



Evaluation du coût de prise en charge chirurgicale d'une pathologie de moyenne complexité en projet de la contractualisation des hôpitaux

Evaluation of the surgical cost management of a pathology of medium complexity in the project of contracting hospitals

Dr. Mustapha KHALDI

Laboratoire GPES,

Ecole Supérieure de Management Tlemcen
(ESMT), Algérie

khaldimustapha0410@gmail.com

Received: 21/03/2023

Accepted: 17/04/2023

Published: 22/04/2023

Résumé :

La problématique de cette présente étude s'articule autour de l'intégration des procédés servant à l'évaluation et la gestion des coûts produits par les établissements hospitaliers publics dans le projet de contractualisation entre les bailleurs de fonds ; les prestataires et les consommateurs de service. Le mode d'organisation de l'institution publique hospitalière Algérienne est-il en mesure d'adopter les outils et méthodes de gestion modernes propres au management hospitalier. Pour concrétiser le projet de la contractualisation avec les différents partenaires du système de santé ; Il s'agit à travers cette étude de présenter un modèle d'évaluation du coût de prise en charge en milieu chirurgical, en procédant avec la méthode des sections homogènes et quelques indicateurs de mesure comptable utilisés dans la méthode Activity Based Costing (A.B.C).

Mots Clés : Contractualisation, management hospitalier, évaluation des coûts, méthode ABC, partenaires, système de santé.

Abstract :

The problem of this present study revolves around the integration of the processes used for the evaluation and management of the costs produced by the public hospitals in the contractualisation project between the donors; service providers and consumers.

Is the mode of organization of the Algerian public hospital institution able to adopt modern management tools and methods specific to hospital management? To concretise the project of contractualisation with the various partners of the health system, this study, presents a model for evaluating the cost of care in a surgical environment, by proceeding with the method of homogeneous sections and some accounting measurement indicators used in the Activity Based Costing (A.B.C) method.

Key Words: Contracting, hospital management, cost assessment, ABC method, partners, health system.

JEL Classification : I19, M41

* Auteur correspondant : Mustapha KHALDI (*khaldimustapha0410@gmail.com*).



Introduction :

La politique du système des soins revêt une importance particulière dans les programmes de développement de tous pays en quête d'amélioration de la vie des citoyens. Le système de santé dévoile les conditions de prise en charge des besoins sociaux d'un pays donné. Pour ce qui concerne l'Algérie, le système mis en place avait pour objectif de remplir une fonction purement sociale. La couverture du risque maladie par la sécurité sociale, permet à chacun de pouvoir bénéficier des soins aussi coûteux soient-ils. Dispensateur d'une médecine d'urgence l'hôpital est devenu le lieu de diagnostics et de soins, de tous les cas aigus qui ne peuvent être traités en extra hospitalier. L'accroissement du niveau de vie, le développement de l'hygiène, le progrès de la médecine, ont modifié les attitudes envers la santé.

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

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

Le système proposé par les pouvoirs publics depuis l'année 2010, et mis en pratique jusqu'actuellement par les hôpitaux publics nationaux à savoir le système des trois modes de comptabilité intégrée) population(2007 , ne semble pas répondre aux besoins des gestionnaires. Les récentes enquêtes et études entamées auprès des structures de « calcul des coûts » instaurées au niveau des hôpitaux publics » soutiennent que le procédé actuel nécessite que en l'absence des logiciels de traitement des données médicales ; financières ; et économiques à l'image du PMSI (le programme de médicalisation des systèmes d'information) afin que les gestionnaires puissent être informés de la nature et de la consistance des coûts et permettre leur permettre de rationaliser les moyens afin d'améliorer la gestion dans son ensemble.

Problématique

Les pouvoirs publics algériens ont engagé une série de réformes et de mesures pour tenter de réguler les dépenses de santé en milieu hospitalier et rechercher de nouvelles sources de financement. Le Projet de réforme du financement de l'hôpital, est-il fondé sur la contractualisation. La contractualisation pourrait-elle constituer un outil efficace pour la responsabilisation des acteurs de santé, notamment les



détenteurs de fonds et les prestataires de soins, cela amène à la maîtrise des coûts et la rationalisation des dépenses, qui sont en mesure de répondre aux besoins de soins de la population. La problématique peut être la suivante :

Par rapport au système de santé Algérien actuel ; le mode de contractualisation que peuvent adopter les établissements hospitaliers ; est-il considéré comme moyen de réforme certain pour améliorer la gestion budgétaire hospitalière publics ?

Diverses questions doivent être élucidées, à savoir :

- Quel mode de contractualisation pourrait adopter Les hôpitaux publics Algériens ?
- Peut-on considérer la contractualisation comme un moyen de réforme hospitalière ?
- Quels pourraient être les moyens et outils devant être mis en œuvre par les hôpitaux en matière de contractualisation afin d'améliorer la gestion budgétaires ?

Il est cependant nécessaire de préciser que les méthodes de calcul des coûts hospitaliers se sont améliorées depuis l'avènement des politiques publiques qui sont menées de par le monde afin de maîtriser les dépenses qui sont allouées en permanence ; pour satisfaire les besoins sans cesse croissants de la population toutes catégories confondues.

C'est ainsi que les pouvoirs publics ont jugé nécessaire l'usage des procédés et méthodes de calcul des coûts et d'évaluation des budgets opérées dans les hôpitaux ; afin de maîtriser l'allocation des ressources et permettre de contrôler les effets de remboursements des frais de prise en charge des patients en matière d'hospitalisation et de soins qui en découlent .

L'objectif principal de l'adoption de nouvelles règles de gestion par les pouvoirs publics étant , de permettre une meilleure allocation des ressources afin de garantir une meilleure allocation des subventions et renforcer par voie de conséquence , le principe de l'égalité d'accès aux soins .Ce que l'on constate dans la réalité; l'hôpital public Algérien, ne disposant pas d'une architecture comptable capable d'accomplir cette mission d'analyse, d'évaluation, et de maîtrise des coûts.

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

La problématique du calcul des coûts hospitaliers ; dans une large mesure se réduit à celle de l'imputation des charges indirectes. Toutes les règles de répartition que nous connaissons sont qualifiées et supposent que les coûts des objets considérés (journées-pathologies) sont identiques par unité de critères de répartition. Le coût du malade apparaît donc supérieur dans les premiers jours puis diminue progressivement en fin de séjour.

La mise en pratique de la comptabilité analytique est-elle en mesure, de répondre à la question du prix de revient de journée hospitalière qui représente l'unité de mesure clé de l'activité hospitalière. Le coût de journée intègre les consommations de charges médicales ainsi que les différentes charges indirectes calculées au prorata des prestations servies .



Avant 1983 en France ; les hôpitaux publics étaient financés selon les prix de journées historiques (Année N-1) ; ces prix de journées résultaient du rapport entre montant total des dépenses d'exploitation courante et le nombre prévisionnel de journées d'activité(

En Algérie, dans le cadre de la réforme, dès l'année (2010), les structures de santé publiques furent dotées d'un guide sous forme de canevas, ayant pour objectif l'instauration de la comptabilité analytique, ainsi que la création d'une structure « calcul des coûts » ayant pour charge: d'asseoir une architecture comptable; de collecter les l'information médicale ,économique, comptable et administrative; ainsi que le calcul des coûts de journées ; et de quelques indicateurs cliniques avec l'usage

En France depuis 1997, le système utilisé découle du système d'information développé à partir des années 80, le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), qui représente un outil de description et de mesure de l'activité hospitalière (Coca1998, Engel et al.2000), conçu en 1985, en ajout au système d'allocation des ressources selon le budget global. Le PMSI a été mis en place aux fins d'évaluer les coûts selon l'activité médicale effective. de la méthode des sections homogènes ; en dépit de l'absence d'un système d'information intégré.

II. Le système de calcul des coûts en usage dans les hôpitaux publics Français

La tarification à l'activité ou T2A est un mode de financement des hôpitaux français suite à la réforme hospitalière du plan Hôpital 2005. Elle consiste à payer les établissements en fonction de leurs activités. Avant, chaque établissement avait un budget global qui était indépendant du nombre et de la nature des actes réalisés au sein de l'hôpital. Depuis la T2A, chaque structure hospitalière, publique ou privée, est financée selon son activité exacte. Lorsqu'un patient est pris en charge, les actes médicaux et paramédicaux pratiqués pendant son séjour sont enregistrés informatiquement, ce qui fixe la facturation et le paiement du centre. C'est une nouvelle méthode de financement des établissements de santé mise en place à partir de 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Elle repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements qui détermine les ressources allouées. La tarification à l'activité (T2A) constitue désormais le mode quasi unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) des établissements de santé aussi bien publics que privés.

Le rôle social des structures publiques se renforce actuellement et influence par voie de conséquence le mode de financement d'hôpitaux. Il n'est pas toutefois facile de savoir quel doit être le produit fini à identifier (le séjour, le patient, la pathologie, la prestation, l'acte de soin ou autre prestation intermédiaire de radiologie ou analyse de laboratoire. D'autre part, à quoi servent les coûts : à mesurer la performance, à allouer des ressources ou à tarifier les prestations et les actes ? Le système qui a été mis en place par les autorités (l'expérience Française) devait répondre à ces questionnements. Le calcul des coûts selon l'auteure(N.Halgand) concerne la mission curative et thérapeutique puisque les activités analysées sont la Médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) de court séjour .l'objet de coût est le Groupe Homogène de Malade (GHM), l'objectif affiché est dans un premier temps



l'allocation des ressources ce qui implique un mode de contrôle externe. Le séjour hospitalier qui est effectué dans la partie court séjour (par opposition au moyen et long séjour) d'un établissement, fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé , lui-même constitué d'un (dans le cas d'un mono séjour),ou de plusieurs (dans le cas d'un multi séjour le résumé d'unité médicale (R.U.M.) , le RUM contient un certain nombre d'informations qui doivent être systématiquement renseignées , à la fois d'ordre administratif et médical , toutes ces informations sont codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées afin de pouvoir bénéficier d'un traitement automatisé (hierry Nobre, 2001)

1. Les avantages de la T2A (la tarification à l'activité)

Aux fins d'encourager les hôpitaux à accentuer leur activité dans un objectif de maîtrise des dépenses ; de nombreux pays (Etats Unis, Grande Bretagne, Belgique, France) ont adopté le financement de l'activité court séjour basé sur le principe de la tarification à l'activité.

Les problèmes de pertinence des systèmes d'information comptables sont au centre des débats actuels .La complexité des processus de prestation des soins et des actes médicaux (variété élevée des cas cliniques et la question de l'incertitude de prévision de la demande de soins. Quelle est cependant la pertinence des schémas traditionnels de calcul et de mesure des coûts ? lorsqu'ils sont transposés de l'industrie , vers les structures et établissements de soins. Alors même que ces mêmes schémas c'est-à-dire outils d'évaluation sont considérés comme obsolètes. Depuis assez longtemps les problèmes de contrôle de gestion et des coûts subsistent concernant les organisations non marchandes. Cela renvoie à l'absence de références admises comme base d'évaluation de leur performance .l'hôpital public présente des caractéristiques particulières : difficulté de repérer les produits, la mesure de l'amélioration de l'état de santé du patient entre les moments de son entrée et de sa sortie de l'établissement .Il y a donc autant de patients que de produits différents .Le produit hospitalier échapperait donc à toute tentative de standardisation (-HALGAND, Avril 1995)

2. La Méthode Activity Based Costing (Méthode ABC de calcul des coûts)

Les Activités: Les biens ou les services dans le domaine de la comptabilité traditionnelle, sont directement produits par la consommation des ressources .L'Abc met en évidence un chainon essentiel du processus de production :les activités. Ce sont ces dernières qui consomment des ressources et sont à leur tour affectées vers les biens ou les services (les objets de coûts).

2.1. Les Inducteurs de coûts :

L'activité est une mission spécifique ou un ensemble de tâches de même nature qui sont accomplies dans un processus en vue de permettre un ajout de valeur dans l'élaboration d'un produit. (Lorino, 1991) la définit comme un ensemble de tâches élémentaires:

- Réalisées par un individu ou un groupe.
- Faisant appel à un savoir spécifique.
- Homogènes du point de vue de leur comportement de coût et de performance.
- permettant de fournir un out put.



-A partir d'un panier d'input (le cas de l'hôpital les Soins).

La méthode de calcul qui fut expérimentée pour l'appréciation des coûts s'agissant de notre cas d'étude se réfère à l'usage des deux méthodes associées : (méthode ABC et sections homogènes) Les activités sont définies en fonction du circuit des patients et la prise en charge des patients se définit ; par rapport à des étapes précises : admission à la consultation, étape de pré-anesthésie ; étape en per-opératoire ; et prise en charge en hospitalisation.

III. Les éléments essentiels de l'ABC (M., 2003.) :

Dans la comptabilité analytique traditionnelle, les biens et les services sont directement produits par la consommation de ressources .En axant son analyse sur le fonctionnement de l'entreprise, l'ABC met en évidence un chaînon essentiel du processus de production : les activités :Ce sont ces dernières qui consomment les ressources et sont à leur tour affectées vers les biens ou les services (objets de coûts) Inducteurs de coûts : par rapport à la notion classique d'unité d'œuvre, la caractéristique de l'inducteur de coût est la relation causale qui relie la consommation d'une charge à l'activité (inducteur de premier niveau) ou la consommation des activités par les produits (inducteurs de second niveau) (Chan,1973).

1. L'identification des activités : qui sert à affecter les ressources en fonction des quantités réellement utilisées à travers toutes les étapes de la prise en charge des patients.

-L'évaluation du coût de chaque activité: qui consiste à l'utilisation des grilles de saisies dans les lesquelles sont reportés le volume de temps passé réellement pour chaque activité, ainsi que les consommables utilisés.

-La définition des inducteurs: Pour les activités liées directement aux patients ; l'inducteur de coûts sera le temps passé en personnel consommé par ces activités pour chaque patient. Pour les activités de soutien, les inducteurs de coûts sont principalement : le nombre de consultations réalisées ; le nombre d'hospitalisation opéré par le service prestataire.

-L'affectation du coût des activités aux objets de coûts: par rapport à notre étude ; l'objet de coût est défini par le « patient » ou exactement « la prise en charge de la pathologie pour le traitement du patient » .Comme nous l'avons précisé ; la prise en charge est quantifiée en temps de prise en charge consenti pour le traitement du patient.

-Le coût forfaitaire devra comprendre: le coût du personnel ; l'amortissement du matériel ; les charges de structure de l'établissement.

Dans son circuit de prise en charge ; le patient est suivi par une grille de relevé des activités pour mesurer le temps passé par chaque intervenant.

Parallèlement ; une grille reproduisant les actes demandés ainsi que les consommables utilisés est établie au cours de l'hospitalisation.

L'identification des activités : qui sert à affecter les ressources en fonction des quantités réellement utilisées à travers toutes les étapes de la prise en charge des patients.



-L'évaluation du coût de chaque activité: qui consiste à l'utilisation des grilles de saisies dans les lesquelles sont reportés le volume de temps passé réellement pour chaque activité, ainsi que les consommables utilisés.

-La définition des inducteurs: Pour les activités liées directement aux patients ; l'inducteur de coûts sera le temps passé en personnel consommé par ces activités pour chaque patient. Pour les activités de soutien, les inducteurs de coûts sont principalement : le nombre de consultations réalisées ; le nombre d'hospitalisation opéré par le service prestataire.

1.1. L'affectation du coût des activités aux objets de coûts:

Par rapport à notre étude ; l'objet de coût est défini par le « patient » ou exactement « la prise en charge de la pathologie pour le traitement du patient ». Comme nous l'avons précisé ; la prise en charge est quantifiée en temps de prise en charge consenti pour le traitement du patient.

Le coût forfaitaire devra comprendre: le coût du personnel ; l'amortissement du matériel ; les charges de structure de l'établissement.

Dans son circuit de prise en charge ; le patient est suivi par une grille de relevé des activités pour mesurer le temps passé par chaque intervenant.

Parallèlement ; une grille reproduisant les actes demandés ainsi que les consommables utilisés est établie au cours de l'hospitalisation.

1.2- Le système du tiers payant :

Le système du tiers payant institué par la loi de sécurité sociale, permet à l'assuré d'éviter le paiement direct des frais de soins de santé lorsqu'il bénéficie de soins auprès d'une structure de soins ou de services liés aux soins, à un professionnel de la santé ou à une officine pharmaceutique conventionnés avec l'organisme de sécurité sociale.(les cliniques privées non conventionnées ne sont pas concernées par cette loi).

L'organisme de sécurité sociale procède au règlement des montants des prestations à l'établissement ou au professionnel de la santé conventionné, l'assuré ne paie que les frais restant à sa charge, soit les 20 %. Il est exempté de tout paiement lorsqu'il est pris en charge à 100 % conformément à la réglementation en vigueur, c'est le cas notamment des malades chroniques.

-La prise en charge financière par l'Etat ayant concerné ; Les dépenses opérées au titre du médicament au profit des malades chroniques, des retraités , des invalides et des assurés sociaux à faibles revenus et à leurs ayants droit, une nouvelle mesure a été appliquée à compter du 1er août 2011, il s'agit de son élargissement à tous les titulaires de la carte «Chifa » et à leurs ayants droit. Les employeurs participent aux assurances sociales pour 12.50 % à la charge de l'employeur et de 1.50% restant à la charge de l'employé soit un total de 14% qui est versé aux assurances sociales. Les accidents et maladies professionnelles sont financés au taux de 1.25% supporté par l'employeur.



IV. Etude De Cas

Le Financement des dépenses de la santé et mode de prise en charge de la sécurité sociale : Les consultations et les actes médicaux :Le système de santé national ayant permis à travers les dispositions du décret exécutif n°09-116 du 7 avril 2009 fixant les conventions types conclues entre les organismes de sécurité sociale et les praticiens médicaux exerçant à titre privé ; la prise en charge des citoyens dans le cadre d'une médecine sous appellation « gratuite » instaurée depuis 1974 dont bénéficie la totalité des citoyens sans distinction. En 2009 les pouvoirs publics ont procédé à l'instauration du système du tiers payant élargi aux consultations et aux actes médicaux essentiels à travers le dispositif de conventionnement du médecin traitant. Ce dispositif permis d'assurer :

- L'amélioration du système d'offre de soins, le suivi médical de qualité au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit, le développement d'un partenariat médecins-sécurité sociale pour la promotion de la qualité des soins, de la prévention et de la rationalisation des dépenses de santé. La sécurité sociale Algérienne permet l'indemnisation des travailleurs salariés en cas :
- D'accident de travail proprement dit survenu par le fait ou à l'occasion du travail ou au cours d'une mission professionnelle ; de maladie professionnelle liée aux activités exercées pendant une durée déterminée et figurant dans une liste fixée par voie réglementaire ; remboursement au taux de 100% des soins et octroi d'une indemnité journalière au même taux durant la période d'incapacité temporaire.
- L'allocation d'une rente en cas de séquelles issues d'accidents ou maladies professionnelles. Au cas où le taux de l'incapacité permanente est inférieur à 10%, il est attribué un capital unique ; Les prestations en espèces sont calculées sur la base :
 - du salaire soumis à cotisation en ce qui concerne l'indemnité journalière ;
 - du salaire soumis à cotisation pour ce qui est de la rente.

L'étude consiste à calculer le coût de prise en charge d'un acte chirurgical au profit d'un patient admis en milieu hospitalier public.

Le champ de l'étude concerne : le bloc opératoire, les plateaux techniques (laboratoires, radiologie) ainsi que le service d'hospitalisation, le service de l'anesthésie-réanimation ainsi le service de prise en charge d'origine, le service de chirurgie générale.

1. Méthode et outils de calcul des charges et des coûts :

A travers cette étude ; nous proposons une règle de calcul des coûts basée sur une méthode assez simple dénommée « top-down » qui aide à l'estimation des charges et des coûts des différents centres de répartitions des charges intégrées dans les sections homogènes (charges directes et charges indirectes).Les informations financières et comptables ont été relevées à partir des bilans trimestriels et annuels d'activité produits par la structure (calcul de coûts)de l'hôpital public (CHU de Tlemcen).



1.1. Le Circuit de prise en charge du patient :

-La prise en charge du patient en milieu chirurgical s'effectue en cinq étapes successives dès lors que le patient est admis pour soins et /ou acte chirurgical.

- **La phase d'admission et de position de diagnostic :** Le patient est hospitalisé pour un examen approfondi, les bilans biologiques et radiologiques soutenus par un examen clinique déterminent son statut de patient et son mode d'hospitalisation.
- **La phase préparatoire à l'admission du patient en milieu chirurgical :** Elle est assurée par un traitement et une surveillance permanente, l'admission en bloc opératoire est déterminée par le degré de l'urgence que peut présenter le sujet admis.
- **La phase per opératoire :** C'est l'étape où le patient est admis définitivement dans le bloc opératoire pour en subir l'acte chirurgical.
- **La phase postopératoire :** Le patient est admis en salle de réanimation et de réveil, il y reçoit un traitement et séjournera en fonction de son état de santé. La durée moyenne de séjour est fixée selon les standards de la pratique chirurgicale. La durée de séjour est déterminée par le degré de complexité de la pathologie et de l'acte ainsi que les critères cliniques d'ordre radiologiques et biologiques permettant aux médicaux de mesurer l'état de santé du patient en post opératoire.

2. Identification et collecte des données médicales et administratives

L'enregistrement des données médico-cliniques est reproduit par le biais de la fiche navette et le dossier médicosocial d'accompagnement du patient. Les informations cliniques se rapportant au patient sont codifiées en fonction de la nomenclature des actes (CAM). Sur le plan médico-comptable, s'agissant de l'hôpital public Algérien l'information n'est pas recensée cela étant dû à l'absence de logiciels de médicalisation des activités économiques et médicales tel le PMSI (le programme de médicalisation). (FETTER, 1974)

3. Les Gestes Techniques Essentiels Effectués pour Une Prise en Charge Chirurgicale :

Pour l'évaluation des tâches pratiquées par les techniciens paramédicaux les médicaux et autres personnels opérant au bloc chirurgical il ya lieu de recenser les gestes techniques conventionnels qui sont entrepris selon le protocole décrivant une intervention chirurgicale.

-Le tableau ci-dessus énumère les pratiques essentielles, les protocoles de chirurgie ne sont pas établis de la même façon selon qu'il s'agisse d'une intervention par cœlioscopie ou d'une intervention par Laparotomie.



Tableau 01 : Coût moyen de la main d'œuvre technique pour les trois phases de prise en charge

| Phase de prise en charge | coût/moyen horaire | coût/moyen |
|--------------------------|--------------------|------------|
| 1 – Surveillance Préop. | Pour 01 heures | 1 641 8,41 |
| 2 – Per-opératoire. | Pour 0 2 heures | 3 283 6,82 |
| 3 – Post- opératoire. | Pour 01 heures | 1 641 8,41 |
| Coût moyen estimé : | Pour 0 4 heures | 6 5673,64 |

Source : Estimation réalisée en fonction du budget des charges salariales (2022)

L'unité bloc opératoire du service de chirurgie utilise pratiquement chaque jour (08) boîtes de 54 instruments dont la durée de vie ne dépassant pas cinq années. Le gros équipement est amortissable sur une durée de dix ans.

2. Le bloc chirurgical est équipé avec un appareillage spécifique dont :

1. Poupinelle 2. Appareil de brillance 3. Table d'opération 4. Défibrillateur et monitoring 5. Armoire à matériel 6. Installation d'oxygène et d'aspiration 7. Appareil de radiologie 8. Chariots de soins.9. Respiration 10. Civières. 11. Stérilisateur. 12. Aspirateur.

-Instrumentation et produits associés :

1. ciseaux 2. Ether biocidan ; nitrate 3. Pince. Cocher 4. Baume de Pérou 5. sondes cannelées 6. Sondes d'inspiration 7. Seringues 8. Fil/vicryl 9. Tambour 10. Ethilon 11. Gants et plumasseaux 12. Tubulures 13. Sérums physiologiques 14. Sondes monogastriques 15. Solutions.

-Consommables en pré, per et postopératoire :

1-Sonde vésicale 2-Drains de Redon 3-Cathéter 4-Tuyaux de raccordement 5.Fil de suture 6. -Sondes d'aspiration 7-Gants stériles 8-fil vicryl 9-Transfuseurs 10-Ethilon 11-Seringues 12-Tubulures 13-Seringues 14-Sondes Nasogastriques 15-Canules

Les Médicaments et produits essentiels de soins

1. Déprivan. 2. Ampicilline 3. Spasfon 4. Gentamicine 5. Viscéralgine 6. Catapressan 7-Atropine 8. Salbutamol 9. Alcool chirurgical 10. Norcuran 11 Dakin. 12. Bétadine 13. Sulfate de magnésium. 14. Plasmagel . 15. Curares. 16. Flagyl

2.1. Les dépenses de pharmacies :

Pour prise en charge globale de la totalité des patients durant la période 2021 à raison d'une moyenne de 05 patients par journée opératoire.

Tableau 02 : Dépenses de pharmacies

| Phases de prise en charge | Médicaments et Consommables (DA) |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1. Préopératoire | 1.32 5.551,80 |
| 2. Per-opératoire | 17.29 7.72 5,20 |
| 3. Post opératoire | 6.17 7.75 9, 00 |
| Total général | 24.711.036,00 |

Source : Données élaborées par nous-mêmes et actualisées en fonction du budget 2021.



Pour une prise en charge globale de la totalité des patients durant la période 2021 à raison d'une moyenne de 05 patients par journée opératoire.

a. Le coût de revient par lit de chirurgie :

Tableau 03 : Les Indicateurs Médico-administratifs Service – chirurgie

| Charges globales (DA) | Durée Moyenne de Séjour hospitalier (Jour) | Nombre malades admis | Nombre de lits Chirurgie | Prix de revient par journée (DA) | Total lits techniques | Nombre de journées hospitalières |
|-----------------------|--|----------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 62.0144543,00 | 07,50 | 2185 | 195 | 732165,93 | 847 | 25400 |

Source : Données élaborées par nous-mêmes et actualisées en fonction des statistiques cliniques 2021.

2.2. Les pathologies essentielles prises en charge sont citées comme suit:

1. Les appendicites. 2. Les péritonites. 3. Les pancréatites.. Cholécystites et Lithiasiques et lithiasiques aiguës. 5. Les occlusions intestinales 6...Les hernies étranglées. 7. Les contusions abdominales plaies. 8. Les hémorragies digestives. 9. Les affections thoraciques. 10. Les plaies pleuro – pulmonaires.

Observations :

- Les Charges Primaires et secondaires réparties par Nature reprenant l'ensemble des sections opérant pour le compte du bloc chirurgical : (reprises à partir des centres homogènes de coûts)
- Nous avons utilisé un coefficient d'imputations pour calculer les différentes charges directes et indirectes, ce coefficient est estimé sur la base d'une échelle synthétique tenant compte de la lourdeur des pathologies et des cas traités.

Tableau 04 : Moyenne d'Actes de Chirurgie réalisés par Année (2021-2022)

| Nature d'actes réalisés | Estimation en Unités d'Actes |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1-Actes Chirurgicaux Simples | 3220 |
| 2-Actes Chirurgicaux Complexes | 895 |
| Production totale | 4115 |

Source : Données élaborées par nous-mêmes et actualisées en fonction des statistiques cliniques 2021.

Un acte chirurgical simple nécessite une durée de séjour moyenne de trois(03) jours d'hospitalisation.

Un acte chirurgical opératoire complexe représente l'intervention dont la durée de séjour varie en fonction du degré de morbidité de la pathologie. Pour estimer le coût d'un Acte appartenant à un GHM (groupe homogène de malades) complexe-t-il y a lieu d'associer le coût du séjour à un coefficient de majoration supplémentaire afin de rapprocher l'estimation faite au coût relatif. Il est important de préciser que les mêmes Actes accomplis dans deux hôpitaux différents peuvent ne pas avoir le même coût de production.

Le budget de l'établissement hospitalier est dépensé en quatre groupes distincts de charges :

- les charges d'exploitation aux relatives au personnel
- les charges à caractère médical.



- les charges à caractère hôtelières et générales.

Tableau 05 : Répartition des charges directes et indirectes des sections homogènes

| Désignation des charges Médico-Economiques | Cout global Mensuel (DA) |
|---|---------------------------------|
| 1. Les Charges de Personnels | 2.5650000, 00 |
| 2. Les dépenses de pharmacies | 16.4975530, 30 |
| 3. Les charges de laboratoires | 2.1600002, 86 |
| 4. les Charges de Radiologie | 155.8373, 58 |
| 4. Les dépenses de Fournitures diverses. | 589.4529, 80 |
| 5. Les charges d'Entretien et de maintenance. | 1925.0000, 00 |
| 6. Charges Communes (Administration et autres). | 4729064, 16 |
| 7. Les charges d'amortissement. | 2.4955256 ,45 |
| Total général | 245527757.15 |

Source : Données actualisées par nous-même en fonction des données du budget annuel de fonctionnement 2021.

-Le coût de prise en charge d'un acte chirurgical ; répertorié selon la codification CIM-10 code-K35 - pour une durée en hospitalisation de (03 jours) :

Tableau 06 : Cout de revient de prise en charge totale

| Nature de Charges | Evaluation DA |
|--------------------------------------|----------------------|
| 1. Les Charges de Personnels | 121347.28 |
| 2. Pharmacies | 7941.60 |
| 3. Fournitures diverses | 3618.60 |
| 4. Entretien et maintenance | 540.00 |
| 5. Les Charges communes | 2295.90 |
| 6. Labo + radio | 6182.50 |
| 7. Service/économique | 3488.48 |
| 08. Amortissement | 1770.60 |
| Coût de revient Global estimé | 147184.96 |

Source : Données élaborées par nous-mêmes et actualisées en fonction des statistiques cliniques, médicales et économiques 2020-2021.



2.3. Détermination du Coût de Séjour de prise en charge d'un patient opéré pour « péritonite » CIM-10 code k 35 :

Tableau 07 : Récapitulatif des coûts par nature de charges médicales et économiques

| Désignation des charges | Coût de prise en charge Chirurgicale (DA) |
|--|---|
| A. Salaires tous corps confondus | 75450.80 |
| B. médicaments et consommables | 34010.15 |
| C. Fluides médicaux | 22685.18 |
| D. Laboratoire (analyses ...) | 21796.32 |
| E. Radiologie | 7375.75 |
| F. Administration (frais divers) | 3224.36 |
| G. Hôtellerie (coût économat) | 6510.42 |
| H. Maintenance | 7289.54 |
| I. Amortissement du matériel et outillage (coût forfaitaire) | 8247.85 |
| Coût global du Séjour pour une durée moyenne de Trois (03) jours en post-opératoire | 18.6590, 37 |

Source : Données élaborées par nous-mêmes et actualisées en fonction des statistiques cliniques, médicales et économiques 2021-2022.

A titre de comparaison ; En France en hospitalisation publique, pour la période 2019-2022, pour la même pathologie ; le coût de séjour court séjour est estimé par l'Agence Technique de l'Information (L'ATIH) à : 1780,00 € (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2019) soit un cout moyen de 2 591 46.06 DA.

En 2014 le coût a été estimé de 2115 € dans le public soit 306218.83 DA, et de 1204 Euros dans le privé, soit 174320.32 DA.

Conclusion :

L'Etat reste le principal garant des principes fondamentaux du système de soins et de la prise en charge de l'assurance maladie. L'Etat est garant pour la réalisation des équilibres économiques étant donné qu'il est le principal régulateur par l'élaboration des lois de la sécurité sociale. Différentes mesures peuvent être entreprises à cet égard aux fins de réduire les déficits récurrents de la sécurité sociale et permettre aux hôpitaux et institutions publiques d'opter pour le système de contractualisation sous ses différentes formes possibles en fonction des besoins et moyens mis en œuvre. Il y a lieu de préciser que la maîtrise du médical ou « maîtrise médicalisée » est à l'opposé de la maîtrise comptable qui a pour effet de réduire les dépenses publiques certainement tandis que la maîtrise « médicalisée » a pour objectif d'optimiser les pratiques de soins et par voie de conséquence la réduction des coûts.

Dans l'objectif de parfaire le système de santé national ; il y a lieu d'opter pour un partenariat de convention autour duquel tout participant à ce projet se sente



impliqué en matière de droits, de devoirs et de responsabilité. Sur le plan de la tarification il est nécessaire d'unifier les tarifs pour les mêmes prestations ; les mêmes honoraires devraient être appliqués pour les mêmes prestations de médecins. Les traitements primes et salaires des personnels hospitaliers publics devraient être reconsidérés en fonction des recettes effectuées par les hôpitaux dans le cadre des conventions passées entre les différents établissements publics et privés ; ainsi que les partenaires économiques et sociaux.

Références bibliographiques :

- Bejean Sophie: De nouvelles théories en économie de la santé : Fondements, oppositions et complémentarités. Publié dans « Politiques et Management public –Mars 1999.N°1.France.
- Halgand N. « Le problème de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier comptabilité –Contrôle –Audit -1995-tome 1, Volume 2 p.30-52 - France.
- Loi n°83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ; -loi n°83-14 du 2 juillet 1983 relative aux obligations des assujettis en matière de Sécurité sociale ; - loi n°83-15 du 2 juillet 1983 relative au contentieux en matière de la sécurité sociale, - loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
- Nobre Thierry et Noelle Biron : application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie « le Cas de la Chirurgie Infantile -2003- France ».
- Pirson Magalie, Thèse de doctorat de santé publique ; « Apports de la comptabilité analytique par cas et par pathologie à la gestion hospitalière, les éléments de l'ABC -juin 2006.