

Liste des abréviations

ARH : Agence Régional Hospitalière.

CASNOS : Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés.

CHU : Centre Hospitalo-universitaire.

CHS : Centre hospitalier spécialisé.

CME : Commission Médical d'Etablissement.

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale.

CTS : Centre de Transfusion Sanguine.

DA : Dinar Algérien.

DMS : Durée Moyen de Séjour

DNS : Dépenses Nationales de Santé.

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

EPSP : Etablissement Public de la Santé de proximité.

GHM : Groupe Homogène de Maladies.

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PH : Praticien Hospitalier.

PIB : Produit Intérieur Brut.

SS : Salle de Soin.

Sommaire

Liste des abréviations

Sommaire

Introduction générale 1

Chapitre I: Aperçu sur le système de santé en Algérie

Introduction	4
Section I- Organisation du système national de santé.....	6
Section II. Présentation et classification des établissements de santé.....	16
Section III : Le financement de l'hôpital public	26
Conclusion	31

CHAPITRE II : La gestion budgétaire comme outil du contrôle de gestion au processus de la gestion hospitalière en Algérie

Introduction	32
Section 1: Les outils issus du contrôle de gestion dans le système hospitalier	33
Section 2- La gestion budgétaire ou pilotage de la performance	40
Section 3 : Etude de la gestion des ressources financière de l'hôpital public	47
Conclusion	62

CHAPITRE III : Analyse du système de gestion budgétaire du centre hospitalo-universitaire Khelil Amrane de Bejaia

Introduction.....	63
Section I- Présentation du l’organisme d’accueil : le Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia.....	64
Section II- Le processus de la gestion budgétaire au niveau du CHU de Béjaia	74
Conclusion	88

Conclusion générale 89

Références bibliographique.....91

Liste des tableaux

Annexes

Table de matière

Introduction Générale

Introduction générale

Quelques décennies après leur indépendance, la plupart des gouvernements africains se sont lancés dans différents programmes inscrits à l'ordre du jour des conférences internationales ayant principalement pour but d'offrir à leurs populations de meilleures conditions de vie. Nul ne peut nier qu'aucun programme de développement ne peut marcher sans être accompagné de mesures visant à développer l'économie locale et à permettre aux populations de se nourrir et de se soigner convenablement.

Le Système de Santé est l'ensemble de moyens et d'activités dont la fonction est la production de la santé. Son objectif est de mettre à la disposition de la population des biens et services de santé en qualité et au moindre coût d'où la santé des populations doit être placée en priorité des actions gouvernementales. Parmi les richesses d'une nation nous citons le travail ; il est tout autant évident qu'une population malade est improductive.

En économie et dans tous les pays, les ressources mises à la disposition d'une entreprise doivent être gérées de façon optimale. Il en est également d'un hôpital qui, de nos jours, est géré comme une entreprise spécifique car n'ayant pas pour objectif la recherche de bénéfice.

Aujourd'hui, l'hôpital représente un véritable enjeu économique et social non seulement du fait de son rôle dans la lutte contre la maladie et pour l'accès aux soins mais aussi du fait de la part qu'il représente dans les dépenses nationales de santé (DNS).

L'hôpital en Algérie est un établissement public à caractère social qui a pour principal objectif, la prestation des soins (consultation, hospitalisation, chirurgie,...) aux personnes malades. Pour mener à bien cette mission, l'hôpital a besoin de ressources financières humaines et matérielles qui se traduisent par l'élaboration, l'exécution et le suivi d'un budget.

Face à l'insuffisance de ces ressources tant venant de l'Etat que des différents partenaires (sécurité sociale et les ménages), il s'avère indispensable à l'hôpital de gérer au mieux celles-ci afin de pouvoir faire face aux multiples charges de fonctionnement. Cette préoccupation fondamentale fait appel à la mise en place d'un système adéquat de gestion

budgétaire. Son rôle sera alors d'assurer au mieux la gestion des ressources budgétaires tout en satisfaisant l'attente des usagers qu'est l'accès facile aux soins de santé.

La notion de gestion budgétaire dont il est question ici nous conduit non pas à nous attarder sur l'aspect comptable, traitement financier ou budgétaire du Système de Santé Algérien mais à aborder dans une large mesure l'ensemble de moyens et techniques mis en œuvre dans le cadre du financement et de la budgétisation des établissements publics hospitaliers.

L'objectif de notre travail est d'aborder dans une large mesure les difficultés qui se posent à l'hôpital public lors de l'élaboration du budget et du contrôle de son exécution par rapport aux prévisions budgétaires. Notre question principale est la suivante : **Qu'est ce qui explique la mauvaise performance de l'exécution du budget de l'hôpital en Algérie?** Plus correctement : **Le système de gestion budgétaire est-il en mesure d'ajuster les déficiences actuelles du système de gestion hospitalière ?**

Pour répondre à cette question, un certain nombre de questions complémentaires méritent réflexion à savoir:

Q₁: Quelles sont les déficiences actuelles du système de gestion de l'hôpital public, principalement dans sa composante financière ?

Q₂: Quelle est l'importance de la gestion budgétaire dans l'établissement public hospitalier ?

Q₃: Qu'elle est la réalité de la gestion budgétaire dans le centre hospitalo-universitaire Khelile Amrane de Béjaia?

Afin de répondre aux questions posées précédemment, nous avons formulé des hypothèses permettant de préciser les axes d'investigation retenus dans cette étude :

H1 : Le budget des structures de la santé est insuffisant pour atteindre les objectifs prévus par la MSPRH .

H2 : La gestion budgétaire est un outil important de la gestion hospitalière.

H3 : Le processus de la gestion budgétaire est appliqué efficacement au niveau du CHU de Bejaia.

La démarche méthodologique s'articule sur deux axes : la recherche documentaire et le stage pratique. La recherche documentaire nous a permis de consulter le fonds documentaire spécialisé pour comprendre les concepts et les différentes étapes à suivre pour mettre en place un système de gestion hospitalière. Nous avons aussi consulté des articles extraits de revues spécialisées en contrôle de gestion hospitalière, des rapports du la MSPRH, mais aussi des thèses de Doctorats, des mémoires de Magistère des travaux de recherches très documentés sur la gestion budgétaire et la gestion hospitalière. En outre, le stage pratique nous a permis, dans une première phase, de faire un diagnostic du système de gestion budgétaire hospitalière au CHU de Khalil Amrane pour comprendre son fonctionnement sur le terrain. Pour ce la, nous avons collecté les données appropriées, permettant de mieux cerner les insuffisances et les limites du système.

Notre plan de travail est décomposé en trois chapitres. Le premier chapitre porte un aperçu sur le système de santé en Algérie. Le second chapitre est consacré à la gestion budgétaire comme outil du contrôle de gestion au processus de gestion de l'hôpital en Algérie. Enfin, le troisième chapitre traite une étude de cas au niveau de CHU de Béjaia dans lequel nous analysons le système de la gestion budgétaire du centre hospitalo-universitaire Khalil Amrane de Bejaia.

Chapitre I

Aperçu sur le système de santé en Algérie

Chapitre I: Aperçu sur le système de santé en Algérie

Introduction

La santé est un droit fondamental de l'homme et un investissement social. Il s'agit en conséquence d'un phénomène complexe à mesurer et à appréhender. Il se situe en outre à la coïncidence de facteurs diverses parmi lesquelles on trouve : l'ajustement du système de santé afin de satisfaire les demandeurs de soins.

Aujourd'hui, le développement des technologies scientifiques et des connaissances médicales et les nouvelles exigences de la société obligent l'hôpital à redéfinir ses missions sans pour autant renoncer à son héritages. Il se trouve en effet pris entre plusieurs contradictions: devoir d'accueil au sens le plus large pour répondre à son exigence d'humanité, et devoir d'excellence pour être en mesure de répondre aux demandes de soins.

Comme tous les pays, l'Algérie connaît une évolution rapide de ses dépenses de santé. Le contexte économique et budgétaire ne permet malheureusement pas à l'heure actuelle de faire face à cette situation et l'offre de service de santé doit donc s'adapter pour éviter un décalage trop important entre l'offre et la demande. Dans cette perspective, les dépenses hospitalières jouent un rôle fondamental puisqu'elles représentent une part importante des dépenses de santé. Cette situation explique la volonté de la tutelle à améliorer le système hospitalier Algérien à partir de l'instauration d'un nouveau mode de pilotage des établissements.

Le système de santé Algérien a connu des changements, il est passé par des différentes périodes; après l'indépendance, la phase de transition et aujourd'hui. Il est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé. le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé publique et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

Le présent chapitre est composé de trois sections. La première section sera consacrée à une analyse de l'organisation du système de santé algérien, Cette analyse porte sur l'étude des aspects aussi importants que l'état de santé de la population, l'organisation administrative du

système de santé en Algérie qui est à structure pyramidale, avec trois échelons de décision et de responsabilité, l'offre de soins, la recette et les dépenses de ce système.

La deuxième section aborde l'analyse de la classification des établissements de santé, l'organisation administrative et fonctionnel des structures hospitalières qui est l'organisme principale de l'offre de soins.

Enfin, la troisième section sera consacrée à l'analyse de l'approche de financement des établissements hospitaliers, leurs sources de financement et enfin l'apport de la récente réforme hospitalière au système de santé Algérien.

Section 1 - Organisation du système national de santé

Le fonctionnement et l'organisation des services de santé et les conditions d'accès aux différents soins de santé, reposent primordialement sur la question de financement, mais face à des ressources financières restreintes.

Les dépenses de santé ont un lien étroit avec ce financement donc elles doivent réaliser une grande efficacité pour atteindre les objectifs fixés par l'Etat dans ce secteur.

1- La structure pyramidale du système national de santé

L'organisation administrative du système de santé Algérien est à structure pyramidale répartie fondamentalement en trois niveaux : L'administration centrale, Niveau intermédiaire et Le Niveau périphérique ou local.

1. 1- L'administration centrale

Représentée par le ministère de la santé. Elle est compétente en matière de politique de dispensation des soins dans les domaines suivants :

- La mise en place des politiques de santé : par la définition des priorités et des stratégies, d'organisation de l'offre de soins, de formation de personnel médical, la promotion de prévention et le renforcement des programmes de santé des groupes spécifiques (santé scolaire, universitaire, santé mentale, la santé de la mère et de l'enfant, la santé des personnes âgées...) ;
- Le financement de l'offre de soins : le ministère de la santé propose au ministère des finances chaque année, le montant des dépenses publiques allouées à la santé. De même, la répartition des ressources entre les différents niveaux de soins (CHU, EHS, EPH, EPSP.) définit par le ministère de la santé en fonction des besoins de la population et même c'est lui qui fait la répartition du budget de chaque structure sanitaire en fonction des titres (personnel, alimentation, médicament...) ;
- La régulation du système de santé : le ministère de la santé assure la régulation de l'offre de soins par plusieurs mécanismes :
 - L'autorisation d'installation des médecins à titre privé, l'autorisation d'implantation des cliniques médicaux chirurgicaux privées et ainsi que les normes de programmation qui visent à assurer l'adaptation de l'offre de soins

aux besoins de la population de point de vue de la répartition géographique des structures de soins, de personnel médical et des équipements médicaux lourds ;

- Le contrôle de l'activité pharmaceutique : le ministère de la santé gère le secteur pharmaceutique (production, importation et distribution), donne les autorisations d'utilisation des médicaments, il détermine les produits pharmaceutiques qui doivent être financés par les ressources publiques et fixe les modalités de co-paiement à appliquer en collaboration avec le ministère de la solidarité nationale.

1. 2- Niveau intermédiaire

A partir de 1995, cinq régions sanitaires sont créées. Ce sont les régions centres (11 wilayas), Est (14 wilayas), Ouest (11 wilayas), Sud Ouest (7 wilayas), et Sud Est (5 wilayas). Le chef lieu de ces régions sanitaires est respectivement : Alger, Constantine, Oran, Ouargla et Bechar. L'administration de ces régions est représentée par le conseil régional de la santé et l'observatoire régional de la santé (ORS) :

➤ Le conseil régional de la santé : c'est un organe consultatif multisectoriel. Il est chargé de multiples missions :

- La collection de données et la diffusion de l'information sanitaire de sa région ;
- L'orientation des actions sanitaires en fonction des profils épidémiologiques et des priorités de la population de sa région ;
- La proposition des programmes régionaux de santé qui répondent aux besoins de la population ;
- L'encouragement des initiatives locales avec l'ensemble des partenaires.

➤ L'observatoire régional de la santé (ORS) : les ORS sont conçus comme des annexes de l'institut national de la santé publique (INSP). Ils sont chargés principalement de la collecte et de la diffusion de l'information sanitaire et de la promotion de la santé publique.

1.3- Le Niveau périphérique ou local

L'administration wilayale représentée par la direction de la santé et de la population de la wilaya. Ce niveau de compétence est chargé de :

- La collecte et l'analyse de l'information médicale ;

- La mise en application des programmes et des actions sanitaires (programme de santé scolaire, universitaire, de la mère et de l'enfant...) et de leur évaluation ;
- La coordination des activités des structures de santé ;
- L'application de la législation et de la réglementation sur les structures de santé de secteur privé (les cabinets médicaux, les officines pharmaceutiques, les laboratoires d'analyses biologiques et radiologiques, les cliniques privées...) et sur les structures hospitalières et extrahospitalières.

2- L'offre de soins en Algérie

L'offre de soins en Algérie est structurée de façon pyramidale en quatre niveaux (A, B, C, D) selon le degré de complexité et de spécialisation des soins dispensés par chaque niveau :

- Un niveau de premier recours de type " D " qui correspond à l'offre de soins de base et de proximité et qui est représenté par des établissements extrahospitaliers (salles de soins et de consultations, centres de santé et polycliniques) et des structures de soins privées (cabinets médicaux, officines pharmaceutiques ...). Ces unités de soins légères sont implantées dans chaque commune ;
- Un niveau de deuxième recours de type " C " qui correspond à l'offre de soins généraux et qui est représenté par les hôpitaux de daïra et des cliniques médicales et médico-chirurgicales privées ;
- Un niveau de troisième recours de type " B " qui correspond à l'offre de soins spécialisés et représenté par les établissements hospitaliers de wilaya ;
- Un niveau de quatrième recours de type " A " qui correspond à l'offre de soins hautement spécialisés représenté par des CHU et des EHS.

2.1- L'offre de soins hospitalière ¹

Le secteur de la santé dont le budget est estimé à 405 Millions de Dinars en 2012, soit 11,7% du budget global, a enregistré ces vingt dernières années, l'ouverture de plusieurs cliniques privées, la levée du monopole de l'Etat sur l'importation et la distribution des médicaments et l'encouragement à la création d'unités de fabrication.

¹ <http://www.djazair50.dz/? Plus-de-80-000-médecins-formes-par> - Consulté en Octobre 2012.

L'offre de soins hospitalière est réalisée par 778 hôpitaux avec une capacité d'accueil (secteurs public et privé confondus) de plus de 71.000 lits. Cela comprend 14 centres hospitalo-universitaires et 68 établissements hospitaliers spécialisés, ce qui correspond à 1,9 lits pour 1000 habitants. Il y a aussi la création de nouvelles maternités autonomes ou intégrées à des polycliniques ou centres de santé.

L'offre hospitalière privée est représentée par plusieurs cliniques réparties en cliniques médicales, cliniques médico-chirurgicales et cliniques de diagnostic. Les spécialités les plus existantes dans ces cliniques privées sont : la néphrologie, la gynéco-obstétrique, la chirurgie générale, la cardiologie, l'orthopédie....

Le choix des lieux d'implantation de ces cliniques est basé uniquement sur des considérations économiques. En l'absence de mesures incitatives qui encourageraient leur implantation dans des zones défavorisées et rurales, le secteur privé a tendance à construire de plus en plus ces cliniques dans des grandes villes où il cible la clientèle solvable.

2.2- L'offre de soins ambulatoire

Les soins ambulatoires sont assurés, d'une part par des services publics, à travers les établissements extrahospitaliers et, d'autres parts, par le secteur privé à travers les cabinets médicaux et les officines pharmaceutiques. En 2012, les infrastructures extrahospitalières comprennent : 1500 polycliniques, 7349 établissements publics de santé de proximité, 7033 salles de soins et 9000 agences pharmaceutiques. Rapportés à la population, les ratios de couverture dégagés sont :

- 1 polyclinique pour 24 000 habitants ;
- 1 centre de santé pour 4 900 habitants ;
- 1 salle de soins et de consultation pour 2 116 habitants.

Remarquons qu'on est loin des normes fixées par la carte sanitaire de 1982, surtout pour les salles de soins et de consultation.

Aujourd'hui, le nombre de médecins est de 46 379 assurés par 11 facultés de médecine. Ces médecins garantissent le fonctionnement des hôpitaux et des autres établissements sanitaires dans le pays. La couverture sanitaire est passée de 1 médecin pour 26 000 habitants, 1 dentiste pour 72848 et un pharmacien pour chaque communauté de 41667 individus en

1962, à 1 médecin pour 900 habitants, un dentiste pour 3097 et un pharmacien pour chaque groupe de 3967 individus en 2012. Malgré ces chiffres, un déficit persiste en matière de couverture sanitaire plus particulière notamment dans les hauts plateaux et le sud.

3- Le financement et les dépenses de santé en Algérie

Les différentes sources de financement des dépenses de santé peuvent être regroupées en trois grandes catégories : l'Etat, les caisses de la sécurité sociale et les ménages (avec une participation secondaire des assurances privées et des mutuelles pour les ménages qui peuvent souscrire à ces structures privées de couverture sociale).

3.1- Le financement de la santé

Le financement de la santé demeure une préoccupation. Il doit être basé sur la solidarité entre les couches sociales (solidarité verticale et solidarité horizontale) en vue de l'accès aux soins pour tous. Le financement doit concerner en priorité la prévention, les services de soins de santé de base, la planification familiale et l'éducation pour la santé .

« Le financement de la santé fait référence à la collecte de fond de source divers, à la mise en commun des fonds et à la répartition des risques à travers les plus grande groupement de population, ainsi qu'à l'allocation ou à l'utilisation des fonds pour acheter des services chez les prestataires public et privés de soins de santé »².

La participation des différentes sources de financement du système de santé national, a sensiblement changé depuis les années 70, dont on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale et au détriment des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé.

3. 1. 1- L'évolution de la participation des financeurs de la santé

Les modes de financement de la santé ont été énumérés dans la réglementation de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.

La santé en Algérie est financé par :

- Le maintien de la participation de l'Etat (cotisation fiscale) ;
- Consolidation du système de couverture sociale (cotisation sociale) ;

² Voir rapport de l'OMS sur le financement communautaire de la santé 2010.

- Recherche des sources alternatives de financement des dépenses de santé ;
- Contribution des ménages (ticket modérateur).

Le tableau suivant représente le % de la participation de chaque source de financement de la santé dans les dépenses totales de santé en Algérie.

Tableau 1: Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en%

Des dépenses totales de santé

Années	Etat	Sécurité sociale	Ménage
1974	76,51 %	23,49 %	0,00 %
1979	60,88 %	38,58 %	0,54 %
1983	48 04 %	49,13 %	2,83 %
1986	36,60 %	61,40 %	2,00 %
1987	34,21 %	64,20 %	1,59 %
1988	27,50 %	51,20 %	21,30 %
1992	30,50 %	38,87 %	29,3 %
1994	34,50 %	37,10 %	27,00 %
1996	38,45 %	35,64 %	25,90 %
1997	37,93 %	32,57 %	29,50 %
1998	34,09 %	39,70 %	26,20 %
1999	42,56 %	29,33 %	28,10 %
2000	47,27 %	26,02 %	26,70 %
2001	51,62 %	25,77 %	22,60 %
2002	48,42 %	26,88 %	24,70 %
2003	50,38 %	27,01 %	22,60 %
2004	48,43 %	24,01 %	27,50 %
2005	51,16 %	23,63 %	25,20 %
2006	53,80 %	27,40 %	18,80 %
2007	50,70 %	30,90 %	18,40 %
2008	55,10 %	31,00 %	13,90 %
2009	55,20 %	31,00 %	13,80 %

Source : Kaid Tlilane N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57, Editions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004, p.116

-OMS, rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006.In www.who.int

-OMS : Rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010. In www.who.int

ACHOUICHE Mohamed Ziani Lila : « Analyse des dépenses de santé en Algérie » Colloque International - Algérie : Cinquante ans d'expériences de développement Etat -Economie-Société

Durant les années 70, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 23,49%. Cette faible part s'explique par la place occupée par l'Etat qui, en raison des excédents financiers de l'époque (les 2 chocs pétroliers⁷³ et ⁷⁹), couvrait une part importante des dépenses de santé (76,51%). Cependant, la sécurité sociale a vu son

rôle renforcé, puisque sa part dans les dépenses totales de santé a augmenté au fil des années et, en raison de la crise qu'a connue le pays à la fin de 80 et début de 90 (86:contre choc pétrolier, 88:cessation de paiement, 92:instabilité géopolitique), la sécurité sociale a pris donc le relais pour soutenir le budget de l'Etat et pour intervenir d'une manière plus renforcée.

A partir de l'année 1998, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé. Cette situation est le fait de l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières où le prix du baril de pétrole a connu des augmentations continues atteignant 28,90 dollar en 2003 à 65,40 dollar en 2006. De plus, les dépenses des ménages commencent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé algérien, elles représentent en 2005 un quart des dépenses totales de santé. Les patients algériens ont de plus en plus recours au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages.

A partir de 2005, la participation des ménages dans les établissements de santé publics commence à décroître. La part de l'Etat devient de plus en plus importante suite à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette date, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des ressources plus larges et qui permet à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé.

3. 2- L'évolution des dépenses de santé en Algérie

Notre étude portera sur les dépenses de santé publiques allouées par le ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière aux structures publiques de santé malgré l'existence des dépenses de santé au niveau de tous les départements ministériels.

3. 2. 1- L'analyse du niveau des dépenses de santé

D'après les chiffres de la banque mondiale en 2006³, les pays à revenu élevé consacrent en moyenne 7,7% de leur PIB aux dépenses de la santé et dans les pays à revenu intermédiaire, ces dépenses représentent 5,8% du PIB. Les pays à faible revenu ne dépensent que 4,7% de leurs PIB dans la santé.

Le tableaux suivant représente l'évolution des dépenses de santé en Algérie depuis 1974 jusqu'à 2011.

³ Banque Mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, Banque mondiale, rapport n° 36270-dz, Volume 1, août 2007, P.172. In/ www.worldbank.org

Tableau 02 : Evolution des dépenses de santé en Algérie

Désignation	Dépenses totales de santé en millions en DA	Dépenses publiques	Dépenses privées	Dépenses publiques en % des dépenses de santé	Dépenses privées en % des dépenses de santé	Dépenses de santé en % du PIB
1974*	847,3	847 ,3	000	100	000	-
1979*	1 852	1 852	10	99,46	0,54	3,5**
1988*	19 822	4 103,1	79,3	29,6	4,07	-
1992*	42 667	30 037,5	12 629,5	70,4	29,6	4,07
1995	83 680	63 070	20 610	75,4	24,6	4,2
1998	11 285	84 833	30 176	73,8	26,2	4,1
2000	143 870	105 503	38 368	73,3	26,7	3,5
2001	162 231	125 618	36 613	77,4	22,6	3,8
2003	190 895	148 940	41 955	78	22	3,6
2004	228 625	168 498	60 127	73,7	26,3	3,7
2005	267 795	203 080	64 715	75,8	24,2	3,5
2006	362 575	294 249	68 326	81,2	18,8	4,3
2007	405 956	331 277	74679	81,6	18,4	4,4
2008	603 156	519 068	84 089	86,1	13,9	5,4
2009	679 262	585 503	93 759	86,2	13,8	5,8
2010***	-	-	-	-	-	6,60
2011****	-	-	-	-	-	7,32

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

** : Oufriha F.Z., Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie Alger. OPU, 1992. P 155.

* : Kaïd Tlilane N. : Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques. Université d'Alger, 2003. p 88.

ZIANI Lila., ACHOUCHE Mohamed : Colloque International - Algérie : Cinquante ans d'expériences de développement Etat - Economie-Société

*** 1995-2009 : OMS, rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010 .In www.who.int

**** : Perspective monde, Mai 2012. In: <http://perspective.usherbrooke.ca/>

En Algérie, les dépenses nationales de santé rapportées au PIB ont connu une progression non régulière en passant de 3,5% en 1979 à 6% en 1988 et 3,5% en 2005. Cette diminution des dépenses de santé a été le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre du programme d'ajustement structurelle (PAS) : la limitation des embauches et l'investissement dans le secteur de la santé. Mais à partir de 2006, celles-ci n'ont pas cessé d'évoluer pour atteindre 7,32 % en 2011. Cela est dû à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne ces dernières années.

En valeur courante, les dépenses nationales de santé ont connu d'importantes augmentations, elles ne représentaient que 1852 millions de DA en 1979 pour passer à 19 822 millions DA en 1988. Soit une multiplication par 10,7 au cours de cette période. Depuis 1992, ce chiffre enregistre une croissance sans cesse, pour atteindre 83 680 millions DA en 1995, 143 870 millions DA en l'an 2000, plus de 267795 millions DA en 2005 et plus de 679 262 millions DA en 2009. Ces dépenses sont majoritairement des dépenses publiques. Sur la période 1974 à 2009, rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses publiques enregistrent une part nettement plus importante par rapport aux dépenses privées de santé. Les dépenses publiques représentaient 100% en 1974 où l'Etat et la sécurité sociale étaient les seuls financeurs de la santé en Algérie. Elles passent à 70,4% en 1992 puis elles augmentent jusqu'à 86,2% en 2009. La part des dépenses privées reste très limitée dans le financement de la santé au cours de cette période.

Quant aux dépenses de santé par habitant, elles ont connu une évolution importante. Elles ont été multipliées par sept pour la période 1995 à 2011, cette augmentation est due principalement au désengagement de l'Etat progressif du financement de la santé et au développement du secteur privé et la dégradation de la qualité des prestations fournies par le secteur public, ce qui poussent les Algériennes à contribuer pour l'amélioration de leurs santé.

Section II- Présentation et classification des établissements de santé

Dans cette section, nous allons étudier le système hospitalier qui repose sur une distinction fondamentale entre plusieurs types d'établissements de santé.

1 – Présentation des établissements public hospitaliers

La dimension collective de l'accueil des malades s'est traduite par la création des établissements de santé qui se sont structurés et organisés afin de répondre aux besoins de soins de santé de la population par le traitement des pathologies identifiées, recevoir en urgence et soigner les blessures n'ont pas de traitement des pathologies.

1. 1- Définition d'un établissement de santé :

L'établissement public de santé est une entité autonome dotée d'une personnalité civile, régie par la législation commerciale, administrée par un conseil d'administration, dirigée par un directeur général et soumise à la tutelle de l'État. Les attributions du conseil d'administration et du directeur général sont fixées par décret.

L'hôpital est une organisation de production de soins (OPS). Il fournit des prestations de diagnostic et de traitement, plus au moins spécialisés qui exigent des plateaux techniques plus au moins sophistiqués. Il fonctionne comme un élément du système national de soins.⁴

1. 2- Historique de l'hôpital

L'apparition de l'hôpital est passé par deux (2) périodes :

a) Du moyen Age à 1945 : de la charité à la technicité

Un retour sur les origines de l'hôpital et de ses fonctions sociales montre l'imbrication profonde de l'assistance aux malades les plus démunis. Mais il a fallu attendre la naissance des cliniques pour que l'hôpital soit vraiment investi par la médecine et les médecins et que l'on commence réellement à y soigner les corps malades.

⁴ A. BELGHITI ALAOUI et al. : « Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital », RABAT, Royaume-Uni ,9/10/2005.p 16

b) L'hôtel de Dieu : une mission religieuse

En occident, à partir de 6^{ème} siècle, les fondations chrétiennes vont commencer à se multiplier. Elles restent modestes par rapport aux fondations byzantines qui pouvaient accueillir des centaines de malades. Ces fondations ne donnent pas lieu à de nouvelles constructions et sont le plus souvent situées dans des maisons offertes par des riches croyants appelés « Maison Dieu » ou « Hôtel Dieu », mais contenaient aucun médecin. L'assistance consistait essentiellement à nourrir et héberger les plus pauvres.

Parallèlement à la création des hôtels de Dieu, dès 7^{ème} siècle les monastères ont développé des structures d'accueil que l'on appelle des « Hospitalia » où les pauvres pouvaient se faire héberger et se soigner à l'aide des monastères qui se sont spécialisés dans la médecine traditionnelle (médecine de plante).

Les hôtels Dieu se dégradent peu à peu jusqu'à la création de 1^{er} hôpital par Louis XIV au 17^{ème} siècle appelé Hôpital général, il rassemble dans le même lieu, les malades, les enfants abandonnés, les mendiants ..., et c'est à partir de ce moment que l'hôpital devient un outil de l'action sociale.

2- Classification des établissements de santé

Les établissements de santé sont communément regroupés sous deux rubriques : le statut juridique d'une part et la nature des soins prodigués de l'autre part.

2. 1 Classification selon le statut juridique : Les structures de santé en Algérie se classent selon deux types : le public et le privé.

2. 1. 1- Les structures publiques :

Ce sont des établissements publics à caractère administratif, dotés d'une personnalité morale et ont une autonomie financière. Ils sont régis par le droit public. Ils agissent selon les directives étatiques et selon les orientations politiques.

2. 1. 2- Les structures privées :

Les structures sanitaires privées sont des concrétisations de la volonté d'assurer des soins d'une personne ou d'un groupe agissant dans le domaine sanitaire. Elles se présentent comme des cabinets agréés ou des polycliniques spécialisées agréées.

Pour la création d'une structure sanitaire privé les lois en vigueur exigent : le diplôme du créateur et son expérience, le but de la création, l'hygiène de la place choisie pour la création.... etc.

2. 2- Classification selon la taille et la nature des soins

Dans cette partie nous allons axer notre travail sur les structures sanitaires publiques seulement, étant donné le nombre et la taille très limités des structures sanitaires privées en Algérie.

Les structures sanitaires publiques sont classées selon leur taille et selon la nature des soins prodigués. Nous distinguons trois (04) sortes de structures :

2. 2. 1- Les hôpitaux généraux

Le type le plus connu d'hôpital est l'hôpital général, qui est mis en place pour faire face à de nombreux types de maladies et de blessures. Il a généralement un service d'urgence pour faire face à des menaces immédiates pour la santé. Il a la capacité d'envoyer des services médicaux d'urgence. Un hôpital général est souvent le principal établissement de soins de santé dans sa région, avec un grand nombre de lits pour soins intensifs et de soins de longue durée, et des installations spécialisées pour la chirurgie, la cardiologie et la neurologie.

2. 2. 2- Les hôpitaux spécialisés

L'établissement hospitalier spécialisé est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est constitué d'une ou plusieurs structures qui ont pour objectifs de faire face aux besoins médicaux spécifiques ou à la prise en charge d'une maladie déterminée ; tels que des problèmes psychiatriques.

Dans son domaine d'activité, l'établissement hospitalier spécialisé a notamment pour tâches : la mise en œuvre des activités de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ; l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ; de contribuer au recyclage et au perfectionnement des personnels des services de santé.⁵

2. 2. 3- Les hôpitaux universitaires (CHU)

Un hôpital universitaire ou un hôpital d'enseignement. Il combine l'aide aux patients à l'enseignement aux étudiants en médecine et qui est souvent lié à une école de médecine.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.⁶

Dans le cadre des missions prévues par le MSPRH, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

A- En matière de santé :

En matière de santé, le CHU a pour vocation de :

- Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;
- Appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé et à contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

⁵ Décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.

⁶ Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires

B- En matière de formation

En matière de formation, le CHU a pour vocation de :

- Assurer en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y annexes ;
- Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

C- En matière de recherche

En matière de recherche, le CHU a pour vocation de :

- Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ;
- Organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

2. 2. 4- Les L'établissements public de santé de proximité (EPSP)

L'établissement public de santé de proximité est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population. La consistance physique de l'établissement public de santé de proximité et l'espace géo-sanitaire couvrant le bassin de population sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

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

- ✓ La prévention et les soins de base ;
- ✓ Le diagnostic ;
- ✓ Les soins de proximité ;
- ✓ Les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ;
- ✓ La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population ; Il est chargé également de la contribution à la promotion et à la protection de

- l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- ✓ La contribution au perfectionnement des personnels des services de santé.

La structure d'un secteur sanitaire est beaucoup plus complexe que celle des autres établissements, car il dispose de la structure principale qui est l'hôpital et des structures périphériques qui sont les sous- secteurs sanitaires qui se définissent comme suit :

A- La polyclinique : la polyclinique est le siège technico- administratif du sous secteur. Elle coordonne, contrôle et évolue les activités et le fonctionnement de toutes les unités de base existantes dans la commune ou le quartier dont elle a la charge, tout en assurant ses propres prestations sanitaires.

B- Centre de santé : le centre de santé est l'unité de base du sous- secteur sanitaire, chaîne intermédiaire entre la polyclinique et la salle de soins et de consultation.

Le centre de santé constitue la structure essentielle en matière de «soins de santé primaire ». Il est organiquement rattaché à la polyclinique du point de vue administratif, laquelle est rattaché a la structure principale.

C- La salle de soins et de consultation : la salle de soins et de consultation est l'unité de base de la santé rurale, et habitat dispersé. Elle constitue le point de développement de prestation de certaines activités des soins primaires.

La salle de soins et consultation est rattachée au centre de santé duquel elle dépend directement dans le cadre du fonctionnement global du secteur sanitaire.

2.3- Les missions d'un l'hôpital

L'OMS a envisagé quatre (04) fonctions théoriques de l'hôpital:⁷

2. 3. 1- Les soins directs aux patients

Théoriquement, l'hôpital doit prendre en charge les problèmes de santé qui, pour des raisons techniques, économiques ou opérationnelles, ne peuvent être pris en charge au niveau primaire. Il doit participer également à la synthèse et à l'évaluation des épisodes morbides.

⁷ OMS : Hôpitaux Et Santé Pour Tous, Rapport Technique N°744, Genève ,p 26.

Cette prise en charge est réalisée principalement à travers la fonction de diagnostic et la fonction thérapeutique de l'hôpital.

2. 3. 2- La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé

Pour assurer la continuité des services, les hôpitaux doivent, tout en soignant des malades, participer à la coordination des activités des programmes sanitaires et au suivi et la prise en charge des cas dépistés (urgences obstétricales et néonatales, certaines grossesses à risque, les malnutritions etc.). Ils peuvent par la même occasion apprécier la qualité des références à des fins d'amélioration.

2. 3. 3- La formation et l'encadrement du personnel

Pour les raisons susmentionnées, l'hôpital constitue un lieu approprié pour assurer la formation continue du personnel. L'encadrement se fait directement sur le terrain ou par un moyen de communication.

2. 3. 4- Le soutien administratif et gestionnaire

Les fonctions de gestion comprennent l'allocation et le contrôle des ressources, l'action intersectorielle de santé, le développement et le déploiement du personnel, l'achat et la distribution des fournitures, enfin, la planification, la surveillance et l'évaluation de la situation sanitaire et des services de santé grâce à un système d'information efficace et à la recherche. Ainsi, appréhender l'hôpital comme élément d'un système de santé suppose de le définir par rapport aux autres niveaux de l'offre de soins.

2. 4- L'Organisation administrative et fonctionnelle d'un hôpital

La gestion d'un hôpital se situe à plusieurs niveaux :

- Les organes de décisions de l'établissement public de santé ;
- Le conseil médical ;
- Les instances consultatives de l'établissement hospitalier ;
- Les instances consultatives spécialisées.

Dans ce qui suit nous allons présenter ses différents niveaux un par un.

.2. 4. 1- Les organes de décisions de l'établissement public de santé

L'établissement public hospitalier (EPH) est administré par un Conseil d'Administration et dirigé par un directeur. Il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil médical » (CM) ⁸.

a- Le Conseil d'Administration

Il est composé de plusieurs catégories de membres à savoir : des représentants des collectivités territoriales, du personnel, des personnalités qualifiées nommées pour trois ans par le directeur de l'ARH et des représentants des usagers.

Ce conseil délibère sur les documents de planification et les documents budgétaires qui comprennent :

- Le projet d'établissement (les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que l'établissement a fixé) ;
- Le projet médical ;
- Le projet social.

Le conseil délibère sur les questions relatives à l'organisation de l'établissement et ses relations avec les autres établissements publics de santé.

b- Le directeur

Il dirige l'établissement public de santé et est son représentant légal. Il est l'exécutif de l'établissement public de santé, notamment dans les délibérations du Conseil d'Administration. Il est l'ordonnateur des dépenses et des recettes, et dispose d'un pouvoir de nomination.

⁸ Décret exécutif n°07-140 du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 pour la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

2. 4. 2- Le conseil médical

Il est composé des regroupements suivants :

a- Le regroupement des services, des départements et des unités fonctionnelles

Ils peuvent être regroupés en fédération avec l'accord des chefs de service, ou de départements intéressés en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires, d'une gestion commune de lits (ou équipements) ou d'un regroupement des moyens en personnel.

b- L'unité fonctionnelle

C'est l'unité de base de l'organisation hospitalière qui est placée sous la responsabilité d'un Praticien Hospitalier (P.H).

c- Le service de soins infirmiers

Dans chaque établissement est créé un service des soins infirmiers qui regroupe l'ensemble du personnel qui participe à la mise en œuvre des soins infirmiers et dont la direction est confiée à l'infirmier général. Ce service a pour mission de développer la recherche en soins infirmier et de mettre en place de nouveaux outils d'organisation et de gestion dans ce domaine.

3. 4. 3- Les instances consultatives de l'établissement hospitalier

Il est composé des commissions suivantes :

- La commission médicale d'établissement (CME) ;
- Le comité technique d'établissement .

a- La commission médicale d'établissement (CME)

Elle représente les personnels médicaux, déontologiques et pharmaceutiques de l'établissement. Son président, élu, est l'interlocuteur du directeur pour toutes les questions médicales. Il est de droit membre du conseil d'administration.

Les attributions de la (CME) :

- Elle prépare avec le directeur de l'établissement le projet médical qui définit pour une période maximale de 5 ans, les objectifs médicaux de l'établissement ;
- Elle prépare également les mesures d'organisation des activités médicales, déontologique et pharmaceutiques.

b- Le comité technique d'établissement

Il est présidé par le directeur et est composé de représentants du personnel non hospitalier relevant de la fonction publique hospitalière, élus par les collègues définis selon l'appartenance des agents aux catégories A (emploi direction), B (emploi d'encadrement, C'est et D (personnel d'organisation).

Il est obligatoirement consulté sur le projet d'établissement, le projet social, le budget et le rapport annuel d'orientation.

4. 4. 4 - Les instances consultatives spécialisées

Elle sont composées de deux (02) comités :

- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales ;
- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

a- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales

Il est chargé de :

- coordonner l'action des professionnels de santé en matière de prévention et de surveillance des infections nosocomiales.
- De préparer chaque année avec l'équipe d'hygiène hospitalière, le programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales.
- Et enfin, d'élaborer le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales.

b- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

Il est constitué dans un établissement public de santé qui emploie au moins 50 agents.



Il a pour mission de :

- contribuer à la protection de la santé physique et mentale, ainsi qu'à la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par les entreprises extérieures.
- Il doit également veiller à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tout les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité

Section III : Le financement de l'hôpital public

A partir de 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite, les hôpitaux sont financés selon une nouvelle procédure appelée " budget global ". La budgétisation vient se substituer au mode de rémunération pratiquait depuis l'indépendance appelée " prix de journée ". Ce budget global est préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles).

Le financement des établissements publics de santé disposent de l'ensemble des ressources générées par leurs activités ainsi que celles qui leurs sont affectées. Il convient de faire une distinction entre deux origines différentes. Les ressources budgétaires de l'établissement public hospitalier peuvent provenir d'un financement externe à l'établissement: le budget de l'Etat et la sécurité sociale. Elles peuvent aussi émaner de l'établissement lui même par le biais des services et prestations qu'il offre : la participation du patient.

1- Les sources de financement de l'hôpital public

L'hôpital public en Algérie est financé principalement par l'Etat, la sécurité sociale et les patients.⁹

1. 1- L'Etat

c'est le garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. L'Etat prend en charge, par l'intermédiaire des ressources fiscales, les dépenses de

⁹ M. Amalou (2009) : « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital : cas du CHU de Sétif », Magister en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Béjaïa.

prévention, de formation et de recherche médicale, ainsi que les soins prodigués aux indigents, aux démunis et ceux ne disposant d'aucune couverture maladie. A cela s'ajoute, la contribution des établissements publics sanitaires et hospitaliers ainsi que la dotation en équipements qui sont également pris en charge par l'Etat .

1. 2- La sécurité sociale

La participation de la sécurité sociale au financement des établissements publics prend, principalement, la forme d'une dotation forfaitaire, appelée « forfaits hôpitaux », qui est versée au budget des établissements publics de santé, au titre des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit.

1. 3- Les patients

Faire participer les ménages au financement de la santé est l'une des politiques les plus répandues à l'échelle mondiale pour responsabiliser les usagers, réduire la demande de service de santé et surtout la surconsommation. La participation des usagers prend la forme de tickets modérateurs restant à la charge des patients, de paiement à l'acte ou de contribution même insignifiante lors des soins prodigués au niveau des établissements publics de santé.

Il existe d'autres sources diverses pour le financement d'un hôpital, par exemple l'hôpital peut avoir comme source les locations des logements de l'établissement.

2- Comparaison entre le financement de l'hôpital public et la clinique privée

Comme les entreprises, les cliniques privées qui appartient à des actionnaires, vendent leurs prestations de soins aux consommateurs. Ces prestations sont individuellement facturées aux clients. Ceux-ci se retournent ultérieurement vers leurs organismes d'assurances pour obtenir tous ou une partie de remboursement à la différence des hôpitaux publics où on trouve des services gratuits et semi-gratuit l'application de la règle de tiers payant.

On distingue plusieurs produits de la clinique privée à savoir :

- Le forfait journalier des soins
- Les autres prestations
- Les forfaits spéciaux.

La clinique privée doit préalablement réaliser un résultat positif car elle a un but lucratif. par contre, pour l'hôpital le résultat positif n'est pas un objectif ou plus exactement l'objectif est d'équilibrer les comptes et non accroître la rentabilité.

3- L'hôpital dans la réforme hospitalière récente

« Le système de santé en Algérie fonctionne à l'instar des autres secteurs moyennant des surcoûts considérables dus au fonctionnement peu intensif, voire aux dysfonctionnement de l'ensemble des unités de soins et en particulier des plus importantes d'entre elles, à savoir les hôpitaux »¹⁰

L'Etat Algérien est éveillé de l'importance de ces établissements dans l'exercice de son rôle social et de l'état providence. Cela est concrétisé à partir de l'année 2001 par le lancement d'un grand chantier de réformes dans le domaine de la santé, au point de changer même l'appellation du Ministère concerné, qui été le ministère de la santé et de la population pour devenir le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Le gouvernement espère que la réforme hospitalière sera le moteur de la réforme de l'ensemble du système de santé. La réforme hospitalière désigne l'ensemble des règles et des lois qui gère un hôpital.

Dans le but de mettre en place une nouvelle organisation des soins, d'apporter plus de souplesse dans le mode de gestion et d'instaurer de nouveaux mécanismes de financement basés sur l'activité réel et sur des relations contractuelles entre les bailleurs de fonds.

3. 1- Les axes de la réforme hospitalière

La réforme du système de santé algérien se base sur un ensemble de points stratégiques et d'axes prioritaires ¹¹:

- Les besoins de santé et la demande de soins ;
- Structures hospitalières ;

¹⁰ Oufriha F. Z « les reformes du système de santé en Algérie : de reforme en reforme, un système de santé à la croisé des chemin » in cahier CREAD page 121.

¹¹ B. Foudi, « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain :Etat des lieux ». mémoire de magistère en science économique, option économie de la santé et développent durable , 2011, p.123.

- Les ressources humaines ;
- Les ressources matérielles ;
- Le financement ;
- L'inter-sectorialité.

3. 1. 1- Les besoins de santé et la demande de soins

Cet axe est défini comme priorité pour affirmer l'objectif de créer une cohérence entre le système national de santé et son sous système hospitalier. Ce dernier doit répondre aux exigences de la population et accompagner les changements sociaux, épidémiologiques, financiers, etc. Dans cet axe aussi, sont clairement déterminées les modalités de coopération entre les structures de proximité et l'hôpital pour bien hiérarchiser l'accès aux soins.

3. 1. 2- Structures hospitalières

Cet axe est basé sur le principe de confirmer la notion de l'autonomie des structures de soins en renforçant le contrôle de la tutelle. Il vise donc à revoir le statut et l'organisation des établissements publics et privés de santé. Cet objectif consiste à introduire des instruments de planification et de régulation financière tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité à travers le renforcement du rôle de l'évaluation des activités médicales et des services hospitaliers ; il s'agit d'améliorer l'accueil, l'information, l'hébergement, la restauration et surtout la qualité des soins. Dans une seconde perspective, la promotion de la coopération, l'intégration et la complémentarité public-privé dans le cadre de la contractualisation .

3. 1. 3- Les ressources humaines

Ce dossier prend en charge deux principales préoccupations : la promotion et la valorisation des personnels à travers la révision de leur statut, leurs conditions d'exercice, leurs rémunérations et la gestion de leurs carrières ; et la formation, qui est aussi une véritable urgence. L'objectif visé est la qualification de l'ensemble des personnels par l'adaptation des formations aux référentiels des différents métiers et professions. La réalisation de ceci nécessite l'intervention d'autres acteurs, tels que le ministère de l'enseignement supérieur, le ministère de la formation continue, etc.

3. 1. 4- Les ressources matérielles

Il s'agit de mettre l'accent sur l'intégration des moyens matériels au fonctionnement de l'offre de soins dans le but d'équiper un réseau de soins d'un ensemble de moyens matériels nécessaires à son bon fonctionnement. Il est suivi par la suite d'une politique de maintenance, le respect des normes techniques et de sécurité, qui sont obligatoires. Quant au vieillissement du parc matériel, une réhabilitation voir une remise à niveau ou carrément un renouvellement s'impose inévitablement. Cet axe prend en charge aussi la tâche de la réflexion sur les éléments qui pourraient participer à l'élaboration d'une politique nationale du médicament.

3. 1. 5- Le financement

Les objectifs visés dans cet axe sont principalement la recherche d'autres sources de financement et la réforme des modalités de financement des hôpitaux, dont l'accent a été mis sur le financement contractualisé des activités et non des structures. La mission est donc de revoir les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier soucis l'accès aux soins équitables pour tous les malades. Ceci ne peut se réaliser qu'avec la révision des cahiers des charges définissant les objectifs des parties contractuelles (hôpitaux, bailleurs de fonds) et l'identification précise des besoins de santé, les supports d'information (carte CHIFA) et la gestion avec l'introduction de la comptabilité analytique hospitalière, et l'instauration des activités d'évaluation dans le but de rationaliser l'utilisation des ressources et en finir avec les actes de gaspillage.

5. 1. 6- L'inter-sectorialité

Avec la nouvelle logique de l'organisation du secteur de la santé (la contractualisation) et l'intervention de plusieurs acteurs qui ne sont pas directement impliqués dans ce secteur, comme le Ministère des Finances, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, les collectivités locales... En effet, la stratégie en matière de santé doit contribuer à l'intégration des initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles. Il est donc important de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques pour intégrer la dimension santé dans toutes les stratégies du développement.

3. 2- Les objectifs de la réforme hospitalière

Les objectifs de la réforme hospitalière consistent à :

- Améliorer l'infrastructures et les équipements hospitaliers ;
- Former les gestionnaires hospitaliers ;
- Pratiquer la planification stratégiques ;
- Moderniser l'organisation et la gestion des hôpitaux ;
- Informatiser et maîtriser les coûts ;
- Paiement partiel par l'utilisateur (responsabiliser davantage les usagers et renforcer le mécanisme du tiers payant) ;
- Elaborer les projets d'établissement hospitalière .

Conclusion

Dans ce chapitre nous avons présenté un aperçu général sur le système de santé Algérien où nous avons constaté la persistance du décalage entre les nouveaux besoins de santé et l'offre de soins de santé actuelle. Les intentions et projets de réforme sont nombreux mais la mise en œuvre est lente.

L'augmentation et la diminution des dépenses nationales de santé est liée à la variation de Produit Intérieur brut (PIB) et plus particulièrement à la variation de prix du pétrole dans le marché mondial (le pétrole se mesure avec le baril qui contient 159 litres).

L'hôpital en Algérie est une institution qui joue un rôle primordial dans le bien-être individuel et collectif. L'évolution de ce dernier reste faible malgré qu'il a subi des changements en matière de tutelle, de législation et de son organisation.

Chapitre II

**La gestion budgétaire comme outil du contrôle
de gestion au processus de la gestion
hospitalière en Algérie**

CHAPITRE II : La gestion budgétaire comme outil du contrôle de gestion au processus de la gestion hospitalière en Algérie**Introduction**

Le fonctionnement adéquat de toute structure organisationnelle est dépendant de la disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles.

De ce fait, l'hôpital est un établissement public à caractère social qui a pour principal objectif, la prestation des soins aux personnes malades. Pour donc mener à bien cette mission, les responsables de chaque hôpital doivent mieux gérer les ressources financières allouer par l'adoption d'une gestion budgétaire rationnelle, même si en ce qui concerne les politiques sanitaires, divers textes réglementent les activités et la gestion des structures hospitalières.

Les dépenses de santé s'inscrivent dans le cadre du compte d'analyse économique du champ de la santé. Le compte de la santé renvoie au concept de compte satellite de la comptabilité nationale .¹

Malgré les critiques dont elle fait l'objet, la gestion budgétaire constitue toujours la méthode de contrôle de gestion la plus utilisée par toutes organisation par le fait que toutes ces dernières préparent un budget, mais les pratiques sont extrêmement variables.

Le budget est à la fois un instrument d'anticipation permettant de mettre en œuvre une politique volontariste de développement annuel et opérationnel des plans stratégiques, et un outil de coordination verticale (contrat passé entre le management et un responsable opérationnel) aussi bien qu'horizontale, entre les différents services ou fonctions, prenant en compte et harmonise les exigences et contraintes de chacun.

¹ LEFAOU AL, l'économie de la santé en question , Ed Ellipses , 1997, page 115

L'objet de ce chapitre est de présenter une étude descriptive de la gestion budgétaire comme processus de la gestion hospitalière en Algérie. Le chapitre s'articulera autour de trois sections. La première traitera des notions et des définitions générales concernant le contrôle de gestion hospitalier. La deuxième section sera consacrée à l'explication du concept du budget et de la gestion budgétaire. Enfin, la dernière section portera une présentation de la gestion financière de l'hôpital public.

Section I: Les outils issus du contrôle de gestion dans le système hospitalier

Le contrôle de gestion s'est d'abord appliqué à la production industrielle, à la distribution puis dans les autres domaines soumis à la pression du marché (hôtellerie, bâtiment, transport...). Il s'est ensuite étendu aux activités qui ne donnent pas obligatoirement lieu à des ventes (administrations, enseignement, santé... etc.). Dans le domaine de la santé, l'organisation concernée (l'hôpital) dépend des allocations provenant de la collectivité qui le finance, et cette dernière peut faire pression pour obtenir des résultats.

1.1- Définition et objectifs du contrôle de gestion

Pour cerner la notion de contrôle de gestion, il faut d'abord définir ses deux composantes : « contrôle » et « gestion ».

✚ **Contrôle** : c'est-à-dire maîtrise d'une situation et sa domination pour la mener vers un sens voulu.

✚ **Gestion** : c'est l'utilisation d'une façon optimale des moyens rares mis à la disposition d'un responsable pour atteindre les objectifs fixés à l'avance

1.1.1- Le concept du contrôle de gestion

L'évolution du contrôle de gestion est marqué même par la définition du concept. Depuis des années, plusieurs auteurs ont essayé de donner une définition plus claire et plus complète qui en soit celle d'Anthony. R. N, qui a défini le contrôle de gestion en 1965, de la manière suivante : « *Le contrôle de gestion est le processus par lequel les dirigeants s'assurent que les ressources*

sont obtenues et utilisées avec efficacité (par rapport aux objectifs) et efficience (par rapport aux moyens employés) pour réaliser les objectifs de l'organisation. »²

A partir de cette définition on constate que le contrôle de gestion apparaissait comme le garant du non gaspillage des ressources confiées à un manager et s'assure que les ressources ont été utilisées de façon optimale pour atteindre les résultats. Plus tard, dans la fin des années 80, cette vision du contrôle de gestion a été jugée trop limitative. Cela a conduit le même auteur à modifier la définition précédente pour la préciser et l'élargir de la façon suivante : « *le contrôle de gestion est le processus par lequel les dirigeants d'une organisation influencent les autres membres d'une organisation pour mettre en œuvre les stratégies de celle-ci* »³.

De cette évolution, on constate que le contrôle de gestion joue un rôle beaucoup plus actif quant à la réalisation de la stratégie définie par l'organisation. Deux points importants sont mis en évidence par l'auteur avec, d'une part, la nécessaire relation entre la stratégie et le contrôle de gestion et, d'autre part, le fait que le contrôle ne se limite pas au processus de comparaison des résultats avec les objectifs.

Ces deux définitions permettent de montrer que le processus de création des outils de contrôle de gestion répond avant tout aux besoins de superviser la délégation de responsabilité.

1.1.2- Les objectifs du contrôle de gestion

Le contrôle de gestion a pour mission de définir les finalités et les objectifs généraux de l'entreprise à long terme d'une part, et d'autre part la stratégie à adopter pour orienter la gestion vers la réalisation des objectifs fixés dans les meilleurs délais et au moindre coût et avec une qualité maximale conformément aux prévisions.

Le contrôle de gestion doit assurer plusieurs tâches et réalise les objectifs incitatifs à sa mise en place : la prévision, l'information, le contrôle, et la mise au point des procédures.

² Claude A, Sabine S, « DCG 11-le contrôle de gestion- manuel et applications » Dunod, Paris, 2010, page 9

³ Anthony. R, Cité in : Le ministère français de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire., Le contrôle de gestion dans l'administration de l'Etat. Eléments de méthodologie, Paris, 2002, P. 25 disponible sur le site : [http : // www.performancepublique.gouv.fr](http://www.performancepublique.gouv.fr).

- ✚ Au niveau de la prévision, le contrôle de gestion doit élaborer les objectifs, définir les moyens permettant de les atteindre et surtout préparer des plans de rechange en cas d'échec des plans établis à l'avance. De même le contrôle de gestion doit s'assurer de la compatibilité de budget émanant des différents services.
- ✚ Au niveau informationnelle, le contrôle de gestion doit fournir aux différents centres de responsabilité les informations nécessaires à la mise en œuvre d'un ensemble de moyens permettant d'améliorer leur gestion.
- ✚ Au niveau de contrôle, le contrôle de gestion doit déterminer les responsabilités et assurer le suivi permanent de l'activité de l'entreprise en gardant la compatibilité entre eux par le biais de tableau de bord.
- ✚ Au niveau des procédures, la mission de contrôle de gestion consiste à élaborer les indicateurs et les uniformiser pour que la comparaison de l'entreprise avec son environnement soit homogène.

1.2.-Le contrôle de gestion comme dispositif de maîtrise des risques organisationnels

Les hôpitaux comme toute les organisations sont devenus des systèmes extrêmement complexes de par « *l'étendue et la diversité des compétences, le développement d'hyperspécialisés, l'incommunicabilité entre services et parfois au sein d'un même service* ». ⁴ l'hôpital doit donc faire face à un certain nombre de risques, notamment médicaux, organisationnels. La typologie de ce dernier reconnaît trois types de risques :

Le risque produit: induit par la difficulté de définir précisément le produit hospitalier et dont l'enjeu principal est la qualité des soins .

Le risque procédure : lié à la pertinence des outils de gestion par rapport au contexte dans lequel ils s'insèrent, dont l'enjeu est la qualité de l'instrumentation de gestion .

⁴ B. Honoré et G. Samson (1994) : « *La démarche de projet dans les établissements de santé* », Privat, France, page 18.

Le risque personne : qui recouvre la qualité des rapports des individus aux outils d'une part, la qualité des relations interpersonnelles d'autre part, et dont les enjeux complémentaires sont l'adhésion aux objectifs de l'organisation et la création et la préservation de relations de coopérations entre individus.

En 1997 Moisdon a dit que ; « Flexibilité, interactivité, décentralisation sont autant de caractéristiques des outils actuels qui attestent de cette transformation de leur statut, liée à celle des organisations qui les accueillent »⁵. D'après Cauvin et Coyaud ; « trois lignes directrices doivent animer la conception, l'organisation et l'installation d'un système de gestion : la contingence du système par rapport à la politique en matière de stratégie et de structures, la convergence organisationnelle sur des objectifs et réalisations communes, la cohérence du processus coordonnant et intégrant les différentes phases »⁶

Le contrôle va jouer dans les organisations ce rôle de limiteur de risques. Il s'inscrit dans une perspective nouvelle qui oblige « à interroger le sens des pratiques, à articuler le contrôle de gestion à la dynamique stratégique et à penser des organisations complexes, multiples, instables, ouvertes sur leur environnement et mobilisant des acteurs appartenant à plusieurs d'entre elles. Ces organisations nécessitent un contrôle de gestion dont l'architecture conceptuelle est l'autonomie »⁷.

L'objectif de contrôle de gestion face aux risques organisationnels est d'inciter et d'identifier une certaine qualité organisationnelle définie comme « l'ensemble des caractéristiques formelles et informelles qui confère au cadre structurel et aux mécanismes de fonctionnement d'un hôpital l'aptitude à satisfaire les objectifs stratégiques de celui-ci »

⁵ MOISDON J.-C. (1997) : « Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation », Ed. Seli Arslan, France.

⁶ Cauvin C., Coyaud C. Gestion hospitalière : Finance et contrôle de gestion, Economica 1990. Page 216

⁷ Cauvin C. « Les habits neufs du contrôle de gestion », in Questions de contrôle, (1999) sous la direction de Lionel Collins, PUF.

1.3- Les outils de contrôle de gestion hospitalier

Pour piloter et prendre des décisions à court terme et à long terme, les gestionnaires élaborent et utilisent de nombreux outils d'aide à la décision. Dans ce cadre, le contrôle de gestion propose : la méthode de comptabilité analytique, la gestion budgétaire, et le tableau de bord.

1. 3. 1- La comptabilité analytique

La comptabilité analytique est une méthode de calcul des coûts des produits d'une organisation, A-C. Martinet et A. Silem la définit comme « *un système de saisie et de traitement de l'information permettant une analyse et un contrôle des coûts dans l'entreprise par des reclassements, des regroupements, ventilations, abonnements, calculs de charges,..., en utilisant l'information comptable élémentaire rectifiée ou non* »⁸.

Dans de très nombreux cas, les décisions soit prises à base des démarches d'analyse de coûts : il est donc indispensable de comprendre des conditions de validité des démarches mises en œuvre pour juger de la pertinence des coûts obtenus et des contextes dans lesquels ils représentent un réel éclairage pour la prise de décision.

Plusieurs méthodes de comptabilité analytique, plus ou moins complexes, peuvent être envisagées pour l'évaluation des coûts en milieu hospitalier. Dans la plupart des cas, elles nécessitent au préalable l'élaboration d'un système fiable de collecte et de traitement de l'information médicale. Nous pouvons distinguer trois méthodes de calcul des coûts; Ainsi ces trois méthodes feront l'objet d'explication dans ce qui suit;

A- La méthode des sections homogènes

C'est la méthode de base la plus connue. Elle est aussi appelée méthode des centres d'analyse. Elle repose sur le principe que les différents objets de coûts consomment les ressources nécessaires à leur réalisation. Ces ressources ont un coût qu'il faut calculer.

⁸ Martinet A-C. ; Silem A., Lexique de gestion, Dalloz, Paris, 2003, P. 115.

Cette méthode s'appuie sur un découpage de l'établissement hospitalier en plusieurs parties ou centres d'analyse ayant des activités proches. Un centre d'analyse est défini comme une . « *unité comptable servant à analyser des éléments de charges indirectes avant de leur imputation au coût de produits* ». ⁹

Cependant, l'homogénéité dans ce cas fait plus référence à l'activité générale de l'entité qu'à la nature médicale de l'acte de soins. Ces sections homogènes seront à leur tour divisées en sections principales et sections auxiliaires. La première catégorie a trait au service qui constitue l'essentiel de l'activité de l'établissement. La seconde concerne toutes les activités annexes ou à caractère générales.

B- La méthode des groupes homogènes de malades (GHM)

Le groupe homogène de malades est un regroupement selon les résumés standardisés de séjour (R.S.S) des malades ayant le même parcours clinique. En remplaçant la journée d'hospitalisation par un concept d'output médical homogène,

La méthode GHM permet de dépasser la dimension quantitative de l'activité pour lui substituer une notion de « produit » faisant sens pour les professionnels de la santé, en s'appuyant non pas sur une homogénéité comptable mais clinique de l'activité.

Les premières tentatives d'application de cette méthode datent de 1967, par le professeur Robert FELLER de l'Université de Yale. Malgré son incontestable succès, plusieurs critiques ont été formulées :

- La méthode GHM est basée sur une variable essentielle pour la détermination des groupes: la durée moyenne de séjour (DMS). Or, pour une même pathologie, elle peut différer d'un établissement à un autre ou d'un pays à un autre. En d'autres termes, un malade peut se retrouver dans deux GHM différents selon l'établissement ou le pays dans lequel il est traité.

⁹ Délégation interministérielle à la réforme de l'Etat., Guide méthodologique sur la contractualisation dans le cadre du contrôle de gestion, Paris, 2001, page 109, consultable sur : <http://www.fonction-publique.gouv.fr>.

- L'utilisation de la DMS peut donner lieu à des interprétations erronées sur l'efficacité et la qualité de la prise en charge d'un malade. Une DMS importante donne deux interprétations contradictoires: Soit, elle signifie une gravité moyenne des cas traités, soit elle constitue un indicateur d'inefficacité médicale ou organisationnelle.

C- La méthode ABC (Activity Based Costing) : Méthode conçue dans les années 80 dans le cadre de grandes entreprises industrielles américaines décrite par R.S kaplan et H.T Johanson, reprise en France par P. Lorino et par P. Mevellec,

Dans l'approche traditionnelle de calcul des coûts, le lien de causalité entre les objets de coûts et les ressources est direct, c'est-à-dire, les produits consomment des ressources et cette consommation des ressources est la cause de l'existence des coûts. Le principe est différent de La méthode ABC. Le postulat de base de cette méthode est le suivant « *les produits consomment les activités et les activités consomment les ressources* »¹⁰. Les liens de causalité permettant de ventiler les ressources vers les activités sont des " inducteurs de ressources ". Les inducteurs permettant de répartir le coût des activités vers les produits de l'organisation sont des inducteurs d'activité.

1. 3. 2- Le Tableau de Bord.

Pour piloter et mesurer la performance de l'entreprise, les managers ou les décideurs ont besoin des indicateurs synthétiques qui sont regroupés sous forme de tableau de bord.

Plusieurs spécialistes en gestion ont proposé de nombreuses définitions de tableau de bord. Selon Claude ALAZARD et Sabine SEPARI « Un tableau de bord est un ensemble d'indicateurs organisés en système suivis par la même équipe ou le même responsable pour aider à décider, à coordonner, à contrôler les actions d'un service. Le tableau de bord est un instrument de communication et de décision qui permet au contrôleur de gestion d'attirer l'attention du responsable sur les points clés de sa gestion afin de l'améliorer». ¹¹

¹⁰ Baron P.; Corfmat D.; Helley A., « La mutation du contrôle de gestion », Organisation, Paris , 2000, p119.

¹¹ Claude ALAZARD, Sabine SEPARI ; « contrôle de gestion » DECF, 5 éditions, Dunod ; page : 591

1. 3. 3- La gestion budgétaire

La gestion budgétaire consiste à établir des budgets et à comparer périodiquement les réalisations avec les données budgétaires afin de mettre en place des actions correctives si nécessaire. Elle permet de traduire concrètement les objectifs stratégiques fixés par la direction, prévoir les moyens nécessaires à leur mise en œuvre et de faire des choix entre plusieurs hypothèses. Cette outil sera détaillé dans la section suivante.

Section II : La gestion budgétaire au pilotage de la performance

L'activité prévisionnelle à court terme d'une organisation prend le nom de budget et la gestion à court terme, des ressources et des emplois selon le programme fixé prend celui de gestion budgétaire.

1- Etude théorique du budget

Dans cette étude nous allons rappeler quelque définitions du budget ainsi que ses caractéristique.

1. 1- Définition de budget

Le budget a fait l'objet de plusieurs définitions dans le temps, chaque définition reflète le régime politique de l'époque et le rôle du budget dans la vie administrative, économique et sociale d'une nation .

Selon JEAN MAYER, le budget est défini comme suite : « *Le budget est un ensemble coordonné de prévisions qui permet de connaître par anticipation quelques résultats considérés comme les résultats clés par le chef de l'organisation* »¹².

¹² JEAN MAYER : « La gestion budgétaire », Edition Dous, 1990, page 27.

En d'autres termes FREDERIC G et ANNE P ont donné la définition suivante : « *Le budget est une prévision sur un horizon généralement annuel de l'activité de l'entreprise. C'est, en principe l'instrument de déclinaison de la stratégie pour l'année à venir. Il constitue une articulation entre des prévisions pour partie extérieure à l'entreprise et des objectifs qui, en revanche, lui sont propres* »¹³.

On peut donc entendre par le budget un outil de gestion qui permet aux organisations publiques ou privées de prévoir, d'orienter et d'évaluer leurs activités. Ces interventions peuvent être dans une perspective globale ou dans une perspective plus analytique. Le budget peut être établi sur une base annuelle, mais il peut également porter sur des périodes plus courtes : le semestre, le trimestre ou le mois.

1. 2- Caractéristiques des budgets

➤ Le Budget outil d'adéquation des objectifs et des moyens

La gestion budgétaire permet de mettre en harmonie les différentes décisions prises par l'entreprise.

➤ Le budget outil de délégation de pouvoir et de motivation :

Le système budgétaire permet d'établir un programme d'action communiqué aux différents responsables de l'entreprise. Ces derniers seront chargés de l'exécuter en toute responsabilité.

➤ Le Budget outil de coordination et de communication :

Le contrôle des budgets permet à l'entreprise de déterminer les causes de défaillance ou les raisons de performance. Dans toutes les situations, les résultats réalisés doivent être communiqués à l'ensemble du personnel de l'entreprise.

¹³ FREDERIC GAUTIER , ANNE PEZET ; « contrôle de gestion, gestion appliquée », Paris, 2006. P 47

➤ **Le Budget outil d'optimisation des choix de l'entreprise**

Les budgets à retenir doivent garantir à l'entreprise la meilleure combinaison possible de ses ressources. La gestion budgétaire devient alors une gestion de lutte contre le gâchis.

➤ **Le système budgétaire outil d'évaluation des performances**

Les budgets établis par l'entreprise font l'objet du suivi continu en vue d'améliorer sans cesse les performances de l'entreprise

2- Etude théorique de la gestion budgétaire

2. 1- Définition de la gestion budgétaire

La notion de gestion budgétaire peut être comprise comme étant un système qui consiste à établir des budgets et comparer les réalisations avec les prévisions afin de mettre en œuvre des actions correctives.

Pour JEAN LOCHARD, la gestion budgétaire est « *un mode de gestion consistant à traduire en programme d'action chiffrée appelé le budget, les décisions prise par la direction avec la participation des responsables* »¹⁴.

Selon BRIDGITTE D et CHRISTIAN G, la gestion budgétaire « *traduit, au niveau de chaque centre de responsabilité les objectifs en plans d'actions à court terme et exprime les moyens nécessaire à leur réalisation. Il s'agit donc d'élaborer chaque année, des budgets qui sont l'expression monétaire, mois par mois, de ces plans d'action* »¹⁵

D'après ces deux définitions, il ressort que la gestion budgétaire s'articule autour de trois termes essentiels : la prévision, le budget et le contrôle

- **la prévision** : C'est une étape préalable à la prise de décision, elle prend en compte les objectifs et les moyens de l'entreprise.

¹⁴ JEAN LOCHARD, « gestion budgétaire outil de pilotage des managers », Edition Organisation, 1998, page 18.

¹⁵ BRIDGITTE DORIATH et CHRISTIAN GOUGET , gestion prévisionnelle et mesure de la performance, 3eme édition, Paris 2007, page 2

- **le budget** La budgétisation est une prévision chiffrée en volumes et en unités monétaires de tous les éléments correspondant à un programme d'activité déterminé.
- **le contrôle** Le contrôle budgétaire est une comparaison permanente des résultats réels et des prévisions chiffrées.

2. 2- Les objectifs de la gestion budgétaire

L'environnement de l'entreprise est de plus en plus turbulent par conséquent, les managers doivent rationaliser la gestion de leur entreprise.

Les outils de gestion de constatation doivent être accompagnés de techniques de gestion prévisionnelle. Ainsi donc, l'entreprise passe d'une gestion à posteriori vers une gestion à priori.

La gestion budgétaire devient alors une gestion volontariste : Elle se fixe des objectifs du chiffre d'affaires, du résultat souhaité, et se fixe les dépenses pour l'horizon budgétaire à venir.

La gestion budgétaire permet à l'entreprise d'améliorer ses performances et d'éviter les aléas de future. Eclairer les choix et les conséquences attendues des décisions futures. Elle permet également d'orienter les responsables sur les nouvelles actions à entreprendre ».

En somme, la gestion budgétaire est un mode de gestion à court terme qui englobe tous les aspects de l'activité de l'entreprise dans un ensemble cohérent de prévisions chiffrées.

2. 3- Les acteurs de la gestion budgétaire

Conformément au cadre du processus de la gestion budgétaire actuel des hôpitaux, la gestion des opérations financières fait intervenir trois acteurs principaux, à savoir: le sous-ordonnateur, Le contrôleur des engagements de dépenses et le comptable assignataire (ou comptable public)¹⁶.

¹⁶ Décret exécutif n° 93-108 du 5 mai 1993 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des régies de recettes et de dépenses.

a. Le sous-ordonnateur : Il a l'autorité pour engager, constater, liquider ou ordonner le recouvrement d'une créance ou le paiement d'une dette au nom d'un organisme public. C'est la seule personne, à l'intérieur de l'hôpital, qui a le pouvoir d'assumer ces responsabilités. L'ordonnateur prépare le budget de fonctionnement, émet les titres de recettes, engage, liquide et ordonne les dépenses, établit les comptes de l'hôpital et tient la comptabilité budgétaire, la comptabilité matière et une comptabilité relative à la tenue de l'inventaire général du mobilier et du matériel. Actuellement, le directeur de l'hôpital assume le rôle de sous-ordonnateur.

b. Le contrôleur des engagements de dépenses (CED) : Il a comme responsabilité d'assurer un contrôle de régularité budgétaire des propositions d'engagement de dépenses présentées par le sous-ordonnateur(s). Celui-ci intervient préalablement à tout engagement de dépenses.

c. Le comptable assignataire : C'est la personne qui, au nom d'un organisme public, a la qualité pour exécuter des opérations de recettes, des opérations de dépenses et des managements de titres. Il vise les pièces de dépenses et les ordres de recettes émis par l'ordonnateur, assure le recouvrement des ordres de recettes, assure l'encaissement, assure le paiement des dépenses et dresse le compte annuel de gestion. De plus, le comptable assignataire tient une comptabilité et un inventaire général du matériel et du mobilier.

Ces trois acteurs sont personnellement et financièrement responsables de leurs faits et gestes. Ce sont également les trois seules personnes qui ont des responsabilités définies en ce qui a trait à la comptabilisation des opérations des hôpitaux.

2. 4- Rôle de la gestion budgétaire : elle peut être utilisée comme :

✓ **Un instrument de pilotage :**

Le budget apparaît comme l'une des pièces essentielles au bon fonctionnement de l'organisation. Les gestionnaires étant toujours en situation d'information imparfaite, il est impossible de prendre constamment la décision optimale et il faut s'attendre à ce que les résultats effectifs s'écartent des objectifs. Il faut donc, mettre en place une procédure de contrôle par rétroaction des écarts entre les prévisions et les réalisations, afin d'éviter les dérapages. Dans ce cadre, le budget joue un rôle central puisqu'il explicite l'ensemble des

prévisions et des objectifs de l'action quotidienne. Le mécanisme de contrôle budgétaire suppose évidemment l'établissement de prévisions budgétaires.

✓ **Un instrument de simulation**

Très souvent avant d'arrêter le budget définitif, on teste à blanc plusieurs hypothèses, en mesurant l'impact qu'aurait telle ou telle décision sur le résultat prévisionnel. Le budget joue alors le rôle d'un outil d'aide à la décision. Cette fonction de simulation explique la très grande utilité des outils informatiques de type tableur puisque il suffit de changer une donnée pour obtenir une nouvelle version des prévisions budgétaires correspondantes.

✓ **Un instrument de motivation et de prévision des conflits**

L'hôpital constitue souvent un milieu conflictuel au sein duquel se manifeste des oppositions d'intérêts entre différents acteurs : entre la direction et les syndicats, entre les différents services.

Dans cette perspective, la procédure budgétaire permet souvent d'arriver par la négociation à un compromis se présentant comme sorte de contrat entre les diverses parties prenantes. On touche ici aux méthodes du management et à la gestion des ressources humaines. Plus les procédures budgétaires sont décentralisées et participatives, plus le budget apparaît comme un moyen explicite.

2. 5- Caractéristiques de la gestion budgétaire

Les caractéristiques d'un système budgétaire sont:

- **Totalité du système budgétaire** : le budget doit couvrir l'ensemble des activités réalisées par l'hôpital. Il ne doit pas tenir de zones d'ombre, non éclairées par un budget.
- **Superposition du système budgétaire et du système autorité** : les activités faisant l'objet d'une budgétisation coïncide avec le partage des responsabilités dans l'organisation consigné dans l'organigramme. Le budget constitue un préalable à la mesure de performance des acteurs qui requiert la possibilité d'attribution des

responsabilités. Le contrôleur de gestion, dans la perception la plus étendue de sa mission, conçoit et pilote le système d'information de l'entreprise.

- **Préservation de la solidarité nécessaire entre les départements:** l'introduction d'un système de mesure de performance individuelle ne doit pas aller à l'encontre de l'intérêt général. Une dimension transversale doit être préservée afin d'éviter un cloisonnement des services centrés sur la satisfaction de leur intérêt particulier.
- **Couplage du système budgétaire et la politique du personnel :** une politique aussi bien exposée soit-elle par la direction générale nécessite des incitations concrètes à la suivre. La responsabilisation des acteurs ne saurait rester un simple discours mais passe par un système compris, admis, équitable et éventuellement négocié de mesure de performance. L'aspect financier des système sanction / récompenses est souvent utilisé même si un tel comportement des effets pervers
- **Actualisation des prévisions on vue de nouvelles informations :** il ne s'agit pas de corriger en performance le budget en fonction des dérapages mais de prévoir les cas éventuels résultant de modifications majeures des paramètres de budgétisation (fiscalité, données, du marché...).

3- Le contrôle de gestion par les systèmes budgétaires

La gestion budgétaire consiste à optimiser l'utilisation des ressources pour réaliser les objectifs prévus, en tenant compte du fait que les ressources sont toujours limitées et que les emplois correspondants le sont aussi. La gestion budgétaire est une fonction partielle du contrôle de gestion. La gestion budgétaire porte sur le court terme, c'est-à-dire sur une période de 12 à 18 mois. Elle n'est possible que si des objectifs sont définis tant au niveau de l'hôpital que des moindres centres de responsabilité. Le rôle de contrôleur de gestion dans le cadre de la gestion budgétaire peut se définir de la façon suivante :

- ✓ Il doit définir les procédures d'établissement des budgets (logiciel, imprimés, délais, itération, circulation des documents, données statistiques, paramètres économiques, hypothèse d'évolution des masses salariales, d'inflation, etc....) ;

- ✓ Il doit définir ou simplement mettre à jour les procédures de suivi budgétaire (logiciel, imprimé, périodicité, niveau d'information ,etc. ...) ;
- ✓ Il est à la disposition des responsables pour les aider à établir les budgets à partir des prévisions d'activité pour leur centre ;
- ✓ Il met en forme, d'une part, le budget global de l'entreprise (ou de centre de profit) et retourne, souvent avec commentaires, les budgets définitifs aux responsables et, d'autre part, il transmet à la direction financière avec laquelle il est en relation permanente les budgets globalisés ;
- ✓ Il analyse les comptes rendus budgétaires (écarts) en provenance de différentes unités de gestion ;
- ✓ A leur demande (ou de lui-même), il aide les responsables à entreprendre des actions correctives ;
- ✓ Il est la liaison permanente avec les directions fonctionnelles et la direction générale ;
- ✓ Il participe à l'élaboration du système d'information que sont les tableaux de bord.

Section III: Etude de la gestion des ressources financières de l'hôpital public

Le système de gestion des ressources financières an niveau d'un l'hôpital public se base sur la gestion comptable et la gestion budgétaire. C'est deux systèmes permettent d'une part, d'avoir une idée des ressources investies et constitue un outil permettant la maîtrise des coûts et d'aide dans la prise de décisions, d'autre part, on peut noter que les écarts se déterminent uniquement à partir du budget élaboré

1- Gestion comptable

La gestion comptable a pour objectif d'assurer une traçabilité de l'ensemble des opérations financières de l'hôpital. Ainsi, cette procédure s'applique donc à toutes les opérations de recettes quelle que soit la source de financement et de dépenses quelle que soit la destination.

2- Gestion budgétaire

Les procédures budgétaires sont des règles à suivre en matière de gestion du budget. Depuis la phase de son élaboration jusqu'à la phase de contrôle en passant par celle de son exécution.

2. 1- Le budget de l'hôpital public

LAROUSSE définit le budget comme étant « l'état des recettes et des dépenses d'un Etat, ou d'un département ». Le budget d'un secteur hospitalière est une dotation budgétaire allouée par le gouvernement pour son fonctionnement.

En se référant à cette définition, le budget est composé de recettes et de dépense. Dans ce point, nous allons étudier les des deux composantes du budget (recette et dépense).

2. 1. 1- Les recettes

Pendant longtemps, les établissements hospitaliers ont été financés à posteriori à hauteur des coûts engagés pour la production des services. La nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses étant la cause de l'introduction des modes de paiement prospectif, sous la forme de budgets globaux ou de paiement par cas (ou pathologie).

Ce mode de budgétisation a été introduit pour faire face aux problèmes financiers. Il a pour objectifs de :

- ✓ Permettre à toute la population de bénéficier d'un accès aux soins.
- ✓ Faire face au ruptures que connaissent les hôpitaux à cause des retards de paiement de la sécurité sociale et des collectivités locales considérées jusqu'à présent mauvais payeurs; ces retards sont souvent à l'origine de plusieurs dysfonctionnements au niveau de la gestion et le fonctionnement des hôpitaux.

A- La dotation globale

Le mode de financement par budget globale est inspiré de système canadien dit de « Globalisation ». Il permet aux établissements hospitaliers, de bénéficier d'une enveloppe relativement régulière et constante, mais qui évolue chaque année en fonction des besoins de la population et de la tendance générale des prix. Le gestionnaire est censé, par conséquent, concilier entre les recettes qui lui sont accordés et les charges de son établissement.¹⁷

La mise en place de la procédure du budget global a été introduite en Algérie, en 1974, avec l'institutionnalisation de la gratuité des soins. La pratique du budget global s'est substituée, alors, à celle de la tarification au prix de la journée, qui était le mode de financement prédominant avant la promulgation de l'ordonnance du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires publics (de 1962 à 1974).

a- Le Budget primitif

« C'est le budget autorisé par le gouvernement en principe avant le début de l'année, en pratique souvent plusieurs mois après le début de l'année »¹⁸. pour couvrir les dépenses de l'année en cours .

Les crédits autorisés sont limitatifs. Le directeur de l'hôpital n'ayant pas le droit d'engager des dépenses au-delà des autorisations budgétaires.

b- Le budget supplémentaire

« C'est une autorisation de majorer les prévisions de dépenses allouer au budget primitif ». ¹⁹

Le budget complémentaire (additionnel) est une dotation budgétaire qui intervient au cours de l'exercice pour couvrir les dépenses supplémentaires imprévues. Ces dernières doivent être justifiées.

¹⁷ Abou Youcef « Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie » Mémoire de magistère, Université de Bejaia, 2010, page 19.

¹⁸ Cauvin C., Cayaud C., Gestion hospitalière : finance et contrôle de gestion, Economica, Paris, 1990. Page 18

¹⁹ Cauvin C., Cayaud C .op.cit. P.19.

B- Les intérêts de la dotation globale

Mis en place en 1974, le budget global présentait à l'époque les intérêts suivants : d'une part, suite aux problèmes des créances irrécouvrables des hôpitaux pendant la période post indépendance, le ministère de la santé a décidé de supprimer l'ancien système du prix à la journée et de mettre en place ce nouveau mécanisme de financement des structures publique, pour mettre fin à ces créances irrécouvrables envers les patients non indigents et envers les organismes de sécurité sociale, et d'autre part, pour un bon encadrement de la gratuité des soins, mise en œuvre par les pouvoirs publics à partir du premier janvier 1974.

Le budget global incite à la maîtrise des coûts, car le montant de chaque chapitre ne peut pas être modifié durant l'année en cours.

C- Les limites de la dotation globale

A partir de 1973 les hôpitaux et les établissements publics de santé reçoivent, annuellement, un budget qui leur permet de couvrir l'ensemble des prestations de soins qu'ils offrent. L'Etat étant la principale source de financement a coté la sécurité sociale. Le financement se fait d'une manière forfaitaire, il n'est aucunement liés à l'activité réel des établissements, ni même à la qualité des soins prodiguées.

En effet, en tenant en compte des prévisions futures des dépenses du secteur sanitaire public et de la participation budgétaire de la sécurité sociale, l'Etat participe au financement de la santé moyennant une contribution préétablie et fixée d'une manière approximative sans relation ni avec le volume de l'activité de l'hôpital ni même avec le nombre de patient reçus à l'hôpital. L'on supprime alors, l'ancien système de gestion hospitalière basé sur la tarification à l'activité et au prix de la journée. Les établissements ne sont plus, depuis, rémunérés sur la base de leur activité réelle. Le budget global étant, par conséquent, forfaitaire fixé annuellement en fonction des consommations de crédits de paiement des années précédentes et des évolutions futures et prévisionnelles des dépenses des établissements publics de santé.

Les crédits sont répartis par titres, chapitres et articles de dépenses (personnels, formation, alimentation, médicaments, prévention, matériel médical, entretiens des infrastructures, œuvres sociales, recherche médicale et autres dépenses de fonctionnement). Ce type d'allocation de fonds engendre une fixation de la consommation des soins et celle des coûts, sans prise en compte des charges des établissements liées à la prise en charge de patients assurés sociaux.

En plus de fait qu'il est forfaitaire ; non lié à l'activité réelle ; il incite les gestionnaires à consommer tous les crédits qui leur sont alloués, même en période de sous activité, dans la mesure où aucune justification n'est exigée ni en amont ni en aval. L'efficacité de la dépense n'étant plus le but recherché. La formule du budget global ne présente, alors , aucune incitation susceptible d'influer positivement sur le comportement des différents intervenant au niveau des établissements de santé.

La mise en œuvre de cette formule depuis l'instauration de la gratuité des soins, en Algérie, s'est accompagnée « d'une dangereuse mutation d'une logique de gestion à une logique de dépenses...on ne retrouve nulle part une correspondance des ressources aux problèmes de santé prévalent ». en effet, les modalités de détermination du budget, d'une manière forfaitaire, n'obéissent à aucune logique de maîtrise des dépenses de santé.

Le montant de la participation de l'Etat et celle de la sécurité sociale n'est pas fondé sur des chiffre réels relatif à l'activité de dispensation des soins, les crédits de paiements (CP) prévisionnel alloués au secteur de la santé, au titre d'une année, sont déterminés en fonction des crédits de l'année précédentes, compte non tenue du coût réel des maladies enregistrés dans chaque établissement ni même d'un éventuel gain d'efficacité. La dotation est par conséquent non liée au coût réel observé.

La maîtrise comptable, basée sur le budget global risque, également, de rigidifier à terme le système de santé et de déresponsabiliser les gestionnaires des hôpitaux (simple dépensier). Même si ce dispositif permet, à court terme de contenir la croissance des dépenses, il devient, a long terme, un obstacle à une évolution cohérente de l'offre de soins aux besoins de la population. Autrement dit, la contrainte budgétaire annuelle est nécessaire mais elle est, en elle-même, ni une garantie ni une incitation suffisante à l'optimisation pluriannuelle des ressources collectives consacrées à la santé.

Au cours de ces vingt dernières années, les hôpitaux Algériens sont modernisés, mais le mode de financement est resté inchangé. L'augmentation des dépenses de consommables médicaux en Algérie a démontré les limites de ce système :

- Les activités d'un hôpital varient d'une année à une l'autre, mais le budget est figé et ne correspond pas aux activités effectivement réalisées. La dotation allouée est limitée et insuffisante pour permettre à certains hôpitaux d'évoluer. Par conséquent, les structures les plus dynamiques sont freinées tandis que la rente de situation est favorisée.
- Faute des moyens budgétaires suffisants, certains hôpitaux sont contraints de renoncer au progrès technologiques et ne peuvent plus répondre aux besoins de la population. Cela freine la recherche de la performance et de la qualité du service hospitalier.
- L'organisation et le fonctionnement interne des hôpitaux sont en crise, surtout après la mise en place des trente-cinq heures. L'application de la réduction du temps de travail était difficile du fait de la pénurie de personnels médical et soignant.

2. 1. 2- Les dépenses

Les dépenses des établissements publics de santé sont répartie par titres au niveau de la tutelle et par chapitres et articles au niveau local (administration de l'établissement de santé), selon la nomenclature budgétaire.

Cette nomenclature détaille la nature de chaque dépense à partir de la répartition du budget global de l'hôpital public.

Le tableau suivant représente l'évolution et la nature des dépenses des établissements de santé (EPSP, EHS et CHU) de 2006 à 2009 en millions de DA.

Tableaux n° 3 : évolution et nature des dépenses des établissements de santé (EPSP, EHS et CHU) de 2006 à 2009 en millions de DA.

RUBRIQUES	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Personnel	66476	59,69	80211	55,26	106767	55,07	112578	52,98
Formation	2 560	2,30	3 241	2,23	5 825	3	8 000	3,76
Alimentation	3 200	2,87	3 469	2,39	5 109	2,64	6 530	3,07
Médicaments	19600	17,60	30036	20,69	40 124	20,69	44498	20,94
Prévention	3 400	3,05	3 327	2,29	4 921	2,54	8 000	3,76
Matériel médical	5 000	4,49	9 500	6,55	9 937	5,13	10 000	4,70
Entretien infrastructures	3 622	3,25	5 153	3,55	7 748	3,86	8 500	4,00
Autres dépenses fonctionnement	5 768	5,18	8 455	5,83	11 957	6,17	12 500	5,88
Œuvre sociales	1 689	1,52	1 701	1,17	1 720	0,89	1 808	0,85
Recherches Médicales	45	0,04	48	0,03	50	0,03	50	0,02
Total	111361	100	145145	100	193890	100	212464	100

Source : Données du Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière 2009.

Dans le cadre des activités d'un hôpital public, les dépenses sont catégorisées comme suit:²⁰

Dépenses du personnel: la structure et l'évolution des dépenses de fonctionnement des établissements public de santé montre que la plus grande part de ce budget va à la rémunération du personnel. Ces dépenses représentent environ 59% en 2006 et 55% en 2009 des dépenses totales alloués à ces établissements.

²⁰ MSPRH, évolution et structure des dépenses de fonctionnement des établissements public de santé (EPSP, EHS, CHU), 2009



Dépenses d'alimentation: elles représentent le mentent global des produits alimentaires consommés par les malades , ceux consommés par le personnel de garde et ceux consommés par d'autres titres (collation des donneurs de sang pour les établissements dotés de Centre de Transfusion Sanguine (CTS), repas servie aux membre de jurys d'examens, ets). Cette dépense a enregistré un total de 2,3% en 2006 et 3% des dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé en 2009.

Dépense du pharmacie : elle représentent la deuxième part la plus importante du budget du l'établissement public de santé après celles personnel. Ces dépenses concernent l'achat des médicaments, gaz médicaux et autres produits médicaux qui sont nécessaires au fonctionnement des activités médicales. Près de 19,6% des dépenses de fonctionnement des établissements public de santé en 2006 et 20,9% en 2009 sont consacré à l'achat des produits pharmaceutiques

Dépenses de formation: elles présentent une part très minime du budget global, car seulement 2,6% des dépenses de fonctionnement des établissements public de santé en 2006 et 3,7% en 2009 sont attribuées à la formation.

Cette faible part s'explique par la quasi-inexistence des plans de formation. Le budget du titre II est imputé en principal aux recyclages de courte durée et à la formation en vue d'une promotion.

Dépenses de préventions: l'action spécifique à la prévention est lésée par les pouvoirs centraux qui ne lui attribuent que 3,05 % du budget global en 2006 et 3,7% en 2009. Ce faible pourcentage reflète la politique des pouvoirs publics qui négligent le segment prévention alors qu'il est le moins coûteux que celui de la guérison.

Dépenses de fournitures diverses (matériels et outillage): ce titre ne représente une petite part de la dépense totale de fonctionnement des établissements public de santé, elle a enregistré 4,49% en 2006 et 4,7% en 2009.

Dépenses de l'entretien des infrastructures sanitaire : elles a représenté 3,25% en 2006 % et 4% en 2009 du budget global des établissements publics de santé. Elles concernent en grande partie l'achat des matériaux de construction.

Autres dépenses de fonctionnement: elles viennent en troisième position après celle des titres I et IV, cette dépense représente 5,18% en 2006 et 5,88% en 2009 de la dépense globale des établissements publics de santé, ces dépenses concernent essentiellement les frais de gestion, les fournitures matérielles mobilières et petit outillage ainsi que le paiement de certains fournisseurs tel que la SONALGAZ.

Dépenses des œuvres sociales : cette dotation est médiocre par rapport à l'importance du personnel du secteur sanitaire, car elles ont représenté 1,52% seulement des dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé en 2006 et 0,84% en 2009, réservées pour couvrir l'intégralité des œuvres sociales.

Dépenses de la recherche scientifique : l'action de la recherche est une spécificité qui existe uniquement au niveau des CHU. Elle représente 0,04% des dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé en 2006 et 0,02% en 2009. Cette très petite part reflète la marginalisation du domaine de la recherche scientifique en Algérie.

3- Présentation du processus budgétaire

Dans le but d'assurer un meilleur pilotage, toute organisation doit élaborer des prévisions budgétaires. Ces dernières vont permettre de savoir si l'organisation dispose de ce dont elle a besoin pour réaliser ses objectifs.

Au cours de ce point, nous allons traiter et étudier la procédure de prévision budgétaire dans une organisation puis nous passons à celle des hôpitaux.

3. 1- La prévision budgétaire

La phase de planification ou prévision budgétaire concerne la préparation et la détermination du budget de fonctionnement de l'organisation. Elle doit assurer la prestation de services aux usagers, l'équilibre budgétaire et financier (équilibre entre les dépenses et les recettes), ainsi qu'une participation active et une implication des gestionnaires de l'organisation²¹.

²¹ Service des normes et pratiques de gestion : « guide explicatif d'un processus de budgétisation », Québec, 18/12/2000.

L'organisation doit générer une information suffisamment détaillée pour permettre aux cadres de préparer adéquatement leurs prévisions budgétaires.

Au cours de chaque année, l'hôpital élabore son budget prévisionnel de l'année suivante ($n + 1$) et passe par les étapes suivantes :

a- La négociation avec les chefs de services pour définir les objectifs à atteindre en termes d'activités, de recettes, de consommation de produits pharmaceutiques et de coûts moyens. Cette négociation est faite sur la base de l'analyse statistique de l'année ($n-1$), et les résultats sont notés sur les fiches de contrats d'objectifs (fiches sur lesquelles sont inscrits les objectifs visés) élaborées à cet effet. Ces fiches sont signées conjointement par le directeur de l'hôpital et les chefs de services ;

b- La préparation de l'avant-projet de budget par le directeur de l'hôpital, avec l'appui du service administratif et financier ;

c- La soumission de l'avant-projet de budget au Conseil Médical Consultatif pour avis et amendements ;

d- La présentation de l'avant-projet de budget au conseil d'administration, en vue de son acceptation ;

e- La transmission de l'avant-projet au Ministère des Finances et au Ministère de la Santé.

f- L'élaboration du budget primitif ou prévisionnel obéit aux principes fondamentaux qui régissent la comptabilité publique, à savoir : les principes de l'annualité, de l'unicité, de l'universalité, de la spécialisation des crédits et de l'équilibre budgétaire.

Selon le principe de l'annualité, le budget hospitalier doit être annuel. Il commence le 1er janvier pour prendre fin le 31 décembre.

Le principe de l'unicité signifie que le budget, soumis à l'autorité délibérante ou, consultative (Comité d'Administration ou Consultatif), doit être présenté dans un document unique.

A travers le principe de l'universalité, le budget prévisionnel doit reposer sur deux règles: le produit brut et la non affectation.

- ✚ La règle du produit brut signifie que les « recettes » et les « dépenses » doivent figurer au budget pour leur montant intégral. Les contractions sont donc formellement interdites.
- ✚ La règle de la non affectation des recettes signifie qu'il est formellement interdit d'affecter certaines recettes à la couverture de certaines dépenses. Toutes les recettes doivent être inscrites au budget et permettre de couvrir indistinctement les dépenses.

Selon le principe de la spécialisation des crédits, une fois le budget élaboré, dans son exécution, le crédit prévu sur un compte ne peut servir à un autre compte sans une décision modificative.

Le principe de l'équilibre budgétaire signifie que dans l'élaboration des prévisions budgétaires, le montant total des recettes doit être égal au montant total des dépenses

3. 1. 1- Les objectifs de la prévision budgétaire

La prévision budgétaire sert à :

- ✓ Faire un diagnostic du futur : Le budget permet d'établir de façon structurée les données prévisionnelles pour les activités futures.
- ✓ Orienter les décisions : Le budget permet de répartir les ressources en fonction des activités prioritaires.
- ✓ Rechercher des fonds : Le fait que l'élaboration du budget permet de diagnostiquer et de structurer le futur et de valoriser l'organisation, cela permet à celle-ci de chercher à l'avance des fonds pour assurer son bon fonctionnement.

Le budget est l'outil privilégié par les bailleurs de fonds lors de l'analyse des demandes de subvention et lors du contrôle des dépenses engagées. Il permet aux organismes subventionnaires (par exemple, pour les hôpitaux : la sécurité sociale et l'Etat) de distribuer les fonds en fonction des demandes quantifiées et d'effectuer un contrôle des dépenses en fonction des conditions exigées. Par exemple, lors d'une demande de subvention aux immobilisations, le gouvernement exigera que les dépenses réelles soient présentées pour que celui-ci s'assure de l'utilisation adéquate de la subvention.

3. 2- Exécution du budget de l'hôpital

L'exécution du budget d'un hôpital se fait à moyens constants consiste à ouvrir les coûts permettant de réaliser le même niveau d'activité qu'en l'année n-1 ;

3. 3. 1- Mobilisation des ressources

Le principe de budgétisation consiste exclusivement à ouvrirai des crédit devant couvrir les dépenses de fonctionnement des structures sanitaires.

La budgétisation a été introduite pour faire face aux problèmes financiers, elle a pour objectifs de :

- ✓ Permettre à toute la population de bénéficier d'un accès aux soins.
- ✓ Faire face au malaise que connaissent les hôpitaux à cause des retards de paiement de la sécurité social et des collectivités locales; Ces retards sont souvent à l'origine de plusieurs perturbations au niveaux de la gestion et le fonctionnement des hôpitaux.

Les recettes des structures sanitaires sont fixé par l'arrêté interministériel du 20 avril 1999 relatif à la nomenclature budgétaire des centres hospitalo-universitaires, des secteurs sanitaires et des établissement hospitalières spécialises.

Cette nomenclature fixe la recette des établissements publics hospitalières en quatre titres

Titre I : participation de l'état

La subvention de l'État correspond au budget qui est annuellement alloué à l'hôpital afin de couvrir une partie des dépenses de ses activités. Cette subvention est un montant connu et qui fait l'objet d'une comptabilisation de la part du comptable assignataire. Cependant, elle ne fait pas l'objet d'une comptabilisation à titre de revenus en cours d'année car les hôpitaux vont plutôt s'attarder à suivre les dépenses en fonction des plafonds déterminés lors de l'adoption du budget annuel.

Titre II : Participation des Organismes de Sécurité Sociales

Elles ont pour objet de couvrir les frais médicaux et d'octroyer un revenu de remplacement au travailleurs salariés obligé d'arrêter leur travail pour cause de maladie ou d'accident autre qu'un accident du travail.

Titre III : Recettes provenant de la caisse nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) au titre des prestations régies par conventions

- * Remboursement de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS) régies par conventions.
- * Recettes provenant de la (CNAS) pour les soins spécialisés de haut niveau.
(Services conventionnés)

Titre IV : autres ressources

elle parviennent de :

- * Participation du personnel aux dépenses d'alimentation
- * Participation de l'Office National des Œuvres Universitaires (ONOU) aux dépenses de restauration des étudiants
- * Participation des étudiants et stagiaires aux dépenses d'alimentation
- * Vente de déchets et de matériel réformé

3. 3. 2- Exécution des dépenses

La revue des textes concernant les dépenses permet de faire ressortir un certain nombre de points majeurs :

- ✓ Les dépenses pouvant être ordonnancées sont celles adoptées par le budget selon la Loi de finances de l'année concernée ;
- ✓ Les dépenses doivent être prévues au budget et conformes aux lois et règlements ;
- ✓ Toutes les dépenses doivent être engagées, liquidées et ordonnancées ;
- ✓ Toutes les propositions d'engagement de dépenses sont soumises au visa (ou certification) préalable du Contrôleur des Engagements de Dépenses (CED) ;
- ✓ Les dépenses sont prises en compte dans l'année civile au cours de laquelle les ordonnances ou mandats sont visés ;
- ✓ Les comptables publics (assignataires) sont seuls chargés du paiement des dépenses.

Les processus qui permettront d'assurer la gestion des dépenses devront:

- * Assurer la comptabilisation de l'intégralité des dépenses quelque soit leur nature ou leur forme (numéraire ou nature).
- * Accorder une certaine flexibilité à l'hôpital dans l'exécution des dépenses compte tenu qu'il n'est pas possible de prévoir, en début d'année, toutes les dépenses qui peuvent s'avérer nécessaires de réaliser en cours d'année.
- * Formaliser le suivi des comptes fournisseurs (à payer) par l'hôpital.
- * Instaurer une régie de dépenses à l'hôpital.

3. 4- Le contrôle du budget de l'hôpital

Le suivi de la gestion des recettes constitue un élément fondamental dans l'équilibre budgétaire des établissements de santé.

3. 4. 1- Production de rapport

Dépendamment du calendrier des périodes financières retenues, il sera nécessaire d'élaborer divers rapports financiers et comptables en vue de répondre aux divers besoins de gestion autant pour les utilisateurs internes que les utilisateurs externes. En effet, les besoins de la direction de l'hôpital sont quelques peu différents des gestionnaires de service. Dans le même ordre d'idée, les besoins des autorités provinciales et/ou nationales sont axés vers d'autres objets de gestion.

3. 4. 2- Évolution périodique

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

3. 4. 3- Interprétation des résultats

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

Conclusion

Nous avons présenté dans ce chapitre les fondements et les principes de contrôle de gestion hospitalier en général et ceux de la gestion budgétaire en particulier. Nous avons pu expliquer qu'un rôle croissant est attribué au contrôle de gestion en milieu hospitalier. L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital constitue une évolution considérable incitant les responsables hospitaliers à développer des outils de pilotage interne au niveau de leurs structures (comptabilité analytique hospitalière, gestion budgétaire...etc.).

L'objectif principal d'un établissement hospitalier à l'instar des autres structures sanitaires est la couverture des besoins sanitaires de la population. Pour y parvenir, il est maintenu d'assurer une gestion efficace de ses ressources financières afin de garantir son équilibre budgétaire. En outre, l'analyse du budget de l'hôpital nous a permis de mettre en évidence les évolutions structurelle, et budgétaire de ces structure.

Le gestion de budget de l'hôpital public est caractérisé par une centralisation au niveaux du ministère. Cette situation n'accorde pas l'autonomie de gestion financière au responsables hospitaliers, le gestionnaire d'un centre hospitalier est défini comme un dépensier, car il dépense le budget allouer à l'établissement sans dépasser les limites de chaque titre de ce budget.

Chapitre III

**Essai d'analyse du système de gestion
budgétaire du centre hospitalo-universitaire
Khelil Amrane de Bejaia**

**Chapitre III : Essai d'analyse du système de gestion budgétaire du centre hospitalo-
universitaire Khalil Amrane de Bejaia**

Introduction

Le CHU Khalil Amrane de Béjaia a été créée suite à la création de la faculté de médecine et afin de répondre à la demande croissante de la population de la wilaya et des régions avoisinantes. Cette établissement hospitalier, comme c'est le cas de tous les établissements de santé publique, est confronté à plusieurs problèmes, dus essentiellement à des problèmes purement financiers.

L'objet du présent chapitre est d'analyser le système de gestion budgétaire en vigueur actuellement dans l'hôpital public, et ce à travers une étude de cas au niveau du CHU de Béjaia. L'objectif étant de faire un diagnostic des insuffisances minant actuellement le système de gestion des recettes et des dépenses hospitalières, et qui influent négativement sur la productivité du personnel hospitalier et la qualité des services de soin.

Premièrement, nous allons présenter le CHU Khalil Amrane de Bejaia, sur le quelle se fonde notre étude, sa structure ses missions et ses services . Ensuite, nous allons situer les différentes étapes de la gestion budgétaire à savoir les prévision, la répartition des recettes et l'exécution des dépenses Ensuite, nous entamerons une analyse de l'évolution des dépenses globales du CHU de Bejaia.

**Section I- Présentation du l'organisme d'accueil : le Centre Hospitalo-universitaire
de Bejaia**

Actuellement l'hôpital Khalil Amrane de Bejaia est en phase de transition, ce dernier qui fut un établissement public hospitalier (EPH) deviendra un centre hospitalo-universitaire (CHU). Cette transition va engendrer un total changement administratif et fonctionnel

1- Historique de CHU de Béjaia

Le secteur sanitaire est, conformément à l'article n°9 de décret exécutif n°81-242 du 05/09/1981, administré par un conseil de direction et dirigé par un directeur, appuyé par un conseil médical .

Le secteur sanitaire de Bejaia comprend plusieurs structures de santé, parmi celles-ci il y a l'hôpital Khalil Amrane.

Le secteur sanitaire de Bejaia s'étale sur une superficie de 460,65 Km² .Il assure une couverture sanitaire aux 240.258 habitants des sept(07) communes suivantes :Bejaia, Ouedghir, tichy, Tala hamza, Boukhelifa, Aokas, et Tizi-nberber. Le secteur est géré par la direction de l'hôpital Khelil Amrane, situé au chef-lieu de la commune de Bejaia.

L'établissement public à caractère administratif, le secteur sanitaire de Bejaia est doté d'un budget de fonctionnement et d'une autonomie de gestion.

Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de l'hôpital Khelil Amrane, le secteur sanitaire de Bejaia n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz fanon, hérités de la période coloniale.

En 2011, l'hôpital Khelil Amrane est devenu le siège du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaia. La création de ce dernier fait suit a la création de la faculté de médecine¹. Le secteur sanitaire dispose des structures suivantes :

- **01** hôpital chef-lieu ;
- **02** hôpitaux annexes ;
- **01** polyclinique avec maternité ;

¹ décret exécutif n°09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires

- **01** maternité urbain ;
- **03** polycliniques ;
- **01** laboratoire d'hygiène ;
- **04** centres de santé avec maternité ;
- **01** clinique dentaire ;
- **01** maison de diabétique ;
- **01** centre de contrôle sanitaire aux frontières ;
- **01** unité de dépistage et de suivi (UDS) ;
- **01** centre de transfusion sanguine (CTS) ;
- **30** unités de soins ;
- **01** école paramédical

2- Mission de CHU de Bejaia

Conformément à l'article 5 du décret exécutif N°97-466 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux, l'hôpital a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Plus concrètement, il a pour tâche de :

- Assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins ;
- Mettre en œuvre les activités de prévention, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- Assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale.
- Appliquer les programmes nationaux et locaux de santé et de population.
- Contribuer au recyclage et au perfectionnement du personnel des services de santé.

3. Organigramme du CHU de Bejaia

Nous présenterons ici tous les services du CHU Khelil Amrane de Béjaia à travers l'organigramme général de CHU. Signalons qu'il est présenté au niveau de l'annexe N°1.

3.1- Mission des différents services de CHU de Bejaia

L'hôpital Khalil Amrane de Bejaia (CHU) comprend une direction générale, un secrétariat général et quatre directions. Chaque direction comprend des sous directions et des bureaux.

La direction générale est chargée d'assurer la gestion de l'hôpital, elle représente l'hôpital auprès des instances civiles, judiciaires et administratives.

Le secrétariat général est chargé de gérer les différentes sous directions et les différents bureaux. C'est lui qui recolte et transmet les informations à la direction générale.

Le CHU est composé de différentes directions et sous directions :

3. 1. 1- La direction des ressources humaines

La direction des ressources humaines comporte deux sous directions : la sous-direction des personnels et la sous-direction de la formation et de la documentation.

Elle a pour mission de :

- a. Définir les besoins qualitatifs et quantitatifs en vue d'élaborer des plans annuels et pluriannuels de recrutements des personnels.
- b. Maitriser les effectifs et les coûts.
- c. Mettre en place des programmes de développement des carrières, afin d'assurer la gestion des carrières des personnels conformément à la réglementation en vigueur.
- d. Assurer une répartition judicieuse des personnels entre les services et veiller à leur utilisation judicieuse.
- e. Harmoniser l'évaluation automatique et statutaire des carrières (avancement et promotions) avec la situation prévisible ou réelle de l'organisme (postes vacants, emplois nouveaux, nouvelles qualifications).
- f. Intégrer la politique du personnel à la politique de l'hôpital et celle des pouvoirs publics.

3. 1. 2. La direction des finances et du contrôle

Elle a été créée par l'arrêté interministériel du 26/04/98 fixant l'organisation administrative des CHU. La direction des finances comprend :

3. 1. 2. 1. La sous-direction des finances.

Elle comporte les bureaux suivants.

a- Le bureau du budget et de la comptabilité : Il est chargé des missions de :

- Etablir les prévisions budgétaires ;
- Repartir par chapitres et par parties, les crédits alloués par titre, par le ministère de la santé ;
- Faire adopter par le conseil d'administration le projet réparti et le faire approuver par le ministère de la tutelle ;
- Assurer le suivi de l'exécution du budget à travers la comptabilité des engagements et des paiements ;
- Confectionner les situations budgétaires périodiques (mensuelles et trimestrielles), faisant ressortir les crédits, les engagements, les budgets, les mandatement et les paiements par article du budget ;
- Tenir un fichier fournisseur, renouvelables tous les ans ;
- Suivre les paiements en marches ;
- Produire le compte administratif après la clôture de chaque année budgétaire, dont une copie est transmise à la cour des comptes au plus tard, le 30 juin de l'année suivante.

b- Le bureau de recettes et des caisses :

Il a pour mission de prendre en charge par le biais de la régie et des différentes sous-régies, l'ensemble des recettes réalisées par l'établissement. Celles-ci provenant de :

- ✚ L'Etat.
- ✚ La CNAS dans leurs participations au budget des établissements de santé ;
- ✚ Des ressources propres de l'établissement constituées par :

- La contribution des patients aux consultations et aux frais de restauration et d'hôtellerie (ticket modérateur) ;

- Les remboursements des caisses d'assurances, des séances de dialyse prodiguée aux malades concernés par cette pathologie ;

- Les prestations assurées dans le cadre de la médecine du travail ;

- Les prestations assurées aux profils des établissements privé liées avec le CHU par une convention, telle que la fourniture des produits sanguins et l'incinération des déchets hospitaliers

. d'assurer le paiement en espèce de certaines dépenses revêtant un caractère exceptionnel, voir urgent ;

. consigner l'ensemble de ces recettes.

3. 1. 2. 2- Sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts

Cette sous-direction est créée en vertu de l'arrêté interministériel du 26 avril 1998, portant sur l'organisation des centres hospitalo-universitaires. Elle est rattachée à la direction des finances et du contrôle.

La mise en place de cette fonction calcul des coûts intervient dans le cadre des réformes engagées dans le secteur de la santé par les pouvoirs publics.

Son organisation selon l'arrêté interministériel suscitée, la sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts est composée de deux (02) bureaux à savoir : le bureau de la maîtrise des coûts, le bureau de la facturation.

a- Le bureau de la maîtrise des coûts

Il est chargé essentiellement de :

- Calculer le coût global des activités pratiquées par les services hospitaliers.
- Déterminer le coût par unité d'œuvre (journée d'hospitalisation, consultation, séance de dialyse, examen...) et par service selon le découpage de l'établissement en centres des responsabilités.

- Recueillir les données relatives à l'activité des différents services(hospitalisation, examens biologiques et radiologiques, séances de dialyse, consultation, etc.)
- Elaborer les rapports trimestriels et annuels relatifs au calcul des coûts détaillés par service et par rubrique de dépense selon le guide méthodologique élaboré par commission ad-hoc.
- Effectuer des études et analyses des données et résultats relatifs aux services afin de donner d'éventuelles explication ou éclaircissement, notamment en ce qui concerne l'évolution des dépenses d'un service donnée d'une période à une autre.

Le bureau de la maîtrise des coûts est chargé notamment de :

- Recueillir les données relatives aux actes et prestations prodiguées aux malades hospitalisés sur la base de la fiche navette .
- Contrôler la tenue correcte et régulière de la fiche navette dans les services d'hospitalisations afin de permettre une meilleure évaluation de l'activité et éventuellement de la qualité des soins ou de la prise en charge des malades ;
- Etablir des décomptes des frais d'hospitalisations afin individualisés à la sortie du malade hospitalisé ;
- Déterminer éventuellement la part qui revient à chaque partie concernée, à savoir le malade lui-même, la caisse d'assurance, les mutuelles, l'Etat...etc.

Les objectifs de l'introduction du calcul des coûts

- Maîtriser les dépenses d'établissement de santé ;
- Aider les responsables à la prise de décision et à l'élaboration des budgets prévisionnels ;
- Mesurer la performance des services ;
- Evaluer l'efficacité et l'efficience d'une stratégie, d'un programme en décision en matière de santé au sein d'un établissement hospitalier ;
- Créer un tableau de bord contenant des indicateurs aidant les responsables d'établissements quant à l'utilisation rationnelle des moyens à la disposition de l'hôpital.

Comment calculer le coût d'une unité d'œuvre ?

Il est obtenu par la division de l'ensemble des charges d'un service donné, qu'elles soient directes ou indirectes, sur le nombre des unités d'œuvre produites(activité) par le même service et concernant une période bien déterminée(mois, trimestre, semestre, année).

La méthode choisie pour obtenir les coûts est celle du calcul des coûts par la méthode des section homogènes . Elle concerne tous les établissements de santé(CHU, EHS, SS). Elle a pour objectif le détermination d'un coût complet par service, comprenant d'une part, les charges directes propre à ce service et d'autre part, d'une quote-part des charges globales indirectes de l'établissement. Cette quote-part est calculée sur la base de « clés de répartition »

Le calcul des coûts dans les établissements de santé constitue aujourd'hui un outil indispensable pour assurer une bonne gestion des ressources allouées et un meilleur fonctionnement des services de santé.

3. 1. 3- La direction des moyens matériels

Elle est considérée comme la direction la plus importante vues le champ aussi vaste de son intervention. C'est elle qui s'occupe de recueillir tous les besoins du CHU en matière d'équipements matériels et produits. Elle est chargée de l'approvisionnement et de la gestion des différents magasins et les moyens concernant l'alimentation la maintenance et l'hygiène, comme elle effectue le suivi des travaux et projet de construction et d'entretien et rénovation des structures de la maintenance des équipements. En matière de soins, elle s'occupe de l'acquisition des équipements médicaux, des produits pharmaceutiques et des réactifs et autres consommables. Elle est chargé aussi de préparer les documents et les dossiers relatifs aux conventions et marchés. Cette direction comprend :

3. 1. 3. 1- La sous-direction des services économiques

La sous-direction des services économiques comporte les bureaux suivant :

- Bureau des approvisionnements ;
- Bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des reformes ;
- Bureau de la restauration et de l'hôtellerie .

3. 1. 3. 2- La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable

Elle comporte les bureaux suivants :

- Bureau des produits pharmaceutiques ;
- Bureau de l'instrumentation.

3. 1. 3. 3- La sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance

Elle comporte les bureaux suivants :

- Bureau des infrastructures ;
- Bureau des équipements ;
- Bureau de la maintenance.

3. 1. 4- La direction des activités médicales et paramédicales

Cette direction est composée de trois (03) sous directions : chaque sous direction est composée de différents bureaux, ils ont pour tâches :

- . L'accueil et l'admissions des malades ;
- . La tenue et l'exploitation des divers registres (état civil, comptabilité des journées d'hospitalisations, mouvement des malades...) ;
- . Prise en charge des cas sociaux et des malades hospitalisés nécessitant une prise en charge à l'étranger par les assistantes sociales.
- . Recensement mensuel du relevé de toutes les activités médicochirurgicales des services, ainsi que celles d'exploitation (biologie, imagerie médicale) ;
- . Faire une exploitation trimestrielle, et annuelle des activités qui sont adressées à la direction de la santé de wilaya et au MSPRH.
- . Il prend en charge les étudiants en médecine, en collaboration avec les départements respectifs de la faculté de médecine de l'université ;
- . Il s'occupe du suivi des gardes telles qu'elles sont organisées par les chefs des différents services



3. 2- présentation de l'activité des différents services de soins de CHU

Le CHU de Bejaia comprend 429 lits réparties en fonction des 16 services d'hospitalisations qui sont dotés de 170 personnels médical et 435 personnels paramédical. Pour maximiser l'activité de ses services, le CHU de Bejaia dispose d'un personnel administratif qui est de 458 employés

L'activité des différents services de soins de CHU est représenté dans le tableau suivant :

Tableau n°4 : Activité des services d'hospitalisation au niveau du CHU de Béjaia.

Sections	N^{bre} de lits	N^{bre} de malades admis	N^{bre} de journées d'hospitalisation
Réanimation	10	353	2301
Med. Interne	56	1616	12799
Pédiatrie	28	1139	4847
Chi. Orthopédie	32	1290	5493
Neuro-Chi	32	526	3252
Chi. Viscérale	56	1667	7390
O.R .L.	12	683	1490
Maxillo Facial	10	362	1221
Ophtalmologie	16	698	1525
Psychiatrie	26	314	5858
Néphrologie	16	367	2787
Service d'infectieux	14	272	1789
Phtisiologie	32	825	3309
Maternité	34	9502	17236
Gynécologie	38	4529	11110
Néonatalogie	17	1513	6883
TOTAL	429	25 656	89290

Source : réalisé par nos sois a partir des données de CHU Khelil Amerane

Le tableau n°4 représentent le nombre total des patients admis au différents services d'hospitalisation au niveau du CHU de Béjaia durant l'année 2012, l'effectif total de ces patients qui est de 22 656 sont affectés selon leurs maladie par les médecins, ces données sont recueillis dans un document utiliser dans le CHU appeler « le CANVA ».

D'après ce tableau, le nombre total de journées d'hospitalisation dans les services est de 89 290 jours dont 12 799 jours concernant l'hospitalisation au service Médecine Interne, 17236 au service maternité et 11 110 journée d'hospitalisation au service Gynécologie

Section II : Le processus de la gestion budgétaire au niveau du CHU de Béjaia

Le processus de la gestion du budget de fonctionnement au niveau du centre hospitalo-universitaire de Béjaia connaît plusieurs étapes à savoir : les prévisions budgétaires, la dotation primitive, la dotation complémentaire. Dans cette section, nous allons nous intéresser en particulier à l'exercice budgétaire de l'année 2012.

1- Elaboration du budget de l'hôpital

Au cours de premier trimestre de l'année 2011, les responsables du CHU de Béjaia élaborent le budget prévisionnel de l'année 2012. Ce dernier passe par les étapes suivantes :

- La négociation avec les chefs de services pour définir les objectifs à atteindre en termes d'activités, de recettes, de consommation de produits pharmaceutiques et de coûts moyens. Cette négociation est faite sur la base de l'analyse statistique de l'année 2011, et les résultats sont notés sur les fiches de contrats d'objectifs (fiches sur lesquelles sont inscrits les objectifs visés) élaborées à cet effet. Ces fiches sont signées conjointement par le directeur de l'hôpital et les chefs de services ;
- la préparation de l'avant-projet de budget par le directeur de l'hôpital, avec l'appui du service administratif et financier ;
- la soumission de l'avant-projet de budget au Conseil Médical Consultatif pour avis et amendements ;
- la présentation de l'avant-projet de budget au Conseil d'Administration, en vue de son acceptation ;
- la transmission de l'avant-projet au Ministère des Finances et au MSPRH.

Tableau n°5 : L'état des prévisions budgétaires de l'année 2012 par titre de dépenses

NATURE DES DEPENSES	CREDITS ALLOUES AU TITRE DU BUDGET DE L'EXERCICE 2011	CREDITS BUDGETAIRES SOLLICITES AU TITRE DE L'ANNEE 2012	ECARTS	
<u>Titre I:</u> Dépenses du personnel	1 496 000 000,00	1 374 500 000,00	(--)	121 500 000,00
<u>Titre II:</u> Dépenses de formation	4 000 000,00	25 000 000,00	(+)	21 000 000,00
<u>Titre III:</u> Dépenses D'alimentation	58 000 000,00	90 000 000,00	(+)	32 000 000,00
<u>Titre IV:</u> Médicaments et autres produits à usage médical	400 000 000,00	600 000 000,00	(+)	200 000 000,00
<u>Titre V:</u> Dépenses d'actions spécifiques de prévention	24 100 000,00	35 000 000,00	(+)	10 900 000,00
<u>Titre VI:</u> Matériel et outillage médicaux	100 000 000,00	500 000 000,00	(+)	400 000 000,00
<u>Titre VII:</u> Entretien des infrastructures sanitaires	80 000 000,00	300 000 000,00	(+)	220 000 000,00
<u>Titre VIII:</u> Autres dépenses de fonctionnement	85 000 000,00	100 000 000,00	(+)	15 000 000,00
<u>Titre IX:</u> Œuvres sociales	11 000 000,00	20 000 000,00	(+)	9 000 000,00
<u>Titre X:</u> Dépenses de recherche médicale	0	0	//	0
TOTAL DES DEPENSES	2 258 100 000,00	3 044 500 000,00	(+)	786 400 000,00

Source : réalisé par nos sois a partir des données de CHU Khelil Amrane

A partir du tableau suivant nous constatons que les grands écarts entre le budget de l'année 2011 et les prévisions de 2012 concernent le Titre VI: Matériel et outillage médicaux le Titre VII: Entretien des infrastructures sanitaires et le Titre IV: Médicaments et autres produits à usage médical, cela est justifier par :

l'ouverture de nouveaux services médicaux dans le cadre de la mise en œuvre de l'arrêté portant création des services et unités du C.H.U de Bejaïa: Service des maladies infectieuses, la neurochirurgie, le rattachement du SAMU 06 au C.H.U de Bejaïa par décision du MSPRH.

Les structures constituant le C.H.U de Bejaïa doivent subir une normalisation pour répondre aux critères de fonctionnement d'un établissement hospitalo-universitaire devant assurer des soins hautement qualifiés c'est pourquoi il est nécessaire De renouveler des équipements médicaux existants pour la majorité obsolète.

La nécessité des travaux d'électricité, de plomberie, de maçonnerie, de peinture ... ets de tous les services d'hospitalisation et des autres locaux.

Le CHU de Béjaia n'a pas prévu un budget pour le Titre X: Dépenses de recherche médicale vu qu'il est toujours dans une phase de transition.

2- Les recettes de l'hôpital Khalil Amrane de Bejaia

Les recettes de budget du centre hospitalo-universitaire de Bejaia proviennent de plusieurs sources, à savoir l'Etat, les organismes de la sécurité sociale et les autres ressources représentées par les remboursements de la CNAS au titre des prestations régies par convention, les reliquats des exercices antérieurs et les ressources propres de l'établissement.

2. 1- La dotation primitive

C'est un budget autorisé pour le centre hospitalo-universitaire de Béjaia en principe avant le début de l'année pour couvrir les dépenses de l'année en cours, mais en pratique, la plus part du temps après quelques mois de début de l'année.

Le tableau suivant illustre la contribution de chaque source au titre de l'exercice 2012

Tableau n°6 : Les recettes de CHU Khalil Amrane pour l'exerce 2012

DISIGNATION	MONTANT	POUCENTAGE (%)
Participation de l'Etat	1 462 850 000,00	74,08 %
Autres organisme (la sécurité sociale)	500 000 000,00	25,32 %
Autres ressources	11 640 211,83	0,59 %
Reste à recouvrer	69 112,60	0,01 %
T O T A L	1 974 559 324,43	100,00 %

Source : Réalisé par nos sois à partir des données de CHU Khelil Amerane de Bejaia

A partir de ce tableau nous remarquons que la part du budget de l'état est la plus importante (74,08 %), Vient en suite en deuxième position la sécurité sociale qui couvre (25,32 %) du totale des recettes . Quant au autres ressources, elles ne couvrent qu'un faible pourcentage qui est d'ordre de (0,59 %). En dernière position, vient le reste à recouvrir qui couvre que (0,01 %). Nous constatons aussi, que les recettes provenant de la caisse nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) au titre des prestations régies par conventions n'a enregistré aucune couverture.

2.2- Le budget complémentaire

Le budget complémentaire est une dotation budgétaire qui intervient au cours de l'exercice pour couvrir les dépenses imprévues. Le recoures à la dotation complémentaire pour l'exercice 2012 est dû à l'insuffisance de la dotation primitive qui est de (1 974 559 324,43) et qui couvre (95 %) du total des besoins du CHU de Béjaia

2.3- Les autorisations d'affectation spéciales

Même avec les dotations complémentaires, le service budget ne pouvait faire face aux dépenses nécessaires et inévitables tel que les dépenses du personnel, du médicament et d'alimentation. Cette situation pousse les gestionnaires à effectuer des mutations budgétaires entre les titres, en faveur de certains titres au détriment des autres ou entre les chapitre du même titre dont leurs dépenses ne sont pas urgentes.

Cette mutation budgétaire s'appellent autorisations d'affectation spéciales, qui nécessitent :

- ✓ l'accord du MSPRH pour des mutation d'un titre à l'autre sachant que le titre I (dépenses du personnel) n'est pas concerné par les autorisations d'affectations spéciales.
- ✓ l'accord du directeur du CHU pour une mutation d'un chapitre à l'autre dans le même titre

Durant l'exercice de l'année 2012 la direction des finances du CHU de Béjaia a effectuer plusieurs mutation mais ces dernière ne figurent pas dans la situation financier de cette année.

2- Exécution des dépenses

Les dépenses de l'hôpital sont composées de dépenses de fonctionnement : Achats, salaires, primes, frais de mission, frais de réparation ...etc.

2. 1- les étapes d'exécution des dépenses du CHU de Béjaia

La phase administrative relevant de l'exécution des dépenses du CHU de Bejaia comporte trois étapes : l'engagement, la liquidation et l'ordonnancement.

Etape 1- l'engagement :

Etape première de l'exécution des dépenses du CHU de Béjaia, l'engagement est l'acte par lequel l'hôpital constate ou crée une obligation de laquelle résultera une charge. La liste des biens et services à acquérir doit tenir compte de la régularité de la dépense.

Etape 2- la liquidation

La liquidation est la seconde étape de l'exécution des dépenses. Elle a pour objet de vérifier la réalisation de la dette et à travers un bordereau de livraison, d'arrêter le montant du service fait. Elle est faite au vu des titres et pièces offrant la preuve des droits acquis par les créanciers. Elle comprend deux formes à savoir : la constatation du service fait et la liquidation proprement dite.

Etape 3- l'ordonnancement

Acte administratif par lequel, conformément aux résultats de la liquidation, l'ordre est donné au comptable payeur de la dette. Il est réalisé après avoir effectué des opérations matérielles de liquidation à l'aide d'un imprimé appelé « mandat de paiement ». Le mandat constitue le titre de paiement ou le support par lequel l'ordonnateur donne l'ordre au comptable payeur de payer une dépense régulièrement inscrite au budget. Chaque mandat est donc accompagné des pièces justificatives telles que les bons de commandes, les factures, les bordereaux de livraison, les procès-verbaux de réception.

2. 2- Les dépenses du CHU de Béjaia

Les dépenses de CHU Khalil Amrane de Bejaia sont exécutées par l'ordonnateur de l'établissement qui est le directeur général. Ces dépenses sont réparties par titre au niveau de la tutelle et par chapitre et article au niveau local.

Le tableaux suivant représente les dépenses du CHU de Béjaia par titre au court de l'exercice de l'année 2012.

Tableau n° 7: Les dépenses de CHU Khelil Amrane pour l'exercice 2012

TITRES		CREDIT ALLOUER	%
I	Dépenses du personnel	1 400 000 000	67,50
II	Dépenses de formation	6 000 000	0,28
III	Dépenses d'alimentation	71 000 000	3 ,42
IV	Médicaments et autres produits à usage médical	300 000 000	14,46
V	Dépenses d'actions spécifiques de prévention	12 850 000	0 ,61
VI	Matériel et outillage médicaux	101 000 000	4,87
VII	Entretien des infrastructures sanitaires	87 000 000	4,19
VIII	Autres dépenses de fonctionnement	85 000 000	4,09
IX	Œuvres sociales	11 000 000	0,53
X	Dépenses de la recherche médicale	-	-
	TOTAL	2 073 850 000	100 %

Source : Réalisé par nos sois à partir des données de CHU Khelil Amerane de Bejaia

A partir du tableaux n°7, nous remarquons que les dépenses de CHU Khelil Amrane se présentent par titre pour l'exercice 2012 comme suit:

Titre I « dépenses du personnel » : les dépenses du personnel disposent de la grande part du budget du CHU de Béjaia; 67,5 % est affecté au titre I (1400000000 DA). L'importance de cette part est due aux indemnités et allocations diverses servies au personnel paramédical, paramédical, administratif et coopérant ainsi qu'à leurs charges sociales.

Titre II « dépenses de formation » :elles présentent une part très minime du budget global du CHU de Béjaia, car seulement 0,28% sont attribuées à la formation. Cette faible part s'explique par la quasi-inexistence des plans de formation. Le budget du titre II est imputé en principal aux frais de formation, de perfectionnement et de recyclage des personnels de courte durée en vue d'une promotion.

Titre III « dépenses d'alimentation » : elles représentent 3,42 % du budget global du CHU de Béjaia. Elles concernent essentiellement l'approvisionnement en denrées alimentaires nécessaire à la restauration des malades et du personnel.

Titre IV « dépenses de médicaments et autres produits à usage médical » : elles représentent la deuxième part la plus importante du budget du CHU de Béjaia après celles de personnel. Elle est de 14,46 % du budget global.

Ces dépenses concernent l'achat des médicaments (57,66 %), petite instrumentation et accessoires médicaux et chirurgicaux (33,23), gaz médicaux et autre produits médicaux (5,90 %) qui sont nécessaires au fonctionnement des activités médicales.

Titre V « Dépenses d'actions spécifiques de prévention » : l'action spécifique à la prévision est marginalisé par les pouvoirs centraux qui ne lui attribuent que 0,61% du budget global. Ce faible pourcentage reflète la politique des pouvoirs publics qui négligent le segment prévention alors qu'il est le moins coûteux que celui de la guérison.

Titre VI « Matériel et outillage médicaux » : ce titre ne représente que 4,87 % de la dépense totale du CHU de Béjaia. Elle concerne l'achat Matériel médical (89,60) et des accessoires et pièces de rechange pour matériel et outillage médicaux (10,39).

Titre VII « dépenses de l'entretien des infrastructures sanitaires » : elles représentent (4,19) % du budget global. Elles concernent en grande partie l'entretien et réparation des infrastructures sanitaires (94,61), l'achat de matériaux de construction pour les travaux d'entretien et de réparation effectués en régie (4,89 %)

Titre VIII « autres dépenses de fonctionnement » : elles représentent 4,09 % du budget global, elles viennent en cinquième position après celles des titres I, IV, VI et VII. Ces dépenses concernent essentiellement les frais de gestion, les fournitures matériel mobilier et petit outillage ainsi que le paiement de certains fournisseurs tel que la SONALGAZ .

Titre IX « Œuvres sociales » : cette dotation est médiocre par rapport à l'importance du personnel du CHU de Bejaia, car elles représentent 0,53% seulement du budget global pour couvrir l'intégralité des œuvres sociales.

Titre X « dépenses de la recherche scientifique » : cette dotation n'existe pas au sein du CHU de Bejaia parce que il est toujours dans la phase de transitions vue que la recherche est une spécificité des CHU. Pour cela les gestionnaires du CHU Khelil Amrane de Béjaia ont sollicité un crédit budgétaire pour couvrir les dépenses de la recherche scientifique au titre de l'année 2013.

3- Evolution des dépenses globales du CHU de Béjaia de 2010 à 2013

Les dépenses de l'hôpital Khelil Amerane de Bejaia sont exécutées par l'ordonnateur de l'établissement qui est le directeur général. Ces dépenses sont réparties par titre au niveau de la tutelle et par chapitre et par article au niveau local (administration du l'hôpital).

A ce titre , les dépenses de l'hôpital Khelil Amerane de Bejaia doivent concerner en priorité la prévention, les services de soins de base et réparties comme suit :

Tableau n°8 : Evolution des dépenses globales du CHU de Béjaia de 2010 à 2013 en DA.

NATURE DES DEPENSES	2009	2010	2011	2012
Titre I: Dépenses du personnel	210 195 373,65	247 717 447,71	1 495 816 396,60	909 798 702 ,04
Titre II: Dépenses de formation	1 137 589,98	10 653 979,48	3 877 419,21	3 776 728,25
Titre III: Dépenses D'alimentation	17 999 830,50	18 987 776,51	55 454 390,84	67 302 233,00
Titre IV: Médicaments et autres produits à usage médical	129 679 349,29	169 767 083,15	399 875 216,35	195 768 678,35
Titre V: Dépenses d'actions spécifiques de Prévention	7 990 261,68	148 248 279,90	23 411 041,26	10 900 792,24
Titre VI: Matériel et outillage médicaux	49 994 033,48	14 917 944,86	100 000 000	99 506 782,17
Titre VII: Entretien des infrastructures sanitaires	7 259 284,22	8 992 558,89	79 935 114,99	83 049 048,77
Titre VIII: Autres dépenses de fonctionnement	19 987 973,21	22 835 218,28	84 538 674,50	69 014 379,08
Titre IX: Œuvres sociales	3 500 000,00	5 000 000,00	11 000 000,00	11 000 000,00
Titre X: Dépenses de recherche médicale	Néant	Néant	Néant	Néant
TOTAL DES DEPENSES	447 743 696,01	513 696 826,78	2 253 775 718,34	1 450 117 343,90

Source : Réalisé par nos soins à partir des données de CHU Khelil Amerane de Bejaia

➤ Dépenses du personnel

Les dépenses du personnel augmentent d'une année à une autre en fonction de l'effectif employé, et les dépenses de rémunération du personnel durant la période (2009 à 2010) représentent respectivement (447743696 DA) et (513696826 DA) du budget global de CHU Khalil Amrane de Béjaia. En 2011 Les dépenses du personnel ont été multipliés par quatre.

Cette grande différence est dû au paiement des rappels relatifs aux différents régimes indemnitaires des corps médicaux et paramédicaux. En 2012, ces dépenses diminue à (909798702 ,04 DA) L'importance de cette affectation est due à l'incompressibilité des dépenses du personnel notamment des salaires.

➤ **dépenses de formation**

La formation est un droit. Elle doit être de qualité, en adéquation avec les besoins recensés, et orientée sur la résolution des problèmes de santé. Elle doit en outre :

- Favoriser l'utilisation des méthodes et techniques actives et d'outils pédagogiques appropriés.
- Utiliser de façon rationnelle les compétences existantes.
- Disposer de moyens adéquats.

Dans ce cadre, la formation continue contribue à l'amélioration de la qualité des soins et à l'efficacité du système de santé. Mais la part de formation est très faible par rapport au budget global du CHU de Bejaia. Les montants de ce titre passant de (1 137 589,98 DA) en 2009 à (10 653 979,48 DA) en 2010. Cela reflète l'importance de formation pour relancer le CHU de Bejaia après qu'il a été un EPH. Un an plus tard, les dépenses de formation baissent pour atteindre (3877419,21 DA) en 2011 et (3 776 728,25 DA) en 2012.

Cette faible part s'explique par presque l'inexistence des plans de formation. Alors que la formation d'étudiants paramédicaux est indispensable pour un meilleur encadrement des structures sanitaires et d'autre part, la formation des administrateurs est indispensable pour une meilleure gestion des ressources de CHU de Bejaia

➤ **Titre III- Dépense d'alimentation**

La lecture de tableau précédant indique que les dépenses d'alimentation ont subi une hausse elles représentaient (17 999 830,50 DA) en 2009 et (18 987 776,51 DA) en 2010 pour atteindre (55 454 390,84) en 2011 et (67 302 233,00) en 2012. Cette augmentation demeure cependant faible aux dépenses globales puisqu'ils ne représentent que 3,43% en 2012

➤ **Titre IV-dépense de médicament**

La part de ce titre dans les dépenses du CHU de Béjaia est de (129 679 349,29 DA) en 2007 pour connaître une légère hausse en 2010 estimée à (169 767 083,15 DA) des dépenses globales. En 2011, les dépenses de médicament et autres produits à usage médical augmentent pour atteindre (399 875 216,35 DA), un an plus tard, ces dépenses baissent à (195768678,35DA). Ces dépenses sont consacrées essentiellement à l'achat des médicaments et autres produits à usage médical tel que, gaz médical et produits médicaux nécessaires au fonctionnement des activités médicales.

➤ **Titre V-dépenses d'action spécifique de prévention**

Les dépenses de ce titre augmentent pour CHU Khelil Amerane de Bejaia ; elle passent de (7 990 261,68 DA) en 2009 à (14824827,90 DA) en 2010 pour atteindre (23411041,26 DA) en 2011.

Malgré l'importance des actions préventives, nous remarquons que la part allouée à ce titre reste très insuffisante avec le montant de (10 900 792,24 DA) en 2012. Cette dotation est sans effet sur l'état de santé de la population, car la dotation que devrait être allouée est vraiment nécessaire pour une médecine préventive, ainsi pour permettre l'approvisionnement en vaccins, médicaments et produits à usage préventif.

➤ **Titre VI-dépenses de matériel et outillage médical**

Le montant des dépenses de cette rubrique est perpétuellement en baisse passant de (49 994033,48 DA) en 2009 à (14917944,86 DA) en 2010, puis ils augmentent pour attendre (100000000) en 2011 et (99506782,17 DA) en 2012. Ces dépenses concernent le matériel médical et les accessoires et pièces de rechange pour matériel et outillage médicaux

➤ **Titre VII- Dépenses d'entretien des infrastructures sanitaires**

Les dépenses de ce titre concernant en générale l'achat de matériaux de construction représente un montant de , (7259284,22 DA) en 2009 avec un taux de 1,62% et (8992558,89 DA) en 2010 avec un taux de 1,75% . En 2011 les dépenses d'entretien des infrastructures sanitaires enregistrent une hausse jusqu'à (79 935 114,99 DA) et (83 049 048,77 DA) en 2012. Ces dépenses sont dues essentiellement à la vétusté des infrastructures sanitaires du CHU de Bejaia.

➤ **Titre VIII-Autres dépenses de fonctionnement**

Ces dépenses concerne essentiellement les frais de gestion, les fournitures, matériel mobilier et petit outillage ainsi que le paiement de certains fournisseurs. Elles représentent (19 987 973,21 DA) en 2009 du budget global et (69 014 379,08 DA) en 2012.

➤ **Titre IX- Œuvre sociales**

Cette dotation est minime par rapport à l'importance du personnel du CHU Khalil Amrane de Bejaia. Elles représentent (3500000 DA) en 2009 et (5000 000 DA) en 2010 du budget global et restent constant à (11 000 000,00 DA) pour les années 2011 et 2012.

➤ **Titre X- Dépenses de recherche médicale**

Cette dotation n'existe pas au niveau du CHU Khelil Amerane de Bejaia durant la période de 2009 jusqu'à 2012 car l'hôpital durant cette période étant en phase de transition vu qu'il a été un établissement hospitalier EPH. Ces dépenses existe pour l'année 2013 avec un montant de (1 000000 DA).

4- L'analyse des écarts budgétaires

Le contrôle budgétaire est défini comme une comparaison permanente des résultats réels aux prévisions chiffrées figurant aux budgets afin de: dégager les écarts et rechercher leurs causes, informer les différents niveaux hiérarchiques et apprécier l'activité des responsables budgétaires.

Le tableaux suivant représente les écarts budgétaires entre le crédit solliciter, le crédit allouer et les dépenses du CHU de Béjaia.

Tableau n° 9: L'analyse des écarts budgétaires de CHU Khelil Amrane en 2012 en DA

Titres	Crédit Sollicité (CS)	Crédit Allouer (CA)	Ecart (CA – CS)	Dépenses (D)	Ecart (CA – D)
I	1 374 500 000,00	1 400 000 000,00	25 500 000,00	909 798 702,04	490 201 297,96
II	25 000 000,00	25 000 000,00	00,00	3 776 728,25	21 223 271,75
III	90 000 000,00	71 000 000,00	-19 000 000,00	67 302 233,00	3 697 767,00
IV	600 000 000,00	300 000 000,00	-300 000 000,00	195 768 678,35	104 231 321,65
V	35 000 000,00	12 850 000,00	-22 150 000,00	10 900 792,24	1 949 207,76
VI	500 000 000,00	101 000 000,00	-399 000 000,00	99 506 782,17	1 493 217,83
VII	300 000 000,00	87 000 000,00	-213 000 000,00	83 049 048,77	3 950 951,23
VIII	100 000 000,00	8 500 000,00	- 91 500 000,00	69 014 379,08	-60 514 379,08
IX	20 000 000,00	11 000 000,00	- 9 000 000,00	11 000 000,00	00,00
X	-	-	-	-	-
Total	3 044 500 000,00	2 073 850 000,00	-970650000 ,00	1 450 117 343,90	1 192 979 691,28

Source : Réalisé par nos sois à partir des données de CHU Khelil Amerane de Bejaia .

A partir du tableau n°9 nous constatons qu'il y a un écart de (970650000 DA) entre le total du crédit sollicité et le total du crédit alloué cet écart est négatif vu que le MSPRH ne reprend pas à toutes les prévisions des services du CHU de Béjaia. D'une part il est apparu que l'écart entre le crédit sollicité et le crédit allouer est positif concernant le titre I dépenses de personnel (25 500 000,00 DA) car l'Etat a prévu le paiement des salaires de nouveaux recrues, d'autre part on remarque que l'écart concernant le titre II dépenses de formation est nul cela signifie que le MSPRH a répondu favorablement au plan d'action de ce titre. En fin nous voyons que l'écart est négatif pour les autres titres. Il passe de (9 000 000,00 DA) au titre IX dépenses des Œuvre sociales à (399 000 000,00 DA) au titre XI dépenses de matériel et outillage médical .

A partir du même tableau nous remarquons que l'écart entre le total du crédit alloué et le total des dépenses du CHU Khelil Amrane est de (1 192 979 691,28 DA). Cela signifie que les gestionnaires du CHU de Bejaia arrivent à dépenser 69% du total de crédit alloué. Cet écart est souvent positif car les dépenses du CHU ne doivent pas dépasser le total du crédit alloué. L'écart est généralement positif concernant la plus part des titres il passe de (1 493 217,83 DA) pour le titre XI dépenses de matériel et outillage médical à (490 201 297,96 DA) pour le titre I dépenses de personnels mais nous voyons que l'écart est négatif concernant les titres VIII autres dépenses de fonctionnement (-60 514 379,08 DA). Ce montant est couvert par une ou plusieurs autorisations d'affectation spéciale.

5- Le contrôle de l'exécution des charges budgétaires

L'exécution des dépenses de l'établissement est du ressort des organes et agents de l'établissement. L'administration de l'établissement est chargée de veiller au fonctionnement régulier et normal du service public. L'exécution des dépenses est de l'essence même de l'exécution du service public puisqu'elles portent en elles la réalisation des prestations. Les opérations relatives à l'exécution des dépenses du budget des organismes publics de santé font intervenir deux catégories d'agents. Ce qui justifie l'analyse de cette exécution par les étapes qu'elle comporte. Il nous faudra voir la première phase appelée ordonnancement et qui est le fait d'une catégorie d'organe. Ensuite la seconde phase appelée décaissement ou paiement et qui est le fait de la comptabilité de l'établissement.

5. 1- L'étendu du contrôle d'exécution des charges budgétaires

L'établissement public de santé, rappelons le, est une administration autonome. La spécialisation qui lui est inhérente induit une autonomie financière et budgétaire que nous avons pu étudier plus haut. Toujours dans l'exécution du service public une certaine marge de manœuvre justifie qu'un contrôle interne lui soit appliqué, contrôle qui ne peut méconnaître les finances et surtout l'exécution des dépenses (A). Mais puisqu'il s'agit d'une technique structurelle consistant à déléguer un ensemble de service à une personne morale érigée en établissement public, le gestionnaire originel du service s'est arrogé un droit de regard qui touche lui aussi les finances et l'exécution des dépenses (B).

A. Le contrôle interne : C'est le contrôle effectué par l'établissement, pour son compte et par ses organes. Le plus notable est celui exercé par la cellule de gestion de l'établissement. Il s'agit d'un service qui a des compétences très diverses au sein de l'établissement. Certaines ont été présentées plus haut. Dans le cadre du contrôle, la cellule présente un rapport trimestriel sur le fonctionnement de l'établissement, sur sa gestion et sur l'état d'exécution de l'exercice budgétaire en cours.

Ce rapport permet une vision prospective et récapitulative de la situation financière de l'établissement. Il dresse un état des lieux quant aux dépenses de l'établissement et quant à leur situation d'exécution. Il permet, en outre de relever les irrégularités éventuelles ou les manquements dans le fonctionnement financiers de l'établissement.

Au delà de ce contrôle mis en œuvre par la cellule de contrôle de gestion, il est prévue la possibilité, pour le conseil d'administration, de procéder, par la réunion d'un commissaire aux comptes, au contrôle de la situation comptable de l'établissement.

B. Le contrôle externe : IL est extérieur à l'établissement et peut être le fait de deux autorités différentes. Il peut s'agir du représentant local de l'état dans le cas d'un établissement public de santé régional ou départemental. Il peut également s'agir du ministère des finances pour le cas des centre hospitalo-universitaire ou des établissement hautement spécialisé (EHS).

5. 2- Les modalités du contrôle de l'exécution des charges budgétaires

Dans cet aspect qui prend en compte la technique et l'objet, deux types de contrôles doivent être envisagés. Ils se soucient de la régularité quelle que soit l'orientation qu'ils prennent. Le premier est situé dans une optique de régularité juridique dans l'exécution du budget. C'est un contrôle de légalité. Le second se place dans un cadre comptable pour s'assurer de sa cohérence et de sa régularité. C'est un contrôle comptable.

A. Le contrôle de légalité

Le contrôle de légalité est très large. Il touche toute l'exécution des dépenses du budget. Comme nous l'avons analysé, les dépenses, du fait qu'ils font intervenir deux types d'agents différents, obéissent à des règles qui tiennent compte de la répartition des compétences. La régularité des actes de nature à engager des dépenses est un indicateur de la bonne exécution du budget de l'établissement. Pour ce faire le comptable dispose de pièces justificatives produites par les ordonnateurs. Il aura à vérifier la qualité de l'ordonnateur, l'application des lois et règlements, l'imputation de la dépense, la validité de la créance et la disponibilité des crédits. Ce contrôle est essentiellement administratif. Précisons d'ailleurs que la responsabilité qui peut retomber au comptable prend deux voies différentes. Elle peut être mise en œuvre par le ministre des finances via la procédure du débet administratif. Elle peut également être mise en œuvre par le juge des comptes grâce au débet juridictionnel dans le cadre du contrôle comptable.

B. Le contrôle comptable

Il porte substantiellement sur la gestion comptable. L'agent comptable a l'obligation de présenter les états financiers et comptables à la fin de chaque session d'exécution du budget ou au moment de la cessation de ses fonctions. Le juge des comptes, en l'occurrence la Cour des comptes, effectue un contrôle sur les comptes et documents comptables administrés par les comptables, notamment par le biais de la commission de vérification des comptes et de contrôle des établissements. En tant que comptable public, l'agent comptable particulier de l'établissement public de santé hospitalier est soumis au contrôle juridictionnel de la Cour des comptes. Si des irrégularités viennent à être constatées la juridiction financière peut prendre un débet pour engager, le cas échéant, la responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable. Le régime rigoureux de la responsabilité des comptables publics s'applique ici. Il

est également possible pour le conseil d'administration de l'établissement de commettre un ou des commissaires aux comptes pour effectuer des contrôles sur la gestion du comptable.

Conclusion

Nous avons exposé dans ce chapitre la démarche de la gestion budgétaire au niveau de CHU Khelil Amrane de Béjaia. Pour ce la, nous avons suivi les étapes les plus importantes dans l'installation du processus de la gestion budgétaire. Dans une première étape, nous avons vérifié la phase des prévisions budgétaires et l'allocation des ressources financières. Dans la seconde, nous avons constaté la démarche de l'exécution des dépenses du CHU de Béjaia. Ensuite, nous avons présenté les modalités du contrôle budgétaire.

L'étude de la gestion budgétaire du CHU Khalil Amrane de Béjaia nous a permis de suivre l'application de toutes les techniques utilisées qui conviens pour maîtriser efficacement la gestion des ressources financières de l'établissement qui a enregistré ces dernières année l'évolution de ses recettes et ses dépenses.

L'insuffisance du système de contrôle budgétaire ou l'analyse des écarts au niveau du CHU de Béjaia est l'une des cause des difficultés rencontrer au monument d'exécution des dépenses. En effet, une gestion plus rationnelle de budget permettra d'assurer la disponibilité du matérielle médicale, médicaments et du personnel qualifier.

L'analyse des recettes et des dépenses sont des critères primordiaux pour le contrôle et l'évaluation du CHU de Béjaia dans le domaine de la gestion des ressources financière. En effet, il est très important d'analyser le budget de fonctionnement afin de déterminer s'il y a un éventuel déséquilibre entre la structure des recettes et celle des dépenses évitant ainsi les surplus des recettes et des dépenses.

Conclusion Générale

Conclusion générale

L'accès au soins, constitue l'un des principes fondamentaux de la politique nationale en matière de santé. En effet, le système de santé en Algérie a connue une évolution remarquable, et des efforts considérables qui ont été mis en œuvre, commençant par la gratuité des soins à partir de 1974.

L'offre de moyens en matière de santé, dans sa double dimension matérielle (infrastructures médicales) et humaines (personnel médical, paramédical,...) s'est développée rapidement. En Algérie l'hôpital a bien connu des évolutions et des changements dans le temps. Sa gestion se limite à l'élaboration et à l'application de principe, des règles et des directives conçues et décidés au niveau central.

Il s'est découlé, pour nous, de parler des particularités de gestion des ressources financières des établissements publics hospitaliers. Ces particularités apparaissent déjà au niveau des composantes du budget de l'établissement. Les nouveaux modes de gestion mis en place dont les hôpitaux prend en compte les exigences d'une gestion optimum des ressources alloués. Cela traduit la volonté des pouvoirs publics de mettre à l'abri l'établissement et ses ressources financières. Toute au long de la phase d'exécution du budget de fonctionnement,

Toutefois, des insuffisances sont apparentes au niveaux des hôpitaux. Le personnel des établissements publics de santé est le premier à le constater. Il ne s'agit surtout pas des insuffisances qui touchent directement l'exécution des recettes et les dépenses, mais il s'agit des insuffisances sur le plan du financement, nous avons constaté que pour les hôpitaux les fonds de dotation représentent un volume relativement faible pour réaliser tous les objectifs prévus.

L'étude de la gestion budgétaire du CHU Khelil Amrane de Béjaia qu'on a présenté nous a permet de suivre l'application de toutes les techniques utilisés qui conviens pour maîtriser efficacement la gestion des ressources financières de l'établissement. Pour cela, nous avons suivi les étapes les plus importantes dans l'installation du processus de la gestion budgétaire. Dans une première étape, nous avons vérifié la phase des prévisions budgétaire et l'allocation des ressources financières. Dans la seconde, nous avons constaté la démarche de

l'exécution des dépenses du CHU de Béjaia. Ensuite, nous avons présenté les modalités du contrôle budgétaire.

Toujours dans le registre du financement, la nécessité de diversifier les ressources est devenu une évidence. Il est vrai que les ressources propres générées par l'activité de l'établissement sont une source de financement non négligeable mais elles sont contingentes et relativement faibles. D'où l'urgence d'envisager de nouvelles possibilités de financement. Des ressources moins volatiles renforceraient les capacités des établissements publics de santé.

Dans l'exécution du budget, la répartition des tâches, bien qu'elle soit clarifiée par les attributions de chacun et par l'aménagement des responsabilités des uns et des autres, gagnerait à être repensée. Les administrations et le personnel soignant frappent la «toute puissance» de l'agent comptable particulier qui dispose d'un pouvoir d'opposition pour l'engagement et l'exécution des dépenses qui ne sont pas incompressibles.

Il est fondamental de procéder à une évaluation de la réforme et dans tous les volets de l'hôpital, les finances n'y échapperont pas si la démarche se veut curative. Et nous pensons que c'est à ce niveau que la réflexion doit être portée maintenant. Les stratégies de financement et les outils de contrôle de l'exécution du budget de l'établissement public de santé doivent être les prochaines priorités des pouvoirs publics si la volonté de renforcer le cadre juridico financier des établissements publics de santé est leur préoccupation. En tout cas, vu la situation de la majorité des établissements publics de santé, elle devrait l'être.

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrages généraux

- 1- BELGHITI ALAOUI. A et al. : « Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital », éd. RABAT, Royaume-Uni, 2005.
- 2- Honoré. B et Samson. G (1994). : « La démarche de projet dans les établissements de santé », éd. Privat, France.
- 3- Baron P.; Corfmat D.; Helley A. : « La mutation du contrôle de gestion » , éd. Organisation, Paris , 2000 .
- 4- BRIDGITTE DORIATH et CHRISTIAN GOUGET. : « Gestion prévisionnelle et mesure de la performance », 3eme édition, Paris, 2007.
- 5- Cauvin Chitian., Coyaud C. : « Gestion hospitalière : Finance et contrôle de gestion », éd. Economica 1990.
- 6- Claude ALAZARD, Sabine SEPARI. : « DCG 11-le contrôle de gestion- manuel et applications », éd. Dunod, Paris, 2010.
- 7- Claude ALAZARD, Sabine SEPARI. : « Le contrôle de gestion » DECF, 5 éditions. Dunod .
- 8- FREDERIC GAUTIER, ANNE PEZET. : « Contrôle de gestion, gestion appliquée » , Paris, 2006.
- 9- JEAN LOCHARD. : « gestion budgétaire outil de pilotage des managers », éd. Organisation, Paris, 1998.
- 10- JEAN MAYER. : « La gestion budgétaire », éd. Dous, 1990.
- 11- LEFAOU AL. : « l'économie de la santé en question » , éd. Ellipses , 1997.
- 12- MOISDON J.-C. : « Du mode d'existence des outils de gestion, les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation » , éd. Seli Arslan, France, 1997

- 13- Martinet A-C. ; Silem A. : « Lexique de gestion », éd . Dalloz, Paris, 2003.
- 14- Oufriha F-Z. : « Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie » , OPU, Alger, 1992.
- 15- Oufriha F-Z. : « Système de santé et population en Algérie », ANEP, Alger, 2002.
- 16- Oufriha F-Z. : « Les reformes du système de santé en matière de financement », In cahiers de C.R.E.A.D, numéro spécial, De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins, 2006.

Articles et communications

- 1- Anthony. R, Cité in. : « Le ministère français de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire., Le contrôle de gestion dans l'administration de l'Etat. Eléments de méthodologie », Paris, 2002.
- 2- ALVAREZ F. : « Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels », Manuscrit auteur, publié dans "21^{ème} congrès de l'AFC, France (2000)".
- 3- Banque Mondiale. : « A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie », Banque mondiale, rapport n° 36270-dz, Volume 1, août 2007, In/ www.worldbank.org.
- 4- Cauvin Chistian. : « Les habits neufs du contrôle de gestion », In Questions de contrôle, (1999) sous la direction de Lionel Collins, PUF.
- 5- Délégation interministérielle à la réforme de l'Etat., Guide méthodologique sur la contractualisation dans le cadre du contrôle de gestion, Paris, 2001, In : <http://www.fonction-publique.gouv.fr>.
- 6- Documentation française (1998) : « L'Hôpital: Enjeux politiques et réalités économiques», Notes et études documentaires, 15 octobre 1998.
- 7- Service des normes et pratiques de gestion. : « guide explicatif d'un processus de budgétisation », Québec, 2000.
- 8- Oufriha F-Z. : « Introduction méthodologique sur les coûts de la santé », In : revue de C.R.E.A.D. N° 22, Alger, 1990.
- 9- Oufriha F. Z. : « La place de l'analyse économique spécialisée dans la conduite des politiques de santé, sa nécessité dans l'étape actuelle des réformes de système de soins en Algérie », In : cahiers de C.R.E.A.D, numéro spécial, De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins, 2006.

- 10- Oufriha F. Z. (2002). : « Système de santé et population en Algérie », ANEP., Alger, 2002.
- 11- ACHOUCHE Mohamed, ZIANI Lila : « Analyse des dépenses de santé en Algérie » Colloque International - Algérie : Cinquante ans d'expériences de développement Etat -Economie-Société

Mémoires et thèses

- 1- ABOU Yousef : « Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de magistère en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia, 2010.
- 2- AMALOU Mourad: « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital : cas du CHU de Sétif ». Mémoire Magister en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia, 2009.
- 3- ARAB Zoubir : « Contrôle de gestion au milieu hospitalier ». Mémoire Magister en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia, 2012.
- 4- FOUDI Brahim : « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux ». Mémoire Magister en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaia, 2011.

Réglementation

- 1- La loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.
- 2- Décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés ;
- 3- Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;

- 4- Décret exécutif n°07-140 du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 pour la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ;
- 5- Décret exécutif n° 93-108 du 5 mai 1993 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des régies de recettes et de dépenses ;
- 6- Décret exécutif n°09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires annexe à l'arrêté interministériel du 20 avril 1999 relatif à la nomenclature budgétaire des centres hospitaliers ;
- 7- Le décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ;
- 8- L'arrêté interministériel du 06 mars 1988 relatif à la nomenclature budgétaires des centres hospitalo-universitaires, des secteurs sanitaires, et des établissements hospitaliers spécialisés ;
- 9- L'arrêté interministériel du 20 avril 1999 relatif à la nomenclature budgétaire des centres hospitalo-universitaires, des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés ;
- 10- Le décret exécutif n° 97-465 du 2 décembre 1997, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements spécialisés .

Sites internet

- 1- [http : // www.performancepublique.gouv.fr](http://www.performancepublique.gouv.fr) ;
- 2- <http://www.andrs-dz.org> ;
- 3- <http://www.santemaghreb.com> ;
- 4- www.Algerie-Monde.com ;
- 5- www.avenirdelasante.fr ;
- 6- www.l'abcal'hôpital.pdf ;
- 7- www.oit.org/public/Frunch/region/afpro/Algiers ;
- 8- www.ons.dz ;
- 9- www.u-strasbg.fr ;
- 10- www.who.int .

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01 :	Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé.	P 11
Tableau 02 :	Evolution des dépenses de santé en Algérie.	P 14
Tableau 03 :	Evolution et nature des établissements publics de santé de 2006 à 2009.	P 53
Tableau 04 :	Activité des services d'hospitalisation.	P 72
Tableau 05 :	L'état des prévision budgétaires de l'année 2012 par titre de dépenses.	P 75
Tableau 06 :	Les recettes de CHU Khelil Amrane pour l'exerce 2012.	P 77
Tableau 07 :	Les dépenses de CHU Khelil Amrane pour l'exercice 2012.	P 79
Tableau 08 :	Evolution des dépenses globales du CHU de Béjaia de 2010 à 2013 en DA.	P 82
Tableau 09 :	L'analyse des écarts budgétaires de CHU Khelil Amrane en 2012.	P 85

Table des matières

Table des matières

Liste des abréviations

Sommaire

Introduction générale..... 1

Chapitre I: Aperçu sur le système de santé en Algérie

Introduction 4

Section I- Organisation du système national de santé..... 6

1- La structure pyramidale du système national de santé 6

1. 1- L'administration centrale..... 6

1. 2- Niveau intermédiaire 7

1. 3- Le Niveau périphérique ou local..... 7

2- L'offre de soins en Algérie 8

2. 1- L'offre de soins hospitalière 8

2. 2- L'offre de soins ambulatoire..... 9

3- Le financement et les dépenses de santé en Algérie..... 10

3. 1- Le financement de la santé 10

3. 1. 1- L'évolution de la participation des financeurs de la santé..... 10

3. 2- L'évolution des dépenses de santé en Algérie..... 12

3. 2. 1- L'analyse du niveau des dépenses de santé 13

Section II. Présentation et classification des établissements de santé 16

1- Présentation des établissements public hospitaliers 16

1. 1- Définition d'un Établissement de Santé 16

1. 2- Historique de l'hôpital 16

2- Classification des établissements public de santé..... 17

2. 1 Classification selon le statut juridique 17

2. 1. 1- Les structures public	17
2. 1. 2- Les structures prive	17
2. 2- Classification selon la taille et la nature des soins.....	18
2. 2. 1- Les hôpitaux généraux	18
2. 2. 2- Les hôpitaux spécialisés	18
2. 2. 3- Les hôpitaux universitaires (CHU)	19
2. 2. 4- Les L'établissement public de santé de proximité.....	20
2. 3- Les missions d'un l'hôpital	21
2. 3. 1. Les soins directs aux patients.....	21
2. 3. 2. La participation à la gestion et à la coordination des programmes de santé	22
2. 3. 3. La formation et l'encadrement de la personne	22
2. 3. 4- Le Soutien administratif et gestionnaire	22
2. 4- Organisation administratif et fonctionnelle d'un hôpital	22
2. 4. 1- Les organes de décisions de l'établissement public de santé	22
2. 4. 2- Le conseil médical	24
2. 4. 3- Les instances consultatives de l'établissement hospitalier	24
2. 4. 4- Les instances consultatives spécialisées	25
 Section III : Le financement de l'hôpital public.....	26
1- Les sources de financement de l'hôpital public.....	26
1. 1- L'Etat	26
1. 2- La sécurité sociale.....	27
1. 3- Les patients	27
2- Comparaison entre le financement de l'hôpital public et la clinique privée	27
3- L'hôpital dans la réforme hospitalière récentes	28
3. 1- Les axes de la réforme hospitalière	28
3. 1. 1- Les besoins de santé et la demande de soins	29
3. 1. 2- Structures hospitalières.....	29
3. 1. 3- Les ressources humaines.....	29
3. 1. 4- Les ressources matérielles	30
3. 1. 5- Le financement	30

3. 1. 6- L'inter-sectorialité.....	30
3. 2- Les objectifs de la reforme hospitalière	31
Conclusion.....	31

CHAPITRE II : La gestion budgétaire comme outil du contrôle de gestion au processus de gestion hospitalière en Algérie

Introduction.....	32
--------------------------	-----------

Section 1: Les outils issus du contrôle de gestion dans le système hospitalier.....	33
--	-----------

1- Définition et objectifs du contrôle de gestion.....	33
1. 1- Le concept du contrôle de gestion	33
1. 2- Les objectifs du contrôle de gestion	34
2- Le contrôle de gestion comme dispositif de maîtrise des risques organisationnels	35
3- Les outils de contrôle de gestion hospitalier.....	36
3. 1- La comptabilité analytique	37
3. 2- Le Tableau de Bord	39
3. 3- La gestion budgétaire	39

Section 2- La gestion budgétaire ou pilotage de la performance.....	40
--	-----------

1- Etude théorique du budget.....	40
1. 1- Définition de budget	40
1. 2- Caractéristiques des budgets.....	41
2- Etude théorique de la gestion budgétaire.....	41
2. 1- Définition de la gestion budgétaire.....	41
2. 2- Les objectifs de la gestion budgétaire.....	42
2. 3- Les acteurs de la gestion budgétaire	43
2. 4- Rolle de la gestion budgétaire	44
2. 5- Caractéristiques de la gestion budgétaire	45
3- Le contrôle de gestion par les systèmes budgétaires	46

Section 3 : Etude de la gestion des ressources financière de l'hôpital public	47
1- Gestion comptable	47
2- Gestion budgétaire	47
2. 1- Le budget de l'hôpital publique	47
2. 1. 1- Les recettes	48
2. 1. 2- Les dépenses	52
3- Présentation du processus budgétaire	55
3. 1- La prévision budgétaire	55
3. 1. 1- Les objectifs de la prévision budgétaire	57
3. 2- Exécution du budget de l'hôpital	58
3. 2. 1- Mobilisation des ressources	58
3. 2. 2- Exécution des dépenses	59
3. 4- Contrôle du budget de l'hôpital.....	60
3. 4. 1- Production de rapport	60
3. 4. 2- Évolution périodique	61
3. 4. 3- Interprétation des résultats	61
Conclusion.....	62

CHAPITRE III : Analyse du système de gestion budgétaire du centre hospitalo-universitaire Khelil Amrane de Bejaia

Introduction.....	63
Section I- Présentation du l'organisme d'accueil : le Centre Hospitalo-universitaire de Bejaia	64
1- Historique de CHU de Bejaia	64
2- Mission de CHU de Bejaia	65
3. Organigramme du CHU de Bejaia	65
3. 1- Mission des différents services de CHU de Bejaia.....	66
3. 1. 1- La direction des ressources humaines.....	66
3. 1. 2- La direction des finances et du contrôle	67

3. 1. 2. 1- La sous-direction des finances.....	67
3. 1. 2. 2- Sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts	68
3. 1. 3- La direction des moyens matériels	70
3. 1. 3. 1- La sous-direction des services économiques	71
3. 1. 3. 2- La sous-direction des produits pharmaceutiques de l'instrumentation et du consommable	71
3. 1. 3. 3- La sous-direction des infrastructures, des équipements et de maintenance	71
3. 1. 4- La direction des activités médicales et paramédicales	71
3. 2- Présentation de l'activité des différents services de soins de CHU de Béjaia	72
Conclusion.....	73
Section II : Le processus de la gestion budgétaire au niveau du CHU de Béjaia	74
1- Elaboration du budget de de CHU de Béjaia	74
2- Les recettes du CHU Khalil Amrane de Bejaia.....	76
2. 1- La dotation primitive	76
2. 2- Le budget complémentaire	77
2. 3- Les autorisation spéciales.....	77
2- Exécution des dépenses	78
2. 1- Les étapes d'exécution des dépenses du CHU de Béjaia	78
2. 2- Les dépenses du CHU de Béjaia	79
3- Evolution des dépenses globales du CHU de Béjaia de 2010 à 2013	81
4- Le control d'exécution des charges budgétaire.....	85
4. 1- L'étendue de contrôle des charges budgétaires	86
4. 2- Les modalités de contrôle des charges budgétaires.....	87
Conclusion.....	88
Conclusion générale	89
Références bibliographique.....	91
Liste des tableaux	
Annexes	
Table de matière	