

K. FERRANI [\*], L. LAMRI [\*\*]

## **Essai d'analyse des coûts de fonctionnement de deux secteurs sanitaires de la Wilaya de Médéa [\*\*\*]**

### **INTRODUCTION**

La présente étude de cas a pour objet l'analyse des coûts de fonctionnement de deux secteurs sanitaires de la Wilaya de MEDEA. Elle constitue un essai d'application des techniques de la comptabilité analytique adaptées aux spécificités de l'activité sanitaire et particulièrement hospitalière.

Initié au départ par Monsieur K. FERRANI, Chef de Service à la Direction de la Santé de la Wilaya de Médéa, promoteur de la méthode et de la collecte des informations statistiques, ce travail a été jugé utile d'être retenu comme étude de cas devant être présentée au séminaire atelier de GHARDAIA.

Sur la base des données statistiques disponibles, Monsieur L. LAMRI, Universitaire et Chercheur en Economie de la Santé, a été associé pour la formalisation et la rédaction définitive de cette étude.

Le choix de la Wilaya de MEDEA n'est pas fortuit. C'est cette dernière qui semble avoir fourni les efforts les plus avancés en matière de conception et d'application d'une procédure analytique comptable toute nouvelle pour les secteurs sanitaires de l'Algérie. La disponibilité des informations explique le choix porté sur les deux secteurs sanitaires de Tablat et Ksar-El-Boukhari. Notons que les données ont été juste collectées pour l'année 1991. Elles sont indisponibles pour les années précédentes et rendent impossible toute analyse comparative.

Pour mieux préciser notre champ d'étude, rappelons qu'un secteur sanitaire est défini par le décret n°81.242 du 05 Septembre 1981 comme l'ensemble des structures de prévention, de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et rééducation sanitaire implantées dans la même daïra (sous-préfecture).

Il est généralement constitué de l'hôpital, des polycliniques, des centres de santé, des salles de soins et de consultations, des maternités, des cliniques dentaires et de toute structuré sanitaire relevant du Ministère de la Santé.

Les établissements spécialisés et, depuis 1986, les CHU relèvent d'un autre type et statut d'organisation.

### **1. MOTIVATIONS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Le secteur de la santé en Algérie subit le contrepoids d'une profonde crise budgétaire. Ceci a pour traduction un désengagement de l'état et des opérateurs économiques (entreprises) du financement du secteur à partir de la moitié des années 80.

L'implication de la sécurité sociale, devenue de fait le principal payeur, pose de sérieux problèmes de mobilisation de ressources eu égard à la morosité du marché de l'emploi et donc au tassement de l'assiette des cotisations.

Le déficit, toutes branches confondues, tend à prendre d'importantes proportions ces dernières années.

Face à cette contraction des ressources, les dépenses de santé ne cessent de croître et prennent une part de plus en plus importante dans le PIB.

Face à cette double crise de mobilisation de ressources et de croissance des dépenses, les responsables et les personnels médicaux et gestionnaires, principaux ordonnateurs des dépenses sanitaires semblent ignorer ou paraissent peu sensibilisés à la contribution positive que peut apporter l'application des techniques de la comptabilité analytique à la maîtrise et rationalisation des budgets sanitaires.

Par ailleurs, les nombreux outils et méthodes puisés dans la science économique et adaptés et appliqués dans les systèmes de soins des pays occidentaux se sont rapidement développés ces dernières années et, au vu des résultats atteints en matière de maîtrise des coûts, devraient inciter les pays les moins avancés à adopter rapidement ces techniques, entre autres celles de la comptabilité analytique.

Les précédentes motivations démontrent l'urgence de la maîtrise des coûts de la santé et exigent en parallèle des actions hardies dans ce domaine. Elles sont à l'origine des questions relatives à l'utilité de cette étude qui se veut une modeste contribution, parmi de nombreuses autres, susceptible d'y apporter des solutions concrètes.

Dans cet esprit, cette étude de cas se veut tout d'abord, un document pédagogique qui peut constituer un repère référentiel pour des applications similaires que seraient amenés à effectuer des gestionnaires de secteurs sanitaires et un outil scientifique destiné aux étudiants, stagiaires, médecins et professionnels de la gestion hospitalière intéressés ou impliqués dans les analyses des coûts de la santé.

Au delà de cet aspect pédagogique, elle vise aussi des objectifs particuliers que sont :

- La détermination des prix de revient de journées d'hospitalisation, d'examen et d'actes médicaux.
- D'enrichir le système comptable actuel basé uniquement sur l'insuffisante comptabilité administrative.

-De tester l'outil et la méthode de la comptabilité analytique et de relever les plus importantes imperfection.

D'autres objectifs d'ordre général peuvent être retenus. Il s'agit de :

- Sensibiliser les responsables du Ministère à réformer le système comptable désuet actuellement en vigueur et généraliser à tous les établissements sanitaires l'application des techniques de la comptabilité analytique en présentant les arguments nécessaires à son introduction, notamment comme instrument de détermination des coût, enrichissant la procédure de répartition des crédits inter-établissements, nécessaire pour le contrôle budgétaire car, couplant l'usage des crédits alloués à l'activité réalisée et pouvant aider à appréhender avec plus de rigueur le conventionnement qui est à l'ordre du jour et devant constituer le mode codifiant les relations contractuelles entre l'organisme payeur et l'établissement prestataire de soins.

Mieux percevoir au niveau pratique les difficultés liées à la collecte des données sanitaires et financières et orienter ainsi une éventuelle réforme de l'actuel système d'informations imparfait à l'introduction d'outils et d'analyses de gestion.

## **2. MATERIAUX ET METHODES UTILISES**

Pour la réalisation de cette étude, la procédure comptable en vigueur n'a pas été d'une grande utilité.

### **2.1. Limites de la comptabilité administrative :**

La comptabilité qu'appliquent les secteurs sanitaires est une procédure très simple d'exécution du budget. Elle est tenue doublement pour des raisons de séparation de pouvoir par l'ordonnateur (gestionnaire du secteur sanitaire), et le comptable (receveur des contributions diverses).

C'est un outil de contrôle des sommes allouées permettant de circonscrire les dépenses dans la limite des crédits ouverts.

De part l'unicité du budget, les dépenses des services hospitaliers et extra-hospitaliers ne sont pas expressément détachées et ne peuvent être déterminées dans l'étroit cadre comptable administratif actuel d'où l'impossibilité de circonscrire les dépenses d'un service, d'une unité de base ou de calculer le prix d'une journée d'hospitalisation, d'un acte de soins etc...

Ce système en vigueur depuis 1974 n'a connu, depuis, aucun aménagement ou perfectionnement. Il ne permet en aucun cas la détermination des prix de revient, de mesures de l'activité sanitaire (journée d'hospitalisation et actes médicaux) ou de porter tout jugement ou analyse sur les conditions de fonctionnement et de gestion des établissements sanitaires.

### **2.2. Les informations statistiques :**

Pour les besoins de l'étude, il fut institué une procédure de collecte organisée de l'information relative aux activités sanitaires et aux dépenses engagées car le système d'informations en vigueur ne permettait pas de répondre aux objectifs et nécessités de cette étude.

A cet égard, rappelons que les statistiques sanitaires et financières n'ont plus, depuis 1974, de fonction de mobilisation de ressources (nécessité de la facturation) mais sont devenues une simple réponse administrative pour renseigner des canevas de recueils de données destinés à la tutelle car les ressources sont depuis cette date attribuées par l'entremise d'un budget global mis en place annuellement.

Aussi, des fiches et canevas de contexture identique ont été confectionnés et transmis aux services hospitaliers et extra-hospitaliers pour être renseignés et centralisés ensuite au niveau de la direction du secteur où un agent formé à cet effet synthétise et transcrit les données dans un "tableau de bord" par secteur sanitaire.

Au préalable, une opération d'information fut lancée à l'intention des personnels et responsables des services administratifs et médicaux pour les faire adhérer à cette tâche.

### 2.3. Méthodes et outils utilisés :

Ce sont les techniques de la comptabilité analytique qui ont été utilisées dans la présente étude-cas. Sur la base de ses principes fondamentaux, le secteur sanitaire a été subdivisé en 5 sections homogènes reprises dans le tableau suivant :

	SECTIONS DEFINITIVES			SECTIONS AUXILIAIRES	
	Services Hospitaliers	Services du plateau techniques	Services extrahospitaliers	Services administratifs	Services économiques / généraux
	-Médecine hommes	-Radiologie	-Equipe mobile	- Direction, économat service personnel	-Cuisine
	-Médecine femmes	- Laboratoire - Bloc opératoire	-Service consultation externe		-Parc - auto
	-Pédiatrie		-Polyclinique		- Services généraux
	-Maternité		-Centre de santé		-Pharmacie
	-Chirurgie		- Salle de soins et de consultation		-Ateliers
Unité de mesure	Prix de revient d'une journée d'hospitalisation	Prix de revient d'un examen	Prix de revient d'un acte médical	Réimputation aux sections définitives	

Pour plus de commodité nous avons renvoyé toutes les critiques et observations de la méthode et des résultats à des paragraphes qui seront développés plus loin. Notons que ne sont pris en considération que les services existants dans les deux secteurs soumis à l'étude.

Etudions à présent les deux grands types de sections.

### 2.3.1. Les sections définitives :

Elles sont représentées par les services hospitaliers, les services du plateau technique et les services extra-hospitaliers et se recoupent avec ce qui est considéré comme centres ou unités de production respectivement des journées d'hospitalisation, d'examens et d'actes médicaux qui constituent en fait les unités de mesure évaluées financièrement dans l'esprit comptable par leur prix de revient.

La démarche consiste à déterminer pour chaque service les charges distinguées en deux types : directes et indirectes.

D'une manière générale et pour tous les services de toutes les sections homogènes l'évaluation financière est facile à effectuer.

- Pour les dépenses de personnel, les charges relèvent de dispositions réglementaires. La rémunération comprend un traitement de base et des indemnités réglementées.

- Pour les médicaments, petite instrumentation et consommables, les dépenses sont cernées sur la base de la facturation établie par les entreprises qui les fournissent.

- Pour les autres inputs relatifs à l'alimentation, les fournitures et les prestations diverses, leurs dépenses sont cernées sur la base de la facturation aux prix du marché.

- Les équipements médico-chirurgicaux, les moyens de transport, l'infrastructure de base et les terrains sont directement attribués par le Ministère et ne sont pas comptabilisés pour le moment, ce qui constitue une insuffisance qu'il va falloir régler.

#### 2.3.1.1. Les charges directes :

Ce sont les dépenses directement affectées au service considéré et répertoriées dans des fiches établies à cet effet. Elles concernent :

- Les dépenses de personnel.
- Les dépenses d'alimentation.
- Les dépenses de médicaments, vaccins, sérums, articles de pansements, antiseptiques, petite instrumentation et accessoires médicaux.
- Les dépenses de fournitures de bureau, imprimés et produits d'hygiène,
- Les dépenses de maintenance du mobilier et matériel médical.
- Les dépenses de lingerie et literie.
- Les dépenses d'entretien des bâtiments.

#### 2.3.1.2. Les charges indirectes

Ce sont les charges communes à tous les services. Leur ventilation par service obéit à une méthode de calcul basée sur la détermination d'une

unité de mesure par nature de consommation. Elles regroupent :

- Les charges relatives aux consommations de chauffage, d'électricité, d'eau, de téléphone et d'oxygène médical réparties selon la procédure suivante :

	Nature de la dépense	Unité de mesure
	-Chauffage -Electricité	- Nbre de radiateurs - Nbre de lampes (y compris la reconversion des appareils en lampes )
	-Eau	- Nbre d'arrivées (robinets, douches, chasse d'eau)
	-Téléphone	- Nbre de combinés
	-Oxygène médical	- Nbre de bouches d'oxygène
Méthode de répartition par consommation	$\frac{\text{Dépense totales}}{\text{Nbre total d'unités}} \times \text{par nbre d'unités par service}$	

Les charges liées aux assurances. Celles de la responsabilité civile sont réparties au prorata du nombre d'agents de chaque service. Par contre celles des bâtiments et équipements sont plus complexes à calculer. La méthode proposée consiste à estimer leur valeur par service, en déterminer le pourcentage par rapport à leur valeur totale correspondant à chaque service qui est ensuite multiplié par le montant de la police d'assurances contractée globalement et débouchant ainsi sur une dépense pour chaque service.

- Les frais de gestion du receveur sont, eu égard à leur modicité, imputés aux seuls services hospitaliers au prorata du nombre de journées réalisées par chaque service.

- Les charges relatives aux services de soutien ou ce qui est appelé les sections auxiliaires (services administratifs et services économiques et généraux) et dont les dépenses sont réimputées aux sections définitives (services hospitaliers, du plateau technique et extrahospitaliers)

\* Pour les frais de gestion de l'administration générale, la réimputation s'effectue comme suit :

$$\frac{\text{Dépenses totales}}{\text{Nbre total d'agents du secteur}} \times \text{Nbre d'agents par service}$$

\* Pour les frais de pharmacie , la méthode de réimputation utilisée est synthétisée de la manière suivantes :

Phases	Services hospitaliers	Services extra-hospitaliers
1ère phase	Calcul du % (part) de chaque service en consommation de médicaments et produits assimilés ( dépenses extraites des fiches de charges directes ) $x_1, x_2, x_3, \dots, x_m = 100\%$	Même procédure $y_1, y_2, y_3, \dots, y_m = 100\%$
2ème phase	Calcul du % (part de l'ensemble des consommations des services hospitaliers et du plateau technique). (Z1)	Même procédure (Z2) (Z1+Z2) = 100% C'est à dire total des consommations du secteur sanitaire.
3ème phase	Frais de gestion de pharmacie ( section auxiliaire ) = F  $F \times Z1 = R1$ Total frais à réimputer aux services hospitaliers et plateau technique selon :  $R1 \times X1 = A1$ $R2 \times X2 = A2$  .....etc.....	Même procédure  Soit $F \times Z2 = R2$  à réimputer  $R2 \times Y1 = B1$ $R2 \times Y2 = B2$  .....etc.....

\* Pour les frais des ateliers, leur réimputation s'est effectuée selon la procédure employée précédemment pour la pharmacie.

\* Pour les frais du parc auto, ils sont répartis selon les kilomètres parcourus pour chaque service ou le nombre des journées réalisées à l'exclusion de frais liés aux véhicules affectés directement aux équipes mobiles et unités extrahospitalières.

\* Pour le reste des frais des sections auxiliaires et concernant la cuisine, la buanderie-lingerie, les services généraux et le bureau des admissions, leur réimputation est effectuée au prorata du nombre de journées aux seuls services hospitaliers. Les services extrahospitaliers et du plateau technique sont sensés être non concernés par ce type de dépenses.

### 2.3.2. Les sections auxiliaires :

Il s'agit des services administratifs et des services économiques et généraux dont les dépenses sont considérées comme des consommations intermédiaires des sections définitives, c'est pourquoi elles sont intégralement réimputées aux centres d'activités ou de coûts.

Elles couvrent habituellement les dépenses d'administration et des services généraux à caractère hôtelier et pris dans leur aspect relatif aux frais de gestion uniquement.

Les dépenses sont, là aussi, subdivisées en charges directes et charges indirectes.

La méthode de calcul utilisée pour les sections définitives a été transposée à l'intégralité des sections auxiliaires.

### 2.3.3. Couplage des informations financières et informations d'activités :

D'une manière générale, la démarche précédente nous a permis de déterminer les charges totales des services hospitaliers, du plateau technique et des services extrahospitaliers considérés comme des centres d'activités.

Pour déterminer les prix de revient de ces activités, nous étions amenés à coupler ces informations financières aux informations des activités sanitaires de ces services.

Le problème a consisté à identifier une unité de mesure de l'activité pour chaque type de service. Pour ce faire, on a pris en considération les supports de calcul du prix de revient les plus couramment utilisés et que sont les prix de revient de la journée d'hospitalisation, l'examen et l'acte médical. Le tableau suivant synthétise la démarche adoptée.

Sections définitives (centres d'activités ou de coûts )	Unité de mesure	Prix de revient
1- Services hospitaliers	Nombre de journées d'hospitalisation	Total des charges = P.R d'une journée d'hosp. <u>par service</u> total journées par service
2- Services du plateau technique - Radiologie - Laboratoire - Bloc opératoire	- Nb. d'examens exprimés en R - Nb. d'examens exprimés en B - Nb. d'intervention exprimées en K	- Total des charges = P.R. d'un examen de radiologie Nb Total de examens  - Total des charges= P.R. d'un examen de laboratoire Nb Total d' examens
3- services extras – hospitaliers  Unité (Polyclinique, centre de santé , salles de soins et de consultation ou équipe mobile)	Total des :  - Vaccinations( Nb. d'enfants vaccinés) - Espacement des naissances ( Nb. de femmes espacées) - Protection maternelle (Nb. de grosses suivies) - Protection infantile Nb. de enfants suivies  - Hygiène scolaire (Nb. d'enfants examinés) - Médecine du travail (Nb. de travailleurs examinés) - Hygiène en milieu de formation professionnelle (Nb. de stagiaires examinés ) - Lutte anti-paludique (Nb. de lames prélevées ) - Lutte anti-tuberculeuse (Nb. crachats recueillis ) - Contrôle chimique de l'eau (Nb. de contrôles effectués ) - Consultation médicales (Nb. de consultations) - Maternité rurale (Nb. d'accouchements) - Chirurgie dentaire (Nb. extractions) - Chirurgie dentaire (Nb. soins ) - Chirurgie dentaire (Nb. de consultations) - Maternité rurale ( Nb. d'accouchement) - Chirurgie dentaire (Nb. extractions) - Chirurgie dentaire (Nb. soins ) - Chirurgie dentaire (Nb. de consultations)	- Total des charges = P.R d'un actes médical <u>par unité</u> Total des actes médicaux
Service consultations externes	Nombre de consultations	- Total des charges = P.R d'une consultation <u>Total des consultations</u>

### 3. RESULTATS ET LIMITES DE L'ETUDE

Le tableau ci-après synthétise les résultats atteints pour les deux secteurs soumis a l'étude.



## RECAPITULATION GENERALE DES RESULTATS

SECTIONS DEFINITIVES	SECTEURS SANITAIRES		ECARTS
	KSAR EL BOUKHARI	TABLAT	
I. SERVICES HOSPITALIERS	Prix de revient d'une journée d'hospitalisation		
- Médecine Hommes	541	744	+203
- Médecine femmes	455	917	+462
- Pédiatrie	264	750	+486
- Maternité	416	677	+261
- Chirurgie Générale	397	--	--
Moyenne	414	772	+358
II- SERVICE DU PLATEAU TECHNIQUE	Prix de revient d'un examen ou d'une intervention chirurgicale		
- Bloc Opératoire	2,064	--	--
- Laboratoire	42	61	+ 19
- Radiologie	130	292	+162
Moyenne	745	176	+569
III- SERVICES EXTRAHOSPITALIERS	Prix de revient d'un acte médical		
-Equipes Mobiles	463	145	318
-Service Consul. Externes	83	--	--
-Polycliniques	83	--	--
-Centres de Santé	39	--	--
-Salles de Soins et de Consultations	27	68	41
Moyenne	139	106	33

### 3.1. Commentaires des résultats obtenus :

Les résultats figurant dans le précédent tableau peuvent être interprétés dans les trois points suivants :

- Pour les services hospitaliers des deux secteurs, on obtient des prix de journée hospitalière très différents allant du simple au double (cas de médecine femmes) et parfois au triple (cas de pédiatrie). Il y a lieu peut-être d'affiner l'analyse et d'utiliser d'autres outils de gestion pour identifier les causes de ces différences en se renseignant mieux sur les conditions d'activité et de fonctionnement prévalentes dans chaque service et rechercher ainsi les incohérences et facteurs générateurs de charges supplémentaires.

- Le prix de revient d'un examen radiologique est lui aussi deux fois plus élevé à Tablat qu'à Ksar-El-Boukhari. Là aussi les conditions de fonctionnement nous échappent pour le moment pour pouvoir porter un jugement.

- Si les prix de revient des journées d'hospitalisation et des examens restent plus ou moins acceptables en attendant les perfectionnements à apporter à la méthode et au cadre d'application, ceux des actes médicaux des services extrahospitaliers sont par contre totalement erronés car ils regroupent sans aucune pondération des activités hétérogènes et à coût variable allant des vaccinations à des lames prélevées. Si la méthode de détermination des charges de fonctionnement demeure utile, celle par contre de mesure de l'activité doit être complètement revue. On aurait pu peut être considérer la

consultation, toutes spécialités confondues, comme unité de mesure ou concevoir une autre méthode d'évaluation basée sur l'établissement de normes d'activités pouvant être pondérées par la population géographiquement dépendante ou couverte par chaque unité extrahospitalière.

### **3.2. Intérêts et limites des résultats, méthodes et outils utilisés :**

L'intérêt premier des résultats précédents se situe dans la particularité que pour la première fois en Algérie et ce depuis 1974, on a tenté de déterminer les prix de revient d'une journée d'hospitalisation, d'un examen et d'un acte médical, même s'ils comportent de nombreuses insuffisances et restent donc perfectibles. Ils présentent aussi l'avantage de permettre pour la première fois de disposer d'une ventilation analytique des charges et donc des crédits budgétaires entre les services d'un secteur sanitaire autre que celle étriquée, donnée actuellement par la comptabilité administrative.

Cependant, ces résultats présentent de sérieuses limites car fondés sur une méthode non encore perfectionnée, peu adaptée à la structure d'organisation, peu assimilée par les personnels chargés de sa mise en oeuvre et transposée à un contexte comptable peu approprié comme cadre d'application.

En outre, ils ne comprennent pas d'importants éléments de coûts car non comptabilisés. Il s'agit des amortissements des infrastructures et équipements. Dans cet esprit il y a lieu de procéder à l'inventaire et à la détermination des valeurs d'acquisition de ces éléments d'actif, de calculer les amortissements annuels correspondants selon la méthode linéaire par exemple et d'effectuer les imputations aux services concernés.

L'outil d'étude qu'est la comptabilité analytique reste à perfectionner en développant notamment des efforts d'adaptation au contexte sanitaire qui présente des particularités (évaluation des ses "produits"), par rapport au contexte plus simple d'une entreprise économique.

Au niveau de la méthode, d'importantes améliorations restent à effectuer notamment en ce qui concerne la subdivision des secteurs sanitaires en sections homogènes et dans la démarcation des sections définitives et auxiliaires. A titre comparatif, la comptabilité analytique française créée par le décret du 29 Septembre 1959, considère les services de radiologie, laboratoire et bloc opératoire comme sections auxiliaires contrairement à notre cas où ils ont été érigés en sections définitives. Peut-être pour éviter les approximations et les longs calculs inutiles, il y a lieu de repérer les grands centres d'activités (centres de coûts) où les décisions des responsables peuvent influencer sur la maîtrise des coûts au lieu de perdre du temps sur des "exactitudes" sans importance et sans grande influence sur le volume des dépenses. Il y a lieu de considérer une approche plus économique sur les coûts pouvant être contrôlés.

### **3.3. Utilisations possibles et perspectives de l'étude :**

Les résultats de l'étude ne peuvent avoir une utilisation immédiate car calculés simplement pour l'année 1991 et pour la seule Wilaya de Médéa en plus de leurs imperfections relevées précédemment.

Une fois généralisés à l'ensemble des secteurs sanitaires et déterminés pour au moins deux années consécutives, ils peuvent être exploités pour les raisons suivantes :

- Permettre aux décideurs et notamment aux responsables du Ministère de la Santé de disposer des moyens de connaissance et de prévision en matière de mesure des prix de revient des "produits" sanitaires (prix d'une journée d'hospitalisation, d'un examen, d'un acte médical, d'une journée alimentaire etc...) et en matière d'évaluation des activités des centres de coûts (sections définitives).
- Permettre aux décideurs d'apprécier les conditions de fonctionnement et de gestion des établissements sanitaires.
- Permettre aux institutions de tutelle d'exercer un contrôle budgétaire mieux affiné que celui en vigueur. Actuellement le contrôle budgétaire s'effectue en amont, c'est-à-dire de la masse allouée par grand titre de dépense et de ce fait peu d'attention est accordée au contrôle de l'usage des crédits affectés par rapport à l'activité réalisée et cela pour causes d'absences d'outils et instruments appropriés.
- Mettre à la disposition des décideurs du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale des éclairages supplémentaires pour l'importante réforme portant sur le conventionnement et qu'ils comptent mettre en oeuvre dans les plus brefs délais afin d'améliorer la répartition des crédits budgétaires entre les établissements sanitaires du pays et rapprocher ainsi les crédits alloués aux activités réalisées. Jusqu'à présent, la répartition du budget global entre les structures sanitaires ne prend pas en compte le volume des activités, programmes ou autres critères pertinents d'allocation. C'est une réponse pouvant limiter l'empirisme qui caractérise l'actuelle répartition des crédits budgétaires.

## **CONCLUSION**

Les perspectives de cette étude semblent prometteuses si toutefois ceci incite les responsables, compte tenu de l'argumentation précédente, à généraliser son utilisation en l'érigant comme instrument de gestion par un texte réglementaire instituant et rendant obligatoire la tenue d'une comptabilité analytique comme c'est le cas dans de nombreux pays et depuis 30 ans déjà ! C'est le prélude à une refonte du système comptable dans le secteur de la santé algérien. Toutefois, ceci doit être accompagné d'efforts à fournir en matière d'affinement de l'outil et de la méthode, d'adaptabilité au contexte organisationnel, de formation des personnels chargés de sa mise en oeuvre et d'adhésion des personnels médicaux et gestionnaire à sa nécessité.

## **Notes**

**[\*]** Directeur d'Administration Sanitaire Chef de Service à la DSPS de Médéa

**[\*\*]** Chargé de Cours à l'I.S.E Responsable de la Cellule Economie de la Santé à l'INPS

**[\*\*\*]** Communication présentée au Séminaire de Ghardaïa. Du 28 Septembre au 08 Octobre 1992.