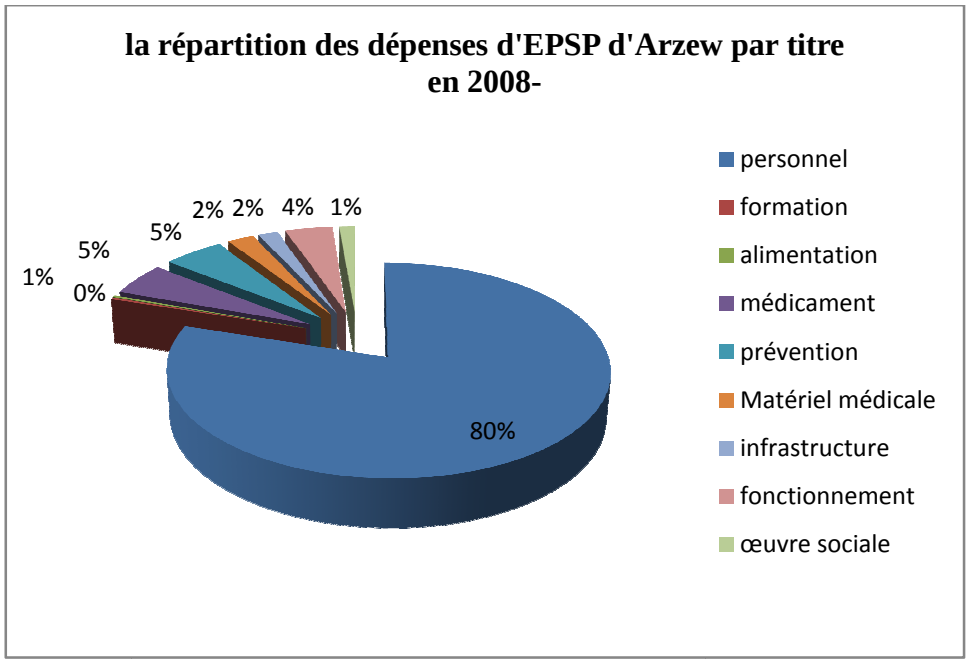
médicament	15810125,53	19908601,09	26%
prévention	15990161,83	17606855,79	10%
Matériel médicale	6964206,95	8929221,6	28%
infrastructure	5163414,84	12998740,05	152%
fonctionnement	12483185,9	11167199,63	-11%
œuvre sociale	3750000	4300000	15%
total	309255771,8	325945288,6	5 ,4%

Source : compte administratif d'EPSP d'Arzew

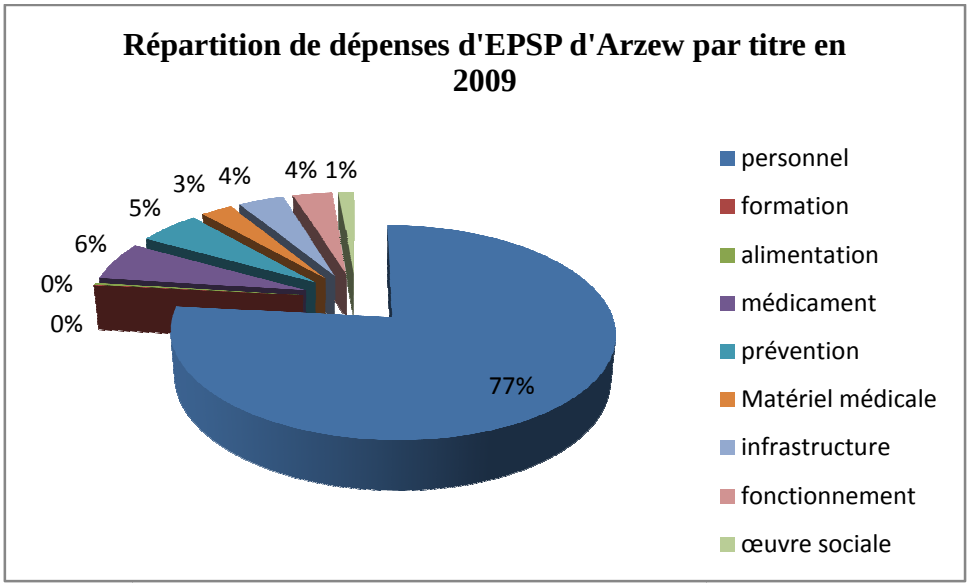
La représentation graphique du tableau ci dessus est comme suit :



-Figure 5-



-Figure 5-a-



-Figure 5-b-

A partir le tableau (III-5) et sa représentation graphique (figure 5), on constate qu'entre l'année 2008 et 2009, on remarque que les dépenses de l'EPSP d'Arzew ont augmenté de 5,4% due aux évolutions suivantes :

- Evolution de titre de personnel de 1%.
- Evolution de titre d'alimentation de 10%.

- Evolution de titre de médicament de 26 %.
- Evolution de titre de prévention de 10 %.
- Evolution de titre de matériel de 28 %.
- Evolution de titre d'infrastructure de 152 %.
- Evolution de titre œuvre sociale de 15 %.

Ainsi on constate qu'il ya une diminution des charges concernant la formation de 75 %, et les dépenses de fonctionnement de 11%

En analysant la structuration de dépenses de l'EPSP d'Arzew en 2008 et 2009 , et a partir de la représentation graphique de répartitions de dépenses par titre comme il est montré en **figure 5-a** et **figure 5-b** que les dépenses de personnel constituent plus que les trois quart de charges globales de l'établissement dont elle sont respectivement 80% et 77% .

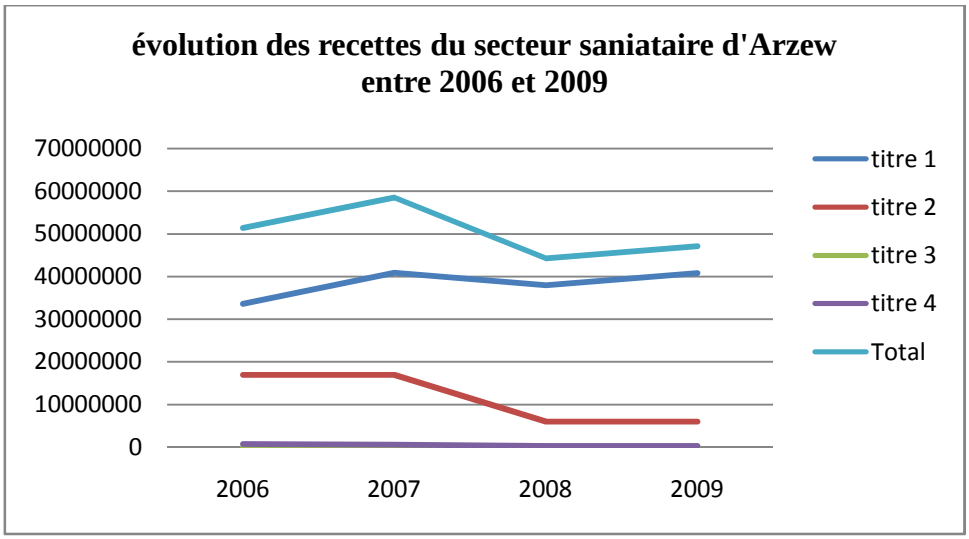
III.2.3.L'analyse de l'évolution de recettes :

III.2.3.1.L'Evolution des recettes du secteur sanitaire d'Arzew et EPH d'El-Mohgoun :

Tableau (III-6) : Evolution des recettes du secteur sanitaire d'Arzew et EPH d'El-Mohgoun entre la période 2006 et 2009:

Source : compte administratif du secteur sanitaire d'Arzew et EPH el-Mohgoun

Années / titres	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
titre 1	336228000	65	408825000	70	379750000	86	407980000	87
titre 2	170000000	33	170000000	29	60000000	13	60000000	12
titre 3	0	0	0	0	0	0	0	0
titre 4	7640500	2	6060449,7	1	2972849,23	1	2972849,23	1
Total	513868500	100	584885450	100	442722849	100	470952849	100



-Figure 6-

Titre 1 : contribution de l'Etat.

Titre 2 : contribution des autres institutions

Titre 3 : les recettes provenant de la caisse nationale d'assurance sociale dans le cadre de convention : concernant les salariés assuré.

Titre 4 : autres ressources**.**

Tableau (III-6-a) : Evolution de variation des recettes du secteur sanitaire d'Arzew et EPH d'El-Mohgoun entre la période 2006 et 2009:

	2006	2007	Variation en %	2008	Variation en %	2009	Variation en %
titre 1	336228000	408825000	22	379750000	-7	407980000	7
titre 2	170000000	170000000	0	60000000	-65	60000000	0
titre 3	0	0	-	0	-	0	-
titre 4	7640500	6060449,7	-21	2972849,2	-51	2972849,2	0
Total	513868500	584885450	14	442722849	-24	470952849	6

Source : compte administratif du secteur sanitaire d'Arzew et EPH el-Mohgoun

A partir du **tableau (III-6) et le graphique 6**, on constate qu'en 2006, les subventions de l'Etat représentaient 65 % et 70 % en 2007 l'ensemble de recettes.

Après le découpage du secteur sanitaire en EPH EL-Mohgoun et EPSP d'Arzew, on remarque que la contribution de l'Etat représentent plus que 80%, en 2008 a été 86 % et en 2009 elles ont atteint les 87 % ; cela peut être expliqué par le fait que le ministère mène la réforme hospitalière et entrain d'assurer toutes les ressources nécessaires pour que cette reforme réussira en vue d'améliorer le bien être général.

D'autre part, on remarque que la contribution de l'ACNAS n'a pas changé durant les deux ans.

Ainsi que les recettes ont augmenté proportionnellement, elles sont passées de 442722849 Da en 2008 à 470952849 Da en 2009 qui correspond à une évolution de 6,4%.

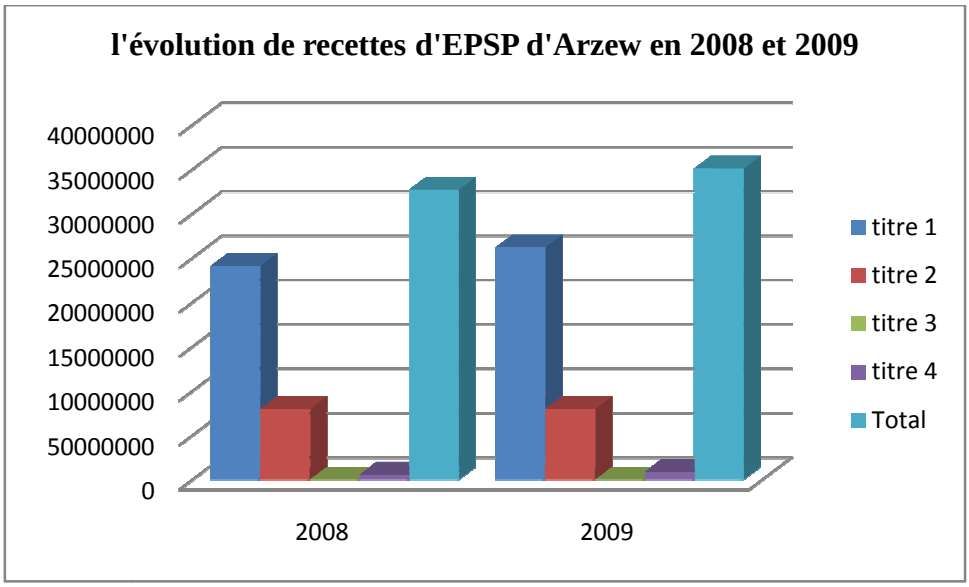
III.2.3.2L'Evolution de recettes d'EPSP d'Arzew :

Tableau (III-7) : Evolution de recettes d'EPSP d'Arzew en 2008 et 2009

	2008	%	**2009**	%
titre 1	241250000	74	262250000	75
titre 2	80000000	24	80000000	23
titre 3	0	0	0	0
titre 4	5755853,01	2	8733465,64	2
Total	327005853	100	350983466	100

Source : compte administratif d'EPSP d'Arzew

Le tableau (III-7) est représenté graphiquement comme suit :



-Figure 7-

Selon le tableau (III-7) et le graphe 7, on constate qu'en 2008 les subventions de l'Etat représentaient 74 % de budget alloué, et 75 % en 2009, cela indique que le domaine de santé constitue toujours la préoccupation majeure du pouvoir public, d'un autre coté les subventions des autres institutions dans le cadre de contractualisation constituent rien que 24% en 2008 et 23% en 2009 ; ainsi que les autres ressources qui proviennent de tarification de l'activité représentent 2 % durant 2008 et 2009.

III.2.4.L'analyse de la dette :

III.2.4.1.Evolution de la dette du secteur sanitaire et EPH d'El-Mohgoun :

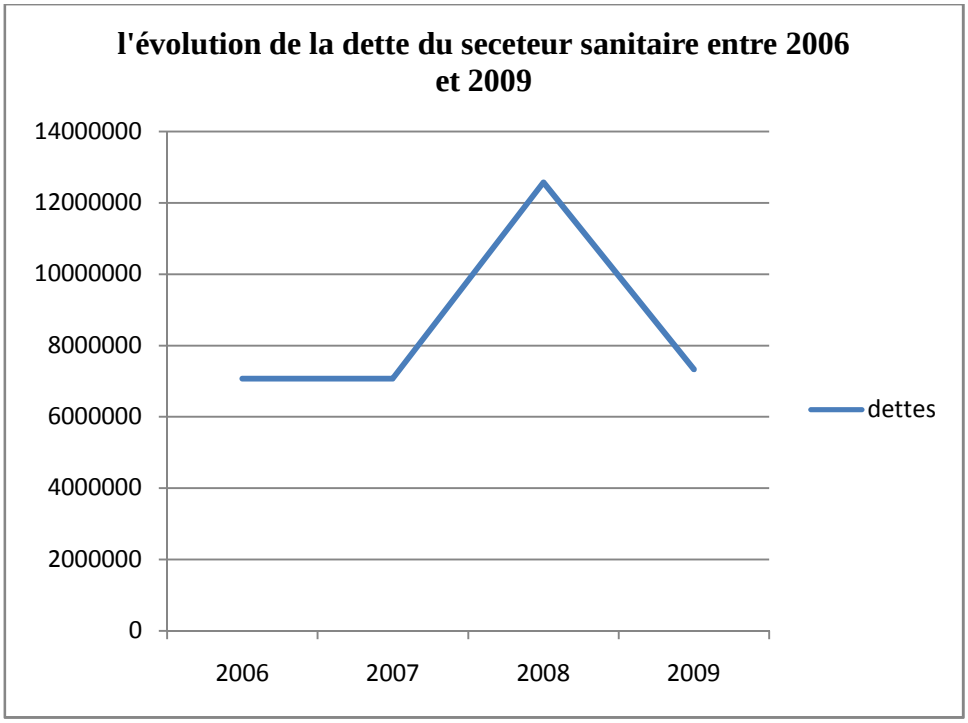
Tableau III-8 : l'évolution de la dette durant la période étendu de 2006 au 2009

	2006	2007	Variation en %	2008	Variation en %	2009	Variation en %
personnel	0	0	-	5306234,6	-	0	-100
formation	0	0	-	0	-	0	-
alimentation	0	0	-	0	-	0	-
médicament	0	0	-	0	-	0	-
prévention	0	0	-	0	-	0	-

Matériel médical	3790125	3790125	0	3790125	0	3790125	0
infrastructure	412867,83	412867,83	0	412867,83	0	412867,83	0
fonctionnement	2868672	2868672	0	3057493,5	7	3126187,6	2
œuvre sociale	0	0	-	0	-	0	-
total	7071664,8	7071664,8	0	12566721	78	7329180,4	-42

Source : compte administratif du secteur sanitaire d'Arzew et EPH el-Mohgoun

L'évolution de la dette globale du secteur sanitaire et l'EPH d'El-MOHGOUN est représentée graphiquement comme suit :



-Figure 8-

Selon le tableau (III-8) et figure 8 , on remarque qu'en 2006, le secteur sanitaire supporte une dette de 7071664,82 Da due au non paiement de fournisseurs, cette dette a été transféré au bilan de 2007 ; même après le découpage du secteur sanitaire l'EPH d'El-Mohgoun reste endetter jusqu'à 2009 sachant qu'en 2008 l'établissement supporte d'autres dettes qui concernent le titre de personnel et de fonctionnement qui ont été réglé par la suite.

Partant de la, l'EPH d'El-Mohgoun n'est pas solvable pour ce qui concerne le

remboursement de ses dettes.

III.2.4.2.L'évolution de la dette EPSP d'Arzew :

Tableau III-9 : l'évolution de la dette d'EPSP d'Arzew entre 2008 et 2009

Année / Titres	2008	2009	Variation en %
personnel	0	0	-
formation	0	0	-
alimentation	20065,5	0	-100%
médicament	0	1125,75	-
prévention	0	0	-
Matériel médicale	0	0	-
infrastructure	672810,14	0	-100%
fonctionnement	100596,68	581849,91	478%
œuvre sociale	0	0	-
total	793472,32	582975,66	-27%

Source : compte administratif d'Epsp d'Arzew

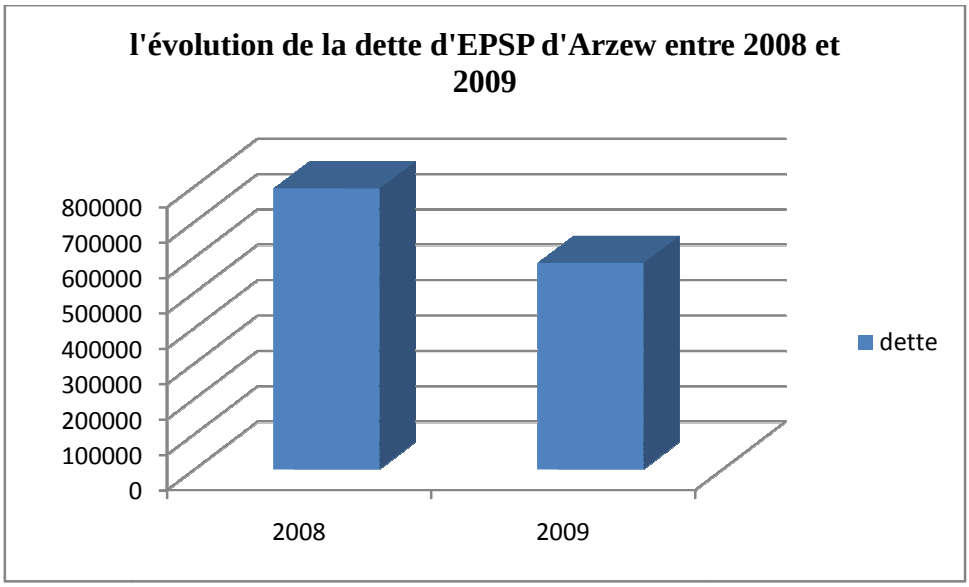


Figure 9

En 2008, l'EPSP d'Arzew supporte une dette de 793472,32 Da dont elle est réduite en 2009 par le remboursement de la dette concernant les dépenses d'infrastructure et l'alimentation.

La dette est passée de 793472,32 à 582975,66 Da qui correspond a une baisse de 27%.

III.2.5.L'analyse de l'activité hospitalière :

III.2.5.1.L'analyse des indicateurs d'activité d'hospitalisation :

L'analyse des indicateurs d'activité d'hospitalisation se fait par rapport au secteur sanitaire d'Arzew et l'EPH d'el-Mohgoun puisque l'activité de l'EPSP d'Arzew se focalise juste sur les soins externes.

Dans tous les services de soins du monde ; six critères sont utilisés en routine pour mesurer l'activité :

1. La capacité en lits (L)
2. Les entrées (E)
3. Les durées de séjour (DS)
4. La durée moyenne de séjour (DMS)

5. Le taux d'occupation (TO)
6. Taux de rotation (TR)

Mais dans notre étude on va analyser rien que la durée moyenne de séjours, taux d'occupation moyens et le taux de rotation de lits.

III.2.5.1.1.Les durées de séjours et les journées réalisées :

La durée de séjour est le paramètre le plus utilisé ; sous les formes de durée moyenne, ou de taux d'occupation des lits. Si l'on n'utilise qu'un seul de ces paramètres ; tout particulièrement la durée moyenne, l'interprétation est hasardeuse. L'analyse des durées de séjour se situe donc dans la problématique de la dépendance momentanée. Dans le cadre de management des prises en charge hospitalière, cela conduit à définir ce que l'on entend par « durée de séjour »

III.2.5.1.1.1.Définition du DMS :

Par rapport au patient, la dépendance se situe dans la durée globale de la prise en charge, quelle que soit la succession des services ou d'établissement sanitaires utilisés.

Par rapport au management d'un service c'est la durée d'occupation d'un lit qu'il convient de gérer en articulation avec les autres modes de prises en charge à l'entrée et à la sortie ambulatoires ou hospitalières.

La durée moyenne de séjour (DMS) est calculée par

$$DMS = {journées}/{entrées}$$

$$\boldsymbol{DMS} = {J}/{E}$$

III.2.5.1.1.2.L'évolution de la durée moyenne de séjour :

Tableau III-10-1 :l'évolution du DMS entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'Arzew et Eph d'El-Mohgoun

	2006	2007	2008	2009	2010
DMS	3,69	3,42	3,57	3,25	2,59

Source : service de coûts d'EPH el- Mohgoun

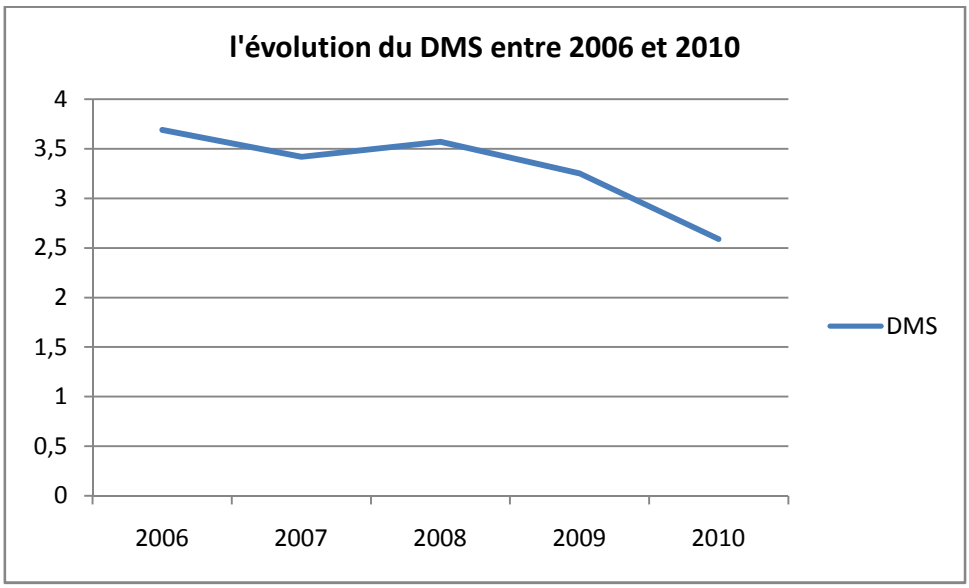


Figure 10-1

A travers le tableau et le graphe (III-10-1), on remarque que la durée moyenne de séjour a été réduite durant la période étendue de 2006 à 2010 dont elle est passée de 3,69j en 2006 a 2,59 j en fin 2010, mais il faut noter qu'en 2008 la durée moyenne de séjour a augmenté par rapport à l'année qui précède puisqu'elle était 3,42 j et elle est devenue 3,57 j.

Tableau (III-10-2) : comparaison entre l'activité de l'Eph d'EL mohgoun par rapport à la moyenne de la wilaya d'Oran

Désignation	EPh d'El- mohgoun	Moyenne de wilaya d'Oran
DMS	2,59	7,84
TRL	41,84	38,96
TOM	29,6	83,7

Source : Direction de santé et de populations d'Oran

Si on compare la durée moyenne de séjour réalisée au niveau des services de l'Eph d'El-Mohgoun avec celle du moyenne de wilaya , on constate qu'elle est réduite dont elle est de 2,59 j en 2010 par contre au niveau de la willaya elle était 7,84 j , mais cela n'indique pas que l'Eph el Mohgoun est performant puisque la DMS au niveau de la wilaya concerne toutes les catégories des hôpitaux (CHU, EPH,EHU ...)

III.2.5.1.1.3. Evolution du DMS pour chaque service :

Tableau III-10-2 :l'évolution du DMS entre 2008 et 2010 au sein d'Eph d'El-mohgoun

	DMS 08	DMS 09	DMS 10
Ch.Gle	4,40	3,50	3,74
URO	3,53	3,47	3,08
OTR	7,61	7,17	8,17
Pneum	7,04	6,18	5,44
MI	8,44	8,41	8,15
ORL	1,72	2,70	2,45
OPH	5,67	19,00	-
MAT	1,27	1,28	1,31
GYN	4,24	3,45	3,44
PDT	2,91	2,86	2,58
Dialys	-	-	-
UMC	0,77	0,85	0,77
Total	2,83	2,67	2,59

Source : bureau d'entrée d'Eph el Mohgoun rapport annuel sur l'état des entrées

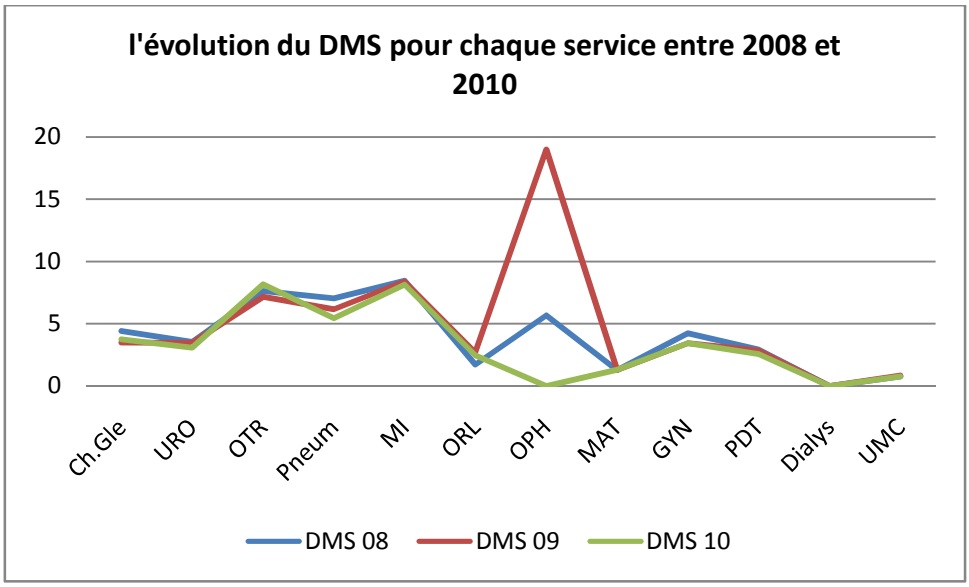


Figure 10-2

A partir du tableau (III-10-2) et du courbe (figure 10-2) , on constate que la durée moyenne du séjour diffère d'une année a une autre, et d'un service a un autre mais si on compare entre 2008 et 2009, on remarque que la DMS a été réduite pour ce qui concerne l'hospitalisation dans les services qui suivent :chirurgie générale, urologie, orthopédie, pneumologie, médecine interne et pédiatre ; a titre d'exemple la durée moyenne de séjour au sein du service de pneumologie est réduit de 7,04 j en 2008 à 6,17 j en 2009.

Par contre au niveau des autres services la duré moyenne de séjour a progressé par exemple au niveau du service d'ophtalmologie elle était 5,67 j en 2008 mais en 2009 l'hospitalisation a duré en moyenne 19 j.

En 2010, on constate d'une part le service qui a une longue durée moyenne de séjour est celui de médecine interne puisque le malade est hospitaliser pendant 8 jours, et d'autre part le service qui se caractérise par une courte durée de séjour est celui de maternité dont elle ne dépasse pas deux nuit.

III.2.5.1.2.Les effets de taux de rotation et taux d'occupation moyen des lits :

Le taux de rotation TR est le nombre moyen de patients ayant utilisé chaque lit

hospitalier, par unité de temps, pour un service donné. Il se calcule simplement comme suit

$$TR = nombre\ d'entrées/nombre\ de\ lit$$

$$\boldsymbol{TR = {}^{E}/_{L}}$$

Et le taux d'occupation se calcule comme suit :

$$TO = {}^{J}/_{(L * 365)}$$

Partant des trois équations, il est facile de trouver la relation entre le taux de rotation, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation dont elle est sous forme de la formule suivante :

$$TR = {}^{TO}/_{(DMS\ * 365)}$$

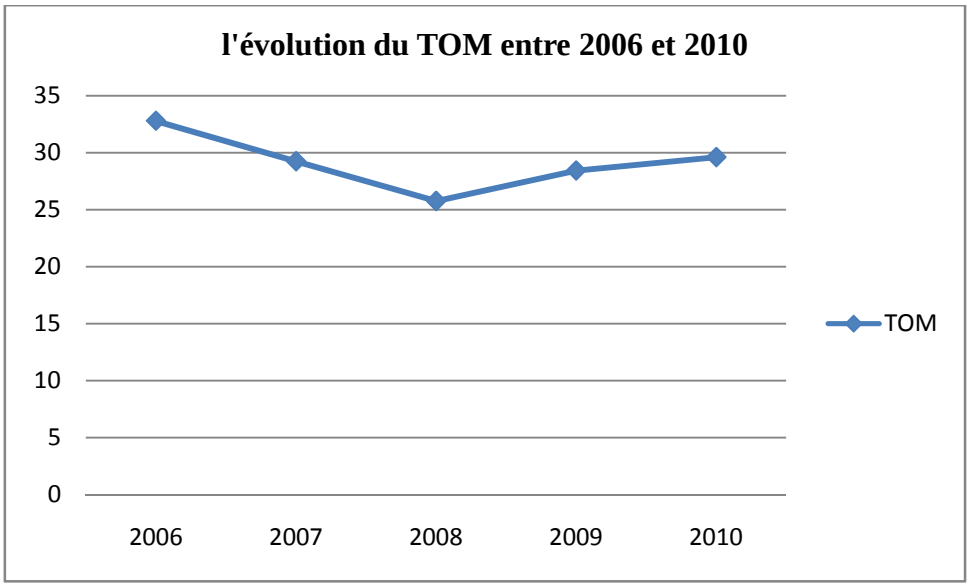
Le taux de rotation augmente linéairement avec le taux d'occupation du service et diminue hyperboliquement avec l'accroissement de la durée moyenne de séjour.

III.2.5.1.2.1.L'évolution de taux d'occupation moyen :

Tableau (III-11-1) :l'évolution du TOM entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'Arzew

	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
TOM	32,78	29,24	25,75	28,43	29,60

Source : service de cout Eph el-Mohgoun, canevas c



-Figure 11-1

A partir de tableau (III-11-1) et de la représentation graphique (figure 11-1) de l'évolution de TOM entre 2006 et 2010, on remarque qu'en 2007 et 2008, le TOM a diminué dont il est respectivement de 29,24% et 25,75%, par rapport à l'an 2006 puisqu'il était de 32,78%, en revanche en 2009 et 2010 il a évolué dont il égale respectivement à 28,6% et 29,6 %

Partant de la, on constate que le niveau d'occupation des lits reste toujours faible puisque il ne dépasse pas la moitié ; cela indique que l'hospitalisation est faible au sein de l'Eph el Mohgoun par rapport au niveau de la wilaya d'Oran dont le TOM est 83,7% (voir tableau comparatif) en 2010 .

III.2.5.1.2.2.L'évolution du taux d'occupation pour chaque service :

Tableau (III-11-2) :l'évolution du TOM entre 2008 et 2010 au sein d'Eph el-Mohgoun

	TOM 08	TOM 09	TOM 10
Ch.Gle	36,49	40,11	33,56
URO	4,73	12,70	8,66
OTR	26,31	25,78	27,34
Pneum	36,15	24,55	21,79
MI	26,74	32,08	32,81
ORL	4,08	6,68	6,30
OPH	0,62	0,35	-
MAT	34,07	35,52	36,90
GYN	115,98	97,13	105,14
PDT	29,24	36,46	34,25
Dialys	-	-	-
UMC	46,37	51,48	48,17
Total	27,67	30,71	29,60

Source : bureau d'entrée de l'EPh el Mohgoun rapport annuel sur l'état des entrées

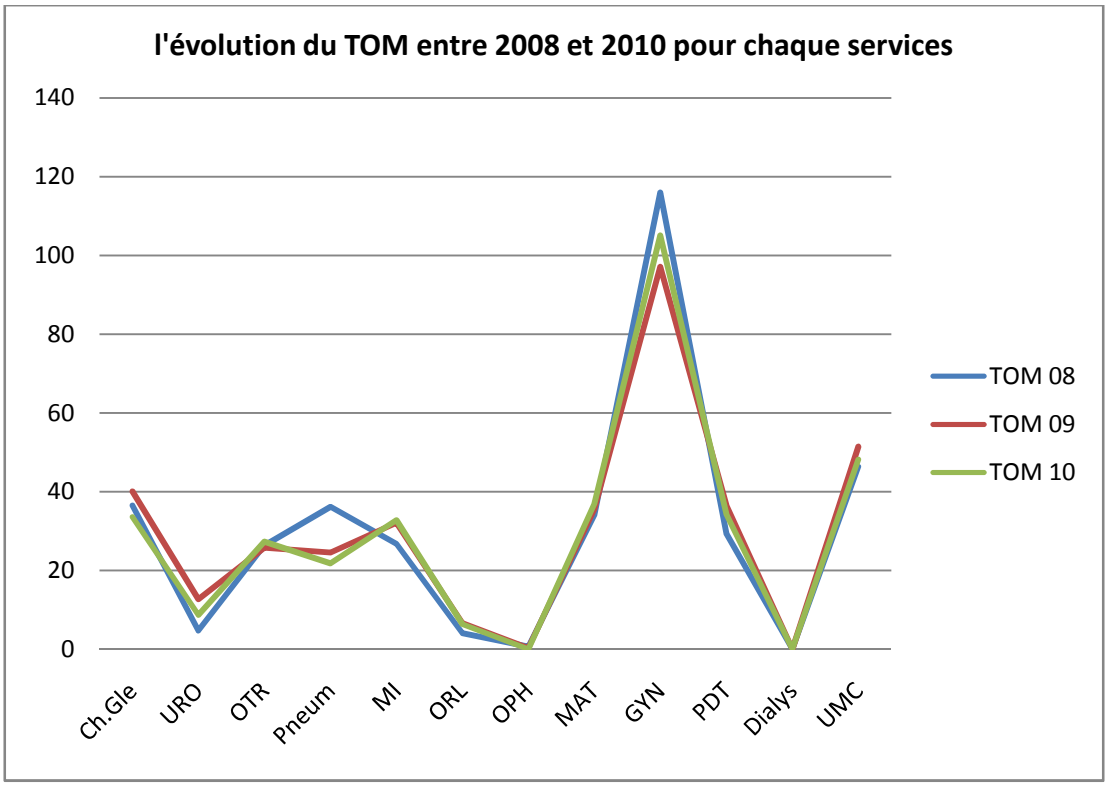


Figure 11-2

A partir le tableau (III-11-2) et sa représentation graphique, En comparant le TOM en 2009 avec celui de 2008, on constate que ce taux a baissé pour ce qui concerne les services suivants :

- Orthopédie.
- Pneumologie.
- Ophtalmologie.
- Gynécologie.

Tandis que le TOM qui correspond aux autres services a augmenté tel que le service de chirurgie générale, médecine interne, ORL...etc.Ainsi, on remarque le TOM annuel a évolué puisque il est passé de 27,67% à 30,71%Entre 2009 et 2010, le TOM a baissé pour ce qui concerne les services suivant : chirurgie générale, urologie, pneumologie, ORL, ophtalmologie, pédiatrie, UMC, en revanche le taux d'occupation moyen a progressé dans les autres services comme le service de médecine interne.

III.2.5.1.2.3.L'évolution du Taux de rotation de lits :

Tableau (III-12-1):l'évolution du TRL entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'Arzew

Années	TRL
2007	38,76
2008	35,77
2009	42,09
2010	41,85

Source : canevas C (bureau de coûts d'Eph El Mohgoun)

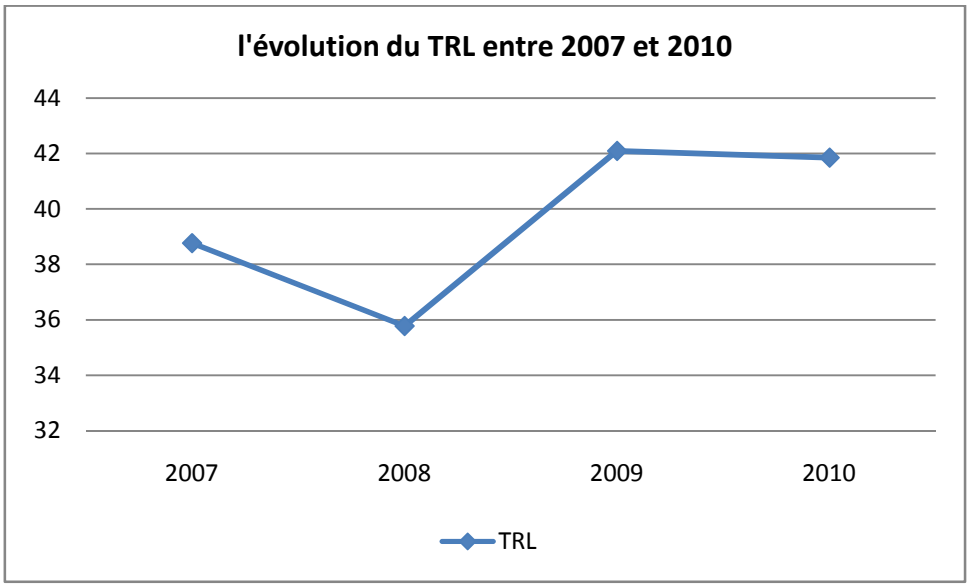


Figure 12-1

A partir du Tableau (III-12-1), On remarque qu'en 2008 le Taux de rotation de lit a baissé par rapport qu'il était en 2007 dont il est passé de 38,76% à 35,77 % ; puis il a augmenté en 2009, il est devenu 42,09 % mais en 2010 le TRL a diminué d'une faible proportion puisqu'il égale à 41,85 %.

III.2.5.1.2.4.L'évolution du Taux de rotation de lits pour chaque service :

Tableau (III-12-2) :l'évolution du TRL entre 2008 et 2010 au sein d'Eph el mohgoun

	TRL 08	TRL 09	TRL 10
Ch.Gle	30,33	42,00	14,93
URO	4,90	13,40	3,90
OTR	12,65	13,15	6,25
Pneum	18,80	14,55	7,10
MI	11,60	13,97	6,87
ORL	8,67	9,07	4,47
OPH	0,40	0,07	-
MAT	98,20	101,30	53,80
GYN	100,20	103,10	61,00
PDT	36,77	46,73	23,83
Dialys	-	-	-
UMC	219,40	221,30	116,00
Total	35,77	42,09	21,05

Source : canevas C (bureau de coûts d'Eph El Mohgoun)

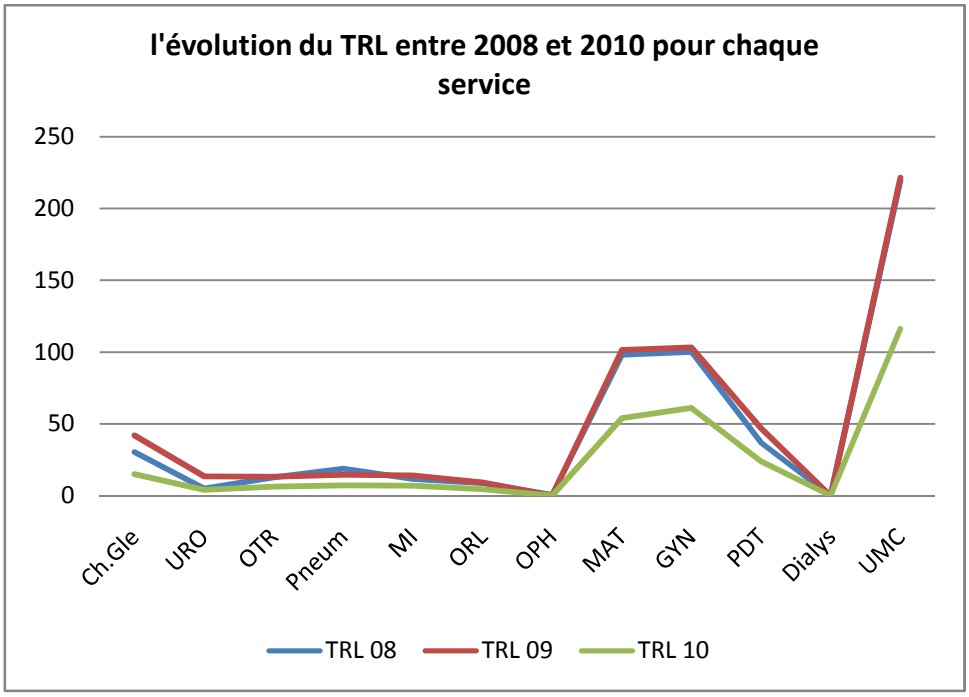


Figure 12-2

A partir du tableau (III-12-2) et figure 12-2, en 2009 on trouve que le taux de rotation des lits a progressé pour tous les services sauf l'ophtalmologie par rapport que c'était réalisé en 2008.

Sachant qu'en 2010 le TRL a baissé au niveau de tous les services par rapport au deux années précédentes.

III.2.5.1.2.5.Analyse de capacité litière, et l'activité d'hospitalisation:

Tableau III-13 : le rapport entre les entrées et les journées hospitalisation

	2006	2007	2008	2009
Lits	228	228	233	218
Entrées	7399	7105	6141	6963
journées	27280	24333	64862	22619
DMS	3,69	3,42	3,57	3,25
TOM	32,78	29,24	25,75	28,43

Source : canevas C

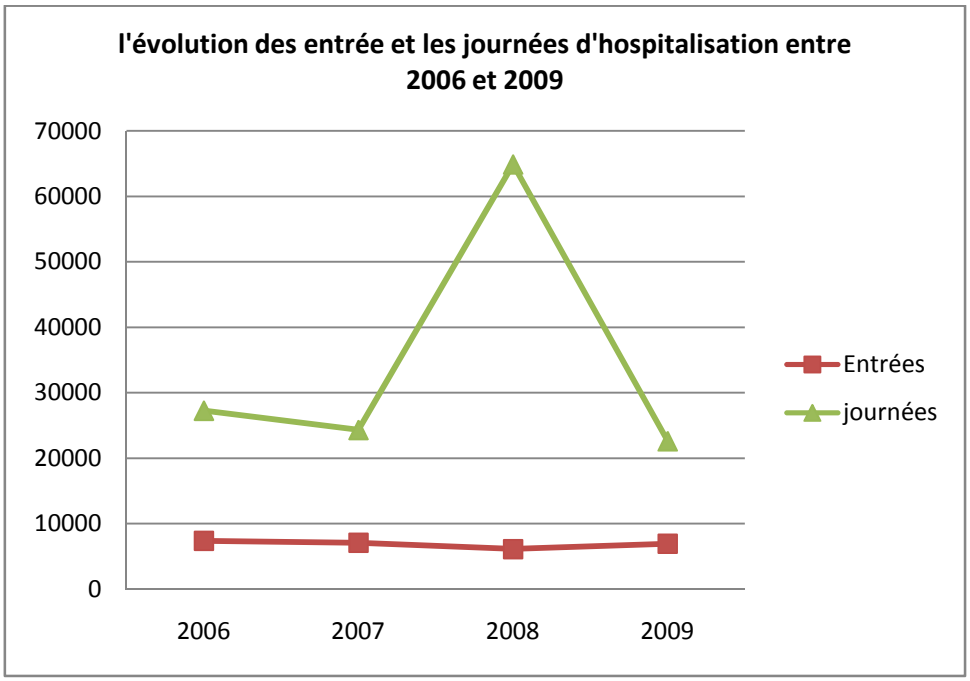


Figure 13-1

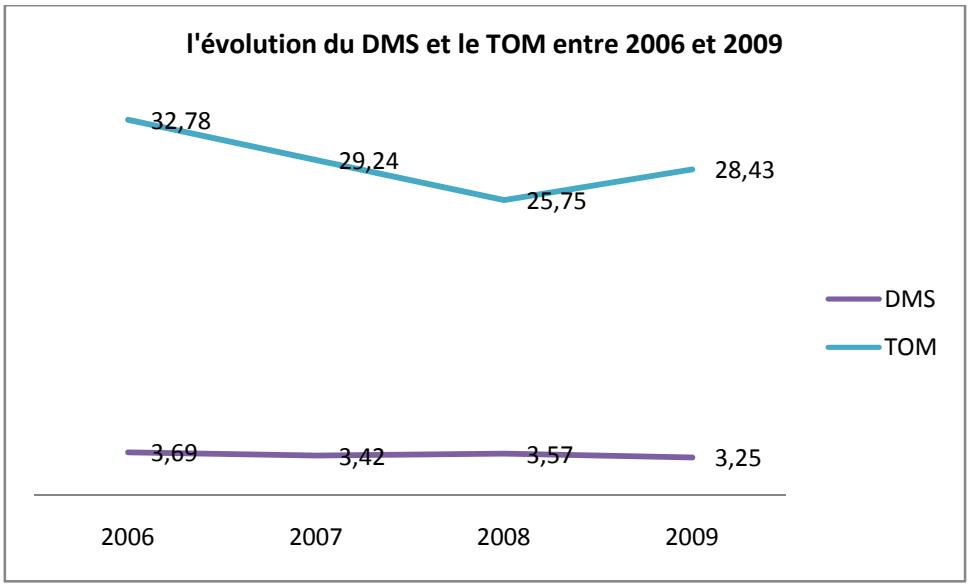


Figure 13-2

A partir du tableau (III-13) et la représentation graphique 13-1 ainsi que le graphe 13-2, on remarque que l'EPH d'El-Mohgoun a réduit sa capacité litière en 2009 dont il n'assure rien que 218 lits par rapport sa capacité en 2008 qu'elle était de 233 lits, cela n'empêche pas que l'activité hospitalière a progressé cela est expliqué par le fait que l'établissement a admis 6963 patients en 2009 qui dépasse le nombre des entrées en 2008 qui était de 6141 patients hospitalisés.

Tandis qu'en 2009 les journées d'hospitalisation ont été réduites par rapport à l'an 2008 par la proportion de 65%, cela est expliqué par la baisse de duré moyenne de séjour et l'évolution du taux d'occupation moyen.

III.2.6.L'analyse des coûts d'unité d'œuvre:

Dans un souci de maîtrise des dépenses de santé par la mise en place de mécanismes et d'outils, et face aux dépenses de santé croissantes, la rationalisation est l'objectif à atteindre pour maîtriser le coût, le Ministère de la Santé et de la Population a proposé la méthode de calcul des coûts comme outil à introduire dans la gestion.

Dans une entreprise, la comptabilité analytique permet de déterminer le prix de revient des produits et leurs prix de vente. En égard au statut juridique des établissements

publics de Santé et l'absence d'un plan comptable applicable, ils ont pensé à la méthode des sections homogènes qui a pour but de déterminer le coût d'une " unité d'œuvre " (journée d'hospitalisation, consultation,….) elle ne constitue pas pour autant une comptabilité analytique proprement dite.

Il s'agit beaucoup plus d'un système de répartition des charges entre les différents services dont le but est la détermination d'un coût complet par service. Quand on obtient le coût du service il devient possible de calculer le prix de revient d'une unité d'œuvre en divisant le coût global durant une période donné par le nombre d'unités d'œuvres réalisées durant la même période.

III.2.6.1.Définition de la méthode de calcul des coûts hospitaliers :

La méthode des sections homogènes a pour but la détermination d'un coût complet par service, comprenant d'une part les charges directes propres à ce service, et d'autre part une quote-part des charges globales indirectes. Cette quote-part est calculée sur la base de "clés de répartition". La mise en œuvre de cette méthode nécessite le découpage de l'établissement en centres d'analyse des coûts qui sont des "sections homogènes". La section homogène est un service dont l'activité aboutit à la production d'une même unité d'œuvre.

Exemple : Le service d'hospitalisation est une section homogène dont l'unité d'œuvre est la journée d'hospitalisation, le bloc opératoire est une section homogène dont l'unité d'œuvre est l'acte chirurgicale.

Les sections homogènes : Elles se divisent en deux catégories : " sections principales" et "sections auxiliaires".

- **Les sections principales** : Sont celles dont l'activité concourt directement à la production de l'unité d'œuvre pour laquelle nous voulons calculer le coût : la journée d'hospitalisation, la séance de dialyse,…..

Les services dotés de lits d'hospitalisation, les services de stomatologie et les services d'hémodialyse, sont donc des sections principales.

- **Les sections auxiliaires** : Sont des centres d'activité qui ne produisent pas directement les unités d'œuvre objet du calcul des coûts, mais qui sont plutôt prestataires au profit des sections principales.

Exemple : Les services administratifs, les laboratoires, les blocs opératoires, la cuisine, la pharmacie, etc.

- **Les charges directes** : Sont les charges des sections principales et auxiliaires qu'on affecte à chacune des sections sans avoir recours à une "clé de répartition".

Exemple : salaires, médicaments, fournitures diverses.

- **Les charges indirectes** : Sont les charges qu'on ne peut affecter aux sections que grâce à des clés de répartition.

Exemple : les charges communes sont des charges indirectes.

Les charges des sections auxiliaires sont des charges indirectes par rapport aux sections principales puisqu'elles font l'objet, lors de la répartition secondaire appel à des clés de répartition.

- **Les charges communes** : Sont les charges dont on ne peut déterminer avec exactitude la part qui revient à chaque service (eau, électricité, gaz, téléphone, assurance contre l'incendie, etc.). –clés de répartition-

L'affectation des charges a pour but de déterminer un cout complet par service, elle se fait en deux étapes :

1- **Répartition primaire** : Consiste à affecter les charges directes et les charges communes aux sections principales et auxiliaires.

2- <u>Répartition secondaire :</u> Consiste à la répartition du total des charges de chacune des sections auxiliaires entre les différentes sections principales sur la base de clés de répartition.

Le total des charges directes et indirectes obtenues par section principale représente le coût global du service médical, d'ici on peut calculer :

- Le coût d'une journée d'hospitalisation ou d'une consultation en divisant le coût du service par le nombre de journées d'hospitalisation ou par le nombre de consultations réalisées.
- Le coût moyen du séjour d'un malade, en multipliant le prix d'une journée d'hospitalisation par la durée de séjour.

<u>III.2.6.2.L'analyse du nombre d'unité d'œuvre et leurs coûts au sein du secteur sanitaire d'Arzew et l'EPh el-Mohgoun :</u>

Tableau III-14-1 : l'évolution du nombre d'unité d'œuvre et leurs coûts entre 2006 et 2009

Désignation / Années		2006		2007		2008		2009	
sections homogènes	Unité d'œuvre	Nbr U.O	C.U.O	Nbr U.O	C.U.O	Nbr U.O	C.U.O	Nbr UO	C.U.O
MED.INTE	J.H	2193	4948,92	2325	5 674,71	2936	8 038,70	3522	12 952,27
PEDIAT	J.H	3246	5361,83	3615	5 105,91	3211	8 042,77	4003	9 338,10
CHIR.GLE	J.H	7632	5872,29	5108	8 793.99	4180	26 978,42	4869	15 310,45
U.M.C	J.H	35644	1131,99	39571	1 102,93	39781	2 197,19	38277	1 772,29
GYNEC.OBST.	J.H	7649	3896,32	7073	4 764,84	6739	11551,33	6155	10 890,32
OPHTALM	J.H	526	10431,06	671	10011,09	34	593 934,31	19	534 933,12

O.R.L	J.H	656	9605,76	476	15339,23	224	38 535,78	367	20 800,78
Pneumologie	J.H	1763	4238,03	1758	4 518,65	2646	6 797,31	1797	8 906,25
médecine de travail	c	1985	4741,84	0	-	-	-	-	-
ORTHOP.	J.H	2763	5094,11	2540	6 596,36	1926	22 767,62	1887	11 459,94
CONS.EXT	C	113233	748,97	133565	686,54	25081	2 277,71	24507	1 631,30
stomatologie	D	20537	2086,15	121251	368,06	38974	527,52	44753	414,13
MED.LEGALE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HEMODIAL	Séance	2004	15374,59	3624	8 330,33	3878	13 090,57	3343	9 754,28
SOINS EXT.	C	198765	833,93	212394	497,61	-	-	-	-
MAT.RURALE	J.H	852	10959,68	767	14835,01	-	-	-	-
B.OP.CH.GLE	K	3114	5254,7	3153	6 185,95	2281	41 122,73	3268	10813,09
B.OP.GYNEC	K	476	13202,24	597	12 068,77	582	8 455,30	591	5147,04
LABORATOIRE	B	51650	259,77	62285	205,58	58305	459,06	50690	487,2
RADIOLOGIE	R	20743	564,16	23721	540,49	14805	1457,57	16914	1173,85

Source : service de couts d'EPH d'el-Mohgoun , Canevas B concernant le calcul des coûts hospitaliers

Nbr U.O : nombre d'unité d'œuvre.

C.U .O : le coût par unité d'œuvre.

J.H : journée d'hospitalisation.

C : La consultation.

D : acte dentaire.

K : opération.

B : bilan réalisé.

R : radio réalisé.

A travers le tableau comparatif (tableau III-14-1) concernant l'évolution du nombre d'unité d'œuvre et leurs coûts, on constate que le niveau d'activité dans certains services du secteur sanitaire d'Arzew a baissé en 2007 par rapport que c'était en 2006. Les services concernés par cette baisse sont les suivants :

- La chirurgie générale a baissé de 33,07%.
- Service de gynécologie a baissé de 7,5 %.
- Service d'ORL a baissé de 27 %.
- L'orthopédie : de 8%.
- Pneumologie : de 0,3 %.
- Maternité rurale : de 10 %.

En revanche, pour ce qui concerne les autres services on remarque que d'un coté le niveau d'activité a augmenté de faibles proportions dans certains d'eux tels que service de médecine interne, pédiatrie, de radiologie dont il est évolué respectivement de 6 %, 11 % et 14%, et d'un autre coté on remarque que la demande au sein du service d'hémodialyse et de stomatologie a accru d'une forte proportion qui est respectivement de 81% et 490 % en 2007.

Pour ce qui concerne le service de travail il faut préciser qu'en 2007 le service était en phase de réhabilitation, cela peu expliquer l'arrêt d'activité au niveau de ce service.

Sachant que l'activité hospitalière dépend de la demande de population en terme de pathologie et de maladie, alors son niveau se change aléatoirement d'un an a l'autre a titre exemple si on compare l'évolution d'activité au sein du service d'UMC, on remarque qu'en 2008 elle a évolué par rapport à l'an 2007 de proportion approximative a 0,01%, en revanche en 2009 l'activité a baissé de 4 %.

Mais il faut préciser qu'après le découpage du secteur sanitaire d'Arzew, d'une part certain services sont devenus sous la tutelle d'EPSP d'Arzew, pour cette raison on constate que certain service ne dégage plus de coûts ; d'autre part le calcul de nombre d'unité d'œuvre a été réduit ou plutôt partager entre l'EPH el-Mohgoun et l'EPSP d'Arzew puisqu'ils sont autonomes.

III.2.6.1.L'analyse du nombre d'unité d'œuvre et leurs coûts au sein des

<u>services d'EPSP d'Arzew</u> :

Tableau III-14-2 : l'évolution du nombre d'unité d'œuvre et leurs coûts en, 2008 et 2009 au sein des services d'epsp d'Arzew

		2008	2008	2009	2009
Sections homogènes	Unité d'œuvres	Nbr	Cout U O	Nbr	Cout U O
médecine de travail	consultation	6240	1295,45	6465	1 402,44
CONS.EXT	C	150707	932,23	165705	748,37
stomato	D	225423	134,56	306510	106,68
SOINS EXT.	C	301511	247,77	328019	283,04
MAT.RURALE	J.H	755	15899,16	701	16675,16
URG MED	C	67768	567,77	72181	613,39
LABORAT.	B	18220	978	47429	385,3
RADIO.	R	6873	591,12	7183	927,66

A travers le tableau (III-14-2) , on constate qu'entre 2009 et 2008 le niveau d'activité qui se mesure par le nombre d'unité d'œuvre a évolué dans les services de Médecine de travail, consultation externe , stomatologie, soins externes, urgence médicale, laboratoire et de radiologie respectivement de 4 %, 10% ,36%,9% ,7%,160% et 5%.

En revanche, elle a baissé de 7 % pour ce qui concerne le service de maternité rurale.

<u>III.2.7.L'analyse de la tarification de l'activité hospitalière :</u>

En terme de tarification de l'activité hospitalière et la prestation de services de soins, l'Etat a fixé des tarifs symbolique dont 50 da pour les services de consultation et les services fournis par les médecins généralistes et pour les services de spécialité ainsi que la maternité le tarif est de 100 da par acte médicale.

Alors si on compare les coûts réels dégagés de la prestation d'un acte médicale

pour chaque service avec le tarif, à titre d'exemple en 2009 le coût unitaire d'une consultation médicale au niveau d'EPH el-Mohgoun est 1 631,30 da dont le tarif ne couvre que 6% du coût réel ; pour cela les charges de santé représente une somme importante des dépensés d'Etat, sachant que le coût moyen change d'une année à l'autre et il est en relation avec le niveau d'activité et les charges supportés pour chaque acte médicale qui diffère d'une pathologie à une autre selon le diagnostic du médecin soignant.

Partant delà, pour ce qui concerne la tarification d'activité au niveau des deux établissements reste toujours minime et ne reflète pas le coût hospitalier réel puisque l'EPH- El Mohgoun et l'EPSP d'Arzew comme tout hôpital public assurent la prestation de service public.

CONCLUSION

A partir de l'évaluation de situation budgétaire, on a constaté que le ministère de santé ,de population et de réforme de santé contribue plus des trois quarts de budget fournis aux deux établissements , dont ce budget a pour premier objectif d'assurer la paie de personnel en vue d'assurer la prestation de service de soins dont la proportion des charge de personnel constitue plus que les 60% du total des dépense.

Puisque la baisse des couts ; l'efficacité et la qualité deviennent plus en plus la première occupation des dirigeants ainsi que la tutelle, on a constaté après l'analyse des indicateurs de l'activité hospitalière dont ils sont le DMS ,le TRL, TOM ainsi que les journées d'hospitalisations et le nombre d'admission qui représentent des critères déterminant l'efficience et l'efficacité des hospitalisations, on a constaté que la durée moyenne a diminué ces dernières années qui engendre par la suite une baisse des taux de rotation de lits, cela signifie que la gestion des entrée est plus efficace en 2010 en comparant avec les autres année qui précédent.

Mais on voie que le Taux d'occupation des lits reste toujours faible dont il ne dépasse pas les 35 % autrement dit l'établissement n'utilise pas touts sa capacité , cela peut être causé par le recours de la population au secteur privé.

La tarification de l'activité reste minime, elle ne couvre pas les dépenses pour ce qui concerne les deux établissements d'EPSP d'Arzew et d'EPH el-Mohgoun.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

On l'a souvent dit : « les hôpitaux sont l'élément essentiel de toute la politique sanitaire du pays » c'est à dire, l'expression la plus complète des possibilités techniques sur les plans de la thérapeutique, de la recherche médicale et de la médecine préventive .

Dans le domaine technique, les résultats sont remarquables ; combien d'homme sont encore en vie aujourd'hui grâce aux traitements qui n'auraient pas été possibles il y a quelques années ! mais d'autres domaines nos hôpitaux piétinent et hésitent , le domaine de la gestion est de ceux –à , les hôpitaux publics manquent des compétences dans ce domaine , ils doivent se doter d'un personnel à la fois fonctionnaire et entreprenant, respectueux des textes, de l'intérêt général , des usagers, mais en même temps dynamique et audacieux, avec ce personnel les hôpitaux publics poursuivront leur évolution, ils pourront parvenir à assurer la direction(autorité, efficacité de décision …) en même temps qu'ils auront maitriser la gestion(rationalisation, précision, efficacité financière).

Est-ce à dire, qu'il faille aller jusqu'au bout dans cette évolution ? prendre l'entreprise privée comme modèle et s'en rapprocher de plus prés ? nous avons vu que non, ce serait risquer la catastrophe d'assimiler la recherche de la santé avec une machine à sous, le service public ; c'est l'intérêt général d'abord, sans gaspillage certes, mais quoi qu'il en coute ; en matière de santé c'est à la nation de dire si la vie a un prix ou si elle n'en a pas.

En définitif l'hôpital public peut adopter certaines techniques de l'entreprise, comme le contrôle de gestion notamment ; il ne pourra jamais en adopter l'esprit , encore moins la finalité, ce serait la disparition du service public.

L'émergence des services de contrôle de gestion au sein de l'organisation hospitalière répond à une double nécessité , fonctionnelle (technique et organisationnelle) et structurelle (défis de la reforme du secteur sanitaire).

C'est un projet qui demande de longue haleine, toute fois sur le plan pratique, ce projet

peut se heurter à une série d'obstacle :

- Limites statutaires : il s'agit d'organiser la fonction du contrôleur de gestion dans l'hôpital (recrutement, profils , compétences…)
- Les contraintes pédagogiques de formation, il s'agit d'orienter la formation en fonction des besoins du service, dans cette perspective la formation devrait permettre au contrôleur de gestion de se professionnaliser en construisant un parcours de formation.
- Limites psychologiques : elles sont liées aux phénomènes de la résistance de l'organisation hospitalière à ce processus de changement, parce que le domaine de la santé utilise des référentiels professionnels puissants et nourrits de préventions fortes envers les démarches de gestion, un certain « humanisme » propre à l'hôpital tend à rejeter toute approche quantitative, chiffrée, des divers domaines de l'activité hospitalière.

Le contrôle de gestion s'il participera à moderniser l'hôpital public algérien,il apparait néanmoins nécessaire de faire reculer encore les frontières de l'impossible dans ce domaine en cherchant une gestion plus globale et plus impliquante pour tous les acteurs hospitaliers, ce qui passe par des évolutions :

- de la culture managériale.
- De la technique (comptable et financière).
- Du statu juridique de l'hôpital public.

Nous nous permettons de reprendre ci-dessous quelques unes des suggestions ou propositions que nous avons formulées ou évoquées dans ce mémoire et c'est sous forme de résumé ou de synthèse.

Auparavant, quitte à nous répéter une fois de plus, nous insistons sur le fait que quelles que

soient les actions entreprises, si elles ne le sont pas dans le cadre globale d'une réforme structurelle, elles ne pourront atteindre tout l'efficacité voulue.

Nous préconisons donc :

- D'introduire la fonction de contrôle de gestion au niveau des établissements de santé.
- D'essayer de mettre en place dans chaque hôpital un organigramme précis et clair et d'y introduire la fonction de contrôle de gestion.
- D'Instaurer une comptabilité analytique pour les hôpitaux publics.
- D'instaurer à tous les niveaux un système d'information fiable.

ANNEXES

ANNEXES 1 : COMPTE ADMINISTRATIF : LES DEPENSES

a- compte administratif : les dépenses du secteur sanitaire d'Arzew

العنوان	الاعتمادات المفتوحة في الميزانية	الحقوق الثابتة الى غاية 31 ديسمبر 2006	المبالغ المصروفة الى 31 مارس 2007	الديون الباقية والمسجلة في 2007	الرواصد الباقية
العنوان I : نفقات الموظفين	374 000 000,00	373 638 838,21	373 638 838,21	0,00	361 161,79
العنوان II : نفقات التكوين	928 000,00	912 673,70	912 673,70	0,00	19 676,30
العنوان III : التغدية	6 000 000,00	5 956 132,50	5 956 132,50	0,00	43 867,50
العنوان IV : الأدوية والمواد الأخرى ذات الإستعمال الطبي	60 000 000,00	58 909 602,02	58 909 602,02	0,00	1 090 397,98
العنوان V : نفقات الأعمال الوقائية النوعية	19 000 000,00	18 523 645,23	18 523 645,23	0,00	476 354,77
العنوان VI : العتاد والأدوات الطبية	7 000 000,00	10 770 576,94	6 980 451,94	3 790 125,00	19 548,06
العنوان VII : صيانة الهياكل الصحية	12 000 000,00	12 356 461,50	11 943 593,67	412 867,83	56 406,33
العنوان VIII : نفقات أخرى للتسيير	24 800 000,00	27 625 836,79	24 757 164,80	2 868 671,99	42 835,20
العنوان IX : الخدمات الإجتماعية	9 000 000,00	9 000 000,00	9 000 000,00	0,00	0,00
العنوان X : مصاريف البحث العلمي	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
المجموع	**512 728 000,00**	**517 693 766,89**	**510 622 102,07**	**7 071 664,82**	**2 110 247,93**

العنوان	الاعتمادات المفتوحة في الميزانية	الحقوق الثابتة الى غاية 31 ديسمبر 2007	المبالغ المصروفة الى 31 مارس 2008	الديون الباقية والمسجلة في 2008	الرواصد الباقية
العنوان I : نفقات الموظفين	411 875 000,00	403 802 002,90	403 802 002,90	0,00	8 072 997,10
العنوان II : نفقات التكوين	1 450 000,00	1 127 517,00	1 127 517,00	0,00	322 483,00
العنوان III : التغدية	7 000 000,00	6 998 970,52	6 998 970,52	0,00	1 029,48
العنوان IV : الأدوية والمواد الأخرى ذات الإستعمال الطبي	56 000 000,00	55 386 893,94	55 386 893,94	0,00	613 106,06
العنوان V : نفقات الأعمال الوقائية النوعية	35 000 000,00	33 405 035,45	33 405 035,45	0,00	1 594 964,55
العنوان VI : العتاد والأدوات الطبية	19 000 000,00	22 640 708,93	18 850 583,93	3 790 125,00	149 416,07
العنوان VII : صيانة الهياكل الصحية	22 000 000,00	22 394 175,42	21 981 307,59	412 867,83	18 692,41
العنوان VIII : نفقات أخرى للتسيير	24 000 000,00	25 269 450,83	22 400 778,84	2 868 671,99	1 599 221,16
العنوان IX : الخدمات الإجتماعية	9 000 000,00	9 000 000,00	9 000 000,00	0,00	0,00
العنوان X : مصاريف البحث العلمي	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
المجموع	**585 325 000,00**	**580 024 754,99**	**572 953 090,17**	**7 071 664,82**	**12 371 909,83**

b- compte administratif : les dépenses de l'Eph el Mohgoun

العنوان	الاعتمادات المفتوحة في الميزانية	الحقوق الثابتة الى غاية 31 ديسمبر 2008	المبالغ المصروفة الى 31 مارس 2009	الديون الباقية والمسجلة في 2009	الرواصد الباقية
العنوان I : نفقات الموظفين	279 000 000,00	283 843 185,12	278 536 950,48	5 306 234,64	463 049,52
العنوان II : نفقات التكوين	3 000 000,00	1 678 119,04	1 678 119,04	0,00	1 321 880,96
العنوان III : التغدية	6 500 000,00	6 411 929,40	6 411 929,40	0,00	88 070,60
العنوان IV : الأدوية والمواد الأخرى ذات الإستعمال الطبي	70 000 000,00	61 418 917,64	61 418 917,64	0,00	8 581 082,36
العنوان V : نفقات الأعمال الوقائية النوعية	10 000 000,00	9 698 735,98	9 698 735,98	0,00	301 264,02
العنوان VI : العتاد والأدوات الطبية	15 000 000,00	18 766 437,67	14 976 312,67	3 790 125,00	23 687,33
العنوان VII : صيانة الهياكل الصحية	37 500 000,00	37 903 218,37	37 490 350,54	412 867,83	9 649,46
العنوان VIII : نفقات أخرى للتسيير	20 000 000,00	22 655 825,09	19 598 331,57	3 057 493,52	401 668,43
العنوان IX : الخدمات الإجتماعية	5 250 000,00	5 250 000,00	5 250 000,00	0,00	0,00
العنوان X : مصاريف البحث العلمي	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
المجموع	**446 250 000,00**	**447 626 368,31**	**435 059 647,32**	**12 566 720,99**	**11 190 352,68**

العنوان	الاعتمادات المفتوحة في الميزانية	الحقوق الثابتة الى غاية 31 ديسمبر 2009	المبالغ المصروفة الى 31 مارس 2010	الديون الباقية والمسجلة في 2010	الرواصد الباقية
العنوان I : نفقات الموظفين	293 000 000,00	287 588 792,23	287 588 792,23	0,00	5 411 207,77
العنوان II : نفقات التكوين	980 000,00	766 581,75	766 581,75	0,00	213 418,25
العنوان III : التغدية	7 000 000,00	6 989 943,41	6 989 943,41	0,00	10 056,59
العنوان IV : الأدوية والمواد الأخرى ذات الإستعمال الطبي	86 000 000,00	71 731 573,99	71 731 573,99	0,00	14 268 426,01
العنوان V : نفقات الأعمال الوقائية النوعية	12 000 000,00	11 547 337,86	11 547 337,86	0,00	452 662,14
العنوان VI : العتاد والأدوات الطبية	22 000 000,00	25 439 582,70	21 649 457,70	3 790 125,00	350 542,30
العنوان VII : صيانة الهياكل الصحية	30 000 000,00	30 158 970,66	29 746 102,83	412 867,83	253 897,17
العنوان VIII : نفقات أخرى للتسيير	29 500 000,00	31 326 557,57	28 200 369,96	3 126 187,61	1 299 630,04
العنوان IX : الخدمات الإجتماعية	5 000 000,00	5 000 000,00	5 000 000,00	0,00	0,00
العنوان X : مصاريف البحث العلمي	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
المجموع	**485 480 000,00**	**470 549 340,17**	**463 220 159,73**	**7 329 180,44**	**22 259 840,27**

c- compte administratif : les dépenses d'Epsp d'Arzew

[illegible]	[illegible] **2008**	[illegible] **2008/12/31**	[illegible] **2008/12/31**	[illegible]	[illegible]	الفصل
10 748 843,38	0,00	247 251 156,62	247 251 156,62	258 000 000,00	[illegible]	1
54 829,30	0,00	945 170,70	945 170,70	1 000 000,00	[illegible]	2
101 650,60	20 065,50	898 349,40	918 414,90	1 000 000,00	[illegible]	3
189 874,47	0,00	15 810 125,53	15 810 125,53	16 000 000,00	[illegible]	4
9 838,17	0,00	15 990 161,83	15 990 161,83	16 000 000,00	[illegible]	5
35 793,05	0,00	6 964 206,95	6 964 206,95	7 000 000,00	[illegible]	6
836 585,16	672 810,14	5 163 414,84	5 836 224,98	6 000 000,00	[illegible]	7
16 814,10	100 596,68	12 483 185,90	12 583 782,58	12 500 000,00	[illegible]	8
0,00	0,00	3 750 000,00	3 750 000,00	3 750 000,00	[illegible]	9
-	-	-	-	-	[illegible]	10
11 994 228,23	**793 472,32**	**309 255 771,77**	**310 049 244,09**	**321 250 000,00**	[illegible]	

[illegible]	[illegible] **2009**	[illegible] **2009/12/31**	[illegible] **2009/12/31**	[illegible]	[illegible]	الفصل
18 196 894,20	0,00	249 803 105,80	249 803 105,80	268 000 000,00	[illegible]	1
12 000,00	0,00	238 000,00	238 000,00	250 000,00	[illegible]	2
308 444,40	0,00	991 555,60	991 555,60	1 300 000,00	[illegible]	3
91 398,91	1 125,75	19 908 601,09	19 908 601,09	20 000 000,00	[illegible]	4
393 144,21	0,00	17 606 855,79	17 606 855,79	18 000 000,00	[illegible]	5
70 778,40	0,00	8 929 221,60	8 929 221,60	9 000 000,00	[illegible]	6
1 259,95	0,00	12 998 740,05	12 998 740,05	13 000 000,00	[illegible]	7
332 800,37	581 849,91	11 167 199,63	11 167 199,63	11 500 000,00	[illegible]	8
0,00	0,00	4 300 000,00	4 300 000,00	4 300 000,00	[illegible]	9
-	-	-	-	-	[illegible]	10
19 406 720,44	**582 975,66**	**325 943 279,56**	**325 943 279,56**	**345 350 000,00**	[illegible]	

ANNEXE 2 : COMPTE ADMINISTRATIF : LES RECETTES

a- compte administratif : les recettes du secteur sanitaire d'Arzew

طبيعة المصاريف	المصاريف				
	القيمة المغطاة وفق الميزانية	الإيرادات المحققة لسنة 2006	القيمة المغطاة حسب العناوين	الباقي للتغطية	فائض في الإيرادات
العنوان I: مساهمة الدولة	336 228 000,00	336 228 000,00	336 228 000,00	0,00	0,00
العنوان II: الهيئات الأخرى	170 000 000,00	170 000 000,00	170 000 000,00	0,00	0,00
العنوان III: ايرادات ورادة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بعنوان الخدمات الخاضعة لإتفاقيات	1 000 000,00	0,00	0,00	1 000 000,00	0,00
العنوانIV: موارد اخرى	5 500 000,00	7 640 500,00	7 640 500,00	0,00	2 140 500,00
مجموع الإيرادات	512 728 000,00	513 868 500,00	513 868 500,00	1 000 000,00	2 140 500,00

طبيعة المصاريف	المصاريف				
	القيمة المغطاة وفق الميزانية	الإيرادات المحققة لسنة 2007	القيمة المغطاة حسب العناوين	الباقي للتغطية	فائض في الإيرادات
العنوان I: مساهمة الدولة	408 825 000,00	408 825 000,00	408 825 000,00	0,00	0,00
العنوان II: الهيئات الأخرى	170 000 000,00	170 000 000,00	170 000 000,00	0,00	0,00
العنوان III: ايرادات ورادة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بعنوان الخدمات الخاضعة لإتفاقيات	1 000 000,00	0,00	0,00	1 000 000,00	0,00
العنوانIV: موارد اخرى	5 500 000,00	6 060 449,70	6 060 449,70	0,00	560 449,70
مجموع الإيرادات	585 325 000,00	584 885 449,70	584 885 449,70	1 000 000,00	560 9,70

b- compte administratif : les recettes d'Eph el Mohgoun

طبيعة المصاريف	المصاريف				
	القيمة المغطاة وفق الميزانية	الإيرادات المحققة لسنة 2008	القيمة المغطاة حسب العناوين	الباقي للتغطية	فائض في الإيرادات
العنوان I: مساهمة الدولة	379 750 000,00	379 750 000,00	379 750 000,00	0,00	0,00
العنوان II: الهيئات الأخرى	60 000 000,00	60 000 000,00	60 000 000,00	0,00	0,00
العنوان III: ايرادات ورادة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بعنوان الخدمات الخاضعة لإتفاقيات	1 000 000,00	0,00	0,00	1 000 000,00	0,00
العنوانIV: موارد اخرى	5 500 000,00	2 972 849,23	2 972 849,23	2 527 150,77	0,00
مجموع الإيرادات	446 250 000,00	442 722 849,23	442 722 849,23	3 527 150,77	0,00

طبيعة المصاريف	المصاريف				
	القيمة المغطاة وفق الميزانية	الإيرادات المحققة لسنة 2009	القيمة المغطاة حسب العناوين	الباقي للتغطية	فائض في الإيرادات
العنوان I: مساهمة الدولة	407 980 000,00	407 980 000,00	407 980 000,00	0,00	0,00
العنوان II: الهيئات الأخرى	60 000 000,00	60 000 000,00	60 000 000,00	0,00	0,00
العنوان III: ايرادات ورادة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بعنوان الخدمات الخاضعة لإتفاقيات	1 000 000,00	0,00	0,00	1 000 000,00	0,00
العنوانIV: موارد اخرى	16 500 000,00	2 972 849,23	2 972 849,23	13 527 150,77	732 151,91
مجموع الإيرادات	485 480 000,00	470 952 849,23	470 952 849,23	14 527 150,77	732 151,91

a- compte administratif : les recettes d'Epsp d'Arzew

طبيعة الإيرادات	الإيرادات			الباقي للتغطية	فائض في الإيرادات
	القيمة المغطاة وفق الميزانية	الإيرادات المحققة لسنة 2008	القيمة المغطاة حسب العناوين		
ملخص عام للإيرادات					
العنوان الأول	241 250 000,00	241 250 000,00	241 250 000,00		
العنوان الثاني	80 000 000,00	80 000 000,00	80 000 000,00		
العنوان الثالث	0,00	0,00	0,00		
العنوان الرابع	0,00	5 755 853,01	5 755 853,01		
المجموع	321 250 000,00	327 005 853,01	327 005 853,01	0,00	0,00

□□□□□□□□ □□□□□□□	□□□□□□□			□□□□□□ □□□□□□	□□□ □ □□□□□□□□
	□□□□□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□□	2008 □□□ □□□□□ □□□□□□□	□□□□□□□ □□□□□ □□□ □□□□□□		
□□□ □ □□□ □□□□□□□□					
□□□□□□□ □□□□□	241 250 000,00	241 250 000,00	241 250 000,00		
□□□□□□□ □□□□□	80 000 000,00	80 000 000,00	80 000 000,00		
□□□□□□□ □□□□□	0,00	0,00	0,00		
□□□□□□□ □□□□□	0,00	5 755 853,01	5 755 853,01		
□□□□□□□□□□□□□□	321 250 000,00	327 005 853,01	327 005 853,01	0,00	0,00

Bibliographie

Les OUVRAGES :

1. BLAKE ET MOUTON: « LA 3EME DIMENSION DU MANAGEMENT »PARIS, EDITION ORGANISATION, 1987.
2. COLLI J-C: « ECONOMIE ET POUVOIR MEDICAL » EDITION ECONOMICA, 1998.
3. F.GONNET. « MANAGEMENT HOSPITALIER: UN NOUVEL EXERCICE DU POUVOIR » EDITION MASSON, 2002.
4. H. LÖNING, Y. PESQUEUX: « LE CONTRÔLE DE GESTION». PARIS ,DUNOD, 1998.
5. H. MINTZBERG : « STRUCTURE ET DYNAMIQUE DES ORGANISATIONS », PARIS : EDITIONS D'ORGANISATIONS, 1982
6. HENRY MINTZBERG: « LE POUVOIR DANS LES ORGANISATIONS », PARIS, EDITION D'ORGANISATION, 1986 .
7. M. CREMADEZ ET F. GRATEAU : « LE MANAGEMENT STRATEGIQUE HOSPITALIER » EDITION INTEREDITIONS, 1992,
8. SEPARI SABRINE ET ALAZARD CLAUDE « CONTROLE DE GESTION » COLLECTION EXPERT SUP; DECF,EDITION DUNOD, 1998

LES REVUES:

9. ANHOURY PIERRE ET COINTEMENT STEPHANE « LE CONTROLE DE GESTION: D'UNE LOGIQUE BUDGETAIRE A LA GESTION DES PERFORMANCES » GESTION HOSPITALIERES, JUIN/ JUILLET 1998 .
10. BAELEN MICHEL: « LE MANAGEMENT STRATEGIQUE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER » REVUE GESTION HOSPITALIERES, FEVRIER

1996.

11. CHARIGNON RAPHAELLE: « L'HOPITAL REINVENTE » REVUE DE GESTION HOSPITALIERE, DECEMBRE,1998.
12. KATIR ELHASSANE « POUR UNE STRATEGIE FINANCIERE A L'EXPORTATION » ,REMALD, N°36, JANVIER-FEVRIER;2001.
13. MARIN PHILIPPE; GELIS CHRISTIAN, MAUDENS FREDERIQUE « HOPITAL PUBLIC: A L'AUBE D'UNE NOUVELLE GESTION » GESTIONS HOSPITALIERES, OCTOBRE ,N° 359, 1996.
14. STENDLER FRANÇOIS : « LE MANAGEMENT HOSPITALIER DE DEMAIN : APPROCHE SOCIOLOGIQUE » LA REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, JUILLET 2000 .
15. STENDLER FRANÇOIS: « LE MANAGEMENT HOSPITALIER DE DEMAIN : APPROCHE SOCIOLOGIQUE » LA REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE , JUILLET , 2000.
16. WADE EL BACHIR: «CONTROLE DE GESTION ET REFORME HOSPITALIERE : CAS DU SENEGAL » REVUE AFRICAINE DE GESTION N 1,AVRIL 2003.

THESES ET CONTRIBUTIONS :

17. ALVAREZ FABIENNE « LE CONTROLE DE GESTION EN MILIEU HOSPITALIER: UNE REPONSE A L'EMERGENCE DE RISQUES ORGANISATIONNELS » VIIIEME CONFERENCE INTERNATIONALE DE L'IAAER, OCTOBRE 1997, PARIS.
18. BOUINOT C. CONTROLE DE GESTION À L'HOPITAL. RÉGULATION ET DYNAMIQUE INSTRUMENTALE. THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'ECOLE DES MINES DE PARIS, SPÉCIALITÉ « SCIENCES

DE GESTION ». ECOLE DES MINES DE PARIS, 2005.

19. GAGNARD ANNE: « PILOTAGE DES ETABLISSEMENTS DE LA SANTE » PUBLICATION DU GROUPEMENT POUR LA MODERNISATION DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER, JUILLET, 2005.
20. HAGLAND NATHALIE: « CALCUL DES COUTS ET CONTROLE BUDGETAIRE DE L'HOPITAL: ELEMENTS D'ANALYSE COMPAREE DU NOUVEAU CADRE COMPTABLE » PUBLICATION DE L'INSTITUT D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES, U. NANTES, 1996.
21. MOURAD BERNARD ET HUBER ZOFIA SWINARSKI, « QUELS COUTS POUR QUELS PRODUITS HOSPITALIERS ? » ECONOMIES ET SOCIETES, N° 7-1997 .
22. NADIA CHAHBI: « L'HOPITAL PUBLIC AU MAROC: REALITES ET PERSPECTIVES A LA LUMIERE DE LA REFORME HOSPITALIERE » MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DES ETUDES SUPERIEURS SPECIALISEES, 2008.
23. NOBRE THIERRY « QUELS TABLEAUX DE BORD DE PILOTAGE POUR L'HOPITAL? » PUBLICATION DE L'INSTITUT D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES, UNIVERSITE DE NANTES,1998.
24. NOBRE THIERRY, « L'INTRODUCTION DU CONTROLE DE GESTION A L'HOPITAL PUBLIC: MASSIVE PAR CATALYSE REGLEMENTAIRE OU SPONTANEE PAR CAPILLARITE? » 13EME COLLOQUE POLITIQUE ET MANAGEMENT PUBLIC, STRASBOURG.

DECRETS :

25. DECRET 97-466 DU 02 DECEMBRE 1997 FIXANT LES REGLES DE CREATION, D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES SECTEURS SANITAIRES.