

**Analyse comparative des Coûts moyens de séjours hospitaliers.  
Cas des Hôpitaux Publics de deux pays du Maghreb (Algérie et Tunisie) et les référentiels  
de coûts de l'ENC (France).<sup>1</sup>**

**KHALDI Mustapha**  
azemwalid@yahoo.fr

**BENLOULOU Salim Badreddine**  
s\_benloulou@yahoo.fr

Laboratoire de gouvernance publique et d'économie sociale - Université Tlemcen

**Résumé:** Le calcul des coûts dans les hôpitaux obéit à des procédures et techniques spécifiques répondant aux normes de la comptabilité analytique hospitalière. L'évaluation du poids médico-économique des prestations de soins et des pathologies nécessite cependant l'utilisation de programmes et logiciels propre à la gestion hospitalière.

Le programme de médicalisation du système d'information (le PMSI) aide cependant les gestionnaires à promouvoir la gestion des établissements tant sur le plan de la rationalisation des coûts que sur le plan de l'amélioration de la qualité des soins. Les systèmes de santé maghrébins (Algérie-Tunisie -Maroc) financent leurs budgets à partir d'un forfait calculé sur la base des dépenses effectuées durant les années antérieures et pour lequel participent l'Etat, les caisses de sécurité sociale, ainsi que les ressources propres des établissements (à faibles revenus).

Par rapport à ce mode de financement il est cependant difficile de calculer le coût réel des prestations fournies. Partant de l'expérience des pays pratiquant des méthodes de gestion modernes (France-Belgique...); il est indispensable que Les systèmes de santé des pays du Maghreb, en cours de mutation, devront opter au fait, pour un modèle précis de calcul de leurs coûts : s'agit-il du modèle au fait du modèle de calcul des coûts effectué « par pathologie » ou l'usage du procédé de calcul qui serait basé sur le « financement forfaitaire ».

Dans les deux cas, le procédé de calcul des coûts hospitaliers impose pour les hôpitaux, l'instauration d'un système de comptabilité analytique ayant pour finalité l'appréciation des coûts à leur juste valeur et rapportés par séjours (durée d'hospitalisation par spécialité clinique/chirurgicale), ce qui reviendrait à effectuer le calcul du coût de revient par type ou nature de « pathologie ».

Cette démarche pourra justifier le caractère approprié des coûts qui servent entre différents partenaires du système de santé, pour la prise en charge de la population hospitalière, ainsi que base de négociation entre les différents partenaires du système de santé.

**Mots clés :** calcul des coûts hospitaliers-prestations de soins -- poids Médico-économique-coûts par pathologie-comptabilité analytique- base tarifaire -- financement forfaitaire.

**Introduction :**

L'analyse des coûts de prise en charge des séjours et des pathologies représente une nécessité pour tous les systèmes de santé à travers le monde .C'est ainsi que la tarification à l'activité ayant pris naissance. Dans l'objectif de vérifier s'il existe une adéquation entre le forfait hospitalier attribué par la tutelle, aux différentes pathologies, et le coût de revient de celles-ci, il est indispensable cependant de connaître les coûts et les écarts, afin de pouvoir prendre des mesures de gestion adéquates pour les pathologies dont l'écart sur coût est jugé inapproprié voir négatif.

---

<sup>1</sup> Echantillon composé de 18 structures de santé Algériennes et 11 structures de santé Tunisiennes entre CHU et établissements ordinaires de soins ; sous dénominations suivantes 1-EPSP : (Etablissements publics de santé de proximité) 2-EPH : Etablissements Hospitalier Publics 3-EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé -dont la capacité d'accueil des structures variant entre 50 et 300 lits).S'agissant du système de santé Tunisien ; Les données statistiques et diverses informations recueillies appartiennent au centre de l'informatique du ministère de la santé Tunisien. (Étude élaborée en 2000) ; nous avons effectué une projection pour l'année 2011.

A travers cet article, nous procédons à une étude comparative se rapportant aux coûts de séjours moyens attribués à un échantillon d'hôpitaux publics (Algériens et Tunisiens).

Néanmoins, on se contentera de prendre comme données de référence les coûts de séjours effectués pour la même période par l'ENC (étude nationale des coûts) de France, sachant que les hôpitaux publics des deux pays (Algérie –Tunisie), souhaiteraient dans la cadre de la réforme, adopter un système d'information servant à mesurer les coûts des prestations produites par les établissements de santé à l'image du PMSI (le programme de médicalisation du système d'information) qui est en usage depuis plusieurs années en Europe.

Faut-il rappeler que pour le moment (2013), s'agissant des pays comme la Tunisie et l'Algérie le procédé de calcul de coûts est limité à l'usage de la méthode traditionnelle ne tenant pas compte de la spécificité de la production hospitalière.

Partant de ce constat, l'on considère que la problématique du calcul des coûts, le processus de contractualisation, l'amélioration de la qualité des soins ainsi que celle se rapportant à la rationalisation des dépenses publiques demeure perpétuellement posée.

**Le procédé de comparaison des coûts des activités entre les hôpitaux « Le concept de benchmarking<sup>2</sup> ».**

Le benchmarking dans le secteur de la santé peut être catégorisé selon quatre axes distincts selon :

- le niveau de comparaison : comparaisons internationales ou nationales.
- Le secteur d'évaluation : praticiens, secteur hospitalier, soins de qualité primaires niveau régional ou national...
- le type d'indicateurs utilisés : processus, résultats, qualité, performance
- l'utilisation potentielle des données, reporting international, utilisation interne /externe.

**Comparaison des coûts produits par rapport à un « hôpital de référence »**

En ce qui concerne, le système de santé Français, la comparaison des coûts d'un établissement est effectuée sur la base d'une référence nationale. Les coûts de référence sont déterminés sur la base des informations fournies par la mission P.M.S.I. de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (D.H.O.S.).

Cette procédure ne renvoie pas à soumettre les établissements vers les coûts de référence, mais à tendre vers une minoration du coût au niveau des différents processus de prise en charge en se basant sur une échelle de repère fixant la moyenne des coûts d'un échantillon d'établissements ayant différentes tailles .

**La détermination des tarifs hospitaliers**

Les tarifs sont déterminés généralement sur la base de coûts calculés , cependant afin d'assurer l'équilibre financier des institutions , certains patients supportent une charge financière dépassant même le cout de leur prise en charge et ceci en raison, soit en tenant compte des coûts observés d'un échantillon donné d'hôpitaux , soit tenant compte des tarifs établis par les pouvoirs publics et calculés en fonction des budgets alloués aux hôpitaux et faisant cas également des priorités politiques exprimées dans l'allocation des ressources.<sup>3</sup>

**L'hôpital public de santé (le cas Algérien)**

L'hôpital public demeure cependant le seul recours pour tous les citoyens nonobstant ses dysfonctionnements. La crise que connaît le système national de santé (secteur public et

<sup>2</sup> Wait S. "Benchmarking a policy analysis ".

<sup>3</sup> PIRSON Magali ,Apport de la comptabilité analytique par cas et par pathologie –P.30-2006-Bruxelles.

privé) a fortement cristallisé le mécontentement aussi bien des usagers que les professionnels du secteur.

Cette crise est centrée particulièrement sur le financement des budgets de fonctionnement et d'équipement; le mode d'organisation à instaurer; les moyens d'information à déployer pour l'évaluation des activités, l'amélioration et le développement de la formation des ressources humaines.

La réforme du secteur de la santé exige des arbitrages politiques, sociaux et économiques permettant de déterminer les obligations de l'Etat d'une part, et d'autre part les différentes institutions ainsi que les collectivités eu égard aux ressources budgétaires, les dépenses de santé, la contribution de la sécurité sociale dans le financement de la santé, et la forme d'adhésion des usagers à la dépense de soins.

Le système national de santé souffre de nombreux dysfonctionnements dus à l'insuffisance de moyens nécessaires pour faire face à une demande en soins croissante mais surtout liée à une organisation incohérente de l'offre de soins.

La couverture sanitaire, en termes d'infrastructures, de moyens humains et matériels est assurée de manière inégale.<sup>4</sup>

Les dysfonctionnements et les contraintes du système de santé peuvent être résumés comme suit: un endettement permanent des hôpitaux; un système d'allocation budgétaire inadapté aux conditions actuelles impliquant une absence de maîtrise des coûts et des dépenses; ainsi que le déséquilibre des budgets des secteurs (EPSP: hôpitaux périphériques<sup>5</sup> au profit des hôpitaux des centres).

Quant au système d'information devant permettre l'amélioration de l'organisation des structures et le traitement des données, les actions entreprises jusqu'à l'heure actuelle ne semblent pas satisfaisantes; cela étant dû en majeure partie à la non maîtrise des techniques informatiques nouvelles qui restent tributaires des programmes de formation à tous les niveaux que doivent entreprendre les institutions au profits de leurs personnels tous corps confondus.

Les contraintes et les dysfonctionnements liés à l'information: Le système d'information hospitalier actuel tel qu'il se présente au sein des hôpitaux publics Algériens ne répond pas aux exigences de l'heure. L'information sanitaire est tributaire d'un changement du mode traditionnel de collecte de l'information vers un mode d'information et de communication qui doit introduire les nouvelles technologies.

Parmi donc les urgences qui doivent être signalées; l'instauration d'un système d'information qui a pour rôle de couvrir les activités administratives, cliniques, économiques financières et comptables de l'institution publique hospitalière, notamment: la gestion administrative et financière (informations comptables et budgétaires); la gestion des activités médicales et paramédicales (soins médicaux et paramédicaux); la gestion des consommables (médicaments, solutés prothèses autres...); la gestion des plateaux techniques (laboratoires –blocs opératoires –radiologie); la gestion du circuit de prise en charge des patients; la gestion des équipements médicaux et équipements d'exploitation; l'évaluation Médico-économique des coûts des prestations.

<sup>4</sup> Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière; Alger-2004.

<sup>5</sup> EPSP: Etablissement publics de santé de proximité; les (EPSP) sont pour la plupart dotés de lits d'hospitalisation de jour; ainsi que d'un service de maternité où l'on procède à des prises en charges des accouchements ne présentant pas de risques majeurs. Les hôpitaux centraux sont représentés par (les CHU –EPH et EHS); ils sont mieux dotés en moyens et assurent les prises en charges de courtes moyennes et longues durées; tandis que les établissements de santé périphériques dont les moyens sont relativement limités assurent les soins de base, d'urgence et de médecine préventive.

Une nouvelle restructuration du système de santé est indispensable dans la mesure où elle permet la mise en place d'un modèle d'organisation capable de répondre à la demande en soins et assurant des prestations de qualité accessibles à toute la population.

Le problème de financement mis en relief dans le cadre de la réforme met l'accent sur les modalités à mettre en œuvre pour impliquer davantage la participation des différents partenaires dans la gestion des ressources humaines, matérielles et financières.

La nécessité de réviser la réglementation s'impose donc à cet effet avec l'introduction notamment sur le plan de la gestion financière d'une souplesse comptable impliquant une adaptation des statuts et des procédures régissant actuellement les établissements de santé.

En réponse à la problématique du financement ; la contractualisation demeure une alternative à laquelle les hôpitaux peuvent y adhérer et qui permet par ailleurs un mode de financement contractualisé des activités et non des structures basé sur l'élaboration des cahiers de charges définissant les objectifs des parties contractantes ( hôpitaux ; tutelle ; bailleurs de fonds et agents prestataires de soins ).

L'adoption d'une démarche contractuelle permettra aux hôpitaux de passer d'une logique tutélaire à une logique de négociation des contrats et de ce fait le rôle de l'Etat serait réduit à l'action d'arbitrage et de contrôle des fonds publics. Le taux de croissance des dépenses de santé évolue plus rapidement que l'évolution constatée pour les autres secteurs de l'économie nationale. Certes, cette croissance est atténuée par les revenus provenant des ressources provenant essentiellement des hydrocarbures.

Les études portant sur la rentabilité et l'efficacité consacrées au secteur de la santé publique n'ayant pas encore vu le jour ; cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les hôpitaux ne sont pas pénalisés ; au risque de voir leurs budgets réduits en cas d'absence de performance ; d'autre part le principe dit de « gratuité » occulte toute politique de concurrence et par la même les établissements ne sont pas redevables de résultats probants ; ni sur le plan de la gestion de leurs ressources , ni sur le plan de la qualité des soins .

Doit-on corriger le mode de financement du secteur de la santé ; puisque c'est sur la base du mode de financement adopté que le budget est calculé car il est certain que le concept de l'efficacité dans la gestion des ressources est lié au mode de financement adopté.

Deux modes de financement peuvent être proposés : le financement basé sur l'échantillon populationnel utilisant les coûts de références par épisodes <sup>6</sup> ; et le mode de financement à l'activité. Dans la pratique il existe deux modes de financement ; le mode Bismarckien et le mode Beveridgien <sup>7</sup> .

Ces deux modes peuvent être utilisés simultanément, il s'agit d'une question portant sur la répartition du financement entre les contribuables . Mesurer l'efficacité d'un hôpital implique la possibilité de comparaison entre des hôpitaux de même taille et à dotation budgétaire relativement équivalente.

Les méthodes permettant de procéder à des comparaisons « benchmarking » d'ensemble s'avèrent complexes et il faudrait par conséquent adjoindre dans cette démarche un ensemble de compétences ; en comptabilité, en recherche opérationnelle, en économie médicale ; en organisation et en informatique médicale.

---

<sup>6</sup> **Les épisodes de soins** : chaque nature de prise en charge est considérée comme épisode de soins , et valorisée en valeur monétaire , en fonction d'indicateurs de mesure du poids Médico-économique, selon une nomenclature spécifique. Ce principe de calcul est synonyme de la tarification à l'activité portant comme acronyme la « T2A ».

<sup>7</sup> -**Le mode bismarckien** est basé sur les recettes provenant des cotisations à des caisses de sécurité sociale.  
-**Le mode Beveridge** est basé sur un financement provenant de la fiscalité (les impôts).

La question fondamentale qui reste posée en matière de choix du mode de financement ; il s'agit de savoir comment la dotation budgétaire sera-t-elle répartie entre les établissements et selon quels critères d'une part, et de quelle manière le mode de financement adopté va-t-il influencer sur le comportement des (les établissements).

La méthode de budgétisation bureaucratique s'appuie sur le mode de fixation des budgets global, en fonction du budget historique, les pouvoirs publics fixent au préalable les dotations en se référant à l'année précédente toutefois en indexant un ratio en supplément pour les établissements ayant réalisé un taux de fréquentation supplémentaire.

Cette démarche par conséquent n'incite pas les gestionnaires à être plus efficaces ; les hôpitaux les moins performants continuent d'être moins performants.

Cette tendance contraint les hôpitaux à devoir dépenser les restants de chapitres en fin d'exercice afin que leur budget ne soit pas amputé l'année suivante. Il fût constaté que Les hôpitaux périphériques :(les EPH et les EPSP) ; par manque de moyens (Spécialistes et/ou équipements) accentuent les transferts de patients vers les hôpitaux centraux et que souvent ; en termes de coûts, leur charge est comptabilisée sur le compte des hôpitaux d'origine alors même que leur prise en charge est effectuée par les hôpitaux d'accueil auxquels ils furent transférés ; ce qui fait que la statistique recensée par les hôpitaux périphérique s'agissant du volume de journées réalisées demeure cependant contestée<sup>8</sup>.

Le budget global qui repose sur une base populationnelle ; vise à réduire les écarts entre les établissements dans la mesure où l'on considère comme indicateur de mesure, l'éventail de la population à prendre en charge. Pour un hôpital donné, on multiplie le coût budgétaire d'un individu par le nombre de résidents recensé au niveau de la région pour obtenir le budget global de l'établissement d'accueil.

Mais cette pratique est encore aléatoire, car dans le système de santé national les patients auront à choisir le territoire de prise en charge nonobstant leur lieu de résidence. En d'autres termes, le ministère de tutelle devra entreprendre une certaine démarche, si le choix de la budgétisation en fonction de la population en est toujours requis ; on est cependant amené à calculer la dépense moyenne par nature de spécialité clinique ; et par type de personne, ces données ne semblent pas être disponibles malgré les efforts accomplis jusqu'ici par les laboratoires régionaux de la santé implantés à travers le territoire national.

Aussi il ya lieu de définir les caractéristiques de l'embles des structures de santé afin de promouvoir ; à titre d'exemple, les budgets des hôpitaux ayant une échelle de production assez faible par manque de moyens matériels ou structurels et réduire les budgets des établissements qui en profitent des économies d'échelles<sup>9</sup>.

La méthode de calcul des budgets reposant sur les épisodes de soins ; exige que les pouvoirs publics puissent déterminer le coût de tous les éléments devant induire l'ensemble des épisodes de soins concernant les patients traités en intra-hospitalier .Pour ce faire, il faudrait procéder à la collecte des informations médicales, économiques financières et comptables, induisant l'usage de logiciels de traitement à l'image du (PMSI).

---

<sup>8</sup> A titre d'exemple un patient subissant un transfert est comptabilisé au sein de l'établissement d'origine comme ayant passé une journée même s'il n'a enduré qu'une heure dans le service avant qu'il ne soit procédé à son transfert vers un autre établissement pour prise en charge spécialisée.

<sup>9</sup> En terme d'analyse comptable; les « charges fixes totales » sont représentées par une constante. Par ailleurs les « charges fixes unitaires » diminuent et tendent vers zéro quant l'activité augmente ; elles représentent les économies d'échelle. En général toute croissance structurelle de l'entreprise entraine un accroissement de ses charges fixes .En effet un montant de charges fixes est associé à un niveau maximal d'activité .Tout dépassement de ce niveau d'activité provoque un changement des coûts de structure; au-delà de ce seuil d'activité les charges fixes unitaires sont décroissantes.

En se basant sur les coûts des épisodes de soins antérieurs ; l'Etat peut être amené à fixer les budgets propre à chaque hôpital en annexant un taux de majoration selon que le niveau de fluctuation des coûts qui varient cependant d'exercice en exercice.

L'avantage pour cette pratique consiste à rémunérer les établissements en fonction des services rendus .Mais dans ce cas, quelle méthodologie devrait-on entreprendre comment pour calculer le coût d'un épisode de soins, et comment par ailleurs devrait-on se prémunir des risques de manipulations comptables si l'on est amené à utiliser un plan comptable analytique hospitalier intégré à l'ensemble du système d'information.

Par ailleurs ; cette pratique encourage les gestionnaires dans le sens où ils auraient tendance à comptabiliser leurs patients dans des catégories plus rémunératrices quel serait dans ce cas la démarche au quelle il faut opter pour parfaire cette option. La réponse à cette problématique pourrait être trouvée dans la fixation des standards, mais reste à définir comment ces standards devraient être valorisés.

Au niveau international ; le coût de référence est calculé selon une moyenne ; ou à la limite un minimum requis. Si l'on établit nos calculs sur la moyenne, ou plus exactement la médiane ; l'on considère que la moitié des établissements auront satisfaits, et leur degré de performance aurait convergé, vers une performance meilleure mais dans un délai plus ou moins éloigné que prévu.

Par contre un budget calculé selon la norme du « minimum » pourrait s'accommoder à un déficit chronique ; car le principe du « minimum » n'étant pas significatif de meilleure performance. L'appréciation des budgets en procédant à la combinaison des deux méthodes semblerait être plus équitable, encore faut-il que les établissements soient dotés d'un système d'information performant pour la production et le traitement de l'information (clinique, démographique et comptable).

Ces deux méthodes, peuvent être considérées comme un moyen de contrôle préalable, dans la mesure où les hôpitaux sont financés en fonction des comparatifs sociodémographiques et comptables .Dans ces conditions, les établissements sont contraints de se maintenir autour de « standards de coûts observés ».

Pour ce qui concerne les hôpitaux publics algériens ; En fait leur passage d'une budgétisation sur « base historique » à une budgétisation sur « base de coût et de population » pourrait faciliter au passage du mode de gestion traditionnel que nous pouvons qualifier de « sans comptes » au mode de gestion « contractualisé » à travers lequel l'ensemble des partenaires économiques et sociaux agissant au sein du système de santé seraient tenus par :apprécier le coût des prestations afin d'évaluer le financement des hôpitaux et ; fixer les taux de remboursements qui seraient validés auprès des caisses de sécurité sociale.

Par ailleurs, L'utilisation des méthodes statistiques dans l'évaluation des budgets étant de plus en plus requise par plusieurs systèmes de santé, notamment européens, américains, canadiens entre autres. Les techniques statistiques de régression par exemple, aident à relier les coûts des services de santé aux déterminants de coûts ; ce qui permet de calculer le coût de référence pour chacun des hôpitaux et pour chaque centre d'activité.

La recherche opérationnelle, est aussi une discipline puissante permettant de décrire l'efficience des hôpitaux, seulement pour que ses résultats soient explicatifs, cette méthode exige un nombre très important d'hôpitaux et plusieurs années d'activité. Cela permet une meilleure description du coût et une comparaison de meilleure qualité des coûts par épisode.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Daniel Billodeau et Pierre Yves Crémieux.« L'efficience des hôpitaux Québécois à l'aide des méthodes économétriques : Université de Montréal-Université d'Alberta ».in Pub. P. Oulette 2007.

La description des coûts par épisode de soins suppose, la définition de l'activité hospitalière, sous forme de groupes homogènes de malades<sup>11</sup> plutôt que par service hospitalier. Les prix de chaque GHM étant défini à l'avance (le principe du paiement prospectif).

Les prix peuvent être soit fixés par les autorités de tutelle ; à une échelle centrale, soit par le biais d'une agence locale régionale. Ces deux principes de base (description des GHM et fixation de prix) peuvent varier d'un système à un autre ; et par conséquent le marché des soins est soumis à des répercussions.

S'agissant du travail de recherche élaboré a travers les différents cas exposés ; il ya lieu de constater que les outils d'évaluation et de gestion des coûts des prestations hospitalières utilisés au sein des établissements de santé publics Algériens ; ne sont pas d'actualité et ne répondent pas aux méthodes de gestion moderne.

Autrement dit, le calcul des coûts basé uniquement sur les données de la comptabilité administrative ajustée à la méthode des sections homogènes ne peut résoudre les préoccupations des managers. Il est clair que la comptabilité des coûts dont se servent les structures publiques nationales à l'heure actuelle relève de l'opération de transition entre la politique de la « médecine gratuite » et les diverses étapes menant à la « contractualisation » qui restent à venir.

Néanmoins afin de mieux quantifier et valoriser la production hospitalière l'implantation d'un système d'information intégré est plus que indispensable .Un système de management des coûts intégré suppose, la connexion de toutes les structures(en intra et en extra ) avec un réseau central piloté par une agence d'informatique médicale ayant pour attribution de traiter l'information en temps réel.

Sur le plan de la gestion comptable, il ya lieu d'adopter le plan comptable hospitalier et de procéder à sa vulgarisation; de soumettre le personnel à une formation continue dont le programme comporterait un enseignement en informatique médical et en comptabilité des coûts.

Par ailleurs , Le procédé de calcul des coûts qui semblerait , le plus performant actuellement et proposé par différents groupes de recherche en économie de santé de part le monde ; serait le mode de calcul utilisant « la méthode des sections homogènes associée à la méthode ABC » qui sera proposée au fait pour nos hôpitaux car les résultats auxquels notre étude ayant abouti démontre plus ou moins sa fiabilité et que les coûts sont mieux appréciés étant donné que cette nouvelle technique introduite récemment au sein des hôpitaux notamment (aux Etats unis initialement et dans certains pays d'Europe) aurait permis de mieux valoriser les coûts de revient définis par : type de pathologie (GHM : groupe homogène de malades) ainsi que par séjours (GHS : groupes homogènes de séjours ).

Cette approche de valorisation demeure en perpétuel aménagement et sur la base de laquelle repose la politique des pouvoirs publics en matière de gestion et de maîtrise des coûts ; et de ce fait le recours dans nos hôpitaux à un système d'évaluation est plus qu'obligatoire afin de permettre entre autre, de contrôler l'adéquation des actions entreprises par rapport aux objectifs projetés.

La réduction des coûts en matière de planification de santé et leur maîtrise ne recèle cependant aucune contradiction avec le principe de bonne prise en charge des patients .Réduire un coût peut être identifié à une prise en charge qualitative et quantitative.

---

<sup>11</sup> Les groupes de GHM sont très diversifiés, chaque pays possède sa propre nomenclature. (Communément appelés GHM en France et DRG aux Etats Unis).

Privilégier l'aspect Médico-économique serait a fortiori rentable sur le plan économique et certainement bénéfique pour les patients quant à l'amélioration des prestations dont ils peuvent bénéficier; dès lors, qu'il est nécessaire de recourir aux techniques d'évaluation fondées sur le calcul des coûts.

Concernant l'intervention de l'Etat dans le système des soins, l'on peut citer plusieurs origines dont: la nature même du soin; la défaillance du marché ainsi que les actions habituelles des pouvoirs publics dans la régulation du marché. A cet effet, l'Etat est donc le garant du système assurantiel, ce qui rend donc complexe la gestion du système dans son ensemble.

Afin de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, les pouvoirs publics devraient mettre en place « une architecture contractuelle » dans l'ensemble du système de soins : système assurantiel ; offre de soins et organismes de tutelle. La question de la coordination entre les différents partenaires économiques et sociaux relevant du système est aussi d'importance majeure car cela permet de dépasser les problèmes liés à l'asymétrie d'information et à la baisse des coûts.

Il est à prévoir en même temps , en prévision de la contractualisation ; des agences régionales ou pôles régionaux ayant pour attributions, le suivi des contrats , le rationnement des équipements et la régulation de l'offre de soins .Parallèlement à la mise en place des instruments contractuels , les pouvoirs publics devraient introduire de nouveaux mécanismes de régulation , tel la tarification à la pathologie ; c'est dans cette perspective qu'il est nécessaire d'instaurer le système de « P.M.S.I ».

#### **Le système de santé Tunisien**

Le système de santé tunisien a évolué en trois étapes correspondant à trois phases chronologiques successives:

- Une phase d'expansion du système au cours des années (60 à 70); marquée par l'intérêt ciblé sur la formation des personnels et le développement des infrastructures dans le secteur public.

- Une phase de généralisation de la couverture sanitaire au cours des années (80 et 90) .Le programme fut porté sur l'extension géographique de l'offre de soins et l'amélioration de l'accessibilité aux soins particulièrement le développement du secteur privé et la promotion de l'industrie pharmaceutique locale-

- La troisième période (années 1990-2000) s'est caractérisée par l'engagement des autorités du pays pour la refondation du système de santé et du régime assurantiel notamment l'amélioration de la qualité des services de santé ainsi que la maîtrise des coûts.

#### **Les axes contenus dans le programme du gouvernement Tunisien**

- La qualité des services de santé et la sécurité des soins.
- La gestion rationnelle des ressources humaines et matérielles et leur adéquation aux besoins de la population.

- L'implantation du réseau national de l'information et de la gestion des données sanitaires.

- Mise en place d'un dispositif d'évaluation Médico-économique permettant le financement des établissements de santé sur la base de leur performance financière.

Faisant face aux ajustements structurels de l'économie , le système de santé public Tunisien ; ayant fait l'objet d'une réforme ciblant dans une première phase les hôpitaux universitaires , puis étendu aux hôpitaux régionaux .Les objectifs de cette réforme visaient à instaurer une autonomie de gestion et d'exploiter un système d'information hospitalier qui



permettrait la révision des modes de financement du secteur hospitalier et d'intégrer dans le mode d'allocation des ressources les critères de performance médico-économiques objectifs .

#### **Le modèle d'évaluation des coûts hospitalier « le cas Tunisien »**

Le système d'évaluation des coûts qui est utilisé en Tunisie comme en Algérie se rapporte à la méthode des sections homogènes, néanmoins les structures ne pratiquent pas encore l'évaluation basée sur le PMSI (programme de médicalisation du système d'information). Ce qui est important de rappeler c'est que l'information médicale est traitée par des bases de données ne répondant pas aux objectifs sollicités par les structures chargées de la valorisation des dépenses.

Nous faisons remarquer que le pilotage des informations n'est pas géré par des structures de l'informatique médicale (Direction de l'informatique médicale inexistante dans plus de soixante pour cents des établissements).

#### **La réforme du système de santé en Tunisie**

- 1- La réforme du système de santé en Tunisie, ayant permis l'instauration d'un système d'information hospitalier de gestion basé sur des procédures de gestion uniformisées associées à des critères d'évaluation standards .Les structures de collecte et de traitement de l'information ont pour objectif le recensement des activités et l'évaluation des coûts hospitaliers ce qui permettrait de réaménager les modalités de partage des charges financières de manière équitable entre les différentes sources institutionnelles de financement.
- 2- La création d'un centre informatique à un niveau central pour le traitement de l'information a permis d'amorcer le système d'évaluation des coûts par spécialité hospitalière, on notera que les applications informatiques sont jusqu'ici partiellement intégrées.

A titre de rappel on citera la codification des actes selon la nomenclature du plan comptable analytique hospitalier ainsi que le rattachement des comptes de la comptabilité générale vers les sections d'analyse propre à la comptabilité analytique hospitalière.

D'autres sous systèmes comptables sont mis en application : le traitement des salaires, la comptabilité des stocks, la gestion intégrée des médicaments et accessoires, la gestion des immobilisations.

#### **Les résultats enregistrés suite à la réforme (système de santé Tunisien)**

Les gestionnaires des établissements ont pu grâce à cette base de données, entamer des négociations avec les partenaires économiques et sociaux notamment les assurances (la caisse nationale d'assurance maladie).

Sur le plan interne; les coûts enregistrés ont caractérisé la base de discussion entre les acteurs des établissements de santé (les départements médicaux) et les gestionnaires d'autre part.

La base de données ainsi produite par le système d'information hospitalier est utilisée comme outil d'analyse des activités et facilite l'élaboration des budgets et l'opération de contrôle des coûts.

Sur le plan externe : la détermination des coûts moyens par admission et par spécialité ayant servi de base de négociation avec les caisses de sécurité sociales dans la fixation des tarifs forfaitaires sur lesquels est basé le procédé de facturation des prestations et soins prodigués pour les patients assurés sociaux .

Le Ministère de la Santé Publique, finance les hôpitaux régionaux et universitaires sur la base d'une dotation budgétaire de fonctionnement pour les dépenses non-salariales. Les dotations

sont négociées chaque année sur la base des coûts d'admission réels et projetés. Les centres de santé de base et hôpitaux de circonscription sont financés par un budget par poste. Les employés du secteur public de la santé sont rémunérés sur le budget de fonctionnement du (MSP : Ministère de la santé publique) sur une base salariale.

Par ailleurs il ya lieu de préciser que la mise en œuvre de ce modèle facturation basé sur le calcul des coûts d'exploitation a en effet contribué à la redistribution des charges de financement des frais de soins dans le secteur de soins public de manière rationnelle .

#### **Les limites recensées dans le cadre du programme de la réforme hospitalière (Tunisie)**

Malgré la mise en place d'un système d'information permettant l'usage des outils de gestion propre au management hospitalier moderne ; il ya lieu de citer certaines limites qui nécessitent d'être mises en relief :

- Manque de personnels technique formé spécifiquement pour la collecte des informations relatives à la comptabilité hospitalière.
- Absence ou insuffisance d'agents médicaux et paramédicaux formés dans la gestion des dossiers patients (agents ayant une double formation médicale et de gestion et ayant pour rôle de codifier les activités et les différentes prestations).
- Sur le plan de l'évaluation, la prise en compte du « coût moyen » par admission établi comme référence en matière de facturation et pratiqué comme tarif unique pour l'ensemble des structures de santé ne semble pas être un indicateur fiable étant donné que les moyens déployés par les structures sont hétérogènes. Si l'on se réfère au système européen les coûts sont définis par groupes homogènes de maladies.

En Tunisie comme en Algérie, le mode d'évaluation des activités hospitalières est basé sur la méthode des sections homogènes néanmoins l'activité médicale n'étant pas valorisée.

Les deux systèmes doivent être améliorés avec l'implantation du programme de médicalisation du système d'information ( à l'exemple du PMSI pour le système de santé Français et Belge).

#### **L'expérience Française**

Les pouvoirs publics en France ont introduit, en 2005 un système de tarification (T2A), pour le financement des établissements de santé , le principe de base de la (T2A) consiste à payer les établissements en fonction de leurs activités mesurées par groupes homogènes de malades (GHM) ; cette procédure permet d'associer la transparence dans le financement des soins Cependant l'expérience vécue pays d'autres pays (européens notamment) montre que le mécanisme de paiement présente des risques et nécessite des ajustements permanents afin d'obtenir des résultats souhaités .A cet effet , il ya lieu d'assurer, une adéquation entre le domaine clinique et le domaine économique dans la gestion des ressources .l'objectif visé par la tarification à l'activité se résout à devoir faire payer un prix fixe ajusté sur les coûts moyens observés et qui demeure commun à tous les établissements.

L'allocation des ressources sera en fait établie en fonction des coûts dereductivité.<sup>12</sup> Les objectifs attendus de ce type de financement peuvent être résumés comme suit : une meilleure responsabilisation des différents acteurs ; une équité de traitement entre les établissements ; un meilleur développement des outils de pilotage Médico-économiques (s'agissant du contrôle de gestion dans les structures de santé publiques et privées).

<sup>12</sup> Aux Etats unis, ce mode de tarification fut abandonné au profit d'un système de prix fixe par pathologie associé à un processus de concurrence par comparaison .D'autres pays européens ont adopté le même mécanisme pour financer les dépenses hospitalières.

Il est certain que la tarification à la pathologie pourrait à long terme pénaliser les hôpitaux au sens où, les établissements non lucratif ou à faible rendement seraient contraints ou incités à effectuer la sélection des patients<sup>13</sup>.

Une autre approche de financement fût préconisée en France consistant à associer la tarification à la pathologie à une allocation budgétaire forfaitaire .L'allocation des ressources basée sur les coûts par « pathologie » va introduire une concurrence loyale entre les agents d'offre de soins, néanmoins il est certain que cette procédure pourra compromettre les petites structures publiques qui accusent un déficit en moyens dont il s'agira de protéger.

---

<sup>13</sup>Dormont B, Milcent C. : « the sources of hospital costs variability »Health economics ,13,927-939-2004.

**Tableau n° 1 : comparatif des coûts de journées et séjours par nature de spécialité**

Services Cliniques et Chirurgicaux	Coût par patient par/journée Hôpitaux Tunisiens (D.T.)	Coût moyen par durée de Séjour – Hôpitaux Tunisiens (D.T)	DHM Durée D'hospitalisation Moyenne (Journées)	Coûts de Séjours Hôpital public Tunisie en (D. A).	Coûts Moyens séjours Hôpital Public Algérien (D.A.)	Ecarts de coûts constatés Entre hôpitaux – Algériens et Tunisiens) en (D.A.)	Coûts de séjours référentiels Moyenne « ENC » Hôpitaux publics Français (D.A.)
1-Psychiatrie	34	912	26.7	46868.60	102901.80	+56033.20	93024.00
2-Pédiatrie	90	539	6.0	27699.75	9073.86	-18625.89	54978.00
3-Gynécologie	91	339	3.7	17421.55	77950.80	+60529.25	34578.00
4-Pneumologie	91	1271	1.271	65317.97	5881.63	-59436.34	
5-Orthopédie	100	869	8.7	44658.78	57146.91	+12488.13	
6-Néonatalogie	102	1273	12.5	65420.75	56237.50	-9183.25	
7-Endocrinologie	103	992	9.6	50979.88	76800.00	-25820.12	
8-Hématologie	107	511	4.8	26260.81	74127.41	+47866.60	
9-Urologie	113	860	7.6	44196.26	33625.52	-10570.74	
10-Neurologie	114	1001	8.8	51442.40	65500.16	+14057.76	157386.00
11-Médecine Interne	119	1388	11.7	71330.71	67558.03	-3772.68	
12-Gastro-entérologie	122	1428	11.7	73386.35	109228.50	+35842.15	
Cardiologie	125	1157	9.3	59459.39	34926.06	-24533.33	118014.00
13-Maladies Infectieuses	135	1726	12.8	88700.87	145829.25	+57128.38	
14-Chirurgie générale	138	887	6.4	45583.82	73222.40	+27638.58	90474.00
15-ORL	140	841	6.0	43219.84	56670.84	+13451.00	
16-Neurochirurgie	148	1543	10.4	79296.32	52426.20	-26870.12	
17-Dermatologie	160	2485	15.5	127706.64	131909.03	+4202.39	
18-Ophtalmologie	170	801	4.7	41164.20	29082.10	-12082.10	81702.00
19-Soins Intensifs	332	2966	8.9	152425.71	335981.68	+183555.97	295800.00

**Remarque :** Les Moyennes de coûts sont calculées pour des hôpitaux comprenant (entre 60 lits et 300 lits).

**Taux de conversion moyen :** Période comprise entre 2010 et 2013 -1 D.Algérien = 51.391 D.Tunisien -(D.A : dinar algérien -DTN : dinar tunisien).

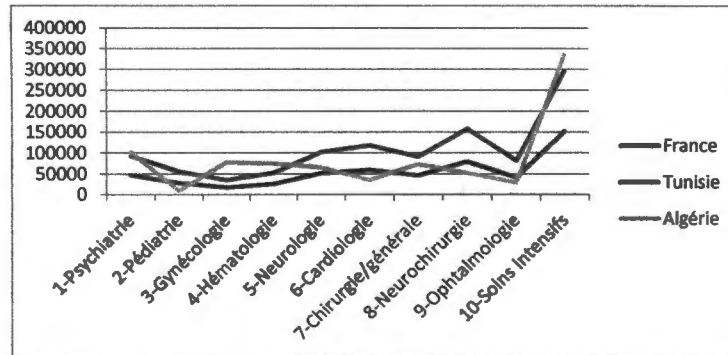
100 Tunisien(DTN)= 51.99 Euros - 1 DTN = 3.41 Franc - 1 Euro = 98.7494 D.A. 1 D. Algérien=0.0195 D.TN - 1 DTN = 0.52 Euros - 1 DTN = 51 .391 D.A. - 1 D.A. = 0.0101 Euros

**Tableau n° 2 : comparatif des Coûts Moyens de séjours de quelques spécialités estimés pour les Hôpitaux publics de France, de Tunisie et d'Algérie<sup>99</sup> (Valeur en Dinars Algériens (taux de conversion moyen-2010-2013).**

Spécialités / Pays	France	Tunisie	Algérie
1-Psychiatrie	93024.00	46868.80 (-)	102901.80 (+)
2-Pédiatrie	54978.00	27699.75 (-)	9073.86 (- -)
3-Gynécologie	34578.00	17421.55 (- -)	77950.80 (+ +)
4-Hématologie	52122.00	26260.81 (-)	74127.41 (=)
5-Neurologie	102000.00	51442.40 (-)	65500.16 (-)
6-Cardiologie	118014.00	59459.39 (- -)	34926.06 (- - -)
7-Chirurgie/générale	90474.00	45583.82 (-)	73222.40 (-)
8-Neurochirurgie	157386.00	79296.32 (- -)	52426.20 (- - -)
9-Ophthalmologie	81702.00	41164.20 (-)	29082.10 (- -)
10-Soins Intensifs	295800.00	152425.71 (- -)	335981.68 (+)

(-) : en deçà de la norme, (+) en dessus de la norme, (normes standards selon étude nationale des coûts hospitaliers de France ENC-ARH)

**Graphes :** Coûts de séjours hospitaliers (en dinars algériens) pour 10 spécialités.



<sup>99</sup> : Calculés selon des durées de séjours standards. La Conversion moyenne des coûts est effectuée en dinars Algériens : 1 Euro = 102 da.- S'agissant des données relatives aux hôpitaux de France, elles ont été relevées à partir de publications produites par l'Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation. Données de coûts ENCC -France-2008-une projection a été faite pour 2013.

### **Commentaires :**

- 1- Si l'on considère que Les coûts de séjours estimés pour les établissements de France devront servir comme base de référence ; étant donné que le système de santé Français ayant acquis une expérience considérable en termes de mesure du poids Médico-économique des activités hospitalières sachant que les coûts moyens de séjours sont drainés par plusieurs indicateurs de mesure de l'activité ; notamment avec l'usage du programme de médicalisation du système d'information ; on peut tirer comme éléments de remarques ce qui suit :
- 2- Le coût des prestations est sous évalué s'agissant des établissements de Tunisie pour l'ensemble des spécialités observées si l'on considère par ailleurs que les coûts établis par les hôpitaux Français soient pris comme indicateurs de référence du fait que le système d'évaluation des coûts de séjours propre aux hôpitaux Français étant plus développé notamment avec le système informatique intégré (Le PMSI).
- 3- S'agissant des coûts de prestation des établissements nationaux on observe presque le même effet sauf pour 4 spécialités cliniques (psychiatrie ; hématologie, gynécologie, et soins intensifs).

### **Appréciations des coûts par grands postes de dépenses (France 2011)<sup>100</sup>**

- 1- Les coûts cliniques ; les coûts de logistique médicale, ainsi que les coûts médico-techniques sont en légère baisse entre (2010 et 2011) : respectivement (-0,4 %) ; (-0,9%) ; et (-1,5 %).
- 2- les coûts de médicaments et DMI facturables en sus enregistrent une baisse de (-5,9%) entre (2010 et 2011).
- 3- Les charges directes : (+2,2%)
- 4- Coûts de logistique et de gestion générale : (+1,6%)

### **Estimation de quelques coûts reproduits selon les données enregistrées par le biais de l'étude (Hôpital public –Algérie- 2012-2013)**

- 1- coût annuel des packages recensés aux urgences médicochirurgicales :  
 $(163788 \times 10550,92) = 1.728.114.084,96 \text{ da}$
- 2- Le Coût unitaire Moyen du package produit au niveau des urgences à capacité d'accueil moyenne = 10.550,92 da
- 3- le coût de la Cure unitaire de la séance de chimiothérapie est estimé à : 5.0612,14 DA,  
Soit une dépense annuelle de:  $50612,14 \times 4897 = 247.847.649,58 \text{ da}$

<sup>100</sup> Principaux résultats issus des données de coûts Année 2011 -Financement des établissements de santé –Pôle : allocation de ressources aux établissements de santé.

## **Bibliographie**

1. **Halgand N.** : Le problème de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier comptabilité –Contrôle –Audit -1995-tome 1, Volume 2 Pp.30-52 -France.
2. **Halgand N.** : Comptabilité et pertinence : une comptabilité constructiviste pour le nouveau management hospitalier .Comptabilité, Contrôle et Audit, Volume deux Septembre 1997.
3. **Frustiger. P. et Fessler J.M,** la gestion hospitalière médicalisée : PMSI synthèse clinique et infirmière, coûts des pathologies traitées, aide à la décision, Paris ESF, 1991.
4. **Nobre Thierry et Biron Noelle:** application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie : le Cas de la Chirurgie Infantile -2003- France.
5. **Augier Evelyne** : Comptabilité Hospitalière-Série, les études hospitalières-Edition 2003.
6. **Béjean S., Peyron C,** "Efficacité des procédures d'allocations des ressources : quant l'équité vient au secours de l'économie, Santé et économie, les cahiers du G.R.A.T.I.C.E., université Paris XII val-de-Marne, CREDES N°15-1998.
7. **Riveline C.,** Evaluation des coûts : éléments d'une théorie de gestion. ENMSP, 1980.
8. **Oufriha F.Z.** : Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie-O.P.U.-10/1092 Alger.
9. **Merlière Yvon et Kieffer René** : Le contrôle de gestion de l'hôpital : Principes clés et outils nouveaux –Edition Masson 1997.
10. **Pirson Magali,** Apports de la comptabilité analytique par cas et par pathologie à la gestion hospitalière –Thèse de doctorat en sciences de la santé publique –Université libre de Bruxelles faculté de médecine –Ecole de Santé publique-2006.
11. **Nobre T.** L'introduction de nouveaux outils du contrôle de gestion à l'hôpital : le cas de l'ABC- Journal d'économie médicale 2004.
12. **Réforme du système de santé Tunisien** – Publication du ministère de la santé tunisien-2009-2010.
13. **Ministère de la Santé (Algérie):** Avant projet de loi sanitaire soumis à concertation. Publié par site ANDS.dz MSPRH-RH Alger 2002.
14. **Or Zeynep, Renaud Thomas, Com Ruelle Laure,** Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? IRD.ES – Mai 2009.