

Cesag



DEPARTEMENT DE LA SANTE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Diplôme Supérieur d'Economie de la Santé

1^{ère} Promotion

THEME

**ANALYSE DES COÛTS D'UN
HOPITAL DE DISTRICT : Cas du
Centre Médical avec Antenne chirurgicale
de Boromo au Burkina Faso**



Présenté et Soutenu par :

Dr Emmanuel SEINI (MD)

Sous la direction de :

Farba Lamine SALL

Docteur en Economie de la Santé

MAI 2000

M0001DSES00

2



DEDICACES

Je dédie ce travail à :

-Mes parents,

-Mes frères et sœurs,

-Mon épouse Clarice Marie pour la patience et les sacrifices consentis,

-Ma fille Julie, que ce travail lui serve d'exemple et de motivation pour mieux faire.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur soutien à la réalisation de ce travail. Je remercie particulièrement :

- L'Etat Burkinabè qui m'a accordé la bourse pour suivre cette formation en Economie de la Santé.
 - Le Docteur Gérard SERVAIS coordonnateur du projet SMR/GTZ et à travers lui, toute l'équipe de la GTZ-Santé du Burkina pour l'appui technique et financier apporté à ce travail.
 - Tout le personnel de l'hôpital de Boromo.
 - Le Professeur Donald SHEPARD PhD, pour les encouragements et la documentation mise à notre disposition.
 - Le Docteur Hervé LAFARGE pour les précieux conseils.
 - Le Docteur Mo MENA pour les conseils fort utiles qu'il m'a prodigués tout au long de ce travail.
 - Le Docteur Farba Lamine SALL, notre maître de mémoire, pour les sacrifices consentis.
 - Madame Laurence CODJA, chef du département santé du CESAG, pour les efforts déployés
 - L'ensemble de nos encadreurs:
Monsieur Chris ATIM PhD, Economiste de la santé, abt associates. Inc.
Monsieur Moustapha SACHO, Dr en Economie des ressources humaines.
Monsieur Marty MAKINEN PhD, Economiste de la santé, abt associates. Inc.
 - Les enseignants du CESAG, pour le savoir qu'ils nous ont transmis.
 - La famille Yabassoré Jean SAVADOGO qui n'a ménagé aucun effort pour rendre mon séjour agréable à Dakar.
 - Le Docteur Bonaventure SAVADOGO pour la complicité mutuelle durant cette formation.
 - Toute notre promotion, en souvenir des moments passés ensemble.
- A tous, j'exprime ma profonde gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACC : Salle d'accouchement

ADMIN : Administration

APPUI : Appui aux autres structures du district

BLOC : Bloc opératoire

CHIR : Chirurgie générale

CHR : Centre hospitalier régional

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

COGES : Comité de gestion

COMED : Consultation du médecin

CONS : Consultation externe de l'infirmier

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

CUIS : Cuisine

DENT : Cabinet dentaire

ENER : Energie

F CFA : Franc, communauté financière d'Afrique.

GTZ : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Office allemand de
Coopération technique)

LABO : Laboratoire

MAINT : Maintenance

MAT : Maternité

MED : Médecine

MEG : Médicament essentiel générique

PED : Pédiatrie

PHAR : Pharmacie

PMA : Paquet minimum d'activités

SUPV : Supervision

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Les unités d'œuvres par centres de coûts

Tableau 2 : Les éléments à inclure dans l'analyse

Tableau 3 : Les coûts totaux de l'hôpital

Tableau 4 : Répartition des coûts selon les sources de financement

Tableau 5 : Répartition des coûts des centres Admin, Ener, Maint

Tableau 6 : Répartition des coûts des centres Trans, Cuis, Supv

Tableau 7 : Les coûts unitaires de production

Tableau 8 : Les coûts supportés par l'hôpital

Tableau 9 : Récapitulatif des coûts par centre de coûts.

Tableau 10 : Coûts unitaires à recouvrer

Tableau 11 : Comparaison des tarifs aux coûts unitaires à recouvrer

Tableau 12 : Distribution de la marge selon les prestations

Figure 1 : Répartition des coûts selon le type de ressources

Figure 2 : Répartition des coûts de fonctionnement selon les catégories

Figure 3 : Répartition des coûts selon les sources de financement

LISTES DES ANNEXES

Annexe I : Tarification des actes de l'année 1998

Fiche n°01 : Tableau synoptique de l'amortissement des bâtiments.

Fiche n°02 : Répartition des coûts des bâtiments sur les centres de coûts.

Fiche n°03 : Répartition des coûts des équipements sur les centres de coûts

Fiche n°04 : Répartition des coûts du matériel roulant sur les centres de coûts

Fiche n°05 : Tableau synoptique de la masse salariale du personnel.

Fiche n°06 : Répartition des heures de travail hebdomadaire du personnel.

Fiche n°07 : Répartition de la masse salariale annuelle

Fiche n°08 : Récapitulatif des autres charges récurrentes.

Fiche n°09 : Répartition des coûts totaux sur les centres de coûts.

Fiche n°10 : Les sources de financement.

Fiche n°11 : Les consultants et hospitalisés.

Fiche n°12 : Les journées d'hospitalisation

Fiches n° 13 et 14 : Répartition des coûts supportés par l'hôpital.

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
SIGLES ET ABREVIATIONS	III
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	IV
LISTE DES ANNEXES	V
TABLE DES MATIERES	VI
PRESENTATION GENERALE	1
I-INTRODUCTION	2
II-PROBLEMATIQUE	4
III-PRESENTATION DE L'ETUDE	6
1-Objet de l'étude	6
2-Objectifs de l'étude	6
3-Intérêts de l'étude	6
4-Limites de l'étude	7
5-Définitions des termes	7
6-Plan du mémoire	8
<u>PREMIERE PARTIE</u> : CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE, CADRE THEORIQUE, STRATEGIE DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE.	9
CHAPITRE 1 : CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE	10
1-Le district sanitaire de BOROMO	10
1.1- Les données démographiques et socio-économiques	10
1.2- Les services de santé du district	11
2-L'hôpital de BOROMO	11
2.1- Le statut	11
2.2-Les missions	12
2.3-Les unités de soins	12
2.4- Le personnel	12
2.5-L'organisation de l'hôpital	13

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	15
I-LES PRINCIPALES THEORIES SUR LE CALCUL DES COUTS EN MILIEU HOSPITALIER	15
1-Les méthodes de calcul des coûts	15
1.1-Définition du coût	15
1.2-Les catégories de coûts	15
1.3-Les méthodes de calcul proprement dites	16
1.3.1-La méthode des coûts partiels	16
1.3.2-La méthode des coûts complets	18
2-Quelques études de coûts réalisées dans le domaine de la santé	21
II-HYPOTHESE DE RECHERCHE	23
1-L'hypothèse de recherche	23
2-La logique de la démarche d'analyse des coûts.	24
III-DEFINITION OPERATIONNELLE DES VARIABLES	25
1-Les variables indépendantes	25
2-Les variables dépendantes	25
CHAPITRE 3 : STRATEGIE DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE	26
1-Justification du choix de l'hôpital	26
2-Les techniques de collecte des données	26
3-Le traitement des données	27
<u>DEUXIEME PARTIE</u> : MISE EN ŒUVRE DE LA METHODOLOGIE, DETERMINATION DES COUTS UNITAIRES, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.	28
CHAPITRE 1 : APPLICATION DE LA METHODE AU CMA DE BOROMO	29
I-DESCRIPTION DE LA DEMARCHE	30
1-Identification des centres de coûts	30
1.1-Les centres de coûts directs à responsabilité principale	30
1.2-Les centres de coûts directs à responsabilité auxiliaire	30
1.3-Les centres de coûts indirects	31
2-Détermination des unités d'œuvres	31
3-L'estimation des coûts	32
3.1-Les éléments à inclure dans l'analyse	33

3.2-L'estimation des charges d'investissement (amortissement)	34
3.3-L'estimation des charges de fonctionnement	35
4-Répartition des coûts par centre d'analyse	35
5-Répartition des charges indirectes sur les autres centres	36
II-PRESENTATION DES RESULTATS	37
1-Les charges d'amortissement	37
2-Les charges de fonctionnement	37
3-Les coûts totaux	38
4-Les sources de financement	41
5-Les coûts par centre d'analyse	43
CHAPITRE 2 : DETERMINATION DES COUTS UNITAIRES	46
1-Les coûts unitaires de production	46
1.1-Le bilan des activités	46
1.2-Le calcul des coûts unitaires.	46
2-Les coûts à recouvrer	48
2.1-Les coûts supportés par l'hôpital	48
2.2-Les prestations effectivement vendues	49
2.3- Le calcul des coûts unitaires à recouvrer	50
2.4-Comparaison des tarifs et les coûts	52
CHAPITRE 3 : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	54
1-Discussion	54
1.1- Les difficultés rencontrées	54
1.2- Comparaison des résultats avec ceux d'autres études	54
1.3- Utilisation des résultats	55
2-Les recommandations	57
CONCLUSION GENERALE	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
ANNEXES	65

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PRESENTATION GENERALE

I- INTRODUCTION

Au lendemain des indépendances, les pays africains ont estimé que la santé était un enjeu important de la construction nationale. L'accès et la gratuité des soins étaient considérés comme un "droit" pour chaque citoyen tel que stipulé dans la déclaration universelle des droits de l'homme en son article 25 : "tout homme a droit à une protection sanitaire lui permettant d'améliorer ses conditions de vie". Il appartenait donc à l'Etat d'assurer l'essentiel du financement de la santé. Ainsi dans les années 60 et 70, les dépenses consacrées aux services de santé ont augmenté, représentant 5% du PIB (produit intérieur brut) et entre 5 à 10% des dépenses publiques des différents pays [1].

Au cours des années 80, la crise économique qui a frappé la région subsaharienne de l'Afrique, a été durement ressentie au niveau du secteur de la santé jusque là, totalement dépendant de l'Etat. Les crédits budgétaires alloués à la santé ont progressé plus lentement depuis, et dans certains pays, leur niveau par habitant a même diminué [1]. L'offre des services de santé devenait insuffisante face à une demande de plus en plus croissante. Ceci s'est traduit entre autres par :

- une pénurie chronique des médicaments dans les formations sanitaires
- un délabrement important des infrastructures
- une absence de maintenance et de renouvellement des équipements.

Cette situation critique, avait convaincu les décideurs de l'échec des premières politiques de santé basées sur la gratuité des soins et les interpellait à rechercher de nouvelles alternatives de financement de la santé. Le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays, a entrepris des réformes du secteur de la santé, qui, vont de pair avec l'introduction de modèles variés de participation à la prise en charge par les patients des coûts des soins. Ces transformations s'insèrent dans le cadre d'une réforme générale des structures administratives et politiques et s'inspirent du modèle de distribution spatiale de l'offre des soins de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), basé sur le district sanitaire.

L'objectif de ces réformes est non seulement d'améliorer la qualité des prestations fournies aux usagers, mais aussi d'assurer une utilisation plus efficiente des ressources disponibles. Une utilisation efficiente des ressources passe par une gestion rationnelle qui suppose la connaissance des coûts des prestations fournies. En effet, selon GRENON, le calcul des coûts a deux vocations principales qui sont [9] :

- donner les éléments utiles au système de contrôle de gestion qui a pour but de mieux cerner la gestion de l'hôpital afin de mieux le diriger,
- aider les responsables à décider des solutions optimales face à certains problèmes tels que fixer un tarif, remplacer un équipement, introduire une nouvelle activité, assurer une prestation ou la sous-traiter.

Les coûts deviennent alors un élément indispensable de l'analyse économique à réaliser pour décider. L'analyse des coûts peut à partir des informations obtenues sur les inputs et les outputs, sur la structure des coûts, de même que sur les différents intervenants, repérer les subventions et permettre d'identifier les ressources à mobiliser. Cette démarche peut permettre de garantir la pérennité et aussi d'assurer la qualité des services. Les outils fournis par l'enseignement du Diplôme Supérieur d'Economie de la santé (DSES), nous permettent de mener une telle démarche au niveau de l'hôpital de Boromo pour améliorer le fonctionnement de cette structure.

II-PROBLEMATIQUE

Avec un produit national brut (PNB) par habitant équivalent à 300\$ US (dollar américain) environ, le Burkina Faso se classe parmi les pays à faible revenu. La situation socio-économique est caractérisée par la persistance de la pauvreté, 44,5% de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté établi à 41 099 FCFA par personne et par an. Ce contexte de pauvreté a des incidences sur la situation sanitaire. Celle-ci demeure précaire bien que le budget alloué à la santé ait augmenté passant de 5,31% en 1991 à 7,59% du budget national en 1997 [14]. Les indicateurs sanitaires n'ont pas évolués : le taux de mortalité générale est à 16,4‰, la mortalité infantile à 93,7‰, et la mortalité maternelle à 566 décès maternels pour cent mille naissances vivantes[14].

Pour faire face à cette situation, le gouvernement du Burkina a adopté une stratégie qui vise la revitalisation des soins de santé primaires par la décentralisation des services de santé et l'autonomie des districts sanitaires [15]. C'est ainsi que sur le plan sanitaire, le pays est divisé en onze régions regroupant cinquante trois districts sanitaires¹. Pour rendre opérationnel le district, le plateau technique de l'hôpital a été renforcé à partir de 1995 par la réalisation de nouveaux investissements tels que :

- la construction et l'équipement du bloc opératoire en 1995.
- l'achat et l'installation d'un fauteuil dentaire en 1997.
- l'équipement du laboratoire d'analyse en 1997.

Ces réalisations ont modifié l'offre et la demande de soins au niveau de cette structure sanitaire. Il y a de nouvelles prestations qui sont offertes notamment les soins bucco-dentaires et les interventions chirurgicales. Celles-ci entraînent des charges supplémentaires dont le poids est méconnu des responsables de l'hôpital. Par ailleurs, on assiste à des ruptures fréquentes de produits anesthésiques, de consommables médicaux (fils de suture) et des réactifs de laboratoire.

Le financement de l'hôpital est assuré par des sources variées. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, il est demandé une

¹ Le district sanitaire est l'unité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé.

contribution financière aux usagers des services de santé. Les tarifs des prestations ont été fixés par le pouvoir central sans tenir compte des aspects économiques de l'offre et de la demande. Les usagers trouvent trop élevés les montants qu'on leur demande de payer, par contre les professionnels de santé trouvent ces tarifs dérisoires selon les résultats d'une évaluation du district faite en 1998 dans le cadre de l'élaboration du plan de développement sanitaire [8]. Par ailleurs, la littérature montre qu'environ 70% du budget du district est absorbé par l'hôpital de district. D'autre part, 30 à 20 % des coûts de l'hôpital de district sont des coûts en capital et dans les coûts de fonctionnement 60 à 70% est destiné aux salaires du personnel [13, 18]. Aucune étude sur les coûts n'a encore été faite dans l'hôpital de Boromo et le constat est que cette structure connaît des insuffisances dans le domaine de la gestion qui se traduisent par un gaspillage des ressources.

Dans un tel contexte, il est indispensable que les décideurs, les tiers payants, les professionnels de la santé et les usagers sachent ce que coûte chaque prestation. Les questions qu'on se pose alors sont :

- quel est le volume des prestations fournies ?
- quels sont les coûts de ces prestations ?
- le tarif direct tel qu'instauré permet-t-il de recouvrer les coûts des prestations fournies ?

L'étude proposée entend répondre à ces questions en s'appuyant sur le cas de Boromo et apporter ainsi une contribution à la connaissance des coûts d'une structure sanitaire.

III- PRESENTATION DE L'ETUDE

1- Thème de l'étude.

Le thème de notre étude est l'analyse des coûts d'un hôpital de district. Il s'agit de calculer les coûts unitaires des prestations fournies et les comparer à la tarification actuelle. Le centre médical avec antenne chirurgicale de Boromo est une structure de santé qui permet la réalisation d'une telle étude.

2-Objectifs de l'étude.

Objectif général :

Contribuer à la connaissance des coûts des prestations afin de permettre une tarification rationnelle à l'hôpital de Boromo.

Objectifs spécifiques de l'étude :

- 1)- Collecter les données pertinentes sur l'hôpital de district sous l'angle :
 - des ressources mises en œuvre
 - des prestations fournies
 - des cas traités par l'hôpital
- 2)- Identifier les sources de financement de l'hôpital.
- 3)- Déterminer les coûts totaux, les coûts unitaires de réalisation l'hôpital, les coûts unitaires ou moyens à recouvrer.
- 4)- Comparer les tarifs appliqués aux coûts à recouvrer.
- 5)- Formuler les recommandations qui s'imposent.

3-Intérêts de l'étude

L'intérêt de l'étude se situe à plusieurs niveaux.

Sur un plan personnel, dans le présent travail, nous souhaitons à travers le cas de Boromo :

- donner un exemple d'analyse des coûts dans un établissement public du niveau périphérique de soins.
- mettre en application une démarche méthodologique apprise au cours de la formation au CESAG.
- contribuer à l'enrichissement de la documentation sur la méthodologie de calcul des coûts.
- Fournir des données de gestion aux responsables de l'hôpital.

Pour l'hôpital de Boromo et les intervenants du développement socio-sanitaire, cette étude fournira des données de base pour :

- l'élaboration d'une tarification rationnelle
- l'appréciation de l'efficacité des différents services.
- l'information des partenaires de l'utilisation faite des ressources mise à sa disposition
- d'éventuelle négociation des subventions et une prévision budgétaire correcte.

4- Limites de l'étude

L'étude est faite dans une structure spécifique d'un district et les résultats auxquels elle aboutira, doivent- être considérés dans ce contexte ou alors comparés à ceux d'une structure semblable.

Les coûts calculés se rapportent à des effets immédiats ou intermédiaires d'une action sanitaire tels que les coûts d'un acte médical ou d'un cas hospitalisé. Les effets finaux sur l'état de santé qui s'exprimeraient en terme d'années de vie gagnées ou d'espérance de vie sont difficiles à appréhender en l'état actuel des données.

5-Définitions des termes.

Les termes techniques dans la présente étude seront définis au fur et à mesure qu'ils seront introduits. Cependant, il nous semble important d'éclaircir certains termes pour aider à la compréhension de notre texte.

- les centres de coût : ce sont les centres d'analyse de l'hôpital pour lesquels les objectifs de gestion sont établis en terme de coût [18].
- l'unité d'œuvre : c'est un indicateur physique décrivant l'activité d'un centre et permettant la répartition des ressources consommées par d'autres centres.
- la tarification à l'acte : c'est un système de paiement basé sur le principe de l'achat d'un ticket pour chaque acte médical.
- le recouvrement des coûts : c'est la couverture partielle ou totale des dépenses relatives à l'acquisition d'une prestation hospitalière par la contribution financière des usagers.

6- Plan de l'étude

Nous avons choisi d'aborder notre travail en deux parties, en plus de la présentation générale dans laquelle nous avons défini la problématique et procédé à la présentation de l'étude.

Dans la première partie, nous définirons, le cadre opérationnel de l'étude, le cadre théorique, les variables ainsi que la stratégie de recherche.

Dans la deuxième partie, les résultats seront présentés. Nous y ferons, l'application de la démarche méthodologique, la détermination des coûts unitaires de réalisation et des coûts unitaires à recouvrer, la comparaison des tarifs appliqués et les coûts à recouvrer. Nous terminerons cette partie par la discussion avant de formuler les recommandations.

Dans une conclusion générale, nous résumerons l'essentiel et tirerons les leçons qui se dégagent de cette étude.

CESAG

**PREMIERE PARTIE : CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE,
CADRE THEORIQUE, STRATEGIE DE
RECHERCHE ET METHODOLOGIE**

LIOTHEQUE

CHAPITRE 1- CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE

Le Burkina Faso a une superficie de 274 000 Km² et une population estimée à 10 312 609 habitants. Il compte sur le plan administratif, quarante cinq provinces. Sur le plan sanitaire, le pays est divisé en onze régions regroupant cinquante trois districts sanitaires. Le district sanitaire de Boromo est l'un de ces 53 districts [14,15].

1-Le district sanitaire de BOROMO

1.1-Les données démographiques et socio-économiques.

Le district sanitaire de Boromo est peuplé d'environ 200 000 habitants, avec une densité de 38 habitants par Km². Elle est composée de 51,9 % de femmes et de 48,1 % de hommes. Cette population est jeune, 49,5% a moins de 15 ans. Le taux de natalité au niveau de la province se situe à 43,7 pour 1 000 et le nombre moyen d'enfants par femme est de 6,8. Le taux de mortalité infantile de la province se situe à 94 pour 1000 et le taux d'accroissement démographique est de 2,68 % [8].

Au niveau socio-économique, on note que la population du district est composée de 80 % d'agriculteurs pratiquant principalement les cultures de rente (le coton, le sésame et l'arachide) et des cultures vivrières (le maïs, le sorgho, le mil). Il existe par ailleurs une unité industrielle d'extraction minière (SOREMIB). La province bénéficie des services de deux établissements financiers, la Caisse populaire et la Caisse Nationale de Crédit Agricole. Enfin, sur le plan éducatif, la province compte 78 écoles primaires dont une privée, et quatre établissements secondaires. Le taux de scolarisation au niveau du primaire est de 37 % contre 40 % au niveau national. La ville de Boromo, capitale provinciale, est située sur la voie nationale numéro1 et se trouve à mi-distance entre les deux plus grandes villes du pays, à savoir Bobo – Dioulasso et Ouagadougou. Elle est électrifiée, connectée au réseau national de télécommunication et "dispose d'eau courante". La province est traversée également par le chemin de fer reliant Abidjan en Côte d'Ivoire à Kaya au Burkina Faso.

1.2-Les services de santé du district

Le District sanitaire de Boromo comprenait en 1998 :

- un Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) installé dans la ville de Boromo.
- un Centre Médical sis dans la localité de Poura,
- 21 Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) dans 21 villages,
- un dépôt répartiteur de Médicaments Essentiels Génériques (MEG),
- 23 dépôts MEG dans les chacune des formations sanitaires (CMA, CM et CSPS) et trois dépôts pharmaceutiques privés dans la ville de Boromo et une quinzaine de dépôts privés dans certains villages.

Les formations sanitaires du district sont organisées en deux échelons : un échelon de premier contact constitué par le réseau des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et un échelon de référence représenté par l'hôpital de district, appelé centre médical avec antenne chirurgicale. Au sein de cet ensemble existent des relations (formation, supervision) de l'hôpital vers les CSPS, des relations de référence des CSPS vers l'hôpital et de contre-référence de l'hôpital vers les CSPS.

L'accessibilité géographique² des services de santé est de 80%. Les principaux indicateurs de couverture sanitaire se présentent de la manière suivante :

- la couverture des consultations prénatales est de 60%
- la couverture obstétricale est de 52%
- la couverture vaccinale : BCG = 76%, DTCoqPolio3 = 48%, Rougeole =47%.

2-L' hôpital de BOROMO.

2.1-Le statut

Etablissement public à caractère sanitaire, l'hôpital de Boromo est doté de la personnalité morale et d'une semi-autonomie financière. Le décret n°93-001/PRES/MFPL/SASF/MAT du 28 janvier 1993 accorde l'autonomie de gestion aux formations sanitaires périphériques de l'Etat. A ce titre, les CSPS et les CMA sont autorisés à garder les recettes de la tarification pour financer leurs activités et à mobiliser toutes les ressources nécessaires à leur

² L'accessibilité géographique est le rapport de la population vivant dans un rayon de 09 Km d'un centre de santé par la population totale du district.

fonctionnement dans le cadre de la participation de la communauté qui doit s'impliquer dans la gestion des services de santé conformément aux principes des soins de santé primaires. Cette participation communautaire est mise en œuvre par les comités de gestion dont les membres sont élus au sein et par les populations de l'aire de couverture de chaque formation sanitaire. Au niveau de Boromo, le comité de gestion a été mis en place en 1995.

2.2-Les missions.

L'hôpital a pour mission d'assurer un paquet minimum d'activités (PMA) tant au niveau du premier que du second échelon [15]. Le PMA du premier échelon intègre les éléments suivants : les soins de santé de base, la fourniture en médicaments essentiels génériques, les interventions liées à la santé (hygiène et assainissement) et les activités de gestion.

Au second échelon, il s'agit de prendre en charge les cas référés par les CSPS pour des problèmes médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et les retourner ensuite avec les instructions nécessaires au suivi de leur cas. En outre, l'hôpital participe à l'encadrement technique du personnel des CSPS.

2.3-Les unités de soins

Le plateau technique de l'hôpital comprend :

- les services médicaux : chirurgie, maternité, médecine, pédiatrie et cabinet dentaire.
- le bloc opératoire
- le service de soins externes
- le laboratoire d'analyse.

L'hôpital dispose de cinquante trois lits d'hospitalisation repartis dans les quatre services de base : 12 lits en chirurgie, 12 en maternité, 20 en médecine et 09 en pédiatrie.

2.4-Le personnel

Le personnel est composé d'agents permanents de l'Etat, d'agents des collectivités locales et d'agents contractuels. Ils se répartissent comme suit :

- 02 médecins
- 01 chirurgien dentiste
- 06 attachés de santé

- 02 sage-femmes
- 13 infirmiers
- 02 techniciens de laboratoire
- 01 technicien d'hygiène et d'assainissement
- 08 aides soignants
- 03 administratifs
- 01 gérant de dépôt
- 02 chauffeurs
- 01 ouvrier polyvalent.
- 06 manoeuvres
- 01 gardien

Soit un total de quarante neuf agents.

2.5-L'organisation de l'hôpital.

Chaque unité de soins est sous la responsabilité d'un médecin qui a sous ses ordres le personnel paramédical qui lui est affecté ; le plus expérimenté de ce personnel soignant est désigné major de service ou sage-femme maîtresse. Il joue alors un rôle technique et administratif dans le service c'est -à- dire qu'il collabore avec le chef de service dans l'encadrement du personnel et coordonne les activités du service. Les soins sont dispensés par une équipe comprenant le médecin qui pose les diagnostics et prescrit les traitements tandis que les infirmiers ou les sage-femmes exécutent les soins. Au niveau du service des soins externes, les infirmiers assurent les consultations et prescrivent également.

La tarification appliquée est le paiement à l'acte dont le principe repose sur l'achat d'un ticket pour chaque acte médical ou chaque prestation. Toutefois une disposition particulière au niveau de la consultation permet à l'usager de bénéficier du ticket pendant une semaine. Les tarifs en vigueur figurent dans l'annexe I. En cas d'urgence ou d'hospitalisation, les frais sont honorés après les soins ou à la sortie de l'hôpital. L'hôpital possède deux caisses pour la perception des recettes : la caisse A et la caisse B.

-la caisse A est tenue par un agent contractuel. Celui-ci est chargé de la perception des frais des activités du premier échelon³ et des recettes de vente des MEG.

-la caisse B est tenue par un agent de l'Etat chargé de la perception des recettes provenant des activités du deuxième échelon correspondant aux consultations du médecin et du dentiste, aux hospitalisations, aux interventions chirurgicales et aux actes de laboratoire. Les recettes obtenues en 1998 s'élèvent à 23 609 689 FCFA.

Tout paiement au niveau des caisses donne droit à un reçu établi et délivré par le caissier. Les recettes sont régulièrement versées (deux fois par semaine) par le trésorier du COGES à la banque locale. Il n'est pas permis d'effectuer directement des dépenses sur les recettes à partir de l'encaisse. Pour les dépenses, les chèques bancaires sont conjointement signés par le Médecin Chef et le Président du COGES.

³ Le premier échelon correspond aux activités d'un CSPS : soins de santé de base, fourniture de MEG, éducation sanitaire, mobilisation de la communauté, collecte des données statistiques.

CHAPITRE 2 –CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

I- LES PRINCIPALES THEORIES SUR LE CALCUL DES COUTS EN MILIEU HOSPITALIER

1-Les méthodes de calcul des coûts.

La revue de la littérature indique plusieurs pistes pour le calcul des coûts. Avant de présenter succinctement les différentes méthodes, il est important de définir le concept de coût.

1.1-Définition du coût.

D'une manière générale, le coût d'un bien ou service est la valeur des ressources engagées pour obtenir ce bien ou service. Les économistes distinguent deux types de coût :

-le coût d'opportunité ou coût alternatif qui représente la valeur de l'alternative la plus intéressante abandonnée en faveur de celle choisie. Cette notion de coût d'opportunité est importante car on fait face à des besoins humains illimités avec des ressources rares qui ont des usages alternatifs. Il convient de trouver l'usage le meilleur (le plus optimal) du point de vue de la satisfaction des besoins.

-le coût comptable d'un bien ou service est la valeur monétaire des ressources effectivement engagées pour obtenir ce bien ou service. Cette deuxième définition du coût à savoir le coût comptable est la plus adaptée à notre étude car il s'agit de faire le point sur les ressources engagées pour réaliser les activités au niveau de l'hôpital.

1.2-Les catégories de coûts.

1.2.1-Selon le moment des calculs.

1.2.1.1-Les coûts constatés :

Ils correspondent à des coûts calculés postérieurement aux faits auxquels ils se rapportent. Ce sont des coûts réels utilisés pour mesurer les écarts avec les normes ou les prévisions par comparaison.

1.2.1.2- Les coûts préétablis :

Il s'agit de coûts établis à une période antérieure aux faits auxquels ils se rapportent. Ce sont des coûts calculés à priori, basés sur les hypothèses qui

peuvent être des prévisions ou des normes. Ils sont utilisés comme référence pour la gestion.

1.2.2- Selon le type de ressources [6 pp 14-16]

Les coûts des établissements sanitaires peuvent être classés en deux grandes catégories :

3.2.2.1- Les coûts de fonctionnement (ou récurrents)

Ils portent sur les biens et services qui ne durent pas plus d'une année et comprennent :

- bâtiments (utilisation, entretien)
- fournitures (fournitures de bureau, petit équipement)
- médicaments et consommables médicaux
- matériel roulant (utilisation, entretien, réparation)
- personnel (salaires, séminaires, recyclages)

1.2.2.2- Les coûts d'investissement (ou en capital)

Ils concernent les biens et services qui durent généralement plus d'une année. Ce sont :

- bâtiments
- le matériel roulant
- les gros équipements
- les formations de base (initiale) et celles de longue durée du personnel.

1.3- Les méthodes de calcul des coûts proprement dites.

Les différentes méthodes de calcul des coûts à voir de près se résument à deux grands courants : la méthode des coûts partiels [10, 16, 20] et celle des coûts complets [11, 13,18].

1.3.1-La méthode des coûts partiels.

Cette méthode n'incorpore dans les coûts qu'une partie des charges ; on y rencontre trois types :

1.3.1.1- Les coûts variables ou "direct costing"

Cette méthode ne prend en compte dans les coûts que les charges liées au volume de production. Les coûts variables n'incorporent que les charges d'exploitation liées au volume d'activités. L'ensemble des charges de l'hôpital, des services médico-techniques est laissé de côté dans une masse commune. On peut calculer une marge entre le prix de vente et les charges

variables engagées ; Cette marge appelée marge sur coûts variables contribue à couvrir les coûts fixes.

Avantages et limites de la méthode

a) Avantages :

Cette méthode permet de déterminer :

- la contribution des différents services d'hospitalisation à la couverture des charges fixes de l'hôpital.
- la contribution des différents actes médico-techniques (laboratoire, radiographie) à la couverture des coûts fixes de ces services médico-techniques.
- en entreprise, un des objectifs d'une telle méthode est de choisir les produits dont il conviendrait d'accepter la commande ou au contraire de ne plus assurer la production.

b) Limites

- Elle ne permet pas d'avoir le coût réel du produit ou de la prestation. Le coût obtenu est variable selon le volume de production.

1.3.1.2- la méthode des coûts directs :

elle consiste à n'attribuer aux sections que les charges qui peuvent être affectées ou imputées sans ambiguïté, c'est à dire sans calcul préalable ; les charges peuvent être variables ou fixes.

La masse des charges indirectes constitue alors les coûts communs à tout l'hôpital sans qu'il ne soit nécessaire de les répartir.

Avantages et limites.

a) Avantages.

- le coût calculé est un coût plus exact dans la mesure où les charges constitutives du coût ne font pas appel à des conventions de calcul lors de leur imputation ;
- le coût direct en gestion hospitalière est un coût représentatif dans la mesure où la majeure partie des charges transitant par les sections auxiliaires sont facilement imputables aux sections définitives.
- cette méthode permet de dégager la marge sur coûts directs de chaque service et par-là sa contribution à l'absorption des charges communes de l'hôpital.

b) Limites

Il y a risque de conflit entre apporteur d'argent et ceux qui ne le sont pas ou le sont moins.

1.3.1.3- Les coûts spécifiques

Cette méthode de calcul est une démarche qui prolonge la méthode des coûts variables. Elle prend en compte les charges variables liées à la production du service ou de l'activité et les charges fixes directes qui sont propres au service ou à l'activité. Cette méthode qualifiée de "direct costing évolué" tend à se rapprocher de la technique des coûts complets en ce sens qu'elle impute autant que possible des coûts (variables et directs) aux sections définitives. Cette méthode permet de dégager une marge sur coûts spécifiques qui doit permettre la couverture des charges fixes indirectes réputées être des charges communes de la structure (charge d'administration).

Avantages et limites

a) Avantages

- elle permet une meilleure comparaison entre les différents services ou activités par rapport à la méthode des coûts variables, surtout lorsqu'une part importante des charges fixes est liée à la production.
- elle permet de faire apparaître la performance d'un produit.

b) limites:

-elle est souvent utilisée dans la production de biens et services pour déterminer la rentabilité d'un produit et décider de la suppression des produits ou services non rentables. En matière de santé, il est difficile de décider de supprimer une prestation surtout dans les structures publiques pour des considérations éthiques car cela sera considéré comme une atteinte aux droits individuels. Néanmoins, l'intérêt général doit primer et l'hôpital peut renoncer à faire certaines prestations.

1.3.2- La méthode des coûts complets

Elle consiste à distinguer les charges de l'hôpital en charges directement liées à un service ou à une activité médicale ou à un produit et en charges communes à plusieurs services ou à plusieurs activités médicales ou à plusieurs produits. Elle permet de calculer un coût complet par service,

comprenant d'une part, des charges directes propres à ce service, et d'autre part, une quote-part des charges indirectes globales de l'hôpital.

Cette méthode requiert l'utilisation de centres d'analyses c'est-à-dire des divisions de l'hôpital en sections homogènes de deux types :

-les sections définitives dont l'essentiel des prestations est imputé aux services finaux. Ce sont des centres d'activités où les prestations et les services médicaux finis sont produits (hospitalisation, consultations externes) ;

-les sections auxiliaires sont des centres d'activités où les prestations concourent à la production des services et prestations finis dans les sections définitives. L'essentiel de leurs prestations est cédé à d'autres sections.

Cette méthode basée sur la comptabilité analytique, nécessite un plan comptable qui permet d'identifier les différents comptes, en vue de la ventilation des charges sur les sections auxiliaires et définitives. Il est difficile d'appliquer cette méthode dans une structure publique ne disposant pas de plan comptable. Toutefois des adaptations ont été faites de la méthode des coûts complets aux établissements sanitaires publics par Guy Carrin et Elvo Kodjo, puis récemment par Donald Shepard et Dominic Hodgkin. La méthode de Carrin et Kodjo, vise à calculer les coûts par activités de soins et ces auteurs dans leur analyse font la distinction entre coûts directs et coûts indirects.

Celle de Shepard et Hodgkin [18] vise à calculer les coûts par unité d'output et les auteurs proposent la division de l'hôpital en trois catégories de centres de coûts ou centres d'analyse :

-les centres de coûts "directs" : ce sont les services de l'hôpital qui rendent des prestations et services finis directement aux patients (chirurgie, gynéco-obstétrique, médecine, pédiatrie, consultations externes).Ils induisent les charges directes.

-les centres de coûts "auxiliaires": Ce sont les services qui rendent des services aux autres centres de coûts directs mais ils rendent aussi quelques prestations directement aux patients (laboratoire, radiologie, pharmacie, salle d'accouchement, bloc opératoire).L'avantage de faire la distinction entre centres de coûts directs et centres de coûts auxiliaires est qu'on peut

calculer deux types de coûts par unité avec ou sans répartition des coûts induits par ces entités "auxiliaires".

-les centres de coûts "indirects" : Ce sont les services qui fournissent des prestations aux centres de coûts directs et auxiliaires, et ainsi, indirectement aux patients. Ils induisent les charges indirectes ou communes.

Les charges directes sont affectées directement, sans calcul préalable à un service ou à l'exécution d'une activité médicale. Les charges indirectes ou charges communes à plusieurs services ou à plusieurs activités médicales sont imputées sur ceux-ci ou sur celles-ci à l'aide de clés de répartition.

La méthode des coûts complets présente des avantages et des limites :

En termes d'avantages :

- Elle facilite le calcul des coûts totaux, coûts par service, coûts unitaires (coûts des journées d'hospitalisation, de traitement par malade, par groupe de malades, des actes médico-techniques).
- Elle permet dans le cadre de la tarification, de fixer des prix reflétant la réalité des coûts.
- Elle permet de comparer les performances de secteurs d'activité à l'intérieur de l'hôpital et éventuellement entre plusieurs établissements sanitaires.
- Elle corrige l'imputation parfois massive à l'administration de certaines charges.
- Elle peut être appliquée dans une structure où les données sont peu disponibles.

Les limites de cette méthode tiennent :

- au caractère quelques fois arbitraire et approximatif de la répartition des charges indirectes.
- au caractère global du coût moyen dégagé qui ne reflète pas la diversité des prestations fournies au sein d'une même section.
- à la non prise en compte de l'incidence des variations de l'hôpital sur les coûts.

2- Quelques études de coûts réalisées dans le domaine de la santé.

Au regard des différentes études réalisées sur les coûts dans le domaine de la santé, on peut retenir que le choix d'une méthode de calcul des coûts est fonction de l'objectif visé à travers l'étude, de l'objet même de l'étude (toute la structure ou une prestation), de la disponibilité des données au niveau de la structure sanitaire. Ainsi :

- Keita F., a étudié les coûts d'hospitalisation de deux services (Médecine générale et Chirurgie) du CHU Ignace Deen de Conakry en utilisant la méthode des coûts complets. Son objectif était de déterminer les coûts d'hospitalisation et vérifier l'adéquation entre coûts et tarifs appliqués. Les tarifs appliqués ne couvraient les coûts que très partiellement : le taux de couverture était de 9,5% en hospitalisation de Médecine, de 9,6% en hospitalisation de chirurgie et de 18,2% en hospitalisation de chirurgie avec acte opératoire [11].

- Moukouavilé S., a fait une étude de coûts récurrents d'un centre de santé en appliquant la méthodologie de calcul des coûts complets proposée par Guy Carrin et Kodjo Elvo, avec pour but d'examiner le recouvrement des coûts des prestations de soins internes par la tarification directe. Il a trouvé que le taux de couverture des coûts par les tarifs des différentes prestations variait de 90 à 120% [16].

- Sombié M. a réalisé une étude sur deux services du CHU de Yopougon et a utilisé la méthode des coûts partiels dans le but de comparer les coûts engendrés par les prestations de ces services et les recettes qu'elles génèrent afin d'apprécier l'écart et proposer si possible une tarification. Le tarif de la journée d'hospitalisation de la première catégorie représentait 98 et 159% respectivement en Médecine et en chirurgie. Pour la deuxième catégorie, les chiffres sont 61 et 99% respectivement en Médecine et chirurgie. Et enfin, la troisième catégorie donnait 24 et 40% respectivement en Médecine et en Chirurgie[19].

- Tibouti A) a effectué une étude sur les coûts de fonctionnement du district d'OBALA au Cameroun en adoptant la méthode des coûts complets développée par Hanson K. et Gilson L. dans le guide méthodologique intitulé

"Coûts, utilisation des ressources et financement des services de santé de base". Cette méthode ne tient pas compte des coûts d'investissements et l'argument avancé pour justifier cette omission est que les décisions concernant ces catégories de dépenses sortent du cadre de la responsabilité des gestionnaires du district. Les objectifs étaient de montrer la contribution des différents intervenants dans le financement et analyser l'efficacité de l'utilisation des ressources [20].

- Wong H, dans l'étude portant sur l'analyse des coûts de l'hôpital national de Niamey, a utilisé une méthode des coûts partiels et l'objectif était de déterminer les différents coûts de la prestation des soins. La couverture du coût de la journée d'hospitalisation par le tarif variait de 15 à 129% [21].

- Puglisi a analysé les dépenses de fonctionnement de l'hôpital Reine Elisabeth II à Maseru. Il a identifié 10 centres directs, 5 auxiliaires et 8 indirects. Les coûts unitaires des outputs ont été déterminés sans répartition préalable des coûts des centres auxiliaires ; Ce qui se rapproche de notre cas sur le plan méthodologique. Les coûts obtenus étaient 4 à 5 fois supérieurs aux tarifs appliqués[17].

- Laforgia a étudié le recouvrement des coûts dans un hôpital public en Equateur. Il a retenu 10 centres directs et 12 indirects et a procédé par la méthode de la double répartition. Le résultat des coûts unitaires montrait une variation triple du coût par rapport au tarif des journées d'hospitalisation [12].

En résumé, les différentes méthodes de calcul des coûts évoquées ci-dessus nécessitent pour la plupart l'existence d'un plan comptable qui permet d'identifier les différents comptes, en vue de la ventilation des charges dans les sections. L'hôpital de Boromo ne dispose pas de plan comptable. En l'absence d'une comptabilité analytique et compte tenu des objectifs de notre étude qui sont de contribuer à la connaissance des coûts de production de l'hôpital (toute la structure), de pouvoir comparer les coûts unitaires (journées d'hospitalisation, actes médico-techniques) et les tarifs pratiqués, nous adopterons la méthode des coûts complets dans notre travail et notre démarche suivra celle proposée par Shepard et Hodgkin.

II – HYPOTHESE DE RECHERCHE

1-Hypothèse de recherche

La démarche générale de l'évaluation économique met en relation les moyens mobilisés avec les résultats obtenus, ce qui revient à définir une fonction de production. Dans le cas d'une activité sanitaire, l'analyse des coûts suppose l'évaluation non seulement des ressources utilisées mais aussi la mesure du résultat obtenu. Nous allons mettre au point un schéma qui va nous permettre de répondre à la question de recherche ci-après:

Quels sont les coûts de production des prestations de l'hôpital de Boromo ?

Pour répondre à cette question, nous avons identifié certaines variables que nous avons jugées susceptibles d'influencer le coût des prestations. Il s'agit des variables indépendantes qui sont :

-les ressources utilisées: humaines, matérielles et financières. Ce sont les variables directement constitutives du coût.

-les sources de financement

-l'organisation de l'hôpital.

les deux derniers éléments sont des variables indirectement déterminantes du coût.

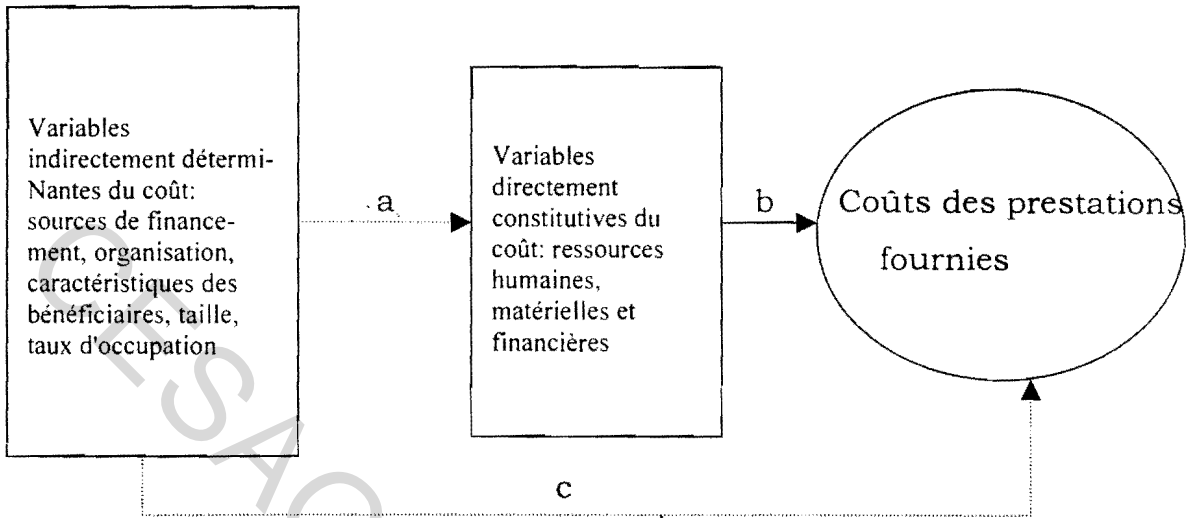
La variable dépendante est représentée par les coûts des prestations (ou coûts unitaires).

Hypothèse de notre travail :

L'étude suppose que les coûts des prestations fournies par l'hôpital sont supérieurs aux tarifs en vigueur.

2- La logique de la démarche d'analyse des coûts.

Le schéma utilisé pour notre démarche se présente sous la forme ci-dessous.



Ce schéma de la logique d'analyse des coûts montre la relation qu'il y a entre les coûts des prestations et les différentes variables indépendantes (directes et indirectes) :

a = c'est la fonction qui exprime la relation entre les variables indépendantes.

b = c'est l'impact des variables directement constitutives du coût.

c = c'est l'impact des variables indirectement déterminantes du coût.

III- DEFINITION OPERATIONNELLE DES VARIABLES

1- Les variables indépendantes.

Les variables indépendantes sont les facteurs mesurables dont on suppose qu'ils causent ou influencent un problème avéré . Dans notre cas, les ressources utilisées (facteurs de production ou inputs) de l'hôpital de district sont des variables directement constitutives du coût ; il s'agit des moyens financiers , humains et matériels.

Les indicateurs ou critères d'appréciation de ces variables sont :

-pour les bâtiments et le matériel : la surface bâtie, le type de matériaux utilisés, le nombre de pièces de l'équipement, les caractéristiques techniques du matériel.

-pour les ressources humaines : le salaire, la qualification, l'expérience, le nombre d'heures de travail rémunérées.

-pour les ressources financières : les dépenses par centre d'analyse.

Les facteurs liés aux bénéficiaires sont des variables indirectement déterminantes du coût : le nombre des bénéficiaires, leurs caractéristiques (âge, sexe, lieu d'habitation, revenu, valeurs culturelles).

Les sources de financement et l'organisation de l'hôpital sont des variables indirectement déterminantes du coût . L'analyse de l'impact des variables indirectement déterminantes du coût a pour but d'estimer dans quelle mesure les circonstances de production expliquent le niveau des coûts observés. Les critères d'appréciation reposeront sur l'origine du financement, mission, mode de paiement, les services offerts.

2- Les variables dépendantes .

Les variables dépendantes sont les facteurs permettant de mesurer la dimension et l'ampleur du problème étudié de même que les modifications qu'il subit. Les coûts unitaires représentent la variable dépendante et constituent le fondement de notre étude. Cette variable va être mesurée au moyen de certains indicateurs:

-les coûts totaux,

-les coûts par centre d'analyse .

CHAPITRE 3- STRATEGIE DE RECHERCHE

1- Justification du choix de l'hôpital

L'analyse des coûts de production des prestations de l'hôpital de Boromo est une étude de cas car il s'agit de faire le point sur les ressources engagées pour réaliser les prestations. Le choix de l'hôpital a été opéré en tenant compte des critères suivants :

- le district sanitaire doit être opérationnel
- l'hôpital en question doit dispenser des prestations hospitalières essentielles (médecine, pédiatrie, chirurgie, maternité).
- Le besoin de connaissances des coûts des responsables de l'hôpital.

Du fait que les informations existaient déjà, elles sont systématiquement recueillies et exploitées à l'aide de fiches pré structurées. La collecte des données s'est déroulée du 26 Septembre au 30 Octobre 1999.

La période de référence retenue pour l'étude est l'année 1998.

2-Les techniques de collecte des données.

Elles se résument en une analyse documentaire des entretiens semi-ouverts avec les agents et l'observation non participative.

2.1-L' analyse documentaire

Elle a concerné les documents disponibles sur l'hôpital . Cadre de l'étude, il s'agit d'obtenir les informations nécessaires à la connaissance de cette structure. Ces informations ont porté sur:

- les textes régissant son fonctionnement: textes de loi, directives et ordonnances administratives, organigrammes, schémas organisationnels, descriptions de postes.
- les outils de gestion des ressources humaines, matérielles et financières: carnets de reçu, cahier de recettes journalières de la tarification, livre de caisse, rapports de trésorerie, livre de banque, reçus de rémunération pour services rendus, bulletins de paie, planning de gestion prévisionnelle du personnel, listes d'inventaire, cahiers de dotation des fournitures de bureau, à l'aide de formulaires d'enquête pré structurés .

- les outils de gestion des patients : des rapports d'activités, registres des patients, registres des interventions chirurgicales, dossiers des malades à l'aide de fiches.

Les informations précitées ont été complétées par des données épidémiologiques, démographiques et socio-économiques du district.

2.2- L'observation

L'observation non participative a été faite pendant une période d'une semaine et a intéressé les agents à leur lieu de travail pour déterminer le taux d'occupation du personnel par centre de coût. L'enquêteur, étranger à l'hôpital, se poste dans un service et chronomètre le temps passé au travail par chaque agent notamment pour ceux qui sont à cheval sur plusieurs services. Le "temps mort" ou temps passé sans travailler est pris en compte par le service où l'agent est officiellement affecté.

2.3- Les entretiens

Les entretiens semi-ouverts ont intéressé les agents responsables des services de l'hôpital, le médecin chef, le directeur régional de la santé et des responsables des structures administratives au niveau central dans le but de recueillir des informations complémentaires.

3- Le traitement des données

La saisie et le traitement des données sont assistés par ordinateur. On a utilisé les logiciels habituels : logiciel de traitement de textes MS-Word pour Windows(version 95), tableur MS-Excel pour Windows (version 97).

La deuxième partie de notre travail sera consacrée à la mise en œuvre de la méthode retenue au CMA de Boromo.

CESAG

**DEUXIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE LA METHODOLOGIE,
COMPARAISON DES TARIFS AUX COUTS,
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.**

BIOTHEQUE

CHAPITRE 1- APPLICATION DE LA METHODE AU CMA DE BOROMO.

Notre analyse suivra la démarche proposée par Shepard et Hodgkin⁴ dans le document intitulé « analysis of hospital costs in developing countries. A manuel for managers ». Dans ce cas, nous procéderons successivement :

- à l'identification des centres de coûts ou centres d'analyse⁵
- à la détermination des unités d'œuvres
- à l'estimation des coûts à répartir.
- à la répartition des coûts par centre d'analyse
- à la répartition des coûts des centres indirects sur les autres centres.

⁴ Shepard D. Hodgkin D: Analysis of hospital costs in developing countries; a manuel for managers. Walthman Institute for health policy, Heller School, Brandeis University, 1998.

⁵ Les centres d'analyse sont définis comme des centres de travail de l'entreprise (hôpital) accomplissant des fonctions économiques .

I-DESCRIPTION DE LA DEMARCHE

1-Identification des centres de coûts.

On distingue, les centres de coûts 'directs' et les centres de coûts 'indirects' :

Les centres de coûts directs sont subdivisés en centres de coûts directs à responsabilité principale et centres de coûts directs à responsabilité auxiliaire.

1.1-Les centres de coûts directs à responsabilité principale

Ce sont les services de l'hôpital qui rendent des prestations de soins directement aux patients. Il s'agit des unités de chirurgie générale, maternité, médecine générale, pédiatrie, consultations externes, consultations du médecin, cabinet dentaire, appui aux autres structures du district. Ils induisent les charges directes.

1.2 Les centres de coûts directs à responsabilité auxiliaire

Ils rendent des services aux centres de coûts directs à responsabilité principale mais ils rendent quelquefois des services directement aux patients. Ce sont le bloc opératoire, la salle d'accouchement, le laboratoire et la pharmacie. L'avantage de faire la distinction entre les centres de coûts "directs" et "auxiliaires" est, qu'on peut calculer deux types de coûts par unité, c'est-à-dire avec ou sans la répartition des coûts induits par les entités 'auxiliaires'. Par exemple, on peut calculer les coûts par hospitalisation sans considérer les coûts du laboratoire ou de la pharmacie; ou bien calculer les coûts par hospitalisation après répartition préalable des coûts induits par le laboratoire ou la pharmacie selon les besoins de l'étude.

1.3 –Les centres de coûts “indirects”

Ce sont des services de l'hôpital qui fournissent des prestations aux centres d'analyse “directs” et “auxiliaires” et, ainsi, de manière indirecte aux patients. Ils induisent les charges indirectes ou communes, qui sont aussi appelés les frais généraux. Nous retenons les centres de coûts "indirects" suivants : administration, maintenance (inclus entretien des équipements et bâtiments), énergie et eau, cuisine, transport (inclus entretien et réparation des véhicules et motocyclettes), supervision (inclus recyclage des agents).

2-Détermination des unités d'œuvres⁶

Pour chaque centre de coût direct de l'hôpital, il est défini une unité d'œuvre. Le tableau n°1 donne la situation des unités d'œuvres retenues par centre de coût.

⁶ L'unité d'œuvre est un indicateur physique dérivant l'activité d'une section et permettant la répartition des ressources consommées par d'autres sections. Elle doit refléter de la façon la plus homogène et la plus claire les performances d'une section et par- là le niveau des coûts.

Tableau n°1 : les unités d'œuvres par centre de coûts.

Centres d'analyse directs	Unités d'œuvre
chirurgie générale maternité, pédiatrie' médecine générale	nombre de cas hospitalisés nombre de journées d'hospitalisation
consultation externe consultation du médecin cabinet dentaire'	nombre de consultations externes
appui aux autres structures	nombre d'appui techniques faits, nombre de contre- références
Centres d'analyse auxiliaires	
bloc opératoire	nombre d'interventions chirurgicales
salle d'accouchement	Nombre des accouchements
pharmacie	nombre d'ordonnances servies, nombre de journées d'hospitalisation
laboratoire	nombre d'examens réalisés

3-L' estimation des coûts.

3.1-Les éléments à inclure dans l'analyse

Nous allons calculer les coûts de production de l'hôpital en prenant en compte la valeur monétaire de toutes les ressources engagées. Le tableau suivant fait l'état des divers items qui sont inclus dans l'analyse des coûts.

Tableau n°2 : Eléments à inclure dans l'analyse

Catégories	Coûts d'investissement	Coûts de fonctionnement
1) bâtiments	achat de terrain, construction	entretien, réparation.
2) équipement, mobilier	Tous les éléments qui ont une durée de vie > 01année	entretien, réparation.
3) transport	véhicules, motociclettes.	entretien, réparation, carburant, lubrifiants.
4) communi - cation	téléphone (installation)	entretien, frais d'exploitation
5) énergie	groupe électrogène, branchement sur le secteur(réseau urbain	entretien, réparation, carburant, lubrifiants, frais d'électricité.
6) eau	installation	Frais des factures d'eau
7) Cuisine	Matériel	Achat de vivres
8) mainte - nance.	équipement	fournitures, petit matériel
9) fournitures médicales, laboratoire	Appareils de diagnostic et traitement,	médicaments, réactifs, consommables médicaux
10) adminis - tration	ordinateurs, machine à écrire, mobilier.	fournitures de bureau, entretien, réparations.
11) personnel	formation initiale	salaires, primes, bénéfiques, recyclage, supervision.

3.2- L'estimation des charges d'investissement (amortissement).

Le calcul des coûts des investissements demande un inventaire des bâtiments, des équipements de l'hôpital et l'estimation de leur valeur. Nous prenons en compte l'amortissement de l'investissement public puisque nous voulons calculer d'abord les coûts unitaires de réalisation.

Pour le calcul de l'amortissement des investissements nous avons appliqué une formule⁷ qui tient compte :

a)- de la valeur de remplacement du bien c'est-à-dire estimer la somme qu'il faudrait payer à l'année de référence de l'étude pour se procurer un bien équivalent [7p78, 18p23]. La valeur de remplacement des bâtiments a été estimée sur la base du coût de réalisation du mètre carré (m²) de construction. Ce coût varie en fonction des matériaux utilisés mais il est en moyenne de 150 000F CFA par m².

Pour les équipements techniques, roulants et le mobilier, les coûts ont été estimés sur la base des prix de l'année 1998 des fournisseurs nationaux.

b)- de la durée de vie : il s'agit d'évaluer pendant combien d'années on peut raisonnablement espérer utiliser le bien. Cette durée de vie a été estimée au cas par cas selon le type de bien considéré. Ainsi elle est fixée à 30 ans pour les bâtiments et elle varie entre 05 et 15 ans pour les équipements ; la durée de vie du matériel roulant est fixée à 05 ans [5, 18].

⁷ Cette formule / méthode est décrite en détail dans le document "Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires" par Creese A., Parker D. (module 7, pages 67-69).

c)- du taux annuel d'actualisation : le taux constant de 6,5% retenu est celui pratiqué par les services de planification économique du pays.

Pour le calcul, la formule traditionnelle s'écrit :

$$C = \frac{V}{\frac{1 - (1 + k)^{-n}}{k}}$$

où C = l'annuité ou l'amortissement annuel.

V = la valeur de remplacement.

n = la durée de vie du bien.

k = le taux d'actualisation

Le logiciel "MS Excel 97" offre une fonction financière "PMT" dans la version anglaise, qui simplifie énormément le calcul. On rentre le taux d'actualisation, la durée de vie, la valeur de remplacement (en tapant un signe 'moins') et la fonction donne automatiquement l'amortissement annuel [4].

3.3- L'estimation des charges de fonctionnement.

Le coût du personnel a été estimé sur la base des salaires bruts incluant aussi les avantages sociaux. Les primes distribuées au personnel ont été comptabilisées et ajoutées à la masse salariale totale.

Les autres charges récurrentes sont celles liées aux bâtiments, aux équipements et au matériel roulant. Il y a aussi les fournitures médicales et les fournitures non médicales. Leurs coûts ont été estimés sur la base des dépenses effectuées ou sur la base des quantités consommées multiplier par les prix unitaires.

4-Répartition des coûts par centre d'analyse.

C'est la répartition primaire où les charges sont ventilées entre les différents centres de l'hôpital par affectation pour les charges spécifiques ou par répartition selon une clé de répartition. La ventilation des coûts

d'investissement sur les différents centres de coûts a été faite en fonction de la surface bâtie pour ce qui est des bâtiments. Pour le matériel technique et roulant, leur coût a été affecté selon leur d'utilisation.

La répartition des coûts du personnel entre les différents centre de coûts a été effectuée en se basant sur le temps consacré par le personnel aux différents centres d'analyse. Les primes distribuées au personnel ont été réparties au prorata de la masse salariale totale de chaque centre de coûts. La ventilation des autres charges de fonctionnement sur les centres de coûts est faite en fonction de la consommation réelle des services.

5- La répartition des charges indirectes sur les autres centres de coûts

C'est la répartition secondaire dans laquelle, on procède au déversement des charges des centres de coûts 'indirects' (ADMIN, ENER, MAINT, TRANS, CUIS, SUPV) sur les centres de coûts 'directs' selon une répartition en cascade c'est-à-dire que les charges des centres de coût indirects sont ventilées par étapes successives sur les autres centres selon des clés de répartition [7pp72-73, 18p33-34).

Selon les données obtenues sur la consommation respective des ressources par les centres de coûts, la base de la répartition retenue est la suivante :

- A- Le centre ADMIN a été réparti entre les autres centres de coûts en fonction de la proportion du coût total de chaque centre.
- B- Le centre ENER a été ventilé proportionnellement selon la surface du sol en m² de chaque centre de coûts.
- C- Le centre MAINT a été réparti en fonction de la proportion du coût total de chaque centre.
- D- Le centre TRANS entre les autres centres en fonction de la proportion du coût total de chaque centre.
- E- Le centre CUIS est réparti en fonction du nombre de journées d'hospitalisation.
- F- Le centre de coûts SUPV a été ventilé en fonction de la masse salariale de chacun des centres.

On aboutira à la fin de ces opérations à des coûts totaux par centre d'analyse. Le déversement des centres peut se poursuivre en ventilant les charges des centres de coûts directs à responsabilité auxiliaire sur les centres de coûts directs à responsabilité principale, mais cela est fonction des objectifs poursuivis par l'étude. Dans notre cas, le système de tarification à l'acte en vigueur, impose de se limiter à cette étape de la répartition secondaire car les prestations tarifées correspondent aux unités d'outputs à ce niveau.

II- PRESENTATION DES RESULTATS

1-Les Charges d'amortissement

Il s'agit des bâtiments administratifs utilisés durant l'année 1998 qui ont été répertoriés et leur surface bâtie mesurée ; l'amortissement annuel s'élève à 23 433 428 FCFA.

L'amortissement des équipements techniques et mobiliers est évalué à 20 160 363 FCFA.

Pour le matériel roulant, l'amortissement annuel est de 7 555 925FCFA.

2-Les charges de fonctionnement

Les frais totaux de la maintenance préventive et curative des bâtiments sont évalués à 5 626 822 FCFA.

Les dépenses des fournitures médicales s'élèvent à 17 646 180F et les autres fournitures non médicales à 3 795 227FCFA.

Les frais liés au transport se chiffrent à 488 854 F CFA.

L'effectif du personnel présent en1998 est de quarante neuf (49) agents. Les dépenses totales relatives au personnel sont estimées à 41 088 289 FCFA dont 35 618 278FCFA payés par l'Etat.

Les fiches numéro 01 à 09 en annexe donnent le détail de ces charges et leur répartition sur les différents centres de coûts.

3- les coûts totaux.

Au terme de la répartition primaire, les coûts totaux de l'hôpital de Boromo pour l'année 1998 sont estimés à 119 795 088 F comme indiqué sur le tableau numéro 3.

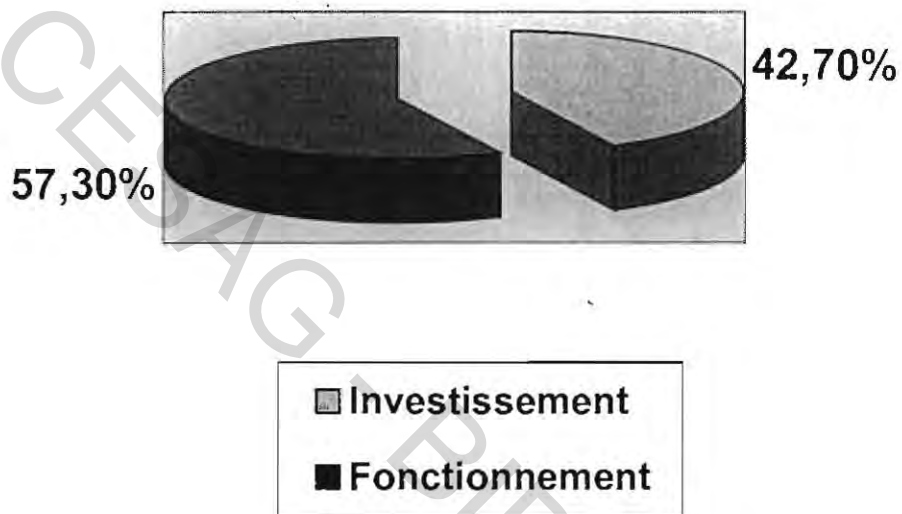
Tableau n°3 : Récapitulatif des coûts totaux.

Type de coûts	Catégories	Coût total	Pourcentage
Investissements (amortissement)	Bâtiments	23 433 428 F	19,56%
	Equipement	20 160 363 F	16,83%
	Matériel roulant	7 555 925 F	06,31%
Sous-total 1		51 149 716 F	42,70%
Coûts de fonctionnement	Bâtiments	5 626 822 F	04,70%
	Fournitures médicales	17 646 180 F	14,73%
	Autres fournitures	3 795 227 F	03,17%
	Transport	488 854F	0,41%
	Personnel	41 088 289 F	34,30%
Sous-total 2		68 645 372 F	57,30%
Total Général		119 795 008 F	100%

Ce tableau traduit le coût de revient de l'ensemble des prestations fournies par l'hôpital de Boromo et le montant total est de 119 795 008 F CFA dont 51 149 716 F CFA soit 42,70% en coûts d'investissement (amortissement) et 68 645 372 F soit 57,30% en coûts de fonctionnement.

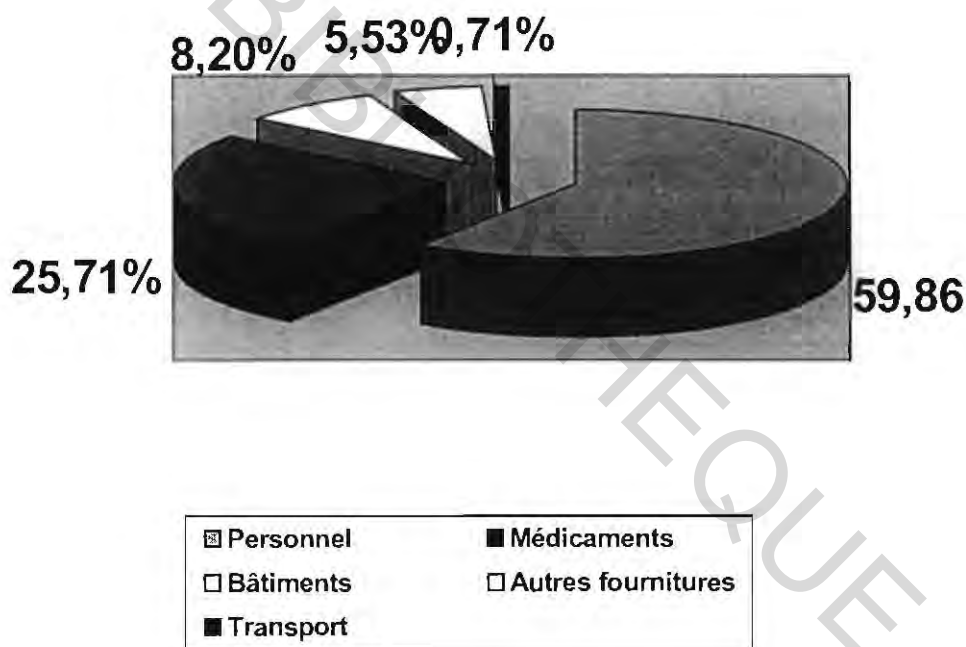
Une représentation schématique des types de ressources est donnée par la figure N°01.

Figure 01 : Répartition des coûts en fonction du type de ressources.



En considérant uniquement les coûts de fonctionnement, une représentation graphique des différentes catégories de dépenses est donnée par la figure qui suit. Le coût du personnel représente 59,86% et les médicaments et fournitures médicales 25,71%.

Figure 02 : Répartition des coûts de fonctionnement selon les catégories.



4- Les sources de financement

Les principales sources de financement pour l'année 1998 sont :

- l'Etat
- les collectivités locales (province et commune)
- les ressources propres de l'hôpital
- l' aide extérieure (gtz)

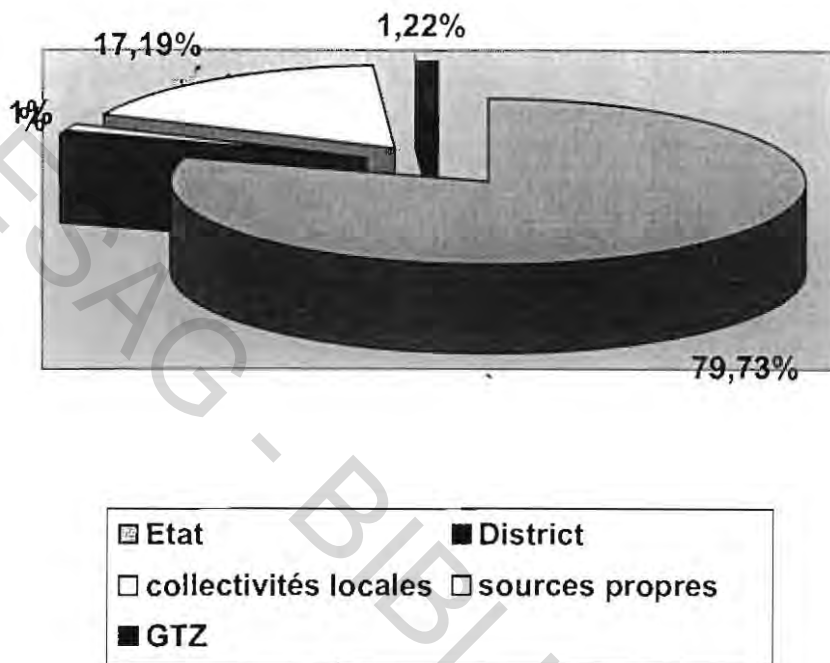
Le tableau qui suit donne cette distribution.

Tableau n°4 : Répartition des coûts selon la source de financement.

Sources	Montant	Pourcentage
Etat	95 515 579 F	79,73%
District	780 000 F	0,65%
Collectivités locales	1 443 786 F	1,21%
Sources propres	20 596 934 F	17,19%
Aide extérieure (gtz)	1 458 789 F	1,22%
Total	119 795 088 F	100,00%

La figure n°2 donne une représentation de cette situation.

Figure 03 : Répartition des coûts selon les sources de financement



On constate que l'Etat reste la principale source de financement de cette structure avec une contribution de 79,73 % des charges totales.

- les collectivités locales : elles participent essentiellement à la prise en charge des agents communaux avec un taux de 1,21%.
- le district contribue à hauteur de 0,65% représentant la charge deux agents contractuels.
- L'hôpital supporte des charges qui s'élèvent à 17,19% consacrées surtout aux dépenses de médicaments et des autres fournitures.

- La contribution du bailleur (gtz) se situe au niveau de la prise en charge d'un agent contractuel.

Pour plus de détail sur les sources de financement, il faut se reporter à la fiche n° 10 des annexes.

5-Les coûts par centres.

Nous procédons ici à la répartition secondaire ; il s'agit de répartir les charges indirectes sur les autres centres de coûts. Ce déversement est fait sur clés de répartition suivantes :

- ADMIN (A) : coûts directs totaux (% respectifs par centre).
- ENER (B) : surface du sol en mètre carré.
- MAINT (C) : coûts directs totaux (du fait que ce centre prend en compte la maintenance des équipements et des bâtiments).
- TRANS (D) : coûts directs totaux.
- CUIS (E) : journées d'hospitalisation.
- SUPV (F) : coût du personnel (en % respectifs par centre).

Pour chaque centre à déverser, le calcul est le suivant :

- la première ligne : la base de calcul retenue
- la deuxième ligne : la clé de répartition
- la troisième ligne : la quote- part de chaque centre
- la quatrième ligne : les nouveaux totaux de chaque centre

Ainsi, pour l'ADMIN : on a d'abord A1 qui est le total des différents centres, puis A2 représente les pourcentages respectifs (clé de répartition), à A3 on répartit la valeur de l'ADMIN donnant la quote-part à ajouter par centre et enfin A4 donne les nouveaux totaux de chaque centre.

On passe par les quatre étapes pour chaque centre à répartir.

Le tableau n°5 décrit ses différentes étapes.

De même, les centres CUIS, TRANS et SUPV sont ventilés selon les mêmes principes de calcul. Les résultats sont contenus dans le tableau n°6.

Tableau n° 5 : Répartition des coûts indirects (Admin, Ener, Maint)

	TOTAL	CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	COMED	CONS	BLOC	ACC	PHAR	LABO	
	119 795 088	8 641 332	7 515 075	6 004 607	1 547 678	5 515 270	6 326 508	983 829	12 398 357	21 320 880	2 575 622	13 751 983	3 766 466	0
A1	106 513 846	8 641 332	7 515 075	6 004 607	1 547 678	5 515 270	6 326 508	983 829	12 398 357	21 320 880	2 575 622	13 751 983	3 766 466	0
A2	100%	8,1%	7,1%	5,6%	1,5%	5,2%	5,9%	0,9%	11,6%	20,0%	2,4%	12,9%	3,5%	0,0%
A3	13 281 242	1 077 490	937 057	748 716	192 980	687 701	788 854	122 674	1 545 955	2 658 507	321 155	1 714 739	469 642	0
A4	119 795 088	9 718 822	8 452 132	6 753 323	1 740 658	6 202 970	7 115 362	1 106 503	13 944 311	23 979 387	2 896 776	15 466 722	4 236 108	0
B1	1 290	197	133	346	48	96	15	24	72	120	20	15	27	0
B2	100%	15,3%	10,3%	26,8%	3,7%	7,4%	1,2%	1,9%	5,6%	9,3%	1,6%	1,2%	2,1%	0,0%
B3	10 108 607	1 543 717	1 042 205	2 711 301	376 134	752 268	117 542	188 067	564 201	940 336	156 723	117 542	211 575	0
B4	119 795 088	11 262 539	9 494 337	9 464 624	2 116 792	6 955 239	7 232 904	1 294 570	14 508 513	24 919 722	3 053 499	15 584 264	4 447 683	0
C1	115 775 964	11 262 539	9 494 337	9 464 624	2 116 792	6 955 239	7 232 904	1 294 570	14 508 513	24 919 722	3 053 499	15 584 264	4 447 683	0
C2	100%	9,7%	8,2%	8,2%	1,8%	6,0%	6,2%	1,1%	12,5%	21,5%	2,6%	13,5%	3,8%	0,0%
C3	4 019 124	390 975	329 593	328 561	73 484	241 449	251 088	44 941	503 658	865 080	106 001	541 003	154 400	0
C4	119 795 088	11 653 515	9 823 930	9 793 185	2 190 276	7 196 688	7 483 991	1 339 510	15 012 171	25 784 802	3 159 500	16 125 267	4 602 083	0

Tableau n° 5 :Répartition des coûts indirects (Admin,Ener,Maint)

ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV	
13 281 242	3 176 398	8 987 903	1 338 023	1 840 019	823 897	0
	3 176 398	8 987 903	1 338 023	1 840 019	823 897	0
0,0%	3,0%	8,4%	1,3%	1,7%	0,8%	0,0%
0	396 066	1 120 704	166 838	229 432	102 732	0
0	3 572 464	10 108 607	1 504 861	2 069 451	926 629	0
	57		58	26	36	0
	4,4%		4,5%	2,0%	2,8%	0,0%
	446 659		454 496	203 739	282 101	0
	4 019 124		1 959 357	2 273 191	1 208 730	0
			1 959 357	2 273 191	1 208 730	
			1,7%	2,0%	1,0%	
			68 018	78 913	41 961	
			2 027 375	2 352 104	1 250 690	

Tableau n°6: Répartition des coûts indirects (Trans, Cuis, Supv) sur, les autres centres.

	TOTAL	CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	COMED	CONS	BLOC	ACC	PHAR	LABO	
D1	117 442 984	11 653 515	9 823 930	9 793 185	2 190 276	7 196 688	7 483 991	1 339 510	15 012 171	25 784 802	3 159 500	16 125 267	4 602 083	0
D2	100%	9,9%	8,4%	8,3%	1,9%	6,1%	6,4%	1,1%	12,8%	22,0%	2,7%	13,7%	3,9%	###
D3	2 352 104	233 392	196 750	196 134	43 866	144 133	149 887	26 827	300 658	516 408	63 277	322 951	92 169	0
D4	119 795 088	11 886 907	10 020 680	9 989 319	2 234 142	7 340 820	7 633 878	1 366 337	15 312 829	26 301 210	3 222 778	16 448 217	4 694 252	0
E1	6 374	2368	1502	1742	762									
E2	100%	37,2%	23,6%	27,3%	12,0%									
E3	2 067 979	768 273	487 308	565 174	247 223									
E4	119 795 088	12 655 180	10 507 989	10 554 493	2 481 365	7 340 820	7 633 878	1 366 337	15 312 829	26 301 210	3 222 778	16 448 217	4 694 252	0
F1	35 279 689	3 832 597	2 817 196	665 859	179 341	2 557 312	5 827 588	615 577	6 015 560	7 641 398	2 216 617	904 159	2 006 483	0
F2	100%	10,9%	8,0%	1,9%	0,5%	7,2%	16,5%	1,7%	17,1%	21,7%	6,3%	2,6%	5,7%	
F3	1 275 739	138 589	101 872	24 078	6 485	92 474	210 730	22 260	217 527	276 318	80 154	32 695	72 556	0
F4	119 795 088	12 793 770	10 609 861	10 578 571	2 487 850	7 433 294	7 844 608	1 388 597	15 530 356	26 577 529	3 302 932	16 480 912	4 766 808	

Tableau n°6: Répartition des coûts indirects (Trans, Cuis, Supv) sur, les autres centres.

ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV	
			2 027 375		1 250 690	
			1,7%		1,1%	
			40 604		25 048	
			2 067 979		1 275 739	
					1 275 739	
0	0	0	0	0	0	

CHAPITRE 2- DETERMINATION DES COUTS UNITAIRES

1- Les coûts moyens de production

1.1-Le bilan des activités

Le bilan des activités de l'hôpital durant la période étudiée s'établit comme suit :

- le nombre de consultations - infirmier = 15 070
- le nombre de consultations - médecin = 1325
- le nombre de consultations - dentiste = 370
- le nombre total de cas hospitalisés = 1 443
- le nombre des interventions chirurgicales = 324
- le nombre des journées d'hospitalisation = 6 374
- le nombre d'examens de laboratoire = 3 175
- le taux d'occupation des lits = 32,94 %

On remarque qu'il y a un faible taux d'occupation des lits de l'hôpital.

Le détail des données figure dans les fiches n°9 et 10 en annexe.

1.2-Le calcul des coûts unitaires.

Nous allons calculer les coûts complets en tenant compte de toutes les charges. Il s'agit ici d'identifier le nombre des unités d'outputs retenues pour chaque centre de coûts et de diviser le coût total de chaque centre par le nombre des unités d'outputs correspondants. Le tableau qui suit donne le résultat de ce calcul.

Tableau n°7 : Les coûts unitaires de production.

Centre de coûts	CHIR	MAT	MED	PED	DENT	COMED	CONS	BIOC	ACC	LABO
Coût total	12793770	10609861	10578571	2487850	7433294	1388597	15530356	26577529	3302932	4766808
Unités d'outputs										
Nombre de consultations					370	1325	15070			
Nombre d'hospitalisations	384	111	264	159						
Nombre de journées d'hospitalisation.	2368	1502	1742	762						
Nombre d'interventions chirurgicales.								324		
Nombre d'accouchements									525	
Nombre des examens de laboratoire.										3175
Coûts unitaires en FCFA										
Coût moyen par consultation					20090	1048	1031			
Coût moyen par cas hospitalisé.	33317	95584	40070	15647						
C M d'une journée d'hospitalisation.	5403	7064	6073	3265						
C M d'une intervention Chirurgicale								82029		
C M d'un accouchement									6291	
C M d'un examen de laboratoire.										1501

Les coûts unitaires calculés ci-dessus sont les coûts réels de production des prestations fournies par l'hôpital. Dans la perspective de la tarification, l'objectif n'est pas de recouvrer les coûts totaux par conséquent nous allons nous intéresser aux coûts directement supportés par l'hôpital en supposant que les autres intervenants (Etat, collectivités, district et gtz) maintiennent le niveau actuel de leur contribution.

2-Les coûts à recouvrer

Les coûts à recouvrer dépendent des coûts supportés par l'hôpital et des prestations effectivement vendues aux usagers.

2.1-Les coûts supportés par l'hôpital

Le récapitulatif des coûts supportés par l'hôpital s'établit comme indiqué dans le tableau 8.

Tableau n° 8 : Les coûts supportés par l'hôpital

Catégories	Montant en F CFA
Bâtiments (entretien)	1 746 822
Médicaments et consommables médicaux	12 827 960
Fournitures non médicales	2 895 227
Transport	488 854
Personnel	2 638 071
TOTAL	20 596 934

La répartition sur les centres de coût est donnée par les fiches n°13 et 14 des annexes. La logique d'adoption des clés de répartition est la même que celle utilisée précédemment. Après cette ventilation sur les différents centres de coûts, on aboutit aux résultats donnés par le tableau n° 9.

Tableau n°9 : Récapitulatif des coûts par centre

Centres de coûts	Coût total en F CFA
CHIR	2 199 166
MAT	1 823 766
MED	1 818 388
PED	427 645
DENT	1 277 735
APPUI	1 348 437
COMED	238 691
CONS	2 669 567
BLOC	4 573 441
ACC	567 753
PHAR	2 832 962
LABO	819 383

2.2-les prestations effectivement vendues.

Le volume des prestations effectivement vendues est obtenu en faisant la différence entre les prestations produites et les prestations fournies sans contre partie financière. Le récapitulatif des prestations effectivement vendues s'établit comme suit :

- le nombre de consultations – infirmier = 10 550
- le nombre de consultations –médecin = 912
- le nombre de consultations – dentiste = 355
- le nombre des interventions chirurgicales = 320
- le nombre des accouchements = 505
- le nombre des examens de laboratoire = 2 786
- le nombre des journées d'hospitalisation : en chirurgie=2150, en maternité = 1475, en médecine = 1660, en pédiatrie = 600.

2.3-Les coûts unitaires ou moyens à recouvrer

Il s'agit de diviser le coût de chaque centre de coût par le nombre des unités vendues correspondant. Ce calcul est résumé dans le tableau n° 10.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau n° 10 : Coûts unitaires à recouvrer

Centre de coûts	CHIR	MAT	MED	PED	DENT	COMED	CONS	BIOC	ACC	LABO
Coût total	2199166	1823766	1818388	427645	1277735	238691	2669567	4573441	567753	819383
Unités effectivement vendues										
Nombre de consultations					355	912	10550			
Nombre de journées d'hospitalisation	2150	1475	1660	600						
Nombre d'interventions chirurgicales.								320		
Nombre d'accouchements									505	
Nombre des examens de laboratoire										2786
Coûts unitaires à recouvrer en F CFA										
Coût moyen par consultation					3 599 F	262 F	253 F			
C M d'une journée d'hospitalisation.	1023 F	1 236 F	1 095 F	713 F						
C M d'une intervention Chirurgicale								14 292 F		
C M d'un accouchement									1 124 F	
C M d'un examen de laboratoire										294 F

2.4 La comparaison des tarifs aux coûts unitaires à recouvrer.

Le tableau n°11 donne la comparaison des tarifs par rapport aux coûts unitaires à recouvrer.

Tableau 11 : Comparaison des tarifs aux coûts en FCFA.

Nature de la prestation	Coûts	Tarifs	Ecart	Taux de recouvrement
Consultation -infirmier	253	200	-53	79,05%
Consultation -médecin	262	500	+238	190,84%
Consultation - dentiste	3 599	1 000	-2 599	27,79%
Intervention chirurgicale	14 292	5 000	-9 292	34,98%
Accouchement	1 124	2 500	+1 376	222,42%
Examen de laboratoire	294	500	+206	170,07%
Journée d'hospitalisation:				
Chirurgie	1 023	200	-823	19,55%
Maternité	1 236	200	-1 036	16,18%
Médecine	1 095	100	-995	9,13%
Pédiatrie	713	100	-613	14,03%

En comparant les tarifs aux coûts, on constate d'une manière générale que le taux de recouvrement des différentes prestations varie de 9,13 % pour la journée d'hospitalisation en médecine à 222,42 % pour l'accouchement. Il ressort de cette comparaison que trois prestations ont un taux de recouvrement supérieur à 100%. C'est ainsi que des excédents par unité de prestation sont constatés en consultation du médecin (+238F CFA), pour l'accouchement (+1 376FCFA) et pour le laboratoire (+ 206FCFA). Par contre pour les autres prestations, le taux de recouvrement est inférieur à 100%, indiquant un déficit. Cela entraîne un besoin de financement par unité de prestation pour la consultation de l'infirmier (-53F CFA), pour la consultation du dentiste (-2 599FCFA),

pour une intervention chirurgicale (-9 2929 FCFA), pour l'hospitalisation en chirurgie(-823FCFA), maternité (-1 036FCFA), médecine (-995FCFA)et pédiatrie (-613FCFA).

En supposant que la marge excédentaire ou bénéficiaire représente le produit de l'écart (la différence entre le coût unitaire et le tarif en vigueur) et le volume des prestations, la situation de l'hôpital du point de vue de la tarification se présenterait comme l'indique le tableau 12.

Tableau 12 : Distribution de la marge suivant les prestations.

Nature de la prestation	Volume	Ecart	Marge + / -
Consultation- infirmier	10 550	-53	-559 150
Consultation- médecin	912	+238	+217 056
Consultation- dentiste	355	-2 599	-922 645
Interv. Chirurgicale	320	-9 292	-2 973 440
Accouchement	505	+1 376	+694 880
Examen de laboratoire	2786	+206	+573 916
Journée d'hospitalisation			
Chirurgie	2150	-823	-1 769 450
Maternité	1475	-1036	-1 528 100
Médecine	1660	-995	-1 651 700
Pédiatrie	600	-613	-367 800
Total			-8 286 433

Dans notre étude, la marge globale est négative et peut être assimilée à un déficit théorique.

CHAPITRE 3-DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

1-Discussion

Le présent point se propose d'aborder les difficultés rencontrées, de comparer les résultats de notre étude à ceux d'autres auteurs et enfin de discuter l'utilisation des résultats comme outil d'aide à la décision.

1.1-Les difficultés rencontrées.

La réalisation de cette étude s'est heurtée à quelques difficultés, parmi les quelles on peut retenir :

- Les difficultés d'obtenir les informations démographiques et socio-économiques spécifiques au district.
- Au cours de l'inventaire du matériel et des équipements, les numéros d'immatriculation, les dates de mise en fonction ne sont pas toujours mentionnées, ce qui rend difficile leur identification. Les bordereaux de livraison de certains équipements avaient disparu.
- Le remplissage des registres de consultation, d'hospitalisation, du protocole opératoire n'est pas systématiquement fait.
- Il n'existe pas de plan comptable et la gestion financière repose sur l'utilisation des livres de caisses recettes et dépenses.

1.2- Comparaison des résultats avec ceux d'autres études

Cette comparaison va porter sur la structure des coûts et le taux de recouvrement des tarifs par rapport aux coûts.

Dans notre étude, les coûts totaux de l'hôpital sont composés de 57,30% en coûts de fonctionnement et de 42,70% en coûts d'investissement. Si nous considérons uniquement les coûts de fonctionnement, les dépenses affectées au personnel représentent 59,86% et les médicaments et consommables médicaux 25,71%. Des résultats similaires sont rapportés par MILLS dans une étude de cas d'un hôpital de district au Malawi où la structure des coûts donnait 60% en coûts de fonctionnement et 40% en coûts d'investissement. Dans cette étude, les coûts de fonctionnement étaient répartis de la façon suivante : 70% pour les salaires du personnel, 20% pour les médicaments et autres fournitures médicales et 10% pour les autres dépenses [13].

En ce qui concerne, le taux de recouvrement des tarifs en vigueur par rapport aux coûts, nous avons trouvé que ce taux est inférieur à 100% pour toutes les prestations quand nous considérons les coûts totaux de l'hôpital. Mais dans l'option des coûts supportés par l'hôpital, ce taux est supérieur à 100% pour trois prestations. Dans l'étude de Keita, le taux de recouvrement était inférieur à 100% pour les deux prestations étudiées à savoir les hospitalisations dans les services de médecine et de chirurgie [11]. Moukouavilé a trouvé dans son étude que les tarifs étaient supérieurs aux coûts à recouvrer pour deux prestations sur trois étudiées [16]. Les résultats de l'étude de Wong à l'hôpital de Niamey ont montré que les tarifs étaient inférieurs aux coûts journaliers moyens pour quatre catégories d'hospitalisation sur cinq catégories [21].

1.3-Utilisation des résultats

Nous allons discuter l'utilisation des résultats comme outil d'aide à la décision.

1.3.1-Les coûts totaux de production

L'assimilation de l'hôpital à une entreprise a des limites. Il appartient de surcroît à un ensemble, la pyramide sanitaire où il joue un rôle ultime de référence. Il ne poursuit donc pas un objectif de maximisation de profit mais vise à équilibrer ses comptes. Le coût de revient de l'ensemble des prestations fournies pendant l'année 1998 s'élève à 119 795 008 FCFA.

Les coûts unitaires de production calculés, à notre sens sont assez élevés ; la dépense consacrée à la santé d'un ménage ⁸par an est de 37 821FCFA au Burkina. Sachant que la taille moyenne d'un ménage est de huit personnes, la dépense de santé par personne sera de 4 728 FCFA. Si l'on approche la dépense de santé par personne aux différents coûts moyens que nous avons déterminés en hospitalisation, on peut dire qu'il serait difficile à un habitant à revenu moyen du district de se prendre en charge en cas d'hospitalisation. En effet, en prenant l'exemple de la pédiatrie qui représente le coût de la journée d'hospitalisation le plus bas et avec une durée moyenne de séjour de 04 jours, on aura 3 265F multiplié par 4, ce qui

⁸ Le ménage est l'unité socio-économique de base au sein de laquelle les différents membres, vivent dans la même maison ou concession, mettent en commun leurs ressources et satisfont à l'essentiel de leurs besoins vitaux.

donne 13 060F CFA contre 4 728F CFA de dépense de santé par personne et par an. Une solution envisageable est le règlement des services offerts par l'hôpital par un tiers payant comme une mutuelle santé ; Cette option peut être envisagée car en répartissant le coût total annualisé à l'ensemble de la population desservie (200 000 habitants), chaque habitant devra payer par an 600 FCFA environ pour se soigner. Par voie de conséquence, l'hôpital aurait pratiqué des prix réels et recouvrera effectivement les coûts d'investissement annualisé et de fonctionnement afin de renouveler son patrimoine à temps opportun.

Ces résultats permettent d'apprécier l'efficacité⁹ des différents services de l'hôpital. Par exemple, quand on considère le coût d'une journée d'hospitalisation dans les quatre services de base (chirurgie, maternité, médecine et pédiatrie), on constate que ce coût varie du simple au double allant de 3 265 FCFA pour la pédiatrie à 7 067FCFA pour la maternité. Un coût de journée d'hospitalisation bas peut être une indication d'une bonne efficacité tandis qu'un coût élevé suggère une mauvaise efficacité. D'après cette assertion, le service de pédiatrie est le plus efficace tandis que celui de la maternité est le moins efficace dans l'hypothèse où les autres paramètres influençant les coûts (volume et qualité des soins) ne diffèrent pas et en considérant que l'efficacité est assurée.

1.3.2- Les coûts à recouvrer

L'application d'une tarification adéquate pose le problème de l'accessibilité financière aux soins. En effet, la fixation des tarifs doit être faite à hauteur des coûts moyens à recouvrer ; dans notre cas, la recherche d'un équilibre global de la tarification conduira à un relèvement des tarifs actuels pour la majeure partie des prestations si nous nous référons au tableau 12 qui montre une marge globale négative . La question qu'on se pose alors est de savoir comment ces nouveaux tarifs vont-ils affecter l'accès aux soins ? Comment organiser le système de paiement ? Actuellement le système est basé sur le paiement direct des usagers et à l'acte. Ceci a pour inconvénient majeur de ne pas assurer la continuité des soins ; pour

⁹ L'efficacité est le rapport entre le coût des moyens engagés et la valeur des prestations ou des biens obtenus. Par conséquent, les moyens utilisés de façon efficace s'ils permettent d'obtenir un ensemble donné de prestations ou de biens à un coût minimum ou inversement un maximum de biens ou de prestations à un coût donné.

remédier à cela, on peut envisager l'introduction d'un système de partage des risques entre la population (mutuelle, pré-paiement).

Dans la pratique, une marge globale négative ne signifie pas qu'il faut augmenter systématiquement les tarifs car on peut opter pour une péréquation entre les prestations c'est-à-dire choisir de faire supporter le manque à gagner d'une prestation par une autre (exemple entre prestations préventives et curatives).

Après cette discussion, nous allons passer au deuxième point de ce chapitre qui porte sur les recommandations.

2-Les recommandations.

Les résultats auxquels nous avons abouti, donne une idée des coûts des prestations fournies à l'hôpital de Boromo. Bien que beaucoup d'estimations aient été faites, ces chiffres peuvent servir comme données de base. Pour améliorer son fonctionnement, l'hôpital doit se préoccuper :

- d'utiliser pleinement et au mieux les ressources disponibles (humaines, matérielles).
- d'assurer sa viabilité financière par l'équilibre des comptes au niveau de chaque centre de coûts.

Pour y parvenir les responsables de l'hôpital doivent prendre en compte les recommandations formulées dans les domaines identifiés ci-après : les ressources et la gestion..

2.1- Les ressources utilisées

-Instaurer une gestion rigoureuse du personnel par la création du dossier individuel de l'agent dans lequel il y aura les fiches de suivi de l'agent et par la révision périodique de la description des postes de travail.

-inventorier les équipements dans chaque service, salle par salle, selon une fiche approfondie où on peut disposer des informations suivantes par catégorie de matériel : numéro d'ordre, désignation, numéro d'identification écrit au marqueur indélébile sur l'objet correspondant, date d'acquisition et date de mise en fonction, donateur, état de fonctionnement. Le surplus de matériel sera mis en réserve.

-Utiliser la capacité hôtelière de l'hôpital, pour cela il faut faire son marketing notamment pour les nouvelles prestations afin d'augmenter la fréquentation. Ceci par le principe des économies d'échelle va contribuer à réduire les coûts unitaires.

2.4- La gestion

-L'hôpital produit de nombreuses informations qui ne sont pas toujours correctement collectées et exploitées. Pour combler ce vide, il convient de mettre en place des supports adéquats de collecte exhaustive des données afin de contrôler les flux des consommables et des finances.

-Instaurer un système de paiement par forfait¹⁰ en regroupant certaines catégories de soins mais le montant de ce forfait devrait être fixé sur la base des coûts calculés. Du point de vue administratif, le forfait est de gestion plus facile que la tarification à l'acte car il n'y a pas une multitude de tarifs. D'autre part, le forfait permet de mieux distribuer le risque financier entre les usagers car le principe repose sur un tarif moyen quels que soient les actes effectués.

-Ajuster le niveau des tarifs à hauteur des coûts unitaires à recouvrer.

-Mettre en place un mécanisme de partage des coûts des risques entre les populations tel que les mutuelles de santé.

¹⁰ Le forfait est le montant que paie un patient bénéficiant d'une prestation. Ce tarif comprend tous les services ou soins offerts par l'hôpital.

CESAC BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

L'objectif général poursuivi par le présent mémoire est de contribuer à la connaissance des coûts afin de permettre une tarification rationnelle dans le centre médical avec antenne chirurgicale de Boromo. Cela permettra à cette structure de :

- de connaître la structure des coûts des prestations fournies,
- de savoir quel tarif proposer,
- de favoriser la pérennité de la qualité du service,
- de répondre à la préoccupation et à la critique de certains partenaires ;

Pour collecter les données, nous avons suivi une stratégie de recherche basée sur des entretiens avec les agents de l'hôpital et le médecin chef, une observation des agents aux postes de travail et une analyse documentaire des différents supports de gestion des patients, du matériel et des finances de l'hôpital. Nous nous sommes documentés également sur le thème étudié. Cette démarche nous a permis d'avoir un aperçu du cadre théorique et opérationnel de notre étude. Suite à cette analyse, la méthode des coûts complets a été retenue pour servir de fondement à notre étude. Le modèle d'analyse suivi est celui proposé par Shepard et Hodgkin car plus adapté à notre situation où nous nous intéressons à une structure entière ne disposant pas de plan comptable. Ceci a constitué la première partie de notre travail.

Dans la deuxième partie qui porte sur la mise en œuvre de la démarche retenue dans l'hôpital, nous avons successivement :

- identifier les centres de coûts en centres directs à responsabilité principale et auxiliaire et en centres indirects,
- déterminer les unités d'ouvrages en rapport avec les différents centres,
- valoriser l'ensemble des ressources utilisées,
- procéder à la répartition primaire et secondaire de charges,
- déterminer les coûts unitaires de réalisation des prestations,
- calculer les coûts unitaires à recouvrer par l'hôpital.

Au terme de ce travail, nous sommes parvenus aux principaux résultats suivants :

- il existe une bonne infrastructure à l'hôpital,

- il existe un équipement de base dont les éléments sont souvent en surnombre,
- les prestations fournies correspondent au paquet minimum d'activités (PMA) de ce niveau de soins,
- l'utilisation des ressources disponibles est insuffisante,
- les coûts totaux sont constitués de 42,70% de coûts d'investissement et 57,30% de coûts de fonctionnement,
- les coûts unitaires de production varient de 1031F pour la consultation de l'infirmier à 82 029 F CFA pour une intervention chirurgicale et les tarifs en vigueur ne couvrent pas la totalité des coûts pour aucune des prestations dans cette option des coûts totaux.
- les coûts unitaires à recouvrer varient de 253 FCFA pour la consultation de l'infirmier à 14 292F CFA pour une intervention chirurgicale. Dans cette option des coûts supportés par l'hôpital, les tarifs actuels couvrent la totalité des coûts à recouvrer pour trois prestations (consultation du médecin, accouchement et les actes de laboratoire). Par contre pour les sept autres prestations les tarifs sont en dessous des coûts à recouvrer.

Notre hypothèse de recherche qui supposait que les coûts des prestations sont supérieures aux tarifs en vigueur est vérifiée . Cependant, il faut signaler que dans l'option des coûts directement supportés par l'hôpital, les coûts unitaires de trois prestations ne sont pas supérieures aux tarifs en vigueur.

Compte tenu de cette situation, nous avons proposer:

- la mise en place des outlis de gestion adéquats,
- l'ajustement des tarifs actuels,
- l'introduction du forfait qui sera défini sur la base des coûts calculés,
- la mise en place d'un système de partage des risques au sein de la population (mutuelle de santé).

Cependant des pistes de recherche restent à explorer; des études devraient être faites sur:

- l'efficience des différents services de l'hôpital dans le but de prendre des mesures de rationalisation,

- le système de collecte des frais de l'hôpital: les autorités de l'hôpital doivent étudier pourquoi et quand certains frais ne sont pas encaissés notamment au niveau des consultations.

- la capacité et la volonté des populations à payer leurs soins.

CFRSAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]- AKIN J. et Al.: Le financement des services de santé dans les pays voie de développement: un programme de réformes, Banque Mondiale, Washington, 1987.
- [2]-BANQUE MONDIALE: Pour une meilleure santé en Afrique, leçons d'expérience. Banque Mondiale, Washington, 1994.
- [3]-BERESNIAK A., DURU G.: Economie de la santé Paris, Masson, 1992.
- [4]-BLAAKMAN, Aaron, SHEPARD, Donald: Cours d'évaluation économique des activités de santé, CESAG, DAKAR, 1999.
- [5]-CARRIN G., ELVO K.: Une méthodologie pour le calcul des coûts des soins de santé et leur recouvrement (Guinée) ; Série macro-économie et développement. OMS ,Génève, 1992.
- [6]-CREESE A., PARKER D.: Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires, Manuel de formation à l'usage des responsables de programmes, OMS, Genève, 1995.
- [7]-DRUMMOND, Michael F, O'BRIEN, Bernie J, STODDART, Greg L, TORRANCE, Georges W: Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé, Paris, Economica, 2^e édition 1998.
- [8]-EQUIPE CADRE DE DISTRICT: Plan d'action du District Sanitaire de Boromo, 1999.
- [9]-GRENON A., PINSON G., GAUTHIER P. L'analyse des coûts à l'hôpital, Paris Bordas, 1981.
- [10]-HANSON, K., GILSON L.: Coûts, utilisation des ressources et financement des services de santé de base, UNICEF, New York, 1993.
- [11]-KEITA Fodé . Evaluation des coûts d'hospitalisation. Cas des services de Médecine générale et chirurgie du CHU Ignace Deen de Conakry. Mémoire de fin d'études, CESAG, 1996.
- [12]-LAFORGIA, Gerard, BALAREZO, Mercy: Cost recovery in public sector hospitals in Ecuador, 1993.

- [13]-MILLS, Ann, KAPALAMULA, J.: The cost of the district hospital: a case study from Malawi, 1993.
- [14]-MINISTERE DE LA SANTE: Carte sanitaire du Burkina Faso, Ouagadougou, 1999.
- [15]-MINISTERE DE LA SANTE: Document national sur le renforcement des soins de santé primaires -Projet de démarrage de l'Initiative de Bamako, Ouagadougou, Burkina Faso, 1992.
- [16]-MOUKOUAVILE S.: Recouvrement des coûts des prestations de soins internes au centre de santé de Divenie dans la région de Niari au Congo. Mémoire de fin d'études, CESAG, 1995.
- [17]-PUGLISI, Robert, BICKNELL, William: Functional expenditure analysis: final report for Queen ElizabethII hospital, Maseru, Lesotho, 1990.
- [18]-SHEPARD D.,HODGKIN D.,ANTHONY,Y: Analysis of hospital costs in developing countries: a manuel for managers. Walthman Institute for health policy, Heller School, Brandeis University, 1998.
- [19]-SOMBIE M. B. : Evaluation de la pertinence des tarifs par rapport aux coûts des services d'hospitalisation de Médecine Générale et de Néphrologie du CHU de Yopougon. Mémoire de fin d'études, CESAG, 1993.
- [20]-TIBOUTI A. : Coûts , utilisation des ressources et financement des services de santé; cas du district d'OBALA au Cameroun. Communication au séminaire sur le financement du district sanitaire, COTONOU, 1993.
- [21]-WONG H.: Analyse des coûts de l'hôpital national de Niamey. Abt Associates Inc, 1989.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Tarification des actes de l' année 1998

Nature de l'acte médical	Tarif en FCFA
Consultation- infirmier	200
Consultation-médecin	500
Consultation- dentiste	1000
Intervention chirurgicale	5000
Accouchement	2500
Examen de laboratoire	500
Journée d'hospitalisation:	
chirurgie	200
maternité	200
médecine	100
pédiatrie	100

Catégorie des coûts: INVESTISSEMENTS	Item	Unité	Nombre unités	Coût par unité, m2 (1998)	Coût de remplacement de l'item (1998)	Durée de vie (ans)	Amortissement annuel (annuité)	Source de financement
Bâtiments								
A	Laboratoire-Odonto	m ²	138	11 487 F	20 700 000 F	30	1 585 153 F	Etat
B	Consult. ext.- Dépôt MEG	m ²	36	11 487 F	5 400 000 F	30	413 518 F	Etat
C	Hosp. Médecine	m ²	325	11 487 F	48 750 000 F	30	3 733 150 F	Etat
	Pédiatrie	m ²	48	11 487 F	7 200 000 F	30	551 358 F	Etat
D	Maternité	m ²	153	11 487 F	22 950 000 F	30	1 757 452 F	Etat
E	Magasin	m ²	36	11 487 F	5 400 000 F	30	413 518 F	Etat
	Réunion-Garde	m ²	48	11 487 F	7 200 000 F	30	551 358 F	Etat
	Magasin garage	m ²	26	11 487 F	3 900 000 F	30	298 652 F	Etat
F	Hosp. chirurgie	m ²	170	11 487 F	25 500 000 F	30	1 952 725 F	Etat
	Bloc opératoire	m ²	120	26 802 F	42 000 000 F	30	3 138 874 F	Etat
	Abri Groupe Electrogène	m ²	9	22 973 F	2 700 000 F	30	206 759 F	Etat
	Buanderie	m ²	16	15 315 F	3 200 000 F	30	245 048 F	Etat
	Incinérateur	m ²	6	11 487 F	900 000 F	30	68 920 F	Etat
	Hangar d'attente	m ²	54	4 595 F	3 240 000 F	30	248 111 F	Etat
G	Nouvelle cuisine	m ²	21	4 595 F	1 260 000 F	30	96 488 F	Etat
	Ancienne cuisine	m ²	42	4 595 F	2 520 000 F	30	192 975 F	Etat
H	Bureau médecins	m ²	98	11 487 F	14 700 000 F	30	1 125 688 F	Etat
I	Service administratif	m ²	68	11 487 F	10 200 000 F	30	781 090 F	Etat
J	Logement 1	m ²	68	11 487 F	10 200 000 F	30	781 090 F	Etat
	Logement 2+3	m ²	136	11 487 F	20 400 000 F	30	1 562 180 F	Etat
K	Latrines	m ²	42	11 487 F	6 300 000 F	30	482 438 F	Etat
L	Morgue	m ³	16	11 487 F	2 400 000 F	30	183 786 F	Commune
M	Mur (clôture)				40 000 000 F	30	3 063 098 F	Etat
SOUS-TOTAL			1 676		307 020 000 F		23 433 428 F	
Taux d'actualisation:		6,5%						

Investissements - Bâtiments
Répartition des coûts totaux sur les centres de coûts

Catégorie des coûts: Investissement	Item	Coût par unité (m2)	Coût total	Coût par 'Centre de coûts direct'								Coût par 'Centres de couts auxiliaire'				Coût par 'Centre de coûts indirect'									
				CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	COMED	CONS	BLOC	ACC	PHAR	LABO	ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV				
Batiments:																									
A	Odonto-labo	11 487 F	1 585 153 F	0	0	0	0	1 102 715	0	0	0	0	0	0	310 139	0	172 299	0	0	0	0	0	0	0	
B	Consult.ext.-Dépôt MEG	11 487 F	413 518 F	0	0	0	0	0	0	0	241 219	0	0	172 299	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C	Hosp. Médecine	11 487 F	3 733 150 F	0	0	3 388 552	0	0	172 299	0	172 299	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Pédiatrie	11 487 F	551 358 F	0	0	0	551 358	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	Maternité	11 487 F	1 757 452 F	0	1 527 720	0	0	0	0	0	0	0	0	229 732	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
E	Magasin	11 487 F	413 518 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	413 518	0	0	0	0	0	0	
	Réunion-Carde	11 487 F	551 358 F	0	0	0	0	0	0	0	137 839	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	413 518	0	
	Magasin garage	11 487 F	298 652 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	298 652	0	0	
F	Hosp. chirurgie	11 487 F	1 952 725 F	1 952 725	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Bloc opératoire	26 802 F	3 138 874 F	0	0	0	0	0	0	0	0	3 138 874	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Abri groupe électrog.	22 973 F	206 759 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	206 759	0	0	0	0	0	
	buanderie	15 315 F	245 048 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	245 048	0	0	0	
G	Incinérateur	11 487 F	88 920 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68 920	0	0	0	0	0	
	Hangar attente	4 595 F	248 111 F	124 055	0	124 055	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Nouvelle cuisine	4 595 F	96 488 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96 488	0	0	0	0	0	
H	Ancienne cuisine	4 595 F	192 975 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	192 975	0	0	0	
	Bureaux Médecins	11 487 F	1 125 688 F	0	0	275 679	0	0	0	275 679	275 679	0	0	0	0	0	0	298 652	0	0	0	0	0	0	
I	Service administratif	11 487 F	781 090 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	781 090	0	0	0	0	0	0	
J	Logement 1+2+3	11 487 F	2 343 270 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 343 270	0	0	0	0	0	0	
L	Morgue	11 487 F	183 786 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	183 786	0	0	0	0	0	
K	Latrines	11 487 F	482 438 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	482 438	0	0	0	0	0	
M	Mur		3 063 098 F																3 063 098						
SOUS-TOTAL				23 433 428 F	2 076 780	1 527 720	3 788 286	551 358	1 102 715	172 299	198 300	827 036	3 138 874	229 732	172 299	310 139	0	3 779 097	510 006	3 821 215	438 023	298 652	413 518	0	
Abréviations:				CHIR	chirurgie générale							BLOC	bloc opératoire			ADMIN	Administration								
				MAT	maternité							ACC	salle d'accouchement			MAINT	maintenance, entretien								
				MED	médecine							PHAR	pharmacie			ENER	énergie, eau								
				PED	pédiatrie							LABO	laboratoire			CUIS	cuisine, blanchisserie								
				DENT	cabinet dentaire											TRANS	transport, garage								
				APPUI	appui au district sanitaire											SUPV	formation continue, supervision								
				CONS	consultation externe																				

Catégorie des coûts: Investissement	Dans Bâtiment / Salle	Coût total	Coût par 'Centre de coûts direct'								Coût par 'Centres de coûts auxiliaire'				Coût par 'Centre de coûts indirect'							
			CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	COMED	CONS	BLOC	ACC	PHAR	LABO	ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV		
Equipement																						
	Laboratoire	1 449 844 F											1 449 844									
	Consultation générale	254 084 F																				
	Dépôt MEG	194 815 F																				
	PEV	476 620 F							326 620													
	Soins médecine	157 296 F			100 000		57 296															
	Hosp médecine	586 812 F			586 812																	
	Magasin médecine	139 216 F															139 216					
	Pédiatrie	256 757 F					256 757															
	Maternité	1 287 726 F		1 158 454										129 272								
	Réunion	95 320 F																		95 320		
	Garde	46 253 F																				
	Magasin- Garage	307 785 F																		307 785		
	Chirurgie	1 497 500 F	1 497 500																			
	Bloc opératoire	10 115 979 F												10 115 979								
	Groupe électrogène	1 169 881 F																		1 169 881		
	Buanderie	0 F																				
	Bureaux médecins	269 232 F			40 680					169 952	58 600											
	Odontologie	1 855 243 F						1 855 243														
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
SOUS-TOTAL		20 160 363 F	1 497 500 F	1 158 454 F	727 492 F	314 053 F	1 855 243 F	326 620 F	169 952 F	508 937 F	10 115 979 F	129 272 F	194 815 F	1 449 844 F	0 F	139 216 F	307 785 F	1 169 881 F	0 F	0 F	95 320 F	0 F
Abréviations:		CHIR	chirurgie générale								BLOC	bloc opératoire			ADMIN	Administration						
		MAT	maternité								ACC	salle d'accouchement			MAINT	maintenance, entretien						
		MED	médecine								PHAR	pharmacie			ENER	énergie, eau						
		PED	pédiatrie								LABO	laboratoire			CUIS	cuisine, blanchisserie						
		DENT	cabinet dentaire												TRANS	transport, garage						
		APPUI	appui au district sanitaire												SUPV	formation continue, supervision						
		CONS	consultation externe																			

Catégorie des coûts: Investissement	Item	Coût total	Coût par 'Centre de coûts direct'							Coût par 'Centres de coûts auxiliaire'					Coût par 'Centre de coûts indirect'							
			CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	CONS	BLOC	ACC	PHAR	LABO	ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV			
Equipement Roulant	Ambulance Peugeot 505 EPI	4 572 056 F	1 234 455	2 011 705	822 970	502 926																
	Peugeot 404 bachee	2 526 663 F												2 526 663								
	Moto Yamaha V80	228 603 F								228 603												
	Moto Yamaha V80	228 603 F													228 603							
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
		0 F																				
SOUS-TOTAL		7 555 925 F	1 234 455 F	2 011 705 F	822 970 F	502 926 F	0 F	0 F	228 603 F	0 F	0 F	0 F	0 F	0 F	2 755 266 F	0 F	0 F	0 F	0 F	0 F		
Abréviations:		CHIR	chirurgie générale							BLOC	bloc opératoire					ADMIN	Administration					
		MAT	maternité							ACC	salle d'accouchement					MAINT	maintenance, entretien					
		MED	médecine							PHAR	pharmacie					ENER	énergie, eau					
		PED	pédiatrie							LABO	laboratoire					CUIS	cuisine, blanchisserie					
		DENT	cabinet dentaire													TRANS	transport, garage					
		APPUI	appui aux district sanitaire													SUPV	formation continue, supervision					
		CONS	consultation externe																			

Numéro	Item / profil du personnel	Unité	Coût par unité	Nombre unités	Coût total (1998)	Source de financ.
1	Médecin 1	saire/mois	196 918 F	12,0	2 363 016 F	Etat
2	Médecin 2	saire/mois	149 019 F	12,0	1 788 228 F	Etat
3	Chirurgien-dentiste	saire/mois	177 980 F	3,0	533 940 F	Etat
4	Sage-Femme 1	saire/mois	84 235 F	12,0	1 010 820 F	Etat
5	Sage-Femme 2	saire/mois	81 000 F	12,0	972 000 F	Etat
6	Attaché de Santé 1	saire/mois	126 990 F	12,0	1 523 880 F	Etat
7	Attaché de Santé 2	saire/mois	132 808 F	12,0	1 593 696 F	Etat
8	Attaché de Santé 3	saire/mois	124 990 F	12,0	1 499 880 F	Etat
9	Attaché de Santé 4	saire/mois	150 000 F	12,0	1 800 000 F	Etat
10	Attaché de Santé 5	saire/mois	175 000 F	12,0	2 100 000 F	Etat
11	Attaché de Santé 6	saire/mois	175 000 F	12,0	2 100 000 F	Etat
12	Infirmier d'Etat 1	saire/mois	80 130 F	12,0	961 560 F	Etat
13	Infirmier d'Etat 2	saire/mois	80 130 F	12,0	961 560 F	Etat
14	Infirmier d'Etat 3	saire/mois	64 410 F	4,0	257 640 F	Etat
15	Infirmier d'Etat 4	saire/mois	65 995 F	12,0	791 940 F	Ded(gtz)
16	Infirmier d'Etat 5	saire/mois	60 575 F	12,0	726 900 F	Etat
17	Infirmier Breveté 1	saire/mois	74 458 F	12,0	893 496 F	Etat
18	Infirmier Breveté 2	saire/mois	63 075 F	12,0	756 900 F	Etat
19	Infirmier Breveté 3	saire/mois	74 458 F	12,0	893 496 F	Etat
20	Infirmier Breveté 4	saire/mois	80 244 F	12,0	962 928 F	Etat
21	Infirmier Breveté 5	saire/mois	76 504 F	2,0	153 008 F	Etat
22	Infirmier Breveté 6	saire/mois	78 008 F	12,0	936 096 F	Etat
23	Infirmier Breveté 7	saire/mois	78 008 F	12,0	936 096 F	Etat
24	Infirmier Breveté 8	saire/mois	78 008 F	12,0	936 096 F	Etat
25	Technicien Labo 1	saire/mois	84 235 F	12,0	1 010 820 F	Etat
26	Technicien Labo 2	saire/mois	81 000 F	12,0	972 000 F	Etat
27	Technicien hygiène	saire/mois	75 085 F	2,0	150 170 F	Etat
28	Agent itinérant de Santé 1	saire/mois	64 000 F	12,0	768 000 F	Etat
29	Agent itinérant de Santé 2	saire/mois	51 003 F	12,0	612 036 F	Etat
30	Accoucheuse Auxiliaire 1	saire/mois	46 000 F	12,0	552 000 F	Etat
31	Accoucheuse Auxiliaire 2	saire/mois	46 000 F	12,0	552 000 F	Etat
32	Accoucheuse Auxiliaire 3	saire/mois	46 000 F	12,0	552 000 F	Etat
33	Matrone 1	saire/mois	35 000 F	12,0	420 000 F	Cummu
34	Matrone 2	saire/mois	35 000 F	12,0	420 000 F	Province
35	Matrone 3	saire/mois	35 000 F	12,0	420 000 F	Province
36	Garçon de salle	saire/mois	50 000 F	12,0	600 000 F	Etat
37	Gérant Dépôt MEG	saire/mois	74 458 F	12,0	893 496 F	CMA
38	Adjoint cadre hospitaliers	saire/mois	125 000 F	12,0	1 500 000 F	Etat
39	Dactylo	saire/mois	20 000 F	12,0	240 000 F	District
40	Dactylo	saire/mois	68 993 F	12,0	827 916 F	Etat
41	Chauffeur 1	saire/mois	71 875 F	12,0	860 100 F	Etat
42	Chauffeur 2	saire/mois	15 000 F	12,0	180 000 F	District
43	Gardien	saire/mois	15 000 F	12,0	180 000 F	CMA
44	Manoeuvre 1	saire/mois	15 000 F	12,0	180 000 F	CMA
45	Manoeuvre 2	saire/mois	15 000 F	12,0	180 000 F	CMA
46	Manoeuvre 3	saire/mois	15 000 F	12,0	180 000 F	CMA
47	Manoeuvre 4	saire/mois	15 000 F	12,0	180 000 F	CMA
48	Ouvrier polyvalent	saire/mois	30 000 F	12,0	360 000 F	CMA
49	Manoeuvre 5	saire/mois	30 000 F	12,0	360 000 F	District
					40 603 714 F	

Répartition de la masse salariale et primes annuelles entre centres de coûts

Item / profil du personnel	Masse salariale annuelle	Masse salariale annuelle en F par 'Centre de coûts direct'									Masse salariale annuelle en F par 'Centre de coûts 'auxiliaire'				Masse salariale annuelle en F par 'Centre de coûts Indirect'				
		CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	COMED	CONS	BLOC	ACC	PHAR	LABO	ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV
Médecin 1	2 363 016 F	0	0	177 226	177 226	0	827 056	295 377	0	177 226	0	0	0	531 579	0	0	0	0	177 226
Médecin 2	1 788 228 F	178 823	178 823	0	0	0	536 488	312 940	0	268 234	0	0	0	178 823	0	0	0	0	134 117
Chirurgien-dentiste	533 940 F	0	0	0	0	0	427 152	106 788	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sage-Femme 1	1 010 820 F	0	454 669	0	0	0	151 623	0	126 353	0	277 976	0	0	0	0	0	0	0	0
Sage-Femme 2	972 000 F	0	486 000	0	0	0	0	0	121 506	0	364 500	0	0	0	0	0	0	0	0
Attaché de Santé 1	1 523 880 F	190 485	0	0	0	0	228 582	0	76 194	1 028 619	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attaché de Santé 2	1 593 696 F	198 212	0	0	0	0	0	0	79 985	1 314 799	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attaché de Santé 3	1 499 880 F	187 485	0	0	0	0	0	0	74 994	1 237 401	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attaché de Santé 4	1 800 000 F	225 000	0	0	0	0	0	0	225 000	1 350 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attaché de Santé 5	2 100 000 F	0	0	0	0	2 100 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attaché de Santé 6	2 100 000 F	262 500	0	0	0	0	0	0	262 500	1 575 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier d'Etat 1	961 560 F	0	480 780	480 780	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier d'Etat 2	961 560 F	0	0	0	0	0	0	0	961 560	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier d'Etat 3	257 640 F	0	0	0	0	0	0	0	257 640	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier d'Etat 4	791 940 F	0	0	0	0	0	0	316 776	475 164	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier d'Etat 5	726 900 F	0	0	0	0	0	0	290 760	436 140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier Breveté 1	893 496 F	893 496	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier Breveté 2	756 900 F	756 900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier Breveté 3	893 496 F	893 496	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier Breveté 4	962 928 F	0	0	0	0	0	192 586	0	770 342	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier Breveté 5	153 008 F	0	0	0	0	0	0	153 008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier Breveté 6	936 096 F	0	0	0	0	0	819 084	0	0	0	0	0	117 012	0	0	0	0	0	0
Infirmier Breveté 7	936 096 F	0	0	0	0	0	819 084	0	0	0	0	0	117 012	0	0	0	0	0	0
Infirmier Breveté 8	936 096 F	0	0	0	0	0	936 096	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Technicien Labo 1	1 010 820 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 010 820	0	0	0	0	0	0	0
Technicien Labo 2	972 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	972 000	0	0	0	0	0	0	0
Technicien hygiène	150 170 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150 170	0	0	0	0	0	0
Agent Itinérant de Santé 1	768 000 F	0	0	0	0	0	0	0	768 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agent Itinérant de Santé 2	612 036 F	0	0	0	0	0	0	0	612 036	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accoucheuse Auxiliaire 1	552 000 F	0	207 000	0	0	0	0	0	69 000	0	276 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Accoucheuse Auxiliaire 2	552 000 F	0	207 000	0	0	0	0	0	69 000	0	276 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Accoucheuse Auxiliaire 3	552 000 F	0	207 000	0	0	0	0	0	69 000	0	276 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone 1	420 000 F	0	157 500	0	0	0	0	0	52 500	0	210 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone 2	420 000 F	0	157 500	0	0	0	0	0	52 500	0	210 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Matrone 3	420 000 F	0	157 500	0	0	0	0	0	52 500	0	210 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Garçon de salle	600 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	600 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gérant Dépôt MEG	893 496 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	893 496	0	0	0	0	0	0	0	0
Adjoint cadre hospitaliers	1 500 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 500 000	0	0	0	0	0	0
Dactylo	240 000 F	0	0	0	0	0	0	120 000	0	0	0	0	120 000	0	0	0	0	0	0
Dactylo	827 916 F	0	0	0	0	0	413 958	0	0	0	0	0	413 958	0	0	0	0	0	0
Chauffeur 1	860 100 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	880 100	0
Chauffeur 2	180 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180 000	0
Gardienn	180 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180 000	0	0	0	0	0	0
Manœuvre 1	180 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180 000	0	0	0	0	0
Manœuvre 2	180 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180 000	0	0	0	0	0
Manœuvre 3	180 000 F	0	90 000	0	0	0	0	0	0	0	90 000	0	0	0	0	0	0	0	0
Manœuvre 4	180 000 F	0	0	0	0	0	0	0	180 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouvrier polyvalent	360 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	360 000	0	0	0	0	0
Manœuvre 5	360 000 F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	360 000	0	0	0	0	0	0
	40 603 714	3 787 397	2 763 972	858 006	177 226	2 527 152	5 758 861	608 317	5 944 618	7 551 260	2 190 476	893 496	1 982 820	3 668 653	720 000	0	0	1 040 100	311 343
Primes	484 575	45 200	33 225	7 853	2 115	30 160	68 728	7 260	70 945	90 119	26 142	10 663	23 663	43 783	8 593	0	0	12 413	3 716
TOTAL	41 088 289	3 832 597	2 817 196	665 859	179 341	2 557 312	5 827 589	615 577	6 015 560	7 641 388	2 216 617	904 159	2 006 483	3 712 436	728 593	0	0	1 052 513	315 059

FRAIS DE FONCTIONNEMENT				
	1 998			
	Sources propres	Etat	Total	entre de coûts
Bâtiments				
Eau Electricité Téléphone	116 807	3 880 000	3 996 807	ENER
Produits entretien bâtiments	1 374 235		1 374 235	MAINT
Maintenance bâtiment	255 780		255 780	MAINT
Fournitures médicales				
consommables médicaux	347 250		347 250	
Vaccins		4 818 220	4 818 220	
Médicaments	12 480 710		12 480 710	PHAR
Autres frais.				
Fournitures de bureau	2 895 227		2 895 227	ADM
Entretien transport	312 734		312 734	TRANS
Carburant	176 120		176 120	TRANS
vivres		900 000	900 000	CUIS
TOTAL	17 958 863	9 598 220	27 557 083	

Catégorie des coûts	Coût total	Coût par "Centre de coût direct"							
		CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	COMED	CONS
Investissements									
Bâtiments	23 433 428 F	2 076 780	1 527 720	3 788 286	551 358	1 102 715	172 299	198 300	827 036
Equipements	20 160 363 F	1 497 500	1 158 454	727 492	314 053	1 855 243	326 620	169 952	508 937
Véhicules/transport	7 555 925 F	1 234 455	2 011 705	822 970	502 926	0	0	0	228 603
Formation initiale	0 F								
Sous-total	51 149 716 F	4 808 735 F	4 697 879 F	5 338 748 F	1 368 337 F	2 957 958 F	498 919 F	368 252 F	1 564 576 F
Frais fonctionnement									
Bâtiments	5 626 822 F	0	0	0	0	0	0	0	0
Fournitures, dont	0 F								
Médicaments	17 646 180 F	0	0	0	0	0	0	0	4 818 220
Autres fournitures	3 795 227 F	0	0	0	0	0	0	0	0
Véhicules, transport	488 854 F	0	0	0	0	0	0	0	0
Personnel	41 088 289 F	3 832 597	2 817 196	665 859	179 341	2 557 312	5 827 588	615 577	6 015 560
Formation continue	0 F								
Autres dépenses de fonctionnement	0 F								
Sous-total	68 645 372 F	3 832 597 F	2 817 196 F	665 859 F	179 341 F	2 557 312 F	5 827 588 F	615 577 F	10 833 780 F
TOTAL	119 795 088 F	8 641 332 F	7 515 075 F	6 004 607 F	1 547 678 F	5 515 270 F	6 326 508 F	983 829 F	12 398 357 F

Coût par "Centre de coût auxiliaire"					Coût par "Centre de coût indirect"						
BLOC	ACC	PHAR	LABO		ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV	
3 216 253	229 732	172 299	310 139	0	3 779 097	510 006	3 821 215	438 023	298 652	413 518	0
10 115 979	129 272	194 815	1 449 844	0	139 216	307 785	1 169 881	0	0	95 320	0
0	0	0	0	0	2 755 266	0	0	0	0	0	0
13 332 232 F	359 004 F	367 114 F	1 759 983 F	0 F	6 673 579 F	817 791 F	4 991 096 F	438 023 F	298 652 F	508 838 F	0 F
0	0	0	0	0	0	1 630 015	3 996 807	0	0	0	0
347 250	0	12 480 710	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2 895 227	0	0	900 000	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	488 854	0	0
7 641 398	2 216 617	904 159	2 006 483	0	3 712 436	728 593	0	0	1 052 513	315 059	0
7 988 648 F	2 216 617 F	13 384 869 F	2 006 483 F	0 F	6 607 663 F	2 358 608 F	3 996 807 F	900 000 F	1 541 367 F	315 059 F	0 F
21 320 880 F	2 575 622 F	13 751 983 F	3 766 466 F	0 F	13 281 242 F	3 176 398 F	8 987 903 F	1 338 023 F	1 840 019 F	823 897 F	0 F

	SOURCES DE FINANCEMENT DE L'HOPITAL						
Catégorie	Etat	District	Collectivités locales	Sources Propres	Sources extérieures	TOTAL	Pourcentage
investissement							
bâtiments	23 249 642 F		183 786 F			23 433 428 F	19,56%
équipement	19 950 720 F				209 643 F	20 160 363 F	16,83%
véhicules	7 098 719 F				457 206 F	7 555 925 F	6,31%
formation initiale						0 F	0,00%
SOUS-TOTAL	50 299 081 F	0 F	183 786 F	0 F	666 849 F	51 149 716 F	42,70%
frais fonctionnement							0,00%
bâtiments	3 880 000 F			1 746 822 F		5 626 822 F	4,70%
fournitures, dont						0 F	0,00%
<i>médicaments</i>	4 818 220 F			12 827 960 F		17 646 180 F	14,73%
<i>autres fournitures</i>	900 000 F			2 895 227 F		3 795 227 F	3,17%
véhicules				488 854 F		488 854 F	0,41%
personnel	35 618 278 F	780 000 F	1 260 000 F	2 638 071 F	791 940 F	41 088 289 F	34,30%
formation contin.						0 F	0,00%
autres						0 F	0,00%
SOUS-TOTAL	45 216 498 F	780 000 F	1 260 000 F	20 596 934 F	791 940 F	68 645 372 F	57,30%
TOTAL	95 515 579 F	780 000 F	1 443 786 F	20 596 934 F	1 458 789 F	119 795 088 F	100%
Pourcentage	79,73%	0,65%	1,21%	17,19%	1,22%	100,00%	

OUTPUT

Nombre de cas

	Population	Nombre total d'hospitalisations	Nombre de cas hospitalisés par Centre de coûts (service)					Nombre de consultations par centre de coûts		
			CHIR	MAT	MED	PED	ACC	DENT	CONS	COMED
District entier										
Hors district										
Population cible										
<i>Aire de l'hôpital</i>										
Malades venant d'un rayon de :										
R < 5 Km		567	43	20	108	86	310	167	9042	528
5 ≤ R < 10 Km		73	10	7	5	6	45	70	4521	200
10 ≤ R < 20 Km		79	19	10	19	14	17	52	757	198
20 ≤ R < 40 Km		170	56	22	48	18	26	37	750	265
40 ≤ R < 60 Km		270	126	13	38	22	71	44		70
R ≥ 60 Km		199	84	10	45	10	50			64
Inconnu		85	46	29	1	3	6			
Total		1443	384	111	264	159	525	370	15070	1325

Abréviations

CHIR	Chirurgie	DENT	Cabinet Dentaire
MAT	Médecine	CONS	Consultations externes
MED	Médecine	COMED	Consult. Médecin
PED	Pédiatrie	ACC	Accouchement

OUTPUTS: NOMBRE DE CAS HOSPITALISES ET JOURNEES D'HOSPITALISATION PAR MOIS ET PAR SERVICE

	janv	fev	mars	avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	dec	TOTAL
CHIRURGIE GENERALE													
Nombre de cas hospitalisés	46	39	41	45	30	35	26	26	33	27	16	20	384
Nombre de journées d'hospitalisation	256	214	221	179	261	203	148	190	297	129	146	124	2360
nombre d'interventions chirurgicales	31	30	34	15	21	20	13	16	24	14	8	15	221
MATERNITE													
Nombre de cas hospitalisés	7	14	18	4	9	11	10	14	6	5	7	6	177
Nombre de journées d'hospitalisation	53	55	71	19	48	57	25	60		22	16	30	456
Nombre d'interventions chirurgicales	8	12	6	8	4	10	3	7	12	2	7	4	83
MEDECINE GENERALE													
Nombre de cas hospitalisés	31	49	33	18	9	13	23	24	18	20	11	15	264
Nombre de journées d'hospitalisation	173	237	291	73	49	105	156	128	127	198	91	114	1742
PEDIATRIE													
Nombre de cas hospitalisés	7	14	19	11	10	16	13	19	13	11	7	19	189
Nombre de journées d'hospitalisation	35	75	156	49	60	7	97	81	61	10	46	85	762
ACCOUCHEMENT													
Nombre d'accouchements	52	41	56	34	47	34	31	44	54	39	42	51	529
Nombre de journées d'hospitalisation	91	52	86	63	85	61	85	66	152	95	104	106	1046
LABORATOIRE													
Nombre d'examens													3175

Fiche n°13 : Répartition des coûts indirects (Admin,Ener,Maint)

	TOTAL	CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	COMED	CONS	BLOC	ACC	PHAR	LABO	
	20596934	1485445	1291841	1032192	266046	948075	1087527	169120	2131278	3669218	442749	2363966	647456	0
A1	18 313 889	1 485 445	1 291 841	1 032 192	266 046	948 075	1 087 527	169 120	2 131 278	3 669 218	442 749	2 363 966	647 456	0
A2	100%	8,1%	7,1%	5,6%	1,5%	5,2%	5,9%	0,9%	11,6%	20,0%	2,4%	12,9%	3,5%	0,0%
A3	2 283 045	185 178	161 044	128 675	33 166	118 189	135 573	21 083	265 689	457 412	55 194	294 697	80 713	0
A4	20 596 934	1 670 623	1 452 885	1 160 867	299 212	1 066 264	1 223 100	190 203	2 396 967	4 126 630	497 943	2 658 663	728 169	0
B1	1 290	197	133	346	48	96	15	24	72	120	20	15	27	0
B2	100%	15,3%	10,3%	26,8%	3,7%	7,4%	1,2%	1,9%	5,6%	9,3%	1,6%	1,2%	2,1%	0,0%
B3	1 737 626	265 358	179 151	466 061	64 656	129 312	20 205	32 328	96 984	161 640	26 940	20 205	36 369	0
B4	20 596 934	1 935 982	1 632 036	1 626 928	363 867	1 195 575	1 243 305	222 531	2 493 951	4 288 270	524 883	2 678 868	764 538	0
C1	19 906 064	1 935 982	1 632 036	1 626 928	363 867	1 195 575	1 243 305	222 531	2 493 951	4 288 270	524 883	2 678 868	764 538	0
C2	100%	9,7%	8,2%	8,2%	1,8%	6,0%	6,2%	1,1%	12,5%	21,5%	2,6%	13,5%	3,8%	0,0%
C3	690 870	67 191	56 642	56 465	12 629	41 494	43 151	7 723	86 556	148 831	18 217	92 974	26 534	0
C4	20 596 934	2 003 173	1 688 678	1 683 393	376 496	1 237 070	1 286 456	230 254	2 580 507	4 437 100	543 100	2 771 842	791 072	0

Fiche n°13 : Répartition des coûts indirects (Admin,Ener,Maint)

ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV	
2283045	546023	1545020	230006	316299	141628	
	546 023	1 545 020	230 006	316 299	141 628	0
0,0%	3,0%	8,4%	1,3%	1,7%	0,8%	0,0%
0	68 068	192 605	28 673	39 430	17 656	0
0	614 091	1 737 626	258 679	355 730	159 284	0
	57		58	26	36	0
	4,4%		4,5%	2,0%	2,8%	0,0%
	76 779		78 126	35 022	48 492	0
	690 870		336 805	390 752	207 775	0
			336 805	390 752	207 775	
			1,7%	2,0%	1,0%	
			11 689	13 562	7 211	
			348 494	404 313	214 987	

Fiche n°14 : Répartition des coûts indirects (Trans, Cuis, Supv) sur les autres centres.

	TOTAL	CHIR	MAT	MED	PED	DENT	APPUI	COMED	CONS	BLOC	ACC	PHAR	LABO	
D1	20 192 621	2 003 173	1 688 678	1 683 393	376 496	1 237 070	1 286 456	230 254	2 580 507	4 437 100	543 100	2 771 842	791 072	0
D2	100%	9,9%	8,4%	8,3%	1,9%	6,1%	6,4%	1,1%	12,8%	22,0%	2,7%	13,7%	3,9%	###
D3	404 313	40 109	33 812	33 706	7 539	24 770	25 758	4 610	51 669	88 843	10 874	55 500	15 839	0
D4	20 596 934	2 043 282	1 722 490	1 717 099	384 035	1 261 839	1 312 214	234 865	2 632 176	4 525 944	553 975	2 827 342	806 911	0
E1	6 374	2368	1502	1742	762									
E2	100%	37,2%	23,6%	27,3%	12,0%									
E3	355 472	132 061	83 765	97 150	42 496									
E4	20 596 934	2 175 343	1 806 255	1 814 249	426 531	1 261 839	1 312 214	234 865	2 632 176	4 525 944	553 975	2 827 342	806 911	0
F1	35 279 689	3 832 597	2 817 196	665 859	179 341	2 557 312	5 827 588	615 577	6 015 560	7 641 398	2 216 617	904 159	2 006 483	0
F2	100%	10,9%	8,0%	1,9%	0,5%	7,2%	16,5%	1,7%	17,1%	21,7%	6,3%	2,6%	5,7%	
F3	219 291	23 823	17 511	4 139	1 115	15 896	36 223	3 826	37 391	47 497	13 778	5 620	12 472	0
F4	20 596 934	2 199 166	1 823 766	1 818 388	427 645	1 277 735	1 348 437	238 691	2 669 567	4 573 441	567 753	2 832 962	819 383	

Fiche n°14 : Répartition des coûts indirects (Trans, Cuis, Supv) sur les autres centres.

ADMIN	MAINT	ENER	CUIS	TRANS	SUPV	
			348 494		214 987	
			1,7%		1,1%	
			6 978		4 305	
			355 472		219 291	
					219 291	
	0	0	0	0	0	0