

Le contrôle de gestion hospitalier : cas d'hôpital Algérien

Health Management Accounting Case of Algerian hospital

BENCHIKHA Fatima Zohra

Maitre assistante A, université D'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed – ALGERIE-

Email : rid33dz@hotmail.com

Pr CHOUAM Bouchama

Professeur, université D'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed – ALGERIE-

Email : chouam.bouchama@univ-oran.dz

Le contrôle de gestion hospitalier : cas d'hôpital Algérien

Résumé :

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

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

Cet article traite la nécessité du contrôle de gestion au sein des hôpitaux algériens par le biais d'une étude empirique au sein du secteur sanitaire d'Arzew dont il est réorganisé en établissement public hospitalier EL-mohgoun et EPSP d'Arzew en vue d'analyser l'apport du contrôle de gestion sur l'activité hospitalière.

Mots clés : contrôle de gestion, hôpital, organisation, l'activité hospitalière, performance.

Abstract :

Management accounting is traditionally oriented towards the monitoring of performance objectives, if not of economic profitability ,

These objectives have for a long time been ruled out or contested with regard to public services which, in the name of their missions of general interest, should not worry about profitability issues.

But gradually, the criteria of effectiveness and efficiency are increasingly taken into account in the choices and evaluation of public policies.

This article discusses the need for management accounting in Algerian hospitals through an empirical study in the health sector of Arzew which is reorganized in public hospital EL-mohgoun and EPSP Arzew in order to analyze the contribution of management accounting to hospital activity.

Keywords: Management accounting, hospital, organization, hospital activity, performance,

Introduction

Les hôpitaux publics algériens comme toute autre organisation est soumis à des contraintes qui lui imposent de développer leurs gestion pour faire face à des problèmes complexes dont les symptômes sont multiformes, surpeuplement des sales d'hôpital , longue files d'attente dans les services de consultations externes , qualité des soins contestable , pénurie de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales de base, matériels de diagnostics et de traitements inexistant, découragement du personnel.

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

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

Partant delà, notre problématique se focalise sur l'importance du contrôle de gestion au sein des hôpitaux publics pour améliorer la performance.

Cet article présent, dans un premier point une revue de la littérature concernant le contrôle de gestion hospitalier, dans un second point les résultats de l'analyse descriptive de la recherche empirique au sein du secteur sanitaire d'Arzew dont il est réorganisé en établissement public hospitalier EL-mohgoun et EPSP d'Arzew entre l'année 2003 et 2015.

1. Revue de la littérature :

Afin de mieux comprendre les fondements du contrôle de gestion, il semble nécessaire de remonter aux origines de ce contrôle. Celui-ci s'est d'abord développé dans le monde des entreprises privées industrielles, ce qui pose d'emblée la question de sa capacité à être transposée au secteur public dans un premier temps et plus particulièrement au service public hospitalier puisque l'hôpital est considéré comme une organisation complexe (Burlaud & Malo 1988) dont laquelle la notion du contrôle de gestion , ainsi que ses outils se trouvent rapidement faire face aux nombreux obstacles liés à ce type spécifique d'organisation pour cela

le rôle de contrôleur de gestion reste toujours minime (Bouquin 2004 p 201).

Le traitement de la question du contrôle de gestion hospitalier nous renvoi à la théorie des organisations, c'est la que le concept du bureaucratie professionnelle (Mintzberg 1982) apparait.

1.1. La structure organisationnelle de l'hôpital :

Henri Mintzberg distingue dans toute entreprise cinq éléments dont Michel Cremadez (1992) a appliqué à l'hôpital dont cette approche permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière qualifiée de bureaucratie professionnelle.

1.1.1. Le sommet stratégique :

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

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

1.1.2. Le centre opérationnel :

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

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

1.1.3. La ligne hiérarchique :

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

participent à leurs évaluations. Ainsi que tous les chefs de service exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur général.

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

1.1.4. La technostructure :

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

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

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

1.1.5. Les personnels de support logistique :

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

2. Le contrôle de gestion au sein d'établissement de santé d'Arzew :

La complexité croissante de l'organisation hospitalière d'un coté , et l'exigence d'efficacité afin de satisfaire la population puisque elle assure un service public dont il est la préservation de la santé publique qui représente un objectif national , pour cela les pratiques du contrôle de gestion au sein des hôpitaux public algérien se contente seulement sur le contrôle budgétaire , ceci a été remarqué lors d'une recherche empirique en sein de deux établissements de santé en Algérie (wilaya d'Oran)

2.1. Evolution de dotations budgétaires :

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

Tableau n°1 : l'évolution de dotations budgétaires entre 2003 et 2010

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

Source : élaboré par les auteurs sur la base du budget annuel du secteur sanitaire d'Arzew et l'EPH el Mohgoun

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

| Titres \ Années | 2003 | 2004 | variation en % | 2005 | variation en % | 2006 | variation en % | |
|----------------------|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | personnel | 327081000 | 348000000 | 6% | 386000000 | 11% | 374000000 | -3% |
| formation | 490000 | 822000 | 68% | 1403000 | 71% | 928000000 | 65,14% | |
| alimentation | 7000000 | 8000000 | 14% | 7000000 | -13% | 6000000 | -14% | |
| médicament | 65102579 | 48000000 | -26% | 55000000 | 15% | 60000000 | 9% | |
| prévention | 11110000 | 10500000 | -5% | 9000000 | -14% | 19000000 | 111% | |
| Matériel médicale | 10000000 | 7000000 | -30% | 4550000 | -35% | 7000000 | 54% | |
| infrastructure | 9000000 | 10000000 | 11% | 13375000 | 34% | 12000000 | -10% | |
| fonctionnement | 24500000 | 15500000 | -37% | 19500000 | 26% | 24800000 | 27% | |
| œuvre sociale | 5000000 | 6100000 | 22% | 7000000 | 15% | 9000000 | 29% | |
| Titres \ Années | 2007 | variation en % | 2008 | variation en % | 2009 | variation en % | 2010 | variation en % |
| personnel | 401875000 | 7% | 279000000 | -31% | 293000000 | 5% | 320000000 | 9% |
| formation | 1450000 | -98% | 3000000 | 107% | 980000 | -67% | 1340000 | 37% |
| alimentation | 7000000 | 17% | 6500000 | -7% | 10500000 | 62% | 10500000 | 0% |
| médicament | 56000000 | -7% | 70000000 | 25% | 86000000 | 23% | 85000000 | -1% |

| | | | | | | | | |
|----------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| prévention | 35000000 | 84% | 10000000 | -71% | 12000000 | 20% | 13140000 | 10% |
| Matériel médicale | 19000000 | 171% | 15000000 | -21% | 25000000 | 67% | 25000000 | 0% |
| infrastructure | 22200000 | 85% | 37500000 | 69% | 15000000 | -55% | 15000000 | -12% |
| fonctionnement | 24000000 | -3% | 20000000 | -17% | 30000000 | 80% | 30000000 | -17% |
| œuvre sociale | 9000000 | 0% | 5250000 | -42% | 6300000 | -5% | 6300000 | 26% |

Source : élaboré par les auteurs sur la base de budget annuel du secteur sanitaire d'Arzew et l'EPH el Mohgoun

A partir du tableau (n°1), on remarque que les dotations budgétaires ont passé de 459283579 DA en 2003 à 453922000 DA en 2004 qui indique une réduction de 5361579 DA dont elle correspond à une baisse de 1,16% qu'elle est due en premier à la réduction de besoin de l'établissement de médicament qui peut être expliquée par l'existence de stock de l'année précédente qui est suffisant pour répondre aux besoins de l'année 2004.

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

A travers le tableau (n°2) on constate que cette évolution est due :

- L'augmentation de budget alloué au titre de personnel qui a pour but d'assurer la couverture de dépenses de personnel sous forme de paie qui est passé de 348000000 DA en 2004 à 401875000 DA en 2007 qui correspond à une augmentation de 15%, sachant que cette évolution peut être expliquée par le nouveau recrutement dont l'effectif du secteur sanitaire d'Arzew est passé de 968 en 2006 à 974 en 2008.
- L'accroissement de dotation budgétaire consacrée à la formation en vue de recycler le personnel de l'établissement afin d'acquérir de nouvelles connaissances sachant que la médecine est toujours en évolution. Cela explique le fait que le budget alloué au titre de formation a augmenté de 76% en 2007 par rapport à 2004.
- L'évolution de budget concernant le titre de prévention entre la période de 2004 et 2007 qui a atteint 233%, cette forte augmentation est due au programme nationale de santé qui a pour finalité de lutter contre la nouvelle épidémie de grippe aviaire sous forme de vaccination menée dès l'année 2006; pour cette raison l'Etat consacre plus de budget pour maintenir et assurer une bonne santé publique; cela

n'empêche pas qu'il y a une baisse de ses dotations en 2005 de 14% par rapport qui était alloué en 2004 qu'on peut suggérer que le service de prévention du secteur sanitaire d'Arzew a réussi d'établir et de répondre aux besoins de la population appropriée.

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

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

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

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

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

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

Tableau n °3 : L'évolution de répartition de dotations budgétaires de L'EPSP d'Arzew par

titre entre 2008 et 2010

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

Source : budget annuel d'EpSP d'Arzew .

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

Après une année d'exercice et afin de réhabiliter le siège et les différents services de l'EPSP d'Arzew, on remarque que son fonctionnement nécessite plus de ressources financières puisque il y a une évolution de dotation budgétaire alloué par l'Etat de 7,5% en 2009 par rapport à 2008 pour permettre la couverture des augmentations de salaires qui touchent le personnel de secteur de santé ; ainsi on constate que l'établissement consacre plus de ressource pour le titre d'infrastructure en 2009 dont elle est passée de 6000000 Da en 2008 à 13000000 DA qui correspond à une évolution de 116 % .

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

2.2. L'analyse de l'évolution de recettes :

2.2.1. L'Evolution des recettes du secteur sanitaire d'Arzew et EPH d'El-Mohgoun :

Tableau n°4 : Evolution des recettes du secteur sanitaire d'Arzew et EPH d'El-Mohgoun entre la période 2006 et 2009:

| Années titres | 2006 | % | 2007 | % | 2008 | % | 2009 | % |
|------------------|-----------|-----|-----------|-----|------------|-----|------------|-----|
| titre 1 | 336228000 | 65 | 408825000 | 70 | 379750000 | 86 | 407980000 | 87 |
| titre 2 | 170000000 | 33 | 170000000 | 29 | 60000000 | 13 | 60000000 | 12 |
| titre 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| titre 4 | 7640500 | 2 | 6060449,7 | 1 | 2972849,23 | 1 | 2972849,23 | 1 |
| Total | 513868500 | 100 | 584885450 | 100 | 442722849 | 100 | 470952849 | 100 |

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

Titre 1 : contribution de l'Etat.

Titre 2 : contribution des autres institutions

Titre 3 : les recettes provenant de la caisse nationale d'assurance sociale dans le cadre de convention : concernant les salariés assurés.

Titre 4 : autres ressources.

Tableau (n°5) : Evolution de variation des recettes du secteur sanitaire d'Arzew et EPH d'El-Mohgoun entre la période 2006 et 2009:

| | 2006 | 2007 | Variation en % | 2008 | Variation en % | 2009 | Variation en % |
|----------------|-----------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|
| titre 1 | 336228000 | 408825000 | 22 | 379750000 | -7 | 407980000 | 7 |
| titre 2 | 170000000 | 170000000 | 0 | 60000000 | -65 | 60000000 | 0 |
| titre 3 | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| titre 4 | 7640500 | 6060449,7 | -21 | 2972849,2 | -51 | 2972849,2 | 0 |
| Total | 513868500 | 584885450 | 14 | 442722849 | -24 | 470952849 | 6 |

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

A partir du tableau (n°5), on constate qu'en 2006, les subventions de l'Etat représentaient 65 % et 70 % en 2007 l'ensemble de recettes.

Après le découpage du secteur sanitaire en EPH EL-Mohgoun et EPSP d'Arzew, on remarque que la contribution de l'Etat représentent plus que 80%, en 2008 a été 86 % et en 2009 elles ont atteint les 87 % ; cela peut être expliqué par le fait que le ministère mène la réforme hospitalière et entrain d'assurer toutes les ressources nécessaires pour que cette reforme réussira en vue d'améliorer le bien être général.

D'autre part, on remarque que la contribution de l'ACNAS n'a pas changé durant les deux ans.

Ainsi que les recettes ont augmenté proportionnellement, elles sont passées de 442722849 Da en 2008 à 470952849 Da en 2009 qui correspond à une évolution de 6,4%.

2.2.2L'Evolution de recettes d'EPSP d'Arzew :

Tableau (n°6) : Evolution de recettes d'EPSP d'Arzew en 2008 et 2009

| | 2008 | % | 2009 | % |
|----------------|-------------|-----|-------------|-----|
| titre 1 | 241250000 | 74 | 262250000 | 75 |
| titre 2 | 80000000 | 24 | 80000000 | 23 |
| titre 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| titre 4 | 5755853,01 | 2 | 8733465,64 | 2 |
| Total | 327005853 | 100 | 350983466 | 100 |

Source : compte administratif d'EPSP d'Arzew

Selon le tableau (n°6), on constate qu'en 2008 les subventions de l'Etat représentaient 74 % de budget alloué, et 75 % en 2009, cela indique que le domaine de santé constitue toujours la préoccupation majeure du pouvoir public, d'un autre coté les subventions des autres institutions dans le cadre de contractualisation constituent rien que 24% en 2008 et 23% en 2009 ; ainsi que les autres ressources qui proviennent de tarification de l'activité représentent 2 % durant 2008 et 2009.

2.3. L'analyse de l'activité hospitalière :

2.3.1. L'analyse des indicateurs d'activité d'hospitalisation :

L'analyse des indicateurs d'activité d'hospitalisation se fait par rapport au secteur sanitaire d'Arzew et l'EPH d'el-Mohgoun puisque l'activité de l'EPSP d'Arzew se focalise juste sur les soins externes.

Dans tous les services de soins du monde ; six critères sont utilisés en routine pour mesurer l'activité :

- La capacité en lits (L)
- Les entrées (E)
- Les durées de séjour (DS)
- La durée moyenne de séjour (DMS)
- Le taux d'occupation (TO)
- Taux de rotation (TR)

Mais dans notre étude on va analyser rien que la durée moyenne de séjours, taux d'occupation moyens et le taux de rotation de lit

2.3.1.1. Les durées de séjours et les journées réalisées :

La durée de séjour est le paramètre le plus utilisé ; sous les formes de durée moyenne, ou de taux d'occupation des lits. Si l'on n'utilise qu'un seul de ces paramètres ; tout particulièrement la durée moyenne, l'interprétation est hasardeuse. L'analyse des durées de séjour se situe donc dans la problématique de la dépendance momentanée. Dans le cadre de management des prises en charge hospitalière, cela conduit à définir ce que l'on entend par « durée de séjour »

2.3.1.1.1. Définition du DMS :

Par rapport au patient, la dépendance se situe dans la durée globale de la prise en charge, quelle que soit la succession des services ou d'établissement sanitaires utilisés.

Par rapport au management d'un service c'est la durée d'occupation d'un lit qu'il convient de gérer en articulation avec les autres modes de prises en charge à l'entrée et à la sortie ambulatoires ou hospitalières.

La durée moyenne de séjour (DMS) est calculée par

$$DMS = \text{journées} / \text{entrées}$$

$$DMS = J / E$$

2.3.1.1.2. L'évolution de la durée moyenne de séjour :

Tableau n°7 : l'évolution du DMS entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'Arzew et Eph d'El-Mohgoun

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------|------|------|------|------|------|
| DMS | 3,69 | 3,42 | 3,57 | 3,25 | 2,59 |

Source : service de coûts d'EPH el- Mohgoun

A travers le tableau, on remarque que la durée moyenne de séjour a été réduite durant la période étendue de 2006 à 2010 dont elle est passée de 3,69j en 2006 à 2,59 j en fin 2010, mais il faut noter qu'en 2008 la durée moyenne de séjour a augmenté par rapport à l'année qui précède puisqu'elle était 3,42 j et elle est devenue 3,57 j.

Tableau (n°8) : comparaison entre l'activité de l'Eph d'EL mohgoun par rapport à la moyenne de la wilaya d'Oran

| Désignation | Eph d'El- mohgoun | Moyenne de wilaya d'Oran |
|-------------|-------------------|--------------------------|
| DMS | 2,59 | 7,84 |
| TRL | 41,84 | 38,96 |
| TOM | 29,6 | 83,7 |

Source : Direction de santé et de populations d'Oran

Si on compare la durée moyenne de séjour réalisée au niveau des services de l'Eph d'El-Mohgoun avec celle du moyenne de wilaya , on constate qu'elle est réduite dont elle est de 2,59 j en 2010 par contre au niveau de la willaya elle était 7,84 j , mais cela n'indique pas que l'Eph el Mohgoun est performant puisque la DMS au niveau de la wilaya concerne toutes les catégories des hôpitaux (CHU, EPH,EHU ...)

2.3.1.1.3. Evolution du DMS pour chaque service :

Tableau n°9 : l'évolution du DMS entre 2008 et 2010 au sein d'Eph d'El-mohgoun

| | DMS 08 | DMS 09 | DMS 10 |
|---------------|--------|--------|--------|
| Ch.Gle | 4,40 | 3,50 | 3,74 |
| URO | 3,53 | 3,47 | 3,08 |
| OTR | 7,61 | 7,17 | 8,17 |
| Pneum | 7,04 | 6,18 | 5,44 |
| MI | 8,44 | 8,41 | 8,15 |
| ORL | 1,72 | 2,70 | 2,45 |
| OPH | 5,67 | 19,00 | - |
| MAT | 1,27 | 1,28 | 1,31 |
| GYN | 4,24 | 3,45 | 3,44 |
| PDT | 2,91 | 2,86 | 2,58 |
| Dialys | - | - | - |
| UMC | 0,77 | 0,85 | 0,77 |
| Total | 2,83 | 2,67 | 2,59 |

Source : bureau d'entrée d'Eph el Mohgoun rapport annuel sur l'état des entrées

A partir du tableau (n°9) , on constate que la durée moyenne du séjour diffère d'une année a une autre, et d'un service a un autre mais si on compare entre 2008 et 2009, on remarque que la DMS a été réduite pour ce qui concerne l'hospitalisation dans les services qui suivent : chirurgie générale, urologie, orthopédie, pneumologie, médecine interne et pédiatre ; a titre d'exemple la durée moyenne de séjour au sein du service de pneumologie est réduit de 7,04 j en 2008 à 6,17 j en 2009.

Par contre au niveau des autres services la durée moyenne de séjour a progressé par exemple au niveau du service d'ophtalmologie elle était 5,67 j en 2008 mais en 2009 l'hospitalisation a duré en moyenne 19 j.

En 2010, on constate d'une part le service qui a une longue durée moyenne de séjour est celui de médecine interne puisque le malade est hospitaliser pendant 8 jours, et d'autre part le service qui se caractérise par une courte durée de séjour est celui de maternité dont elle ne dépasse pas deux nuit.

2.3.1.2. Les effets de taux de rotation et taux d'occupation moyen des lits :

Le taux de rotation TR est le nombre moyen de patients ayant utilisé chaque lit hospitalier, par unité de temps, pour un service donné. Il se calcule simplement comme suit

$$TR = \text{nombre d'entrées} / \text{nombre de lit}$$

$$TR = E / L$$

Et le taux d'occupation se calcule comme suit :

$$TO = J / (L * 365)$$

Partant des trois équations, il est facile de trouver la relation entre le taux de rotation, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation dont elle est sous forme de la formule suivante :

$$TR = TO / (DMS * 365)$$

Le taux de rotation augmente linéairement avec le taux d'occupation du service et diminue hyperboliquement avec l'accroissement de la durée moyenne de séjour.

2.3.1.2.1. L'évolution de taux d'occupation moyen :

Tableau (n°10) : l'évolution du TOM entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'Arzew

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TOM | 32,78 | 29,24 | 25,75 | 28,43 | 29,60 |

Source : service de cout Eph el-Mohgoun, canevas c

A partir de tableau (n°10), on remarque qu'en 2007 et 2008, le TOM a diminué dont il est

respectivement de 29,24% et 25,75%, par rapport à l'an 2006 puisqu'il était de 32,78%, en revanche en 2009 et 2010 il a évolué dont il égale respectivement à 28,6% et 29,6 %

Partant de la, on constate que le niveau d'occupation des lits reste toujours faible puisque il ne dépasse pas la moitié ; cela indique que l'hospitalisation est faible au sein de l'Eph el Mohgoun par rapport au niveau de la wilaya d'Oran dont le TOM est 83,7% (voir tableau comparatif) en 2010 .

2.3.1.2.2. L'évolution du taux d'occupation pour chaque service :

Tableau (n°11) :l'évolution du TOM entre 2008 et 2010 au sein d'Eph el-Mohgoun

| | TOM 08 | TOM 09 | TOM 10 |
|--------|--------|--------|--------|
| Ch.Gle | 36,49 | 40,11 | 33,56 |
| URO | 4,73 | 12,70 | 8,66 |
| OTR | 26,31 | 25,78 | 27,34 |
| Pneum | 36,15 | 24,55 | 21,79 |
| MI | 26,74 | 32,08 | 32,81 |
| ORL | 4,08 | 6,68 | 6,30 |
| OPH | 0,62 | 0,35 | - |
| MAT | 34,07 | 35,52 | 36,90 |
| GYN | 115,98 | 97,13 | 105,14 |
| PDT | 29,24 | 36,46 | 34,25 |
| Dialys | - | - | - |
| UMC | 46,37 | 51,48 | 48,17 |
| Total | 27,67 | 30,71 | 29,60 |

Source : bureau d'entrée de l'EPh el Mohgoun rapport annuel sur l'état des entrées

A partir le tableau (n°11), En comparant le TOM en 2009 avec celui de 2008, on constate que ce taux a baissé pour ce qui concerne les services suivants :

- Orthopédie.
- Pneumologie.
- Ophtalmologie.
- Gynécologie.

Tandis que le TOM qui correspond aux autres services a augmenté tel que le service de chirurgie générale, médecine interne, ORL...etc.Ainsi, on remarque le TOM annuel a

évolué puisque il est passé de 27,67% à 30,71% Entre 2009 et 2010, le TOM a baissé pour ce qui concerne les services suivant : chirurgie générale, urologie, pneumologie, ORL, ophtalmologie, pédiatrie, UMC, en revanche le taux d'occupation moyen a progressé dans les autres services comme le service de médecine interne.

2.3.1.2.3. L'évolution du Taux de rotation de lits :

Tableau (n°12):l'évolution du TRL entre 2006 et 2010 au sein du secteur sanitaire d'Arzew

| Années | TRL |
|--------|-------|
| 2007 | 38,76 |
| 2008 | 35,77 |
| 2009 | 42,09 |
| 2010 | 41,85 |

Source : canevas C (bureau de coûts d'Eph El Mohgoun)

A partir du Tableau (n°12), On remarque qu'en 2008 le Taux de rotation de lit a baissé par rapport qu'il était en 2007 dont il est passé de 38,76% à 35,77 % ; puis il a augmenté en 2009, il est devenu 42,09 % mais en 2010 le TRL a diminué d'une faible proportion puisqu'il égale à 41,85 %.

2.3.1.2.4. L'analyse de capacité litière, et l'activité d'hospitalisation:

Tableau n°13 : le rapport entre les entrées et les journées hospitalisation

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------|-------|-------|-------|-------|
| Lits | 228 | 228 | 233 | 218 |
| Entrées | 7399 | 7105 | 6141 | 6963 |
| journées | 27280 | 24333 | 64862 | 22619 |
| DMS | 3,69 | 3,42 | 3,57 | 3,25 |
| TOM | 32,78 | 29,24 | 25,75 | 28,43 |

Source : canevas C

A partir du tableau (n°13) e, on remarque que l'EPH d'El-Mohgoun a réduit sa capacité litière en 2009 dont il n'assure rien que 218 lits par rapport sa capacité en 2008 qu'elle était de 233 lits, cela n'empêche pas que l'activité hospitalière a progressé cela est expliqué par le fait que l'établissement a admis 6963 patients en 2009 qui dépasse le nombre des entrées en 2008 qui était de 6141 patients hospitalisés.

Tandis qu'en 2009 les journées d'hospitalisation ont été réduites par rapport à l'an 2008 par la proportion de 65%, cela est expliqué par la baisse de duré moyenne de séjour et l'évolution

du taux d'occupation moyen.

3. L'évolution de l'activité hospitalière entre 2014 et 2015 :

Tableau n°14 : l'évolution des indicateurs de l'activité hospitalière au sein d'Eph el-Mohgoun entre 2014-2015

| indicateurs | DMS | | | | | | TOM | | | | TRL | | | |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | 2014 | | | 2015 | | | 2014 | | 2015 | | 2014 | | 2015 | |
| Sexe | H | F | E | H | F | E | H | F | H | F | H | F | H | F |
| Spécialité médicales | 4.55 | 3.81 | 2.02 | 3.79 | 4.2 | 3.44 | 33.39 | 26.57 | 30.5 | 56.81 | 26.8 | 37.4 | 29.36 | 58 |
| Spécialité chirurgicales | 2.82 | 3.38 | | 3.15 | 3.33 | 1.83 | 18.09 | 13.68 | 20.75 | 19.54 | 23.38 | 14.78 | 24.04 | 24.34 |
| Spécialité de gynéco-obstétrique | 1.47 | | | 1.52 | | | 41.63 | | 41.29 | | 103.50 | | 99.00 | |

Source : élaboré par les auteurs

A partir du tableau 14, on remarque que la durée moyenne de séjour est plus faible concernant la prise en charge infantile dans les services de spécialité médicale puisqu'elle est de 2 jours en 2014, et elle a atteint les 3 jours et demi en 2015.

Ainsi on remarque, ce qui concerne la chirurgie infantile été nul en 2014 cela est due a la prise en charge des cas des enfants par d'autres établissements de santé spécialisés.

On constate que le taux d'occupation moyen reste faible puisqu'il ne dépasse pas 50% dans les trois secteurs de spécialité si on les compare avec la moyenne national qui est 54,21%.

En dernier, on remarque que le taux de rotation des lit est évolué entre 2014 et 2015 dans les spécialités médicales et chirurgicales, cela est due l'augmentation du TOM a cause l'évolution du volume d'hospitalisation.

Pour ce qui concerne le service de spécialité de gynéco-obstétrique le TOM reste faible par rapport à la moyenne nationale 57.97%, cela peu être expliquer par le recours aux cliniques privés

Conclusion :

A partir de l'évaluation de situation budgétaire, on a constaté que le ministère de santé ,de population et de réforme de santé contribue plus des trois quarts de budget fournis aux deux établissements , dont ce budget a pour premier objectif d'assurer la paie de personnel en vue d'assurer la prestation de service de soins dont la proportion des charge de personnel constitue plus que les 60% du total des dépenses.

Puisque la baisse des coûts ; l'efficacité et la qualité deviennent plus en plus la première occupation des dirigeants ainsi que la tutelle, on a constaté après l'analyse des indicateurs de l'activité hospitalière dont ils sont le DMS ,le TRL, TOM ainsi que les journées d'hospitalisations et le nombre d'admission qui représentent des critères déterminant l'efficacité et l'efficacité des hospitalisations, on a constaté que la durée moyenne a diminué ces dernières années qui engendre par la suite une baisse des taux de rotation de lits, cela signifie que la gestion des entrées est plus efficace en 2015 en comparant avec les autres années qui précèdent.

Mais on voit que le Taux d'occupation des lits reste toujours faible dont il ne dépasse pas les 50% autrement dit l'établissement n'utilise pas toute sa capacité , cela peut être causé par le recours de la population au secteur privé.

La tarification de l'activité reste minime, elle ne couvre pas les dépenses pour ce qui concerne les deux établissements d'EPSP d'Arzew et d'EPH el-Mohgoun.

Références

- Bouquin, H. (2004). “ *Le contrôle de gestion*”. Paris: Presses universitaires de France, 6^e édition mise à jour.
- Burlaud, A. & Malo, J-L. (1988). “*Les organisations complexes : un défi aux méthodes traditionnelles de contrôle de gestion*”. Revue Française de Comptabilité (187): 58-64.
- Cremadez .M & Grateau F .(1992). “*le management stratégique hospitalier*». édition Inter éditions, p.21.
- Kieffer, R & Merlière, Y. (1997). “*Le contrôle de gestion de l'hôpital, principes clés et outils nouveaux*”. Paris: Masson.
- Mignon, S. & Teller, R. (2009). “*Le contrôle de gestion. Pour un pilotage intégrant stratégie, cognition et finance*”. Paris: Editions EMS, 2^e édition.
- Mintzberg, H. (1982). “*Structure et dynamique des organisations*”. Paris: Editions d'organisation.