



M0031 DSES02 (02

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**Diplôme Supérieur d'Economie
de la Santé (D.S.E.S)
3^e promotion**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME

**EVALUATION DU COUT DE LA PRISE EN
CHARGE DES INDIGENTS AU NIVEAU
DU CHU FANN
DAKAR**



**Présenté et soutenu par
Dr Makhtar D.N. LOUM**

**Sous la direction de
Mr IDRISSA DIOP
Directeur du cabinet de recherche
HYGEA**

M0031DSES02

2

MAI 2002



DEDICACES

A mon père

A ma mère

A mes frères et sœurs

A ma femme et mes enfants

A ma belle famille

A la promotion Dr Talibou Dabo

A la 3^e promotion du DSES

A la 11^e promotion du DSGS

Aux indigents

REMERCIEMENTS

Nos remerciements :

A monsieur le Directeur du Service de Santé des Armées du Sénégal

A Monsieur Mo Ména directeur de l'Institut Supérieur de la santé pour son enseignement et ses conseils durant tout notre séjour au CESAG.

A monsieur Idrissa Diop, notre Directeur de mémoire

Au corps enseignant du CESAG

Au personnel administratif du CESAG

Au personnel du CHU de Fann .

Au personnel de la bibliothèque de l'OMS à Dakar

Au personnel du centre de documentation du PDIS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I – CADRE CONCEPTUEL

- I – 1 PROBLEMATIQUE
- I – 2 ETAT DES CONNAISSANCES
- I – 3 MODELE THEORIQUE

II – CADRE OPERATIONNEL

- II – 1 HYPOTHESES
- II – 2 POPULATION CIBLE
- II – 3 LES INSTRUMENTS DE MESURE

III - METHODOLOGIE

- III – 1 LES ENTRETIENS
- III – 2 RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET COLLECTE DES INFORMATIONS
- III – 3 L'ANALYSE DES COUTS

IV – DISCUSSION

- IV – 1 COUTS GLOBAUX DE LA PRISE EN CHARGE
- IV – 2 LES COUTS MOYENS DE PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS
- IV – 3 LA STRUCTURE DES COUTS

CONCLUSIONS

RECOMMANDATIONS

INTRODUCTION

Aux lendemains des indépendances, la plupart des pays africains adoptèrent la politique de gratuité des soins. Cette vision de la gestion de la santé, se concevait dans un contexte d'opulence relative et d'euphorie suite à la liberté récemment acquise.

Cependant, cette gratuité des soins allait rencontrer ses premières difficultés à partir de 1970 avec:

- l'apparition de la sécheresse dans les pays du Sahel dont l'essentiel de l'économie repose sur l'agriculture.
- Les chocs pétroliers de 1973 et 1979 avec comme conséquence immédiate la détérioration des termes de l'échange ;
- Le vieillissement des équipements sanitaires
- la fin de la bipolarisation du monde.

Pour faire face aux déséquilibres économiques nés de ces bouleversements, un certain nombre de remèdes ont été appliqués parmi lesquels :

- Les soins de santé primaires proposés par l'OMS à partir de 1978 : C'est une approche intégrée de l'action sanitaire visant à fournir à la population des soins efficaces, socialement acceptables, économiquement accessibles avec la pleine participation de la communauté. La participation financière à l'effort de santé imposée à tous usager des services de santé a constitué un obstacle à l'accessibilité pour les démunis.
- Les programmes d'ajustement structurel à partir de 1979, avec la réduction des budgets de la santé et de l'éducation ont contribué non seulement à la détérioration des indicateurs de santé mais ont lourdement pénalisé les pauvres quant à l'accessibilité aux services de santé¹.
- La dévaluation du franc CFA intervenue en 1994 dans les pays africains de la zone franc a d'une part réduit les capacités financières des populations à accéder au bien santé et d'autre part dégradé l'état sanitaire des personnes démunies².

Si les difficultés rencontrées 10 ans après l'indépendance du Sénégal ont contribué à l'appauvrissement de la population et ont aggravé les difficultés de financement de la santé, les remèdes appliqués, malgré les effets bénéfiques constatés dans certains domaines, ont eu comme conséquence commune, la diminution de l'accessibilité des pauvres au système de soins.

¹ Sall, F.L. ; cours d'économie de la santé ; DSES CESAG 2001

² Martin-Prevel, Y. ; deterioration of the nutritional status of young children and their mothers in Brazzaville, Congo, following the 1994 devaluation of the CFA francs, Bulletin of the world health organisation; 78(1); janvier 2000; 108-118

Aujourd'hui, le Sénégal, dans le but d'améliorer les performances de son système hospitalier s'est engagé dans une réforme³ qui vise à doter ces structures d'une personnalité morale et d'une autonomie de gestion.

Face à l'exigence d'efficacité sous contrainte d'équilibre budgétaire d'une part, et l'accès équitable aux soins à tous sans aucune discrimination exigé par la tutelle et contenu dans la loi portant réforme des hôpitaux, le choix des hospitaliers en général et des gestionnaires d'hôpitaux en particulier ne risque-t-il pas de se faire au détriment des pauvres qui constituent 65 % de la population sénégalaise⁴?

Afin d'apporter notre contribution à ce dilemme, notre travail consistera à évaluer la prise en charge actuelle des indigents au niveau d'un établissement public de santé afin d'avoir un aperçu sur la réalité de la prise en charge des malades démunis.

³ Réforme hospitalière : Présentation, lois et décrets ; République du Sénégal, Ministère de la Santé, Direction des établissements de Santé, 1999

⁴ Direction de la prévision et de la statistique ; enquête sénégalaise auprès des ménages ESAM, Rapport de synthèse ; Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan 1997

1^{ERE} PARTIE :
CADRE CONCEPTUEL

I – CADRE CONCEPTUEL

I – 1 PROBLEMATIQUE

I – 1 – 1 FORMULATION

I – 1 – 1 – 1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

I – 1 – 1 – 1 – 1 DEFINITION DE LA PAUVRETE

La pauvreté est un phénomène complexe et multidimensionnel qui se définit comme « un état de privation à long terme de bien-être jugé inadéquat pour vivre décemment⁵. » elle peut être abordée sous différents angles . C'est ainsi qu'on distingue :

- la pauvreté monétaire ou de revenu qui résulte d'une insuffisance de revenus et qui se manifeste par une consommation insuffisante ;
- la pauvreté d'existence qui fait que l'on a du mal à satisfaire un certain nombre de besoins fondamentaux ;
- la pauvreté de potentialités ou de « capacités » qui fait que l'on ne peut engendrer le capital minimal (humain, social, physique, etc.) qu'il est nécessaire de posséder pour vivre, ou fonctionner normalement dans une société donnée. Cette dernière notion fournit la justification théorique aux rapports annuels sur le développement humain publiés actuellement dans nombre de pays en développement, avec l'appui du PNUD⁶ (Programme des Nations Unies pour le développement).

Dans un but de comparaison de niveaux de pauvreté entre pays, le PNUD a proposé un indicateur synthétique appelé Indicateur de Pauvreté Humaine (IPH). L'IPH prend en compte trois dimensions à savoir:

la longévité (P1) qui est ici la probabilité de décéder avant l'âge de 40 ans;

- le manque d'instruction (P2) qui est représentée par la proportion d'individus analphabètes;

- l'absence de condition de vie décente (P3) qui est appréhendée à travers trois variables sur lesquelles on fait une moyennes arithmétique simple. Les trois variables sont:

- le pourcentage d'individus privés d'eau potable (P3.1);
- le pourcentage d'individus privés de services de santé (P3.2);
- la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition (P3.3).

$$IPH = \sqrt{\frac{P1^3 + P2^3 + P3^3}{3}}$$

⁵ Larivière S. ; Martin F. ; cadre d'analyse économique de la pauvreté et des conditions de vie des ménages ; séries discussion 0197 ; Université Laval sept. 1997

⁶ PNUD, Rapport Mondial sur le développement humain, Economica, Paris, 1996

plus l'IPH augmente, plus la pauvreté est grave⁷.

1 – 1 - 1 – 1 – 2 PAUVRETE ET SANTE

Pour le Dr Peter Piot, directeur du programme commun des nations unies pour le Sida, « la maladie agit en synergie négative avec la pauvreté, elle la cause ou l'aggrave ». La pauvreté mène à un mauvais état de santé et un mauvais état de santé contribue à la pauvreté⁸.

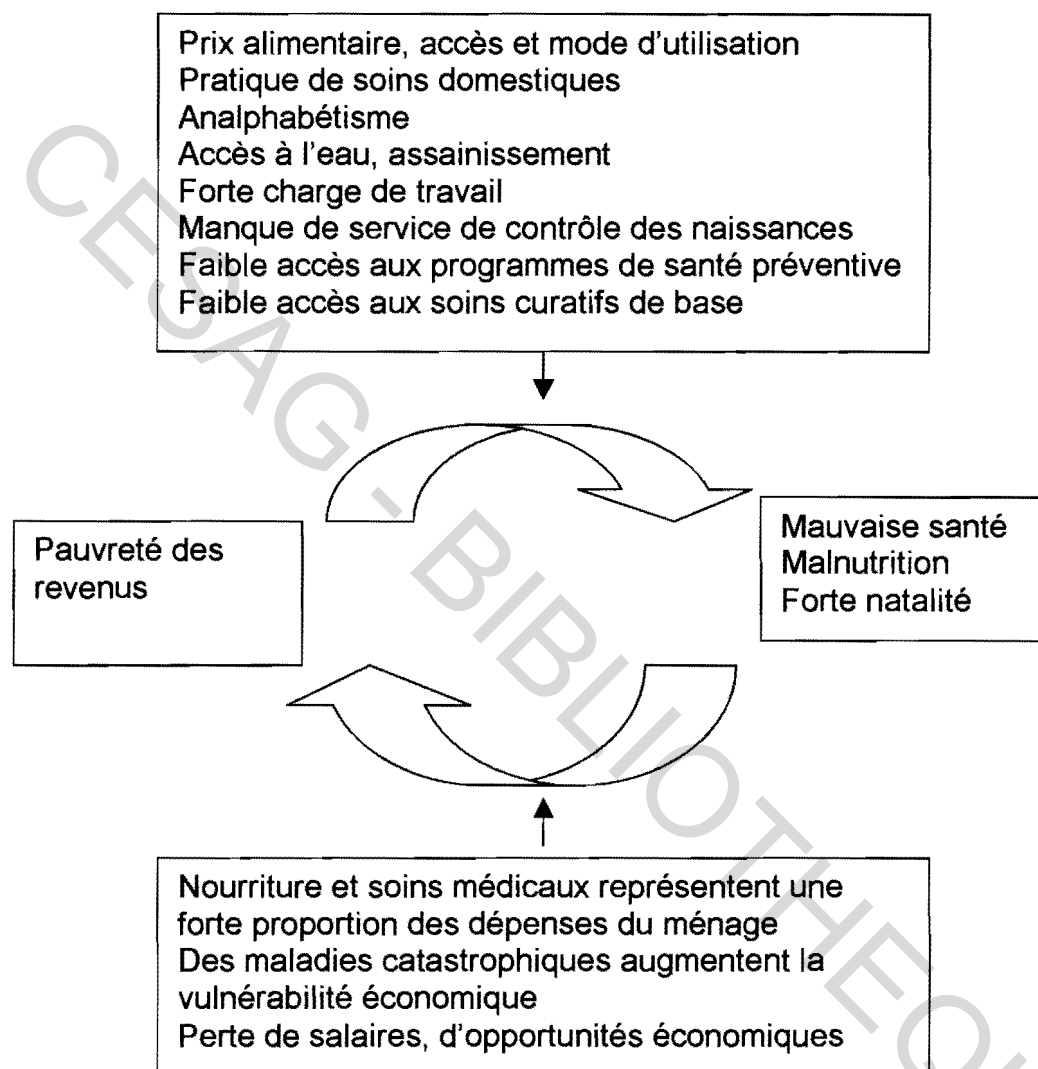


Figure 1 : relations entre pauvreté et santé (banque mondiale, 2001)

Les relations entre la pauvreté et la santé peuvent être explorées à travers les inégalités devant la maladie et ses conséquences, mais aussi à partir des difficultés d'accès et d'utilisation des services de santé.

⁷ Yetna P. B.; analyse de la pauvreté in rapport du cours k54 sur le thème Statistique pour la politique sociale; centre de Munich pour la statistique économique, environnementale et sociale; décembre 1999)

⁸ Soucat A. et coll. Intégrer les questions de santé, de nutrition et de populations aux stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays à faible revenus : quelques directives rapides ; Séries développement humain de la région Afrique ; document de travail ; banque mondiale, Dec. 2001

a) Inégalités devant la maladie

Le simple fait d'être pauvre implique une exposition plus grande aux risques, qu'ils soient personnels ou liés à l'environnement.

Les personnes dans cette situation sont moins bien nourries, moins bien informées et sont des proies faciles devant la maladie. Il n'existe pas de maladie spécifique à la pauvreté mais certaines maladies sont plus fréquemment rencontrées que d'autres. Parmi ces derniers on peut noter :

LA MALNUTRITION

la malnutrition signifie principalement « mauvaise nutrition ». Elle comporte :

- des aspects quantitatifs comme l'insuffisance ou l'excès de nourriture ;
- des aspects qualitatifs comme la consommation de mauvais types d'aliments.

Il existe aussi des aspects liés à l'organisme comme la réaction du corps à de nombreuses infections qui entraînent la malabsorption des éléments nutritifs ou l'incapacité d'utiliser les éléments nutritifs convenablement pour préserver la santé.

Elle a généralement pour cause la misère et l'ignorance.

C'est un problème de santé majeur, notamment dans les pays en développement où les problèmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène contribuent à son expansion. Associée à la pauvreté, la malnutrition contribue au cercle vicieux créé par un fardeau accru de maladies, un retard de développement et une aptitude réduite au travail. L'impact de la diarrhée persistante ou à répétition sur la malnutrition, associée à la pauvreté et l'effet de la malnutrition sur la sensibilité à la diarrhée infectieuse sont des éléments qui renforcent ce même cercle vicieux, notamment chez les enfants. Les gens affaiblis par la maladie et la malnutrition n'ont pas l'énergie nécessaire pour travailler et surmonter leur pauvreté : ils ne peuvent rien faire pour améliorer leur condition. La malnutrition n'est donc pas seulement l'un des grands problèmes de santé publique qui sévissent dans le monde à l'heure actuelle, c'est aussi à la fois l'un des résultats et l'une des causes du sous développement social et économique⁹. C'est fort de cela que l'OMS a fait, de la promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles l'une des huit activités minimales visées par les soins de santé primaire.

En abaissant les défenses de l'organisme, la malnutrition expose l'individu à beaucoup de maladies comme le paludisme.

LE PALUDISME

Le paludisme est une endémie parasitaire majeure qui sévit principalement dans la zone intertropicale encore appelée « ceinture de pauvreté du globe terrestre » car on y trouve une prédominance de pays pauvres et aucun pays développé. Selon les estimations, le paludisme tue chaque année 2,7 millions de personnes dont 90 % en Afrique et en majorité des enfants de moins de 5 ans. Le coût économique de la maladie est élevé pour les pays pauvres. On estime que la perte de croissance entraînée par le paludisme endémique¹⁰ est supérieure à 1,3

⁹ Guide pour la formation en nutrition des agents de santé communautaire 2^{ème} édition OMS Genève 1990

¹⁰ Ebrahim Samba, the malaria burden and Africa, Am. J. Trop. Med. Hyg., 64(1, 2)S, 2001,

% par an. Ces considérations ont amené certains chercheurs à se poser la question de savoir si le paludisme est cause ou conséquence de la pauvreté¹¹.

LA TUBERCULOSE

De tout temps pauvreté et tuberculose ont été associés¹².

La première diminution dite « naturelle » de la tuberculose est survenue bien avant l'arrivée de l'antibiothérapie antituberculeuse et était due à l'élévation du niveau de vie de la population.

Actuellement on assiste à une résurgence de la tuberculose due en partie à l'augmentation de la pauvreté et à l'épidémie du sida. En effet parmi les facteurs qui augmentent le risque de transmission de la tuberculose on peut citer

- la vie en promiscuité dans des lieux mal ventilés qui est l'apanage des pauvres, des populations déplacées, des migrants ;
- les facteurs susceptibles de diminuer les moyens de défense de l'organisme : malnutrition liée à la pauvreté, l'infection par le VIH ou le traitement au long cours aux corticoïdes ou aux immunosuppresseurs.¹³

Dans pays sous développés la tuberculose, dans sa forme contagieuse, affecte surtout les adultes jeunes, des deux sexes, en pleine activité. L'atteinte de cette cible aura donc des répercussions économiques et sociales.

L'OMS estime qu'à elle seule la tuberculose entraîne :

- un manque à gagner de 12 milliards de dollars US sur les revenus des pauvres ;
- une diminution de 20 à 30 % du revenu des ménages ;
- une réduction du taux de croissance du PNB par tête d'habitant qui peut aller jusqu'à 1 %.

A cause du décès prématuré des tuberculeux, leurs familles accusent un manque à gagner de 15 ans de revenus¹⁴.

LE VIH-SIDA

Conséquences microéconomiques

- Baisse de productivité au niveau individuel et familial entraînant une diminution considérable voire une perte des revenus. Cette baisse des revenus est la conséquence d'une diminution de la consommation et l'impossibilité d'investir dans la scolarisation des enfants qui très tôt sont obligés d'entrer dans le marché du travail pour subvenir aux besoins de la famille.

Avec la mort des parents, on assiste à l'apparition de ménages dirigés par des orphelins. Des études ougandaises ont montré que suite au décès d'un ou des deux parents, les orphelins ont la moitié moins de probabilités de fréquenter l'école, et ceux qui y vont y passent moins de temps qu'auparavant¹⁵.

On note aussi une augmentation des risques de malnutrition et de chétivité chez les orphelins.

- Augmentation des dépenses du ménage liées aux soins, à l'achat de médicaments et aux obsèques. Souvent pour faire face à ces dépenses, la famille

¹¹ John luke Gallup, Jeffrey D. Sachs, the economic burden of malaria Am. J. Trop. Med. Hyg., 64(1, 2)S, 2001, pp. 85-96

¹² actualité et dossier en santé publique ; N° 12 ; septembre 1995 ; page XVIII

¹³ Ait-khaled, N ; Enarson, D ; Tuberculose : manuel pour les étudiants en médecine ; OMS 1999

¹⁴ OMS 2000

¹⁵ Adeyi O. ; Hecht R. ; Njobvu E. ; Soucat A. ; SIDA, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette ; ONUSIDA /01.01F Mars 2001

utilise d'abord l'argent épargné jusqu'à épuisement avant de passer à la vente des biens existants et à l'emprunt.

D'après une étude effectuée en Thaïlande¹⁶, durant la dernière année de vie d'un patient atteint de SIDA, sa famille consacrait en moyenne US \$ 1000 à ses soins médicaux.

Conséquences macroéconomiques

- Diminution importante de la main d'œuvre qualifiée qui se traduit par une pénurie dans le rang des travailleurs pouvant entraîner une hausse des coûts de production et par conséquent une moindre compétitivité sur le marché.
- Augmentation de l'absentéisme entraînant une diminution de la production
- Augmentation des dépenses de santé
- déstructuration sociale

Des taux de prévalence de 10 à 15 % du VIH peuvent se traduire par une réduction du PIB par habitant de 1 %.

b) Pauvreté et accessibilité aux soins

Les difficultés rencontrées par les pauvres pour accéder au système de soin sont nombreuses et peuvent être réparties en obstacles microéconomiques et macroéconomiques.

OBSTACLES MICROECONOMIQUES

- Liés au prestataire

- tarifs élevés constituent un obstacle financier à l'accessibilité ;
- le ticket modérateur ;
- le mode de paiement direct ne permet pas aux indigents temporaires de faire face aux coûts des soins ;
- le paiement monétisé oblige parfois l'indigent à brader ses biens en nature pour accéder au système de soin.
- L'attitude discriminatoire de certains prestataires de soins envers les indigents ;
- La rétention de l'information sur les systèmes de prise en charge des indigents pour éviter une demande massive qui pourrait perturber l'équilibre budgétaire de l'hôpital ;

- Liés à l'indigent

Le comportement du pauvre qui, d'une part, considère la santé comme un bien de consommation qui n'est pas toujours prioritaire sur les biens non-santé et d'autre part sollicite les services de santé tardivement, c'est-à-dire lorsque les troubles deviennent des handicaps, à l'arrivée de l'accident ou de la complication.

¹⁶ Adeyi O. ; Hecht R. ; Njobvu E. ; Soucat A. ; SIDA, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette ; ONUSIDA /01.01F Mars 2001

OBSTACLES MACROECONOMIQUES

- l'offre de soins :
 - elle peut être insuffisante surtout dans les pays sous-développés où on note un écart important avec les normes de l'OMS ;
 - elle peut être inégalement répartie privilégiant parfois les centres urbains au détriment des zones rurales qui concentrent souvent le plus grand nombre d'indigents ;
 - elle est souvent inadaptée à la demande formulée par les indigents dont la prise en charge nécessite une écoute plus attentive, des moyens beaucoup plus importants car le traitement nécessite souvent une réintégration sociale de l'individu.
- La centralisation administrative des moyens d'identification et d'éligibilité des indigents ;
- L'absence d'information sur les droits des indigents

Il est maintenant admis que l'accès à tous aux services sociaux de base est primordial pour le développement et la réduction de la pauvreté. C'est conscient de cela que la communauté internationale a adopté en mars 1995 lors du sommet mondial sur le développement social, l'Initiative 20 / 20 qui demande aux gouvernements des pays donateurs et des pays en développement d'allouer respectivement 20 % de l'aide publique au développement (APD) et 20 % du budget national aux services sociaux de base.

Les services sociaux de base étant définis comme des services essentiels comprenant les soins de sante primaires, la santé de la reproduction, la nutrition, l'eau potable, l'assainissement et l'éducation de base¹⁷.

« On sait bien que la maladie fait fondre les économies des ménages, réduit les possibilités d'apprentissage, abaisse la productivité et diminue la qualité de vie créant ainsi ou perpétuant la pauvreté. Ceux qui vivent dans la pauvreté absolue risquent cinq fois plus de mourir avant l'âge de 5 ans et deux fois et demi plus de mourir entre 15 et 59 ans que ceux qui ont des revenus plus élevés. Dans le domaine de la mortalité maternelle, les différences sont encore plus spectaculaires : une femme sur 12 meurt des suites de la grossesse en Afrique subsaharienne, où près de 50 % de la population vit dans le dénuement absolu, contre une sur 4 000 en Europe ».¹⁸

¹⁷ Banque Mondiale, FNUAP, OMS, PNUD, UNESCO, UNICEF, 1998, donner effet à l'initiative 20/20 – assurer un accès universel aux services sociaux de base, UNICEF, new York, septembre,

¹⁸ Dr Gro Harlem Brundtland Directeur général, Organisation mondiale de la santé

1 – 1 – 1 – 1 – 3 LA PAUVRETE AU SENEGAL

a) Ampleur

La prévalence de la pauvreté est très élevée au Sénégal. Dans le rapport mondial sur le développement humain du PNUD de 2001, le Sénégal est classé 145^e sur 162 pays avec un indice de développement humain (IDH) de 42,3 %. L'enquête sénégalaise auprès des ménages¹⁹ réalisée en 1996 évalue la population au dessous du seuil de la pauvreté à 65,3 % et les ménages pauvres à 58%.

Le seuil de pauvreté défini comme étant la dépense nécessaire à l'acquisition de 2400 calories par personne et par jour correspond à un revenu de 143 080 FCFA par an/équivalent adulte.

b) Répartition géographique

La répartition géographique des ménages pauvres montre de très fortes disparités entre les zones rurales et urbaines d'une part et entre les régions d'autre part.

En 1994, la zone rurale où vit 60 % de la population Sénégalaise concentrait 80 % des pauvres, alors que Dakar contribuait pour 7,5 % et les autres villes pour 12,4%.

En plus de cette fréquence élevée, le monde rural devance de loin la ville au niveau des indicateurs de profondeur de la pauvreté (32,5 % contre 6,9 % en ville) et au niveau de la sévérité (16,5 % contre 2,4 % en ville.)²⁰

Par rapport aux autres villes du Sénégal, Dakar qui est la capitale reste relativement privilégiée. En effet en comparant les résultats des enquêtes EDS II (1992)²¹ et EDS III (1997), on constate que les inégalités se sont accrues et que les ménages des autres villes sont trois fois plus exposés à la pauvreté que ceux de dakar.

¹⁹ Direction de la prévision et de la statistique ; enquête sénégalaise auprès des ménages ESAM, Rapport de synthèse ; Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan 1997

²⁰ DIOP A. ; Pauvreté et variables démographiques : analyse générale à partir des principales enquêtes récentes ; Ministère du plan ; Direction de la planification des ressources humaines, Nov. 2000

²¹ Ayad M. ; Ndiaye S. ; Diouf P.D. ; Enquête démographie et Santé ; Ministère de l'Economie, des finances et du Plan ; Direction de la Planification et des Statistiques, Demographics and health surveys, Macro International Inc. Carlton, Maryland USA, Juin 1994

Tableau I: Evolution des caractéristiques des ménages urbains touchés par la pauvreté d'existence

	EDS-II (1992)			EDS-III(1997)		
	Ensemble	Dakar	Autres Villes	Ensemble	Dakar	Autres Villes
Sexe Chef Ménage						
Masculin	74.3%	70.6%	75.6%	73.4%	81.4%	72.8%
Féminin	25.7%	29.4%	24.4%	26.6%	18.6%	27.2%
Age Chef Ménage						
Moins de 40 ans	30.6%	42.4%	26.3%	18.7%	9.5%	19.1%
40-49 ans	23.1%	22.0%	23.5%	23.8%	7.1%	23.7%
50-59 ans	20.7%	21.2%	20.5%	26.1%	13.1%	25.7%
60 ans et +	25.6%	14.4%	29.7%	31.4%	10.9%	31.5%
Niveau d'instruction Chef ménage						
Aucun	78.1%	79.5%	77.5%	-----	-----	-----
Primaire	15.4%	17.1%	14.8%			
Secondaire et +	6.6%	3.4%	7.7%			
% Pauvres	30.1%	26.6%	73.4%	35%	7.9%	92.1%

La répartition des pauvres selon la région montre aussi des disparités. Six régions (Kolda, Fatick, Ziguinchor, Kaolack, Tambacounda, Louga) affichent des taux au dessus de la moyenne nationale. La pauvreté est plus prononcée dans les régions à agriculture peu diversifiée et moins touchées par l'immigration.

La zone comprenant les régions de Kaolack, Fatick, Kolda qui est la plus importante en terme de production agricole demeure la zone la plus pauvre du Sénégal à cause ;

- son agriculture peu diversifiée ;
- de l'agriculture de saison sèche qui y est peu pratiquée ;
- de la faiblesse de la part de sa population émigrée , ce qui fait qu'elle reçoit moins de transfert contrairement aux régions de Dakar, Saint-louis et Louga. (enquête Esam 94)

Tableau II :Nombre de ménages et d'individus pauvres par région

Régions	NBRE TOT MENAGES	MENAGES PAUVRES	INDIVIDUS PAUVRES	RATIO MENAGES	RATIO DE PAUVRETE INDIVIDUS
DAKAR	181959	22695	277320	12.5 %	18.4 %
SAINT-LOUIS	77666	10270	123137	13.2 %	17.1 %
DIOURBEL	71743	13732	152290	19.1 %	23.9 %
THIES	107263	22433	247535	20.9 %	23.7 %
ZIGUINCHOR	46913	17712	164383	37.8 %	41.1 %
TAMBA	41913	16296	170126	38.9 %	45.6 %
KAOLACK	88675	35564	379890	40.1 %	45.4 %
LOUGA	52677	21264	219885	40.4 %	46.7 %
FATICK	54461	23902	261405	43.9 %	51.2 %
KOLDA	60692	31892	306826	52.6 %	57.8 %
SENEGAL	783962	215760	2302796	27.5 %	32.7 %

c) Répartition selon le sexe

Le revenu per capita des femmes est en moyenne de 6000 FCFA par an contre 8000 FCFA pour les hommes (ESAM94). La proportion de femmes salariées est très faible et représente moins de 10 % sur le plan national. Cette situation est due au faible niveau d'instruction des femmes surtout en milieu rural ou s'ajoute la difficulté d'accès aux facteurs et moyens de production notamment la terre, les intrants et le matériel agricole. Le faible accès des femmes au crédit limite le développement d'activités génératrices de revenus.

Toutes ces contraintes sont a la base d'une féminisation de la pauvreté.

d) Répartition selon l' âge

La pyramide des âges du Sénégal montre une population très jeune avec un âge moyen à 21 ans et un âge médian à 18 ans. La classe d'âge de 0 à 25 ans représente plus de 60 % de la population.

Entre 1991 et 1994 plus de 55 % des pauvres vivaient chez les chefs de ménage de 35-55 ans.

Cette pauvreté des ménages a des répercussions sur la santé des enfants (malnutrition, mortalité infanto-juvénile..) et sur la scolarisation des enfants.

Le troisième âge constitue aussi un pourvoyeur de pauvre. Les femmes du fait de leur longévité constituent le lot le plus important.

e) Répercussions sur la santé

Les manifestations de la pauvreté au niveau sanitaire peuvent être analysées suivant un certain nombre de paramètres :

- Morbidité

Il existe une relation inverse entre le niveau de revenu des ménages et la malnutrition. C'est ainsi que les départements du Sénégal où les revenus sont plus élevés ont moins de malnutris que les autres. Cependant du fait de la forte présence de certaines ressources naturelles qui améliorent l'état nutritionnel, certaines localités à faible revenu voient leur taux de malnutrition abaissé.

Au Sénégal la malnutrition des enfants de moins de cinq ans continue d'être un problème de santé publique et constitue l'une des premières causes de mortalité et de morbidité des enfants et des femmes. En l'an 2000, 18,4 % des enfants souffraient d'insuffisance pondérale avec une sous-nutrition chronique ou émaciation estimée à 8 %. Le retard de croissance reste très élevé dans certaines régions telles que TAMBACOUNDA avec 24 % et les régions de KOLDA et FATICK avec 23 %.

Tableau III Malnutrition des enfants de moins de 5 ans

INDICATEURS	ANNEE			
	EDS I 1986	EDS II 1992	MICS 1996	MICS 2000
INSUFFISANCE PONDERALE	22	20	22	18.4
ZONE URBAINE	15	13	17	
ZONE RURALE	25	24	26	
RETARD DE CROISSANCE	23	22	23	19
ZONE URBAINE	18	14	17	
ZONE RURALE	25	27	26	
EMACIATION	5.8	8.7	6.7	8.3
ZONE URBAINE	3.5	7.1	5.9	
ZONE RURALE	7.2	9.7	7.2	

Sources : EDS I, 1986 ; EDS II, 1992/93 ; MICS 1996 ; MICS 2000.

- La malnutrition avec ses effets sur les système de défense immunitaire, fait le lit de beaucoup d'affections :

- LE PALUDISME qui est considéré actuellement comme une maladie intimement liée a la pauvreté²² est la première cause de morbidité au SENEGAL. Les régions de Ziguinchor, KOLDA, DIOURBEL et FATICK enregistrent des taux supérieurs a la moyenne nationale ;

- LA DIARRHEE qui touche 26 % des enfants âgés de moins de cinq ans est plus fréquente en milieux rural (30 %) qu'en milieu urbain (22 %). Les régions de TAMBACOUNDA (35 %), KAOLACK (32.6 %), DIOURBEL (32.1 %) et de KOLDA (27 %) présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale. Malgré un taux de prévalence de 1,4 % au niveau de la population générale adulte, l'infection à VIH/SIDA constitue un problème de santé pour le Sénégal. Le coût élevé de sa prise en charge et la perte de productivité individuelle qu'il entraîne, transforme les malades en indigents et constitue un fardeau pour le système de santé et au delà pour l'économie sénégalaise.

- Mortalité

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile restent encore très élevés au Sénégal et sont respectivement de 70 pour mille naissances vivantes et 145 pour mille.

Ces taux de mortalités sont plus élevées en zone rurale et dans les régions de KOLDA (205 pour mille), KAOLACK (197,5 pour 1000) et DIOURBEL (172,7 pour 1000). Cette mortalité dont le moment de prédilection est la période du sevrage est fortement liée aux maladies infectieuses et parasitaires, à la diarrhée, au paludisme, à la malnutrition et à la pauvreté²³.

²² John luke Gallup, Jeffrey D. Sachs, the economic burden of malaria Am. J. Trop. Med. Hyg., 64(1, 2)S, 2001, pp. 85-96

²³ Programme de lutte contre la pauvreté, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Planification, Déc. 1997

Tableau IV taux de mortalité infantile

INDICATEUR	ANNÉES					
	1970	1980	1986	1992	1997	2000
MORTALITE INFANTILE (< 1AN)	119,9	90,4	86,0	68	67,7	70
MORTALITE JUVENILE (1 – 4 ANS)	200,3	118,9	114	68	139	80,9
MORTALITE INFANTO-JUVENILE (< 5 ANS)	296,1	198,5	191	131	76	145

Sources : DPS, EDS, ESF 78, MICS 2000

- **Accessibilité**

Au Sénégal l'offre de services de sante est en dessous des normes préconisées par l'OMS. Elle est de :

- un hôpital pour 476 000 habitants
- un centre de sante pour 160 000 habitants
- un poste de sante pour 11 160 habitants
- le rayon moyen d'accès a un poste de sante est de 9,3 km.
- Un médecin pour 13 000 habitants
- Un infirmier pour 4500 habitants
- Une sage-femme pour 3000 habitants.

On note de fortes disparités entre la zone urbaine ou est concentrée la majeure partie des ressources et la zone rurale.

Les dépenses de soins de santé primaire ne représentent que 0,3 % du PNB alors que la généralisation de l'accès aux soins de base aurait requis au moins 0,6 % du PNB.

C'est pourquoi, l'accès aux soins de santé reste difficile pour la grande majorité des populations surtout les plus pauvres²⁴.

1 – 1 – 1 – 2 PROBLEMATIQUE DU COUT DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES INDIGENTS

L'accès aux soins pour les populations les plus démunies est un souci qui s'inscrit dans la préoccupation de lutte contre la pauvreté. La santé est un bien public, mais les services médicaux s'inscrivent de plus en plus dans une logique marchande. Pour faire face à l'insuffisance de financement du secteur de la santé, les états africains ont cherché des modes de financement alternatifs . C'est ainsi que depuis la conférence de ALMA ATA , on assiste à la participation des populations a l'effort de santé.

1 – 1 – 1 - 2 - 1 LES PROBLEMES DE L'IDENTIFICATION DES INDIGENTS

1 – 1 – 1 - 2 - 1 – 1 problème de définition

La notion d'indigence est difficile à définir car elle recouvre plusieurs dimensions, économiques et sociales qui sont interdépendantes les unes des autres, notamment pauvreté et exclusion sociale. Pour les responsables de la santé,

²⁴ ministère du plan, direction de la planification, programme élargi de lutte contre la pauvreté (pelcp), étude sur l'initiative 20/20 comme option stratégique de développement , octobre 2000

l'indigence recouvre l'ensemble des personnes qui éprouvent des difficultés financières à accéder aux soins²⁵.

C'est ainsi qu'on distingue:

- l'indigent permanent: qui est le plus souvent un grand handicapé (physique, mental, ou vieillesse) ;
- l'indigent temporaire: qui recouvre
 - difficulté temporaire pour payer: c'est le cas des personnes ayant un revenu saisonnier, des personnes sans revenu fixe ou sans profession fixe; des femmes abandonnées ; des veuves et des filles mères sans activité lucrative; des enfants de la rue; des chômeurs.
 - difficulté pour payer un type de soin : on y trouve souvent les personnes atteintes de maladies chroniques (tuberculose, cancers, sida...).

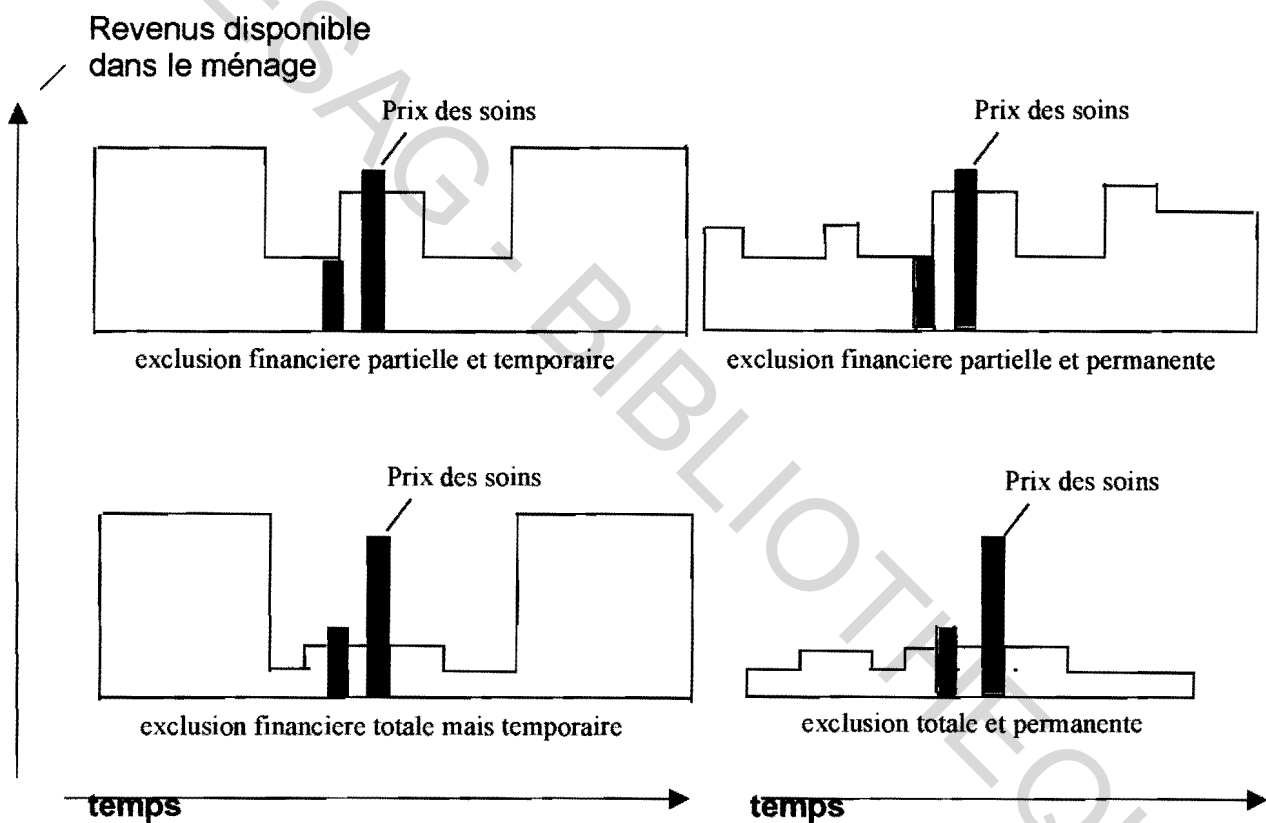


Figure 2 : différents types d'exclusion

(Adapté de Criel B., 2000)

1 – 1 – 1 - 2 – 1 - 2 Le ciblage

Il existe plusieurs techniques pour identifier les indigents mais les plus utilisées sont le ciblage direct et le ciblage des caractéristiques.

²⁵ miloud kadar

➤ Le ciblage direct

Parfois appelé contrôle des moyens, il utilise la mesure des revenus ou des ressources pour identifier les personnes à exonérer ou pour lesquelles une réduction des prix est souhaitable.

C'est le critère d'identification le plus employé dans les systèmes de santé qui essaient de faciliter l'accès aux soins aux couches de la société les plus démunies. L'enquête de situation trie les individus sur la base de la capacité à payer, et permet ainsi de promouvoir les objectifs de recouvrement des coûts aussi bien que les objectifs d'équité²⁶. Cependant, ce critère souffre d'imperfections :

- il s'accompagne très rarement d'une précision concernant le niveau du seuil de revenu²⁷ ;
- il est difficile à mesurer avec précision dans le contexte des économies sous-développées où une bonne part des échanges ne sont pas monétisés et l'autoconsommation y est élevée ;

son coût est plus élevé que le ciblage des caractéristiques.

➔ Le ciblage des caractéristiques fournit des bénéfices à ceux qui ont les caractéristiques générales de la population cible. Il peut s'agir d'un ciblage géographique, d'un ciblage démographique par âge ou par sexe, d'un ciblage par condition (tuberculose, lèpre, malnutrition, etc.), voire par auto-sélection, en utilisant la discrimination des prix ou tout autre élément. C'est un instrument d'équité peu coûteux.

Une des grandes questions qui hantent les politiques en faveur des indigents n'est pas entièrement résolue, à savoir à qui revient la responsabilité de les identifier et de décider de leur éligibilité.

1 – 1 – 1 - 2 - 1 – 3 Le choix du responsable de l'identification et de l'éligibilité des indigents

En matière de santé, la question est de savoir qui est le mieux placé pour identifier les indigents et décider des conditions d'éligibilité aux dispositifs qui visent à faciliter l'accès aux soins. Est-ce l'administration, le personnel de santé ou les représentants de la communauté ?

Sur cette question, on voit apparaître deux logiques qui dépendent en fait du modèle de système de santé en présence. Il y a d'un côté, la logique centralisatrice, de la plupart des systèmes publics de santé des pays africains, qui confie la responsabilité de l'identification et /ou de l'éligibilité des indigents aux soins à l'administration.

Dans ce système la présentation d'un certificat d'indigence délivrée par l'administration donne la gratuité d'accès aux soins. Cependant ce mécanisme rencontre beaucoup de problèmes :

le clientélisme dominant conduit à délivrer des certificats sans relation avec la véritable indigence et la prise en charge par un tiers payant est souvent plus théorique que réelle. En effet les services de l'Etat ou les collectivités délivrant les certificats sont rarement en mesure de financer les soins consommés par les bénéficiaires. Les services de santé limitent alors l'accès ou les services

²⁶ Leighton, Charlotte, 1995. "Overview: Health Financing Reforms in Africa. *Health Policy and Planning*; 10(3): 213-222. Financing and Sustainability Project, contracted to Abt Associates and supported by the Office of Health and Nutrition, USAID Global Bureau.

²⁷ miloud kaddar

proposées aux indigents puisqu'ils ne disposent pas de financements spécifiques²⁸.

Depuis quelques années, avec successivement, l'avènement des soins de santé primaires, des lois sur la décentralisation des services de l'état et de la réforme hospitalière, on assiste à une redistribution des rôles qui donne le pouvoir d'identification et de décision aux communautés, par l'intermédiaire des comités de gestion ou de santé. Cette deuxième logique ne s'applique actuellement que sur des expériences à petite échelle de recouvrement des coûts. Le développement de la décentralisation des systèmes de santé avec l'approche de district sanitaire et la réforme des hôpitaux doit assurer la promotion de cette logique.

1 – 1 – 1 - 2 - 2 - FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS

le problème de la prise en charge des indigents au niveau des structures publiques de santé des pays africains a vu le jour avec la fin de la gratuité des soins consécutive à la rareté des ressources financières engendrée par les différentes crises économiques subies par nos pays à partir de 1969.

L'absence de moyens au niveau des structures de santé a d'abord limité la gratuité à la consultation alors que les examens complémentaires nécessaires au diagnostic et les médicaments étaient devenus payants.

Comme la distance, l'éducation, la culture, la politique de recouvrement des coûts, peut constituer un obstacle à l'accès des indigents aux structures de santé si des mécanismes de protection efficaces ne sont pas trouvés.

Le tableau suivant résume certaines des manières dont les paiements par les utilisateurs peuvent avoir un impact sur les pauvres.

²⁸ rodendroke

Tableau V : Impacts positifs et négatifs possibles des paiements par les utilisateurs sur les pauvres

Positif	négatif
♦ Amélioration de l'accès dans les zones rurales – utilisation des revenus provenant des paiements par les utilisateurs pour accroître les services dans les zones rurales ; ♦ Amélioration de la qualité des services – il a été démontré que l'amélioration de la qualité fait plus que compenser l'effet des prix dans certaines situations de recouvrement des coûts ; ♦ Discrimination en matière de prix – Les personnes qui ont les moyens de payer financent en fait les services de celles qui n'ont pas de tels moyens et sont exonérées des paiements ; ♦ Elasticité supérieure de la demande pour les pauvres en termes de temps – la réduction de la durée des déplacements ou de l'attente pour les pauvres (en augmentant les services dans les zones rurales) augmente l'utilisation par les pauvres plus que par les autres.	♦ L'effet du prix sur la demande – le paiement pour les services, s'il n'est pas accompagné d'améliorations simultanées de la qualité, réduit l'accès de tous les groupes démographiques; ♦ Elasticité plus élevée en termes de prix pour les pauvres – les pauvres semblent être plus sensibles aux augmentations de prix que les autres, et les enfants y sont plus sensibles que les adultes ; ♦ Application sélective des paiements par les utilisateurs – soins gratuits administrés aux patients plus aisés, comme les soldats, les fonctionnaires ou les amis des membres du personnel de santé.

Extrait de *Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries* (Willis 1993)²⁹

1 – 1 – 1 - 2 - 2 - 1 Financement par les services de santé

1 – 1 – 1 - 2 - 2 - 1 – 1 L'EXEMPTION DE PAIEMENT DES SOINS PAR LES INDIGENTS

L'exemption de paiement est le mécanisme le plus couramment adopté pour les personnes dans l'incapacité durable de payer leurs soins. Elle s'appuie en général sur les critères :

- de revenu et ses attributs (superficie de terre, cheptel) ;
- d'âge (en général en dessous de 5 ans) ;
- de pathologie et d'intervention, etc.

Son problème essentiel est qu'il est difficile de définir les gens qui ont besoin d'aide et de trouver une formule acceptable pour l'administrer efficacement. L'exemption de paiement implique que le financement des soins des indigents soit

²⁹ Willis, Carla, November 1993. Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries: Phase 1 - Review of Concepts and Literature, and Preliminary Field Work Design. Major Applied Research paper No. 7, prepared for the Health Financing and Sustainability Project, contracted to

assuré par d'autres sources comme l'Etat et les collectivités locales, à travers les impôts et taxes.

1 – 1 – 1 - 2 - 2 – 1 - 2 - LA DISCRIMINATION DE PRIX OU DE TARIFS DES SOINS

Elle consiste à instaurer des prix très bas pour les pauvres, et des prix élevés pour ceux qui ont les moyens de payer. Cette discrimination de tarif s'applique également sur des facteurs démographiques (âge, sexe), géographique (lieu d'habitation) et pathologiques (maladies transmissibles). Dans la plupart des cas, l'âge du patient est le facteur discriminant des tarifs des soins, il est suivi par le niveau de revenu.

A la différence de l'exemption de paiement, la discrimination ("positive") des tarifs fait le plus souvent appel à la participation directe des indigents au financement des soins, mais avec des tarifs bas. Ainsi, les tarifs élevés appliqués aux patients solvables financent une grande partie des dépenses de santé des démunis.

Ces objectifs sanitaires et sociaux peuvent se résumer comme suit.

- les tarifs différenciés en fonction du revenu : cette pratique a pour objet d'introduire une forme de solidarité entre les patients en modulant les tarifs des soins et des services de santé. Cela se traduit par la subvention des soins des personnes pauvres par celles plus nanties et on espère par ce moyen réduire les inégalités d'accès aux soins entre les différentes catégories sociales. Dans beaucoup des cas, le personnel médical n'a pas les moyens de contrôle de la véracité des déclarations du patient.

- Les tarifs différenciés sur la base de l'âge : l'âge est le facteur discriminant le plus couramment utilisé dans les systèmes de tarification différenciée. Des tarifs réduits sont accordés en priorité aux enfants de moins de 5 ans et aux personnes âgées. Ceux-ci font partie des groupes vulnérables de la population qui ont besoin de la solidarité de la société (il s'agit d'une solidarité intergénérationnelle). Dans beaucoup d'expériences pratiquant l'Initiative de Bamako, les tarifs des consultations ambulatoires des moins de 5 ans sont inférieurs de moitié de ceux demandés aux adultes. C'est par exemple le cas, dans la région de Mopti au Mali³⁰ et à Pikine au Sénégal³¹.

- Les tarifs différenciés sur la base du sexe : le sexe est le facteur discriminant le plus simple et le plus facile d'application. Des tarifs différenciés selon le sexe sont parfois pratiqués afin d'encourager l'utilisation des services de santé par les femmes dont on estime être les victimes d'inégalités sociales importantes.

La mise en pratique d'un système de discrimination des tarifs afin de favoriser l'accès et le financement des soins des indigents nécessite toute une batterie d'informations pas toujours disponibles. En effet, établir une bonne structure de tarifs différenciés qui puisse permettre d'atteindre l'équilibre financier tout en maximisant la consommation des soins et services de santé suppose de

- connaître la situation épidémiologique du contexte considéré ;(les données épidémiologiques sont souvent rares et parfois les compétences sont inexistantes)

³⁰ (Mariko 1991)

³¹ (Carrin et al. 1992)

- déterminer avec précision les coûts des soins et des services de santé offerts. Cela signifie qu'il faut rationaliser les activités et standardiser les traitements et les services ;

- connaître la structure de la population couverte ;

- évaluer le niveau des ressources de la population et d'en estimer le pouvoir d'achat.

De plus, les montants à partir desquels les pauvres sont pénalisés étant très faibles, certains tarifs très bas ne pourront toujours pas être accessibles à certaines personnes.

1 – 1 – 1 - 2 - 2 - 1 - 3 - LES SUBVENTIONS DES ACTIVITES OU DES SERVICES

Pour des raisons d'externalités positives évidentes, il est admis que les activités de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles, dont les plus démunis ont le plus besoin, soient fortement subventionnées. Ces subventions permettraient de fournir aux pauvres des soins gratuits ou à prix très bas.

L'application des tarifs différenciés par type d'activité répond à la volonté, en santé publique, de garantir une consommation minimale de biens et services de santé essentiels pour la population.

Elle se fait en général sur des activités ou des services qui se caractérisent par l'existence d'externalités et de l'incomplétude informationnelle.

1 – 1 – 1 - 2 - 2 - 1 - 4 – LE PREPAIEMENT

c'est un système de financement de la santé utilisé par certains centres de santé ou hôpitaux pour permettre aux personnes ayant un revenu saisonnier (notamment les communautés agricoles) d'avoir accès aux soins. Il permet en outre aux structures sanitaires d'avoir un financement stable et d'être ainsi moins dépendant de l'extérieur. Le pré paiement peut être monétisé ou en nature.

Il permet de couvrir les soins de sante primaire, les soins hospitaliers ou les deux à la fois

En Zambie, l'analyse des données de la *Living Conditions and Monitoring Survey* indique que des secteurs importants de la population participent à des plans de pré paiement volontaire, en particulier au niveau de l'hôpital. Les données de deux provinces dans lesquelles des plans pilotes de pré paiement ont été mis en oeuvre (Copperbelt et Lusaka) indiquent qu'en moyenne, 27 % des consultations dans les établissements privés, les hôpitaux, les cliniques et les centres de santé publics sont couvertes par des plans de pré paiement volontaire en liaison avec les employeurs³².

Le Niger a mis en oeuvre une version pilote du pré paiement partiel qui a beaucoup amélioré l'utilisation des services de santé³³.

Des études sur le pré paiement des soins au Rwanda, ont montré que les membres ont demandé des soins cinq fois plus souvent que les non-membres, et qu'ils ont contribué cinq fois plus par tête aux soins de santé que les non-

³² (Diop, 1997)

³³ Diop, François, Yazbeck, Abdo, and Bitran, Ricardo, 1995. The Impact of Alternative Cost Recovery Schemes on Access and Equity in Niger. *Health Policy and Planning*; 10(3): 223-240.

membres. De plus, les données montrent que les membres demandent des soins plus tôt que les autres quand ils sont malades et que, par conséquent, ils coûtent moins cher en médicaments et en traitement que ceux qui ne sont pas membres³⁴.

1 – 1 – 1 - 2 - 2 - 2 Financement par l'état

1 – 1 – 1 - 2 - 2 – 2 - 1 Régime de Subvention

Dans certains pays la présentation d'un certificat d'indigence délivré par l'autorité administrative donne droit à la gratuité d'accès aux soins dans les structures de santé relevant de l'état. Ce système de prise en charge connaît cependant des problèmes

- le clientélisme dominant conduit à délivrer des certificats sans relation avec la véritable indigence ;
- Les services de santé ont beaucoup de problèmes pour se faire rembourser par le tiers garant les soins consommés et limitent alors l'accès ou les services proposées aux indigents.

Aux Etats Unis, « MEDICAID » est un régime de protection d'assurance maladie destiné à certaines catégories de personnes défavorisées. Il apporte une assistance médicale gratuite à 25 millions de personnes, soit 10 % de la population, qui sont :

- les femmes enceintes ou ayant un enfant à charge (68% des bénéficiaires),
- les personnes handicapées (15%),
- les personnes à la fois âgées et indigentes (13%),
- et "divers" (4%).

« Medicaid » est géré par les Etats conformément à un certain nombre de directives fédérales assez larges concernant la gamme des prestations, le remboursement des prestataires et les catégories susceptibles de bénéficier du programme. Par exemple, la loi fédérale impose aux Etats de couvrir les soins des nécessiteux, mais chaque Etat est libre de fixer un plafond de revenu à ne pas dépasser pour remplir les conditions d'éligibilité au régime. Ce plafond est le plus souvent égal à la moitié ou 60 % du seuil de pauvreté défini par l'administration fédérale. De ce fait, 60% des personnes ayant un revenu inférieur au seuil de pauvreté sont exclues du programme.

- Ce régime public est financé à la fois par l'administration fédérale et par les Etats. La participation de l'administration fédérale dépend du revenu de chaque Etat : elle varie entre 50% et 83% du total des dépenses, les Etats les plus pauvres bénéficiant du financement le plus important.

1 – 1 – 1 - 2 - 2 – 2 - 2 Régime contributif

un prélèvement de fait sur les pensions de retraite collectées par un mode de contribution durant la période d'activité sert à payer une partie des soins consommés. C'est la méthode utilisée par l'Institution de prévoyance retraite de Sénégal (IPRES) pour la prise en charge sanitaire des travailleurs retraités qui du

³⁴ Schneider Pia, Diop François Pathé, Bucyana, Sosthène. Mars 2000. *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda. Rapport technique 45*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, Inc.

fait de la modestie de la pension ne peuvent pas faire face à la maladie et à ses conséquences.

1 – 1 – 1 - 2 - 2 – 2 - 3 régimes mixtes :

- subvention, contribution, primes : EX : medicare USA

Le programme Medicare est un régime d'assurance maladie universel et national qui couvre les soins hospitaliers et médicaux des personnes âgées aux Etats-Unis. Il a permis d'augmenter et d'améliorer l'accès aux soins des plus démunis. Il est financé par le budget fédéral, par un prélèvement salarial durant les années d'activité et par des primes. Il comprend deux types de couverture "Hospital Insurance" (volet A) pour tout les ayants droit et "Supplementary Médical Insurance" (volet B) facultatif et payant.

- subvention et solidarité : EX :Colombie

la Colombie a mis en place une sécurité sociale intégrale qui permet la couverture maladie universelle. Dans ce système, le financement de la prise en charge des indigents est réalisé à partir :

- d'une contribution mensuelle obligatoire de 1 % de chaque salarié ;
- d'une subvention de l'état

Les fonds sont domiciliés dans une caisse nationale qui rembourse aux structures sanitaires les dépenses engendrées par la prise en charge des indigents identifiés par les municipalités. Les prestations remboursées sont contenues dans un paquet minimum de soins défini par l'état et accessible à toute la population.

1 – 1 – 1 - 2 - 2 – 3 Financement communautaire

Les initiatives communautaires pour l'accès des démunis à la santé s'articulent le plus souvent autour de mutuelles.

Les mutuelles de santé sont des organisations autonomes à but non lucratif, créées sur la base de liens communautaires et fondées sur la solidarité et la participation démocratique. Leur objectif est l'amélioration de l'accès des adhérents et des membres de leur famille à des soins de santé de qualité par l'entraide et la prévoyance. Le financement est basé sur la cotisation des membres.

L'entraide repose sur le principe de réciprocité attendue de l'aide, tandis que la solidarité s'exprime surtout envers les démunis, sans attendre une aide directe en retour de la part du bénéficiaire.

Pour éviter l'exclusion au sein de la communauté certaines mutuelles villageoises pratiquent le parrainage qui consiste à solliciter l'aide des membres les plus riches de la communauté pour payer la cotisation des plus démunis. Ce mode de financement n'est pas pérenne mais évite l'exclusion .

1 – 1 – 1 - 2 - 2 – 4 Financement par les organismes non gouvernementaux

le Programme Enfants en Situation particulièrement Difficile (ESPD) est un contrat entre le Ministère des Forces Armées du Sénégal et l'UNICEF pour la prise en charge sanitaires de 5000 talibés en zone urbaine et de 10.000 autres en zone rurale.

Le service de santé des armées s'engage à :

- consulter et soigner tous les jours ouvrables les «talibés³⁵» et marabout identifiés par l'UNICEF ;
- référer aux structures sanitaires civiles les cas ne relevant pas de leur compétence ;
- effectuer une visite systématique annuelle de tous les marabouts et talibés identifiés par l'UNICEF ;
- contrôler périodiquement les écoles coraniques sur le plan de l'hygiène et de l'environnement.

En contrepartie l'UNICEF appui le service de santé des armées par la fourniture de matériels, de produits divers et l'appui logistique.

1 – 1 - 1 - 2 – 2 – 5 Services de soins aux indigents

Selon le professeur DIDIER SICARD, cité par Edouard Couty, on demande aujourd'hui à l'hôpital de résoudre la quadrature du cercle en étant à la fois un « Hilton, un lieu d'hébergement, un lieu de haute technologie et un lieu d'écoute³⁶ ». En effectuant sa mutation qui la fait passer de lieu d'accueil et d'hébergement des pauvres à un haut lieu de la médecine, l'hôpital a perdu son capital d'expérience et de connaissance dans la prise en charge des indigents, c'est pourquoi certains pensent qu'il peut être plus efficient de concevoir des services de santé adaptés aux besoins spécifiques des populations les plus démunies plutôt que de se limiter simplement à améliorer leur accessibilité aux services de santé. En effet l'accueil des personnes en situation d'indigence a des incidences certaines sur le fonctionnement de l'hôpital comme le poids des créances irrécouvrables, l'augmentation de la durée moyenne de séjour ou l'encombrement des urgences pour des motifs non urgents ou des problèmes qui ne nécessitent pas uniquement des solutions médicales.

Le financement de ses services peut s'envisager de façon variée en fonction du système fiscal, du système d'assurance sociale ou de l'expression des solidarités traditionnelle. S'engager sur cette voie c'est reconnaître la nécessité d'analyser les phénomènes sociaux pour les identifier. Cela implique de définir des populations cibles bénéficiaires d'un programme sans pour autant stigmatiser leur situation pour éviter d'accroître le risque de l'exclusion sociale.

1 – 1 – 1 - 3 ASPECTS ECONOMIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS AU NIVEAU DE L'HOPITAL

Chronologiquement, on peut distinguer 4 périodes dans l'évolution des hôpitaux

- des origines jusqu'au XVI^{ème} siècle, l'hôpital constituait une œuvre de charité et le pauvre sa raison d'être: en effet la mission l'hôpital était sociale et se résumait à l'accueil et à l'hébergement des indigents et des invalides³⁷.

- A partir du XX^{ème} siècle, l'hôpital devient un centre de soins dans lequel la charité et la bienfaisance passent au second plan, l'évolution des techniques médicales ayant permis d'améliorer la qualité des soins à donné au médecin et à la maladie une place prépondérante par rapport au service social et au malade: l'indigence n'est plus la raison pour laquelle on accède à l'hôpital, mais la maladie.

³⁵ élèves fréquentant une école coranique

³⁶ Edouard Couty, le rôle de l'hôpital aujourd'hui, dans *hôpital public, le retour à l'hôtel dieu*, op. cit.

³⁷ Caillet V. ; Le rôle de l'hôpital dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les permanences d'accès aux soins de santé en région centre ; Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique ; Rennes 2001

L'approche biomédicale et curative est de règle. Pour permettre aux indigents d'accéder aux hôpitaux des lois sont alors mis en place.

- Au Sénégal, la loi prévoit la prise en charge des indigents identifiés par l'autorité administrative qui leur délivre un certificat d'indigence. Ce certificat leur permet de bénéficier des soins que l'état remboursera à la structure de soin. Les imperfections de ce mode de prise en charge ont des conséquences négatives à plusieurs niveaux :

- A) certains indigents ne sont pas éligibles alors que au même moment des personnes capables de payer en bénéficient. Les causes peuvent se retrouver au niveau des critères d'identification, de l'information des populations ou de la complaisance des agents de l'état. En voulant rendre le système équitable on se retrouve alors avec un système de plus en plus inéquitable.

- B) Face à l'obligation qui leur est faite de prendre en charge les nécessiteux qui se présentent à l'hôpital et à l'existence d'indigents non éligibles au système officiel, certains hôpitaux disposant d'une certaine autonomie ont mis en place un budget ou une pratique d'exemption pour financer les soins de ces derniers. L'identification de ces indigents non éligibles aux critères de l'état et qu'ils appellent « cas sociaux » est alors sous la responsabilité du service social avec des critères d'identification qui leurs sont propres. La conséquence immédiate est l'augmentation des dépenses de l'hôpital qui devra maîtriser le flux de nécessiteux pour survivre. Avec la mise en place de la réforme hospitalière qui dote les hôpitaux d'une autonomie de gestion, le difficile exercice auquel sont soumis les établissements publics de santé est de maintenir l'équilibre budgétaire et les performances sans créer d'obstacle à l'accessibilité et à la prise en charge des indigents.

- C) En optant pour le remboursement aux hôpitaux des frais engendrés par la prise en charge des indigents, l'état s'expose au risque de voir ses dépenses de santé augmentées à cause des conséquences inhérents au mode de paiement à posteriori que sont le biais bureaucratique et le gaspillage³⁸.

³⁸ Claude SCHNEIDER-BUNNER, sante et justice sociale, economica 1997

I – 1 – 2 OBJECTIFS

- But de l'étude

Contribuer à une meilleure connaissance des coûts engendrés par la prise en charge des indigents au niveau du centre hospitalo-universitaire de FANN au Sénégal

- Objectif général

Evaluer et analyser les coûts engendrés par la prise en charge des indigents au niveau du centre hospitalo-universitaire de FANN.

- Objectifs spécifiques

1. Evaluer les différents coûts (coût total, coûts directs, coûts indirects, coût moyen,) liés à la prise en charge des indigents au niveau du centre hospitalier universitaire de FANN.

2. Déterminer les coûts moyens de prise en charge d'un indigent.

3. Etudier l'impact économique de la prise en charge des indigents sur le budget de l'hôpital de FANN.

I – 2 ETAT DES CONNAISSANCES

Dans cette partie, nous essayerons de passer en revue les études existantes sur l'évaluation de la prise en charge sanitaire des indigents, et de retenir le modèle théorique qui permettra d'atteindre les objectifs de cette étude.

A) Dans son étude sur l'équité et exclusions des services de sante en Grande Comores, en Guinée/Conakry et en Ethiopie, Jean Marie de la Roque définit l'indigence comme une forme d'exclusion permanente des services de santé pour motif financiers et fait la différence avec :

- l'exclusion saisonnière qui concerne les personnes qui n'ont pas d'argent à certaines périodes de l'année ;

- l'exclusion partielle qui concerne les malades qui peuvent disposer de quelques revenus mais ne sont pas en mesure de payer la totalité de leurs frais de santé.

Le caractère très restreint de cette définition ne permet pas de prendre en compte les personnes qui vivent dans la précarité et qui sont de plus en plus nombreux.

La méthode d'identification décentralisée utilisée et qui consiste à confier à la communauté le soin de mettre en place des critères d'éligibilité et l'identification des indigents, peut souffrir de la difficulté d'obtenir la participation entière et ouverte de la population et nécessiter beaucoup de temps pour les convaincre.

L'étude révèle que:

- Les membres des communautés ont toujours été en mesure d'identifier leurs compatriotes en situation de grande précarité.

- Le personnel de santé identifie les plus démunis à partir d'observations sur l'aspect physique des malades qui se présentent et, plus généralement, sur un constat médical (mauvais état clinique du patient, malnutrition, etc.). Il est en mesure de mieux identifier les malades puisqu'ils restent généralement plusieurs jours sous surveillance. Il s'agit de patients qui arrivent seuls à l'hôpital (sans

proches pour les aider), sans linge de rechange ni nourriture. Ils se présentent souvent tardivement et dans une situation clinique critique

- Il n'existe pas d'initiative communautaire spontanée dans le seul objectif de se montrer solidaires et de prendre en charge les indigents. De telles pratiques de solidarité peuvent s'organiser dans les églises mais elles ne relèvent pas directement de la responsabilité des membres de la collectivité. Il s'agit là de pratiques suscitées de l'extérieur.

- Des systèmes pour la prise en charge des frais de santé des malades "pauvres" fonctionnent dans les trois zones étudiées.

- Lorsqu'une tarification existe, les systèmes de gratuité, quels qu'ils soient, sont souvent l'objet d'une remise en question de la part des personnes qui les appliquent.

- Les limites des systèmes d'exemption tiennent essentiellement à six constats:

- la difficulté au niveau des services de santé d'identifier les malades les plus pauvres, les indigents, par rapport aux malades qui se présentent sans argent et/ou qui sont dans une situation d'exclusion temporaire;

- les problèmes d'ordre éthique posés non seulement par le fait qu'on puisse accorder la gratuité à des malades qui ne sont pas parmi les plus pauvres mais aussi par le fait que le personnel de santé (et/ou administratif) accepte difficilement de rejeter les malades qui se présentent sans argent;

- les problèmes posés par le caractère sélectif et/ou aléatoire de ces systèmes dans la mesure où les certificats officiels d'exemption ne sont pas toujours délivrés aux plus pauvres.

- les problèmes liés au fait que les exemptions de paiement sont une réponse partielle à l'ensemble des difficultés qu'affrontent les plus pauvres en matière de santé. La prise en charge concerne les frais de santé, mais les malades démunis ont aussi des difficultés à payer leurs frais de transport vers les services de santé et leur alimentation en cas d'hospitalisation;

- Face à l'ampleur de la pauvreté, les systèmes officiels d'exemption des indigents sont appliqués de façon confidentielle pour éviter une demande massive. Ce qui pose un problème d'équité.

- d'après le personnel de santé et le personnel administratif, les exemptions accordées aux plus pauvres représentent un manque à gagner important et difficile à gérer pour les services de santé.

b) MECANISMES DE PRISE EN CHARGE DES CAS SOCIAUX ET DES ACTES SOCIAUX DANS UN HOPITAL URBAIN A BUT NON LUCRATIF : CAS DE L'HOPITAL SAINT LUC DE COTONOU **EXPERIENCE, LEÇONS ET PERSPECTIVES**

Le contexte global de cet étude est constituée par la république du BENIN qui est un état francophone situé en Afrique de l'ouest .

L'hôpital Saint-Luc de Cotonou qui est une institution privée sociale à but non lucratif est le lieu de l'étude.

La caractéristique de cette institution est que sous contrainte d'équilibre budgétaire pour assurer son autonomie de fonctionnement, elle doit assurer l'accessibilité des pauvres et des personnes vulnérables aux soins de santé en acceptant de pratiquer des prix réduits sans exemptions de paiement au dessous des coûts de recouvrement réels des prestations.

Dans son étude, après avoir donné les justificatifs et décrit le contexte, l'auteur définit les concepts de cas social et d'acte social avant de passer en revue les mécanismes de mobilisation des ressources pour la prise en charge des pauvres. Les méthodes d'identification utilisées sont le ciblage direct et le ciblage des caractéristiques

L'auteur nous livre ensuite ses perspectives d'avenir qui sont groupés en cinq points dont :

- la création de mutuelles, l'accroissement des revenus des populations ;
- la subvention par l'état ;
- la signature de contrat avec l'état et la mise en place d'un mécanisme national d'équité dans les soins.

Dans sa conclusion, l'auteur nous rappelle le risque de prise en charge injustifiée et la menace permanente d'inéquité dans les soins.

I – 3 MODELE THEORIQUE

Notre modèle suit la démarche classique utilisée pour la détermination des coûts d'un programme de santé. Les étapes seront les suivantes :

1) Identification des différents services qui participent à la prise en charge des indigents au niveau du CHU FANN

2) Identification des prestations fournies aux indigents

3) Identification des ressources mobilisées pour la réalisation de ces prestations (humaines, financières et matérielles) ; à cette étape nous présenterons principalement des ressources valorisées mais lorsque cela est possible nous fournirons des ressources physiques correspondantes.

4) Détermination du volume d'activité consacré aux indigents

5) Détermination des différents coûts (total, moyen ou unitaire, marginal) ;

6) Identification des différents intervenants au financement. Ici ;

7) Détermination du coût à recouvrer et du tarif de cession des prestations appropriées.

1 – 3 - 1 Présentation générale de la structure du modèle

(I) coût évacuation

il représente la valeur monétaire de l'ensemble des ressources consommées durant l'évacuation de l'indigent vers l'hôpital ou son transfert vers une autre structure de santé.

(II) coût identification

c'est la valeur monétaire de l'ensemble des ressources mise à la disposition du service social pour prouver que le patient satisfait aux critères d'éligibilité au statut d'indigent.

(III) coût consultation

Ce coût désigne la valeur des ressources mobilisées pour consulter les indigents qui se présentent à la structure. Cette consultation peut être faite en urgence ou bien lors des rendez-vous de contrôle de l'évolution de la maladie.

(IV) coût examens complémentaires

C'est la valeur monétaire des ressources mobilisées par les examens complémentaires pour confirmer le hypothèses diagnostiques évoquées après l'examen clinique. Il comprend les coûts de l'imagerie médicale (appareil, clichés et autres consommables) , les coûts des examens de laboratoire .

(V) coût médicaments

Le coût des médicaments est la valeur monétaire de l'ensemble des médicaments distribués gratuitement aux indigents malades et dont le coût d'acquisition revient à la structure hospitalière.

(VI) coût hospitalisation

C'est la valeur monétaire des ressources mobilisées pour prendre en charge un indigent hospitalisé. Il s'agit notamment des charges relatives au séjour du patient hospitalisé.

Ce coût varie en fonction de la durée du séjour du patient.

(VII) coût investissement

C'est la valeur comptable nette de toutes les immobilisations et autres matériels d'équipement dont la durée de vie est supérieure ou égale à un an et qui entrent dans la prise en charge des indigents. Ce coût est particulier en ce sens qu'il est fonction de la période d'étude considérée.

(VIII) coût administratifs

sont représentés par les coûts des produits d'entretien et de nettoyage, les coûts des imprimés et matériels de bureau , le salaire du personnel d'administration et de gestion et l'amortissement des bâtiments et du matériel non consommable imputable à la prise en charge des indigents.

(VIII) coût rémunération

ce sont les ressources monétaires perçues par le personnel dans le cadre de la prise en charge des indigents. Il s'agit des honoraires ou de la part du salaire du personnel imputée à la prise en charge des indigents.

1 – 3 – 2 Présentation du modèle en Graphique

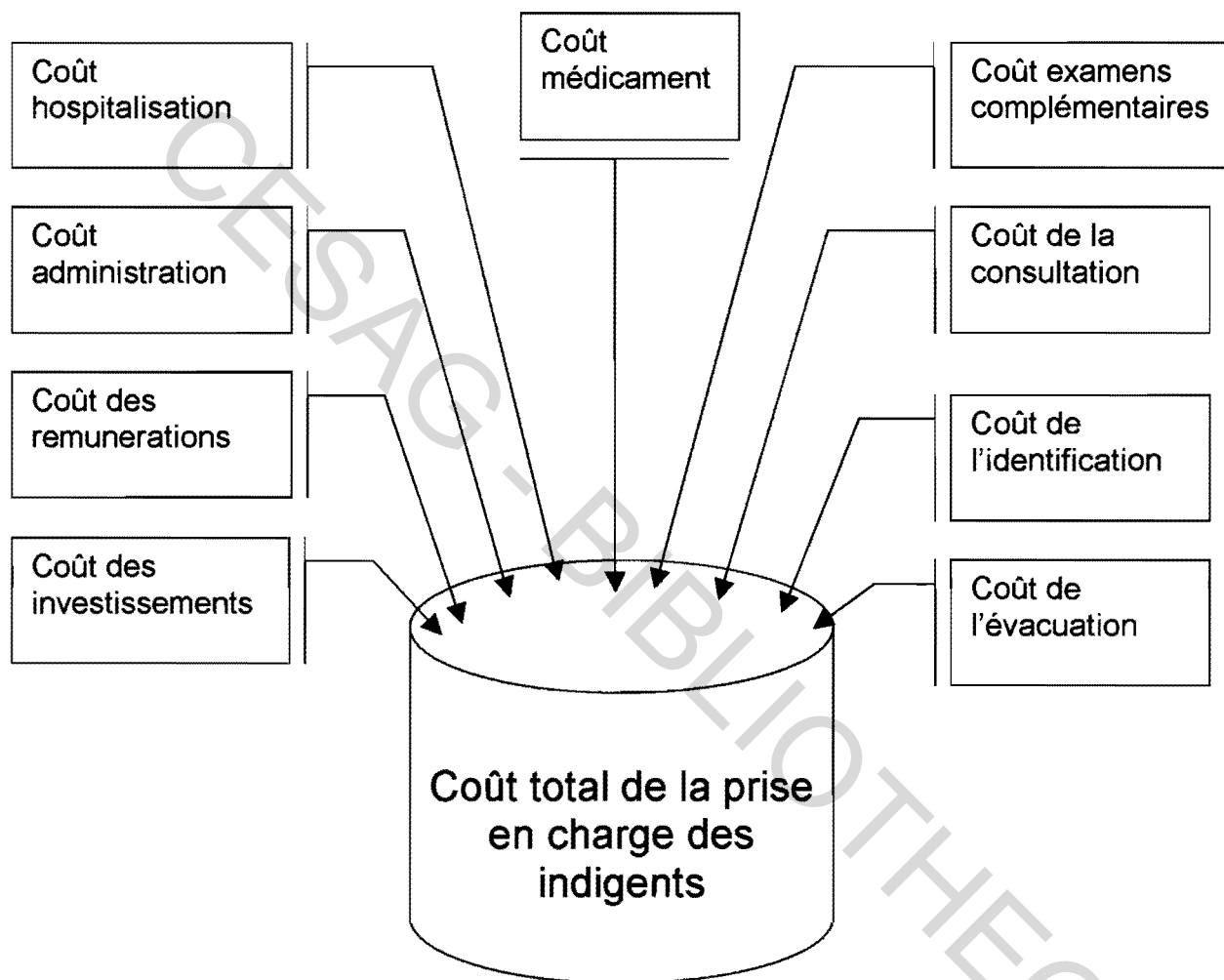


figure 3 : modèle graphique

1 – 3 – 3 La structure du Modèle en Détail

Coût de l'évacuation (C_{evac})

$$C_{\text{evac}} = CD_{\text{evac}} + CI_{\text{evac}} \quad (1)$$

Charges directes d'évacuation (CD_{evac}) = coût carburant (C_{carb}) + coût médicament (C_{medevac}) + coût rémunération personnel (C_{rem}) (2)

Charges indirectes évacuation (CI_{evac}) = amortissement ambulance (A_{mamb}) + coût amortissement matériel réanimation ambulance (A_{mmat}) (3)

$$C_{\text{evac}} = C_{\text{carb}} + C_{\text{medevac}} + C_{\text{rem}} + A_{\text{mamb}} + A_{\text{mmat}} \quad (4)$$

Remarques 1

- les charges indirectes seront pris en compte dans le coût investissement
- les Coût rémunération personnel d'évacuation sanitaire seront pris en compte dans les coûts rémunération

Au niveau des hôpitaux, les coûts d'évacuation se résument au coût de transfert vers un autre lieu de soin. L'évacuation de l'indigent vers l'hôpital est souvent à la charge du Groupement national des sapeurs pompiers ou bien de ses proches parents.

coût de l'identification (C_{id})

- les charges directes de l'évacuation (CD_{id})
 - carburant pour le transport de l'assistante sociale qui va mener l'enquête (C_{carb})
 - rémunération l'assistante sociale (C_{rem})
- les charges indirectes de l'identification (CI_{id})
 - coût amortissement du véhicule ($A_{\text{mor.veh}}$)
 - coût amortissement du bâtiment du service social ($A_{\text{mor.bat}}$)

$$C_{\text{id}} = CD_{\text{id}} + CI_{\text{id}} \quad (5)$$

$$CD_{\text{id}} = C_{\text{carb}} + \text{Rem.As.} \quad (6)$$

$$CI_{\text{id}} = A_{\text{mor.veh}} + A_{\text{mor.bat}} \quad (7)$$

$$C_{\text{id}} = C_{\text{carb}} + C_{\text{rem}} + A_{\text{mor.veh}} + A_{\text{mor.bat}} \quad (8)$$

Remarque 2 :

- les amortissements et les rémunérations des personnels seront pris en compte dans des rubriques spéciales.

coût de la consultation (C_{cons})

une consultation à l'hôpital comprend différentes étapes:

- une étape administration pour prendre le rendez-vous ou pour régler les frais;

- une étape infirmier pour la biométrie

- une étape médecin pour l'interrogatoire, l'examen clinique et la décision

- une deuxième étape infirmier ou administration est souvent nécessaire pour la mise en œuvre de la décision médicale.

Durant l'étape médecin ou infirmier, il peut arriver que l'urgence nécessite la réalisation de certains actes qui ne font pas partie de la consultation habituelle et qui sont consommatrices de ressources.

- coûts directs consultation (C_{dcons})
 - part rémunération administration (C_{adm})
 - part rémunération infirmier (Rem.inf.)

- part rémunération médecin (Rem.medc.)
- coûts actes (Cactes)
- coûts indirects
 - amortissement matériel médical consultation (Amor.mat)
 - amortissement bâtiment consultation (Amor.bat)

$$C_{cons} = CD_{cons} + CI_{cons} \text{ (9)}$$

$$Cdcons = Cactes + Cadm + Rem.inf + Rem.med \text{ (10)}$$

$$Cicons. = Amor.mat + Amor.bat \text{ (11)}$$

$$C_{cons} = Cactes + Cadm + Rem.inf + Rem.med + Amor.mat + Amor.bat \text{ (12)}$$

coût hospitalisation (Chosp)

- **charges directes hospitalisation (Cd hosp.)**
 - coût hôtellerie (CH)
 - part rémunération médecin (Rem.med.)
 - part rémunération infirmier (rem.inf.)
 - coût de la restauration
- **charges indirectes hospitalisation (Ci.hosp.)**
 - amortissement bâtiment (Amor.bat)
 - amortissement matériel hospitalisation (Amor.mat.)

$$C_{hosp.} = CD_{hosp.} + CI_{hosp.} \text{ (13)}$$

$$CD_{hosp} = C_{hot} + Crest + Rem.med + Rem.inf \text{ (14)}$$

$$CI.hosp = Amor.mat. + Amor.bat \text{ (15)}$$

$$C_{hosp} = C_{hot} + Crest + Rem.med + Rem.inf + Amor.mat. + Amor.bat \text{ (16)}$$

Coût examens complémentaires (Cexc)

Les services d'examen complémentaire comprennent les services d'analyse biomédicales, les services de radiologie et les services d'explorations fonctionnelles

- Coûts examens complémentaires = charges directes examens complémentaires + charges indirectes examens complémentaires

- Charges directes examens complémentaires (CD.exc)
 - coûts des consommables (Ccon.)
 - part de Rémunération des personnels (Rem.pers.)
- charges indirectes examens complémentaires (Ci.exc.)
 - Amortissement matériel (Amor.mat)
 - Amortissement bâtiment (Amor.bat)

$$Cexc. = Cd.exc + Ci.exc. \text{ (17)}$$

$$Cd.exc = Ccon. + Rem.pers. \text{ (18)}$$

$$Ci.exc. = Amor.mat + Amor.bat. \text{ (19)}$$

$$Cexc = Ccon. + Rem.pers + Amor.mat + Amor.bat \text{ (20)}$$

coûts médicaments (Cmed.)

$$- Cmed = CDmed + Cimed \text{ (21)}$$

$$CDmed = \text{coût achat médicament} + \text{frais transport} + \text{coût de stockage} + Crem \text{ (22)}$$

$$Cimed = Amormat + Amorbat \text{ (23)}$$

$$\text{Cmedic} = \text{coût achat médicament} + \text{frais transport} + \text{coût de stockage} + \text{Crem} + \text{Amormat} + \text{Amorbat} \quad (24)$$

Coûts investissements (Cinv)

Le coût des investissements sera déterminé par le montant des amortissements correspondants. Ces amortissements concernent les infrastructures et les biens d'équipement durables. Les amortissements seront déterminés suivant la fonction suivante :

$$a(r,n) = \frac{[r(1+r)^n] \cdot CV}{[(1+r)^n - 1]}$$

Où a est le coût de l'amortissement, r, le taux actualisation, n la durée de vie de l'équipement et CV la valeur actuelle du bien considéré. L'étude retient 10% comme taux d'actualisation.

Dans cette rubrique, nous regrouperons les coûts les amortissements des bâtiments, des véhicules et du matériel durables utilisés pour la prise en charge des indigents dans le cadre de l'hôpital.

Coût administration

Coûts directes : fournitures de bureau et imprimés divers, produits d'entretien, de maintenance des équipements.

Part de rémunération du personnel administratif

Coût rémunération

C rem = rémunération annuelle * pourcentage de temps consacré aux indigents

Coût total (CT)

$$CT = C_{\text{evac}} + C_{\text{id}} + C_{\text{cons}} + C_{\text{hosp}} + C_{\text{exc}} + C_{\text{med}} + C_{\text{inv}} + C_{\text{adm}} + C_{\text{rem}}$$

Coût moyen (Cm)

$$\text{Coût moyen} = \text{Coût total} / \text{nombre d'indigents}$$

2^{ÈME} PARTIE :
CADRE OPERATIONNEL

II – CADRE OPERATIONNEL

II – 1 HYPOTHESES

- L'augmentation de la fréquentation du CHU FANN par les indigents , affecte la fonction de production de cet hôpital ;
- La demande de soins médicaux par les indigents va modifier la structure de coût du CHU FANN.
- Le coût moyen de la prise en charge d'un indigent est plus élevé que le coût moyen de la prise en charge des malades non indigents.

II – 2 POPULATION CIBLE

L'étude portera sur les indigents identifiés et pris en charge au CHU FANN. La période retenue pour l'étude va du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2001.

II – 2 – 1 CONTEXTE ETUDE

II –2 –1 - 1 HISTORIQUE

L'actuel CHU de Fann est le résultat de plusieurs transformations d'un ancien pavillon de psychiatrie. La chronologie des étapes se présente comme suit :

- 1955 : Projet de création de l'hôpital Fann.
- 17 octobre 1956 : Le service de neuropsychiatrie est créé et reçoit son premier contingent de malades en provenance du centre Asilaire du Cap Manuel.
- 1958 : Construction de la clinique de pneumo-phtisiologie
- 1961 : Inauguration de la clinique des maladies infectieuses
- 10 / 6 / 65 : Le décret 65-393 érige l'hôpital de Fann en CHU
- 1968 : Création de la clinique de neurochirurgie
- 1970 : Le service de neuropsychiatrie est divisé en deux cliniques distinctes :
 - La clinique psychiatrique
 - La clinique neurologique
- 1994 : Inauguration du service bucco-dentaire.

II – 2 – 1 – 2 STATUT JURIDIQUE

Le cadre juridique du CHU de FANN est décrit dans les textes de loi ci-dessous :

Le décret 65.393 du 10 juin 1965 faisant de l'hôpital de FANN une composante du CHU de DAKAR

La loi 98-12 relative à la création, et à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, du 12 février 1998.

Le décret 98-701 relatif à l'organisation des établissements publics de santé.

Le décret 98-702, portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé, du 26 août 1998.

Le décret 99.857 du 27 août 1999 portant érection du CHU FANN en Etablissement Public de Santé.

Le Centre Hospitalier Universitaire de FANN est érigé en établissement public de santé par la loi 98 – 12 du 12 février 1998.

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public spécialisées, dotées de patrimoine propre dont l'objet consiste, dans le secteur sanitaire et social, à prendre en charge des patients, à produire des biens et des services, à former des personnels et à effectuer de la recherche.

Le CHU de FANN est un établissement public de santé de troisième niveau. C'est un centre de haute spécialisation situé au sommet de la pyramide sanitaire. A ce titre, il est un centre de « diagnostic, de surveillance et de traitement des malades et des blessés ».

Son statut de membre du CHU de DAKAR, lui confère d'autres missions, de recherches, et d'enseignement. Les articles 13 et 14 de la loi 98 – 08 du 12 février 1998 fixent les conditions de participation du service public hospitalier à l'enseignement et à la recherche.

II – 2 – 1 - 3 ORGANISATION

L'organisation administrative et financière des établissements publics de santé fait l'objet de la loi 98 – 12 du 2 mars 1998 et des décrets 98 –701 et 98 –702 du 26 août 1998.

Comme tous les autres établissements publics de santé du Sénégal, le CHU de FANN est constitué par :

- des organes de décision et de concertation;
- des services administratifs et techniques;
- des services médicaux;
- des services médico-techniques.

II – 2 – 1 – 3 - 1 LES ORGANES DE DECISION ET DE CONCERTATION

Ils sont constitués par :

Le Conseil d'Administration (CA) ;

La Direction générale ;

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) ;

Le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

II – 2 – 1 – 3 - 2 LES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES

Ils sont essentiellement composés des postes occupés par le directeur et son staff

LE DIRECTEUR

Le directeur est choisi parmi les fonctionnaires de la hiérarchie A.

La loi portant réforme hospitalière prévoit à son article 7 que l'avis du Conseil d'Administration est requis, pour sa nomination.

Son mandat a une durée de quatre (4) ans renouvelable, avec possibilité de révocation en cas de faute grave ou mauvaise gestion.

Ses attributions sont précisées par les articles 14 et 15 du décret 98-702 du 25 août 1998.

LE SERVICE ADMINISTRATIF ET FINANCIER

Il est chargé de la gestion administrative et financière de l'hôpital et assiste la direction dans ses fonctions. Il exécute le budget et supervise la gestion des ressources matérielles, des infrastructures, de l'équipement, des services hôteliers et du parc automobile.

LA CELLULE CONTROLE DE GESTION

Il est dirigé par un cadre de gestion mis à la disposition du Directeur de l'hôpital. Il est un conseiller privilégié du Directeur. Cette cellule est chargée du suivi des activités et du contrôle permanent de la gestion financière.

Ses attributions sont précisées par les articles 23 et 24 du décret 98-702.

LE SERVICE DES SOINS INFIRMIERS ;

Il est dirigé par un technicien supérieur de santé ou d'un cadre infirmier nommé par le directeur

Son rôle s'exerce sur:

- sur l'organisation générale des soins infirmiers.
- sur l'organisation de l'accompagnement des malades.
- Sur la recherche dans les domaines
 - des soins infirmiers
 - de l'évaluation des soins infirmiers.
- Sur l'élaboration d'une politique de formation.
- Sur le projet d'établissement.

LE SERVICE SOCIAL

Il est constitué par un service social central dirigé par une assistante sociale et des bureaux au niveau de chaque service médical sous la responsabilité d'une assistante sociale.

Le chef du service social coordonne les activités des différents bureaux, centralise les demandes d'assistance des indigents, reçoit les rapports d'enquête et les rapports mensuels des différents bureaux, procède à l'achat de médicaments pour les indigents. Elle assure en plus le suivi et la gestion des différentes caisses sociales

- Identification des indigents

Pour cibler les indigents, le service social utilise aussi bien le ciblage des caractéristiques que les méthodes basées sur le revenu.

- méthodes de prise en charge

l'exonération partielle est de rigueur au niveau du chu FANN.

L' exonération totale n'est accordée qu'aux indigents sans revenus et sans personne ressource. Elle se fait au cas par cas.

Les sources de financement sont :

- le budget de l'hôpital
- les dons des organismes non gouvernementaux et des mécènes.

LE SERVICE DE LA MAINTENANCE ;

Il a à sa tête un ingénieur qui coordonne les activités les différents ateliers.

Ce service est articulé comme suit:

- Un atelier fer, et un atelier bois à la tête desquels, on trouve des ouvriers qualifiés

- Un atelier froid

- Un atelier mécanique / plomberie

- Un atelier électricité

- Un atelier biomédical

tous dirigés par des techniciens de maintenance.

LE SERVICE DE RESTAURATION

Il assure aux malades hospitalisés la journée alimentaire qui est composée du petit déjeuner, du déjeuner et du dîner. Les repas sont commandés par les infirmiers majors des services cliniques en fonction du nombre de malades admis.

II – 2 – 1 - 3 - 3 LES SERVICES MEDICAUX

Ces services sont composés les différentes entités médicales.

Ils sont tous dirigés par des professeurs qui sont sous la subordination hiérarchique du directeur de l'hôpital et sous la subordination technique du doyen de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Dakar. Cette double subordination et a l'origine de certaines difficultés de gestion de l'hôpital par la confrontation entre logique de discipline médicale et logique administrative.

II – 2 – 1 - 3 – 3 - 1 LE SERVICE DE NEUROLOGIE

La mission du service de Neurologique découle de celle de la structure, avec son statut de CHU. IL s'agit de dispenser des soins, dans le domaine de sa compétence.

Il assure aussi la formation du personnel médical et paramédical en sciences neurologiques.

Enfin ce service développe des programmes de recherches et de prévention en neurologie.

Le personnel est composé de douze (12)médecins, dont quatre(4) professeurs, trente trois (33) paramédicaux, etc.

Capacité : 65 lits

II – 2 – 1 - 3 – 3 - 2 LE SERVICE DE NEUROCHIRURGIE

Le service de neurochirurgie une capacité d'hospitalisation est de 42 lits. Il est placé sous l'autorité d'un professeur. Ce dernier est en même temps le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et membre du Conseil d'Administration de l'Hôpital.

Le personnel est composé de douze (12) médecins, dont trois (3) professeurs, vingt trois (23) paramédicaux, une assistante sociale, et du personnel de soutien.
Capacité : 43 lits

II – 2 – 1 - 3 – 3 - 3 LE SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE,

Il est dirigé par un professeur. La Pneumo-phtisiologie comprend deux unités de soin. L'une est destinée aux tuberculeux, et l'autre aux affections non tuberculeuses.

Sa capacité d'accueil est de 86 lits, gérés par neuf (9) médecins dont un (1) professeur, quinze (15) infirmiers, et du personnel de soutien.

II – 2 – 1 - 3 – 3 - 4 LE SERVICE BUCCO DENTAIRE

Le service bucco-dentaire est dirigé par un professeur. il est même temps chef du département de la santé bucco-dentaire, au Ministère de la Santé.

Pour le fonctionnement de son service, il y est déployé quatre (4) dentistes, dont un (1) professeur chef de service, cinq (5) infirmiers en odonto-stomatologie.

II – 2 – 1 - 3 – 3 - 5 LE SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES

Le service est actuellement géré par treize (13) Médecins dont quatre (4) professeurs agrégés, et quinze (15) infirmiers, en plus du personnel de soutien.

Il comprend une réanimation, quatre pavillons d'hospitalisation, des salles de consultation externe, un laboratoire de parasitologie - mycologie, virologie et bactériologie.

Capacité : 120 lits

II – 2 – 1 - 3 – 3 - 6 LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

La mission du service est d'assurer les soins aux malades mentaux, de faciliter la réinsertion sociale de ces malades, de promouvoir le développement de la recherche et de l'enseignement dans le domaine de la santé mentale.

La clinique a une capacité de 120 lits.

II – 2 – 1 - 3 – 3 - 7 LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Le service d'accueil des urgences(S.A.U.) est situé à l'entrée du CHU. FANN. Il comprend :

- une salle d'attente
- une salle de consultation,
- une salle d'observation,
- les salles de garde du médecin et de l'infirmier.

il a pour mission, entre autres, de:

- recevoir et prendre en charge les patients qui s'y présentent.
- procéder au tri des patients, et les référer au service compétent, Assurer une garde permanente.

Le personnel du service comprend en permanence, deux (2) médecins, un surveillant de service, quatre infirmiers et quatre brancardiers.

II – 2 – 1 - 3 – 4 LES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES

II – 2 – 1 - 3 – 4 - 1 LE SERVICE DE RADIOLOGIE :

Le service de radiologie générale se trouve dans l'enceinte même de la pneumo-phthisiologie.

Il a pour mission de fournir des prestations aux patients, d'assurer l'enseignement la Formation et la recherche.

II – 2 – 1 - 3 – 4 - 2 LE LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

Il est situé dans l'enceinte de la Clinique des Maladies Infectieuses.

il comprend un professeur, chef de Service, un maître assistant, trois techniciens de l'Université ou du Ministère de la Santé, et deux techniciens et un garçon de laboratoires.

Le laboratoire assure des prestations au profit des malades hospitalisés, des consultants externes, et des patients venant d'autres structures.

II – 2 – 1 - 3 – 4 - 3 - LE LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Le laboratoire de Parasitologie et Mycologie est abrité dans la clinique des Maladies Infectieuses. Il a pour mission essentielle de mettre en œuvre des méthodes de diagnostic biologique, parasitaire afin de répondre favorablement à toute demande d'examen dans le domaine de la parasitologie et mycologie médicale.

Le laboratoire est dirigé par un professeur agrégé en Parasitologie, Mycologie et Biologie des hôpitaux, assisté de deux assistants, et deux techniciens

II – 2 – 1 - 3 – 4 - 4 – LE LABORATOIRE DE BIOCHIMIE

Il est dirigé par un pharmacien professeur à la faculté de médecine et pharmacie de l'université de Dakar. Il réalise des prestations pour l'hôpital et pour les services de santé à l'extérieur de l'hôpital.

II – 2 – 1 - 3 – 5 LE SERVICE DE LOGISTIQUE MEDICALE

Il est constitué par la pharmacie.

La pharmacie est dirigée par un Pharmacien chef, professeur à l'université de DAKAR. Il a pour mission d'assurer la satisfaction des besoins des services cliniques et techniques communs, en médicaments, matériels et produits médico-pharmaceutiques, assurer l'encadrement des étudiants stagiaires. La réalisation du gaz médical relève aussi de sa compétence.

Le personnel en service comprend, en plus du Pharmacien Chef, deux Internes en pharmacie, un surveillant Général, un agent de saisie, une secrétaire et un technicien.

Les activités de la pharmacie consistent à réaliser, stocker, gérer, et distribuer aux différents services de l'hôpital, les médicaments et matériels médicaux.

Il assure entre autres, le volet de vente de médicaments génériques, dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

II – 2 – 1 – 4 TYPES DE PRESTATIONS

- **AMBULATOIRES** : les prestations ambulatoires sont réalisées au niveau des services cliniques et par le service d'accueil et d'urgence.

Au niveau des services cliniques on distingue les prestations ambulatoires offertes par les unités de consultation externe qui concerne souvent les nouveaux malades et les consultations de contrôle qui concernent les anciens malades du service.

- Une unité de kinésithérapie située au niveau de la neurologie s'occupe de la réadaptation physique des malades

- **HOSPITALISATIONS** : les services cliniques procèdent à l'hospitalisation des malades qui ne peuvent pas être traités à titre externe. La durée du séjour hospitalier est fonction de plusieurs facteurs dont la pathologie présentée et sa gravité.

- **ANALYSES BIOLOGIQUES** : elles sont faites par les laboratoires d'analyse biologique sur la demande des personnels de santé. Ce sont des informations nécessaires pour la confirmation des diagnostics ou pour la surveillance thérapeutique. Ces laboratoires sont donc des prestataires de service des unités cliniques auxquels ils vendent de l'information. Au niveau du CHU de Fann, les demandes d'analyses de laboratoire sont aussi faites pour des malades suivis par d'autres structures de santé.

- **RADIOLOGIE** : comme le laboratoire, les services de radiologies de l'hôpital sont aussi des prestataires de service vis-à-vis des services cliniques.

- **PHARMACIE** : la pharmacie a une fonction de logistique médicale. Elle procède à la distribution de médicaments et de fournitures médicales aux différents services mais aussi à la vente de médicaments essentiels aux malades.

- **RECHERCHE / FORMATION** : l'hôpital de Fann étant un centre hospitalo-universitaire, des enseignements médicaux, paramédicaux ainsi que la recherche y sont organisés.

L'article 9 de la loi 98-08 du 02 Mars 1998 précise que le service public hospitalier participe à :

- l'enseignement universitaire et post universitaire ;
- à la formation continue des praticiens ;
- à la recherche médicale, odonto-stomatologique, pharmaceutique et psychologique ;
- à la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la recherche en soins infirmiers et obstétricaux.

II – 2- 1 - 5 LA DEMANDE

II – 2- 1 – 5 - 1 FORMATION DE LA DEMANDE

Situé au sommet de la pyramide sanitaire du Sénégal, Le centre hospitalier universitaire de Fann a une vocation nationale. La présence du service de neurochirurgie lui donne une vocation sous-régionale. Elle est fréquentée par des

malades référées par les autres structures de santé ou les médecins privées, mais aussi directement par certains malades. Le non respect de la pyramide sanitaire peut être expliqué par la quasi inexistence des services offerts par le CHU de Fann ainsi que des médecins spécialistes dans ces domaines au niveau des régions. Cette situation de monopole ainsi que son accès géographique facile contribuent à augmenter sa fréquentation .

II – 2- 1 - 5 – 2 - NATURE DE LA DEMANDE

La nature de la demande est conditionnée par les types de prestations offertes. Le CHU Fann offre essentiellement des prestations curatives qui font que la demande est exclusivement orientée vers la consommation.

La pauvreté, le faible niveau d'information sanitaire de la population et l'absence de soins de santé de base accessible à toute la population ne sont pas en faveur d'une demande de santé orientée vers l'investissement de la part des ménages Sénégalais.

Au Sénégal, les activités de promotion de la santé concernent surtout les centres et postes de santé.

II – 2- 1 - 5 – 3 - VOLUME DE LA DEMANDE

II – 2- 1 - 5 – 3 – 1 CONSULTATIONS

Les consultations au niveau du CHU Fann concernent aussi bien les anciens malades (consultation de contrôle après sortie de l'Hôpital) que les nouveaux malades référés ou non. Les services de psychiatrie et de maladies infectieuses concentrent le plus grand nombre d'indigents consultés. Les informations concernant le nombre de consultant en neurologie et le nombre de consultations en pneumo-phtisiologie sont manquantes. Les activités du service bucco-dentaires en faveur des indigents ne sont pas disponibles.

Tableau VI : distribution des consultants et consultations en fonction du service

SERVICE	CONSULTANTS	CONSULTATIONS
PSYCHIATRIE	2615	6287
NEUROLOGIE	ND	13340
NEUROCHIRURGIE	792	3616
MALADIES INFECTIEUSES	2612	3438
PNEUMO-PHTISIOLOGIE	3377	ND
BUCCO-DENTAIRE	2052	3548
ACCUEIL ET URGENCE	18505	21140

Tableau VII : distribution des indigents consultés en fonction du service

service	Nombre consultations	%	cumul
Psychiatrie	82	39,61 %	39,61 %
Neurologie	0		
Neurochirurgie	20	9,66 %	49,27 %
Maladies infectieuses	82	39,61 %	88,88 %
Pneumo-phtisiologie	12	5,80 %	94,68 %
accueil	11	5,32 %	100 %
total	207	100 %	

Tableau VIII : taux de consultation des indigents

SERVICE	NBRE de consultations	Nombre consultation indigents	Taux de consultation
PSYCHIATRIE	6287	82	1,30 %
NEUROLOGIE	13340		
NEUROCHIRURGIE	3616	20	0,55 %
MALADIES INFECTIEUSES	3438	82	2,38 %
PNEUMOPHTYSIOLOGIE	ND	12	
ACCUEIL ET URGENCES	21140	11	0,05 %

II – 2- 1- 5 – 3 – 2 HOSPITALISATIONS

Les hospitalisations sont faits dans les services médicaux et chirurgicaux. Elles n'existent pas au niveau du service d'accueil. Pour l'année 2001, 59924 journées d'hospitalisations ont été réalisées pour un total de 3755 hospitalisés.

Tableau IX: distribution des hospitalisés en fonction du service

SERVICE	NBRE D'HOSPITALISES	NBRE DE JOURNEES	DMS
PSYCHIATRIE	501	11663	24
NEUROLOGIE	961	8084	9
NEUROCHIRURGIE	105	1680	16
MALADIES INFECTIEUSES	1433	18615	13
PNEUMOPHTYSIOLOGIE	755	19882	27
TOTAL	3755	59924	

Parmi ces hospitalisés, on dénombre 148 indigents. 60,15 % des indigents hospitalisés proviennent de la psychiatrie et de la pneumo-phtisiologie

Tableau X : distribution des indigents hospitalisés en fonction du service

service	Nombre hospitalisé	%	cumul
Psychiatrie	44	29,73 %	29,73 %
Neurologie	13	8,78 %	38,51 %
Neurochirurgie	8	5,40 %	43,91 %
Maladies infectieuses	38	25,67 %	68,58 %
Pneumo-phtisiologie	45	30,42 %	100 %
total	148	100 %	

Tableau XI: taux d'hospitalisation des indigents

Service	Nbre d'hospitalises	Nbre indigents hospitalises	Taux d'hospitalisation
PSYCHIATRIE	501	44	8,78 %
NEUROLOGIE	961	13	1,35 %
NEUROCHIRURGIE	105	8	7,61 %
MALADIES INFECTIEUSES	1433	38	2,65 %
PNEUMOPHTYSIOLOGIE	755	45	5,96 %

II – 2- 1 - 5 – 3 - 3 ACTES CHIRURGICAUX

70 actes chirurgicaux ont été réalisés par la neurochirurgie dont 7 au profit des indigents.

II – 2- 1 - 5 – 3 – 4 ACTIVITES DES SERVICES PARACLINIQUES

Bien que logés à l'intérieur des services médicaux, les services médico-logistiques offrent des prestations pour tous les services de l'Hôpital, mais aussi pour des services extérieurs à l'hôpital. Durant l'année 2001, les examens réalisés au profit des malades hospitalisés sont de 26184 alors que durant la même période 48054 examens étaient réalisées pour des services extérieurs à l'hôpital.

82,57 % des examens réalisés au profit des malades hospitalisés et 70,47 % des examens réalisés au profit des malades externes sont le fait des laboratoires d'analyse médicale.

318 indigents ont bénéficié des activités des services paracliniques

Tableau XII : répartition des examens paracliniques en fonction du service

Services	Au profit des hospitalises	Malades externes	Total
BACTERIOLOGIE	2269	3676	5945
PARASITOLOGIE	2482	2463	4945
BIOCHIMIE	16870	26281	43151
RADIOLOGIE GENERALE	2243	13165	15408
NEURO-RADIOLOGIE	2320	2469	4789
TOTAL	26184	48054	74238

Tableau XIII : Répartition des examens paracliniques en fonction du service

Service	Nombre d'actes	%	Cumul %
Bactériologie	2269	8,66 %	8,66 %
Parasitologie	2482	9,48 %	18,14 %
Biochimie	16870	64,43	82,57 %
Radiologie générale	2243	8,56 %	91,13 %
Neuroradiologie	2320	8,87 %	100 %
Total	26184	100 %	

Tableau XIV: Répartition des examens au profit des malades non hospitalisés

Service	Nombre d'actes	%	Cumul %
Bactériologie	3676	7,65 %	7,65 %
Parasitologie	2463	5,12 %	12,77 %
Biochimie	26281	54,70 %	70,47 %
Radiologie générale	13165	27,40 %	97,87 %
Neuroradiologie	2469	5,13 %	100 %
Total	48054	100 %	

Tableau XV: répartition des examens au profit des indigents

activité	Nombre de bénéficiaires
Radiographie simple	74
Radiographie spéciale	34
scanner	24
électroencéphalogramme	14
échographie	12
laboratoires	160
total	318

II – 2- 1 - 6 FINANCEMENT DE L'HOPITAL

Jusqu'au démarrage de la réforme hospitalière, les ressources de l'hôpital étaient constituées essentiellement par les crédits de l'état d'une part et par des ressources du comité de santé d'autre part. Une troisième source irrégulière constituée par les dons coexistait parfois avec les autres. La gestion de ces fonds était séparée avant la réforme hospitalière.

II – 2- 1 - 6 – 1 LA SUBVENTION DE L'ETAT

Elle se répartit en quatre rubriques :

crédit de fonctionnement

crédits de maintenance

crédit carburant

le crédit médicament : l'hôpital devait effectuer ses achats à la pharmacie nationale d'approvisionnement pour au moins 75 % du montant du crédit.

Pour l'année 2001, les subventions se chiffrent à 559 304 000 F.

II – 2- 1 - 6 – 2 RECETTES

Les recettes de l'hôpital proviennent essentiellement des prestations fournies et de la vente de médicaments.

Les activités de consultations et les prestations de services médico-techniques, le paiement est direct à l'acte est le plus fréquent. Les fonctionnaires et les malades pris en charge par les IPM paient le ticket modérateur et déposent leur lettre de garantie.

Le paiement des hospitalisations se fait par forfait journalier.

Les prix des médicaments sont fixés par le conseil d'administration de l'hôpital de même que les tarifs en vigueur à l'hôpital en tenant compte des recommandations du ministère de tutelle qui est le ministère chargé de la santé.

L'absence d'un système d'analyse de coût ne permet la mise en place d'une tarification adéquate.

Tableau XVI : RECETTES CHU FANN 2001

Centre de responsabilité	Recettes 2001	Pourcentage des recettes	Pourcentage cumulé
psychiatrie	25 298 050 F	6,80 %	6,80 %
neurologie	24 521 520 F	6,60 %	13,40 %
neurochirurgie	7 536 300 F	2,02 %	15,42 %
Maladies infectieuses	23 095 050 F	6,20 %	21,62 %
pneumo-phtisiologie	15 853 320 F	4,26 %	25,88 %
Accueil et urgences	14 108 000 F	3,80 %	29,68 %
Bucco-dentaire	16 697 000 F	4,48 %	34,16 %
Radiologie générale	40 801 000 F	10,96 %	45,12 %
neuroradiologie	13 176 000 F	3,54 %	48,66 %
scanner	66 367 500 F	17,84 %	66,50 %
EEG	19 045 500 F	5,12 %	71,62 %
Kinésithérapie	5 542 000 F	1,50 %	73,12 %
Pharmacie (IB)	58 167 760 F	15,64 %	88,76 %
bactériologie	8 150 000 F	2,20 %	90,96 %
Parasitologie	2 354 100 F	0,63 %	91,59 %
biochimie	31 292 000 F	8,41 %	100 %
Total	372 005 100 F	100 %	

La plus grande partie des recettes (65,84) est apportée par les services médico-techniques et par la pharmacie.

II – 2 - 1 – 6 - 3 DEPENSES

Tableau XVII : Répartition des dépenses (CHU Fann 2001)

	dépenses	Pourcentage dépense totale	Cumul pourcentage dépense
bâtiments	30 157 260 F	2,64 %	2,64 %
matériels	47 591 028 F	4,18 %	6,82 %
Dotation aux amortissements d'exploitation	44 524 388 F	3,91 %	10,73 %
personnels	383 757 804 F	33,71 %	44,44 %
Fournitures médicales et pharmaceutiques	139 771 157 F	12,27 %	56,71 %
Charges à caractère général et hôtelier	489 621 613 F	43,00 %	99,71 %
Fonctionnement CA et organes consultatifs	1 101 200 F	0,09 %	99,80 %
Dons et aide aux cas sociaux	1 866 020 F	0,20 %	100 %
Total	1138390470 F	100 %	

La structure des dépenses montre une place très importante des dépenses en personnel.

La part consacrée à l'aide aux cas sociaux est très faible et s'élève 0,20 % des dépenses totales.

Les dépenses d'investissement s'élèvent à 10, 73 % .

II – 2- 1 - 7 MOTIVATIONS DU PERSONNEL

II – 2- 1 – 7 – 1 MOTIVATIONS FINANCIERES

Elles existent du fait de la loi (code du travail) ou découlent de décisions du conseil d'administration après revendication des travailleurs et négociations avec la direction de l'hôpital.

Leurs taux peuvent être fixes ou variable en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. Certaines primes de motivation sont spécifiques à la fonction.

Lors de certains événements familiaux (décès) une aide financière est accordée au personnel concerné.

II – 2- 1 – 7 – 2 MOTIVATIONS NON FINANCIERES

En collaboration avec des partenaires extérieurs et avec l'état, le personnel de l'hôpital bénéficie de motivations non financières parmi lesquels :

- des stages et séminaires de formation à l'intérieur ou à l'extérieur du Sénégal ;
- la possibilité d'effectuer le pèlerinage aux lieux saints de l'islam ou de la chrétienté pour le personnel désigné par la direction ;
- la possibilité de décorations aux différents ordres du Sénégal.

II – 2 – 2 POPULATION CIBLE

L'étude portera sur les indigents identifiés et pris en charge dans les différents services du CHU FANN. La période retenue pour l'étude va du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2001.

II – 3 LES INSTRUMENTS DE MESURE

L'analyse des coûts associés à la prise en charge des indigents nécessite la connaissance détaillée des activités et des processus de soins consommateurs de ressources. L'instrument que nous avons identifié et choisi pour réaliser notre étude est l'analyse des coûts à travers la comptabilité analytique.

II-3-1 Notions de coût

Etymologiquement, le verbe "coûter" vient du latin "constare" qui signifie être certain et qui s'est spécialisé dans le latin populaire pour indiquer le prix³⁹ . La

³⁹ dubois. j; mitterrand. H; dauzat a; dictionnaire historique et étymologique du français (1993); Larousse .

notion de coût est variable dans sa perception, et dans son utilisation selon qu'on est en comptabilité ou en économie.

II-3-1-1 Notion de coût en comptabilité

La comptabilité définit le coût comme une accumulation de charges comptables sur un objet de coût et il peut être calculé à n'importe quel stade du processus d'élaboration de cet objet de coût.

- Le coût fixe

Les coûts fixes sont permanents donc ne changent pas, quel que soit le niveau de production de biens ou services.

- Le coût variable

Les coûts variables sont ceux qui changent avec le niveau de production; ils augmentent à mesure que la quantité de biens ou de services de produits augmente.

Les coûts variables résident principalement dans les matières premières, les composantes, l'énergie et le transport. La main d'œuvre est généralement classée parmi les coûts variables, surtout la main d'œuvre de production.

- Le coût total (CT)

Le coût total est la somme des coûts de toutes les ressources consommées par un objet de coût : une entité, un produit, un service, etc.

- Le coût moyen (CM)

Il représente le coût total d'un ensemble divisé par le nombre d'unités dans cet ensemble. C'est la moyenne arithmétique du coût total.

Coût moyen = Coût total / nombre d'unités.

- Le coût marginal (Cm)

C'est le coût engendré par la dernière unité produite. Il s'agit donc du coût d'une unité supplémentaire. Pour le déterminer, il convient de calculer les ressources consommées par cette dernière unité.

Coût marginal = Coût de N unités – Coût N-1 unités.

- Coût direct

Une charge directe est une charge dont il est clairement observable qu'elle a été encourue pour un objet de coût spécifique : elle peut lui être affectée sans aucune ambiguïté, sans trahir la réalité économique

- Coût indirect

Une charge indirecte est une charge qui n'est pas associée spécifiquement et uniquement à un objet de coût.

- coût contrôlable

Un coût est (partiellement) contrôlable lorsqu'il est (principalement) dépendant de la décision d'un responsable hiérarchique d'un centre de responsabilité précis, et ce, pendant une durée de temps bien établie. Ils jouent un rôle croissant dans la gestion des carrières, dans les politiques de rémunération intégrant un intéressement aux résultats

- coût caché

Il s'agit de l'ensemble des coûts qui ne sont pas repris dans le système d'information comptable de l'entreprise, car correspondant au coût de certains dysfonctionnements de / ou dans l'organisation il s'agit de coûts à identifier et à anéantir. Ce sont :

- Coût de non-qualité
- Coût liés aux facteurs destructeurs de valeur (mauvaise organisation, mauvaise communication, ...)
- Coût lié à de mauvaises conditions de travail

Certains coûts sont particuliers à l'économiste. Les comptables ne peuvent s'en préoccuper puisque, disent-ils qu'aucune preuve n'existe de ces coûts ou charges. C'est le cas du coût d'opportunité, de renonciation ou d'option.

II-3-1-2 Notion de coût en économie

Pour les économistes, contrairement à ce que suggère l'intuition, le coût d'un bien n'existe pas, le coût n'est pas une caractéristique objective, intrinsèque d'un objet comme peut l'être sa masse ou sa composition chimique. La notion de coût n'est pas univoque, elle est relative et dépend :

- du point de vue de l'observateur (celui du secteur hospitalier, de l'assurance maladie, de l'Etat, des ménages etc.) ;
- de l'échéancier des dépenses effectives et des mouvements financiers
- de l'objet de coût (une entrée, une phase de traitement, un groupe homogène de malade etc.) ;
- de son contenu (charges directement liées à l'intervention médicale et / ou charges liées à la baisse de productivité induite par la maladie ou l'intervention médicale).

Une autre notion introduite par les économistes pour parler de coût est la notion d'opportunité. L'objet premier de l'économie étant l'allocation optimale de ressources rares, les ressources mobilisées pour la production d'un bien ou service seront indisponibles pour la production d'un autre bien ou service. D'où la nécessité d'un choix, d'une prise de décision⁴⁰.

C'est pourquoi plutôt que de parler de calcul du coût d'un bien, les économistes parlent volontiers de l'évaluation des coûts d'une décision (celle de produire le bien X plutôt que le bien Y) et introduisent la notion de coût d'opportunité.

Le coût d'opportunité est le coût provenant de la meilleure utilisation alternative possible d'un facteur de production, coût auquel on renonce en affectant ce facteur à un usage précis.

Le coût est définie en économie comme la contrepartie monétaire d'une consommation de ressources rares induite par la réalisation d'un objet de coût⁴¹. Classiquement on distingue:

- les **coûts directs** qui englobent l'ensemble des ressources consommées par les activités en rapport avec l'intervention sanitaire. Ils sont repartis en
 - coûts directs médicaux qui concernent :
 - le fonctionnement (frais en médicaments, honoraires médecins, frais de radiologie et de laboratoire d'analyse médicale, frais de transport médicalisé etc.) ;
 - l'investissement en capital (bâtiments et équipements médicaux)
 - coûts directs non médicaux qui sont des dépenses entraînées par le traitement au niveau des familles (frais de transport non médicalisé vers les établissements de soins ;frais entraînés par l'engagement d'une aide domestique, de la garde des enfants etc.)⁴²

⁴⁰ Launois R, Un coût, des coûts, quels coûts ? Journal d'économie médicale, vol.17, N° 1, pp. 77-82, 1999

⁴¹ Grigon M, Midy F, la notion de coût en économie de la santé ; doc. Travail, CREDES, 2000

⁴² P, Czernichov ; J, Chaperon ; X, Le Contour : Epidémiologie, Masson, Paris 2001

- les **coûts indirects** correspondent aux conséquences financières de l'intervention médicale en terme d'absentéisme, de diminution de la productivité pendant les heures de travail, de manque à gagner par renoncement à certaines activités professionnelles.

- les **coûts intangibles**

C'est la valorisation des conséquences immatérielles de la maladie ou de l'intervention médicale sur le patient et son entourage: perte de bien être, souffrance, douleurs, peine, stress etc.

Dans le domaine juridique, les coûts intangibles correspondent au *pretium doloris*, qui peut donner lieu à des réparations. La méthode dite de la « *propension à payer* » qui consiste à déterminer la somme qu'une personne serait prête à payer pour éviter une situation concernant sa santé est souvent utilisée pour mesurer ce type de coût. Son caractère subjectif et qualitatif ainsi que les difficultés rencontrées dans sa valorisation expliquent le fait qu'ils soient rarement pris en compte dans les études d'évaluation économique.⁴³

- **coût total d'un programme ou d'une action sanitaire**

Le coût total d'une action ou d'un programme de santé s'obtient en faisant la différence entre la somme algébrique des coûts liés à la mise en œuvre de l'action et des coûts évités grâce à celle-ci.⁴⁴

- **coût moyen d'un programme ou d'une action sanitaire**

Dans les actions ou programmes de santé, le coût moyen est obtenu en divisant le coût total du programme par le nombre d'unités produites. Au niveau des établissements de soins, le calcul du coût moyen de la journée d'hospitalisation pose souvent des problèmes à cause de l'hétérogénéité du produit hospitalier : les ressources consommées par un malade varient selon la pathologie présentée, l'âge, l'itinéraire suivi pour l'établissement du diagnostic et le traitement, le stade d'évolution de la maladie. Cette hétérogénéité de la série statistique qui ne suit pas souvent la loi de la normale conduira souvent à un coût moyen de la journée d'hospitalisation élevé, ne reflétant pas le coût des soins pour la plupart des patients. Dans ces cas, le calcul du coût médian, qui est moins sensible aux valeurs extrêmes est plus indiqué.⁴⁵

- **coût marginal en économie de la santé**

En économie de la santé, le coût marginal est défini comme "le coût d'une unité supplémentaire de l'indicateur d'efficacité utilisé". Il permet de déterminer le surcoût entraîné par le choix d'une action ou d'un programme de santé plus efficace qu'un autre pour améliorer l'état de santé. Il se calcule en faisant le rapport entre la différence de coût liée au passage d'un programme à un autre et la différence d'efficacité des deux programmes⁴⁶.

II – 3 – 2 METHODES D'ANALYSE

II – 3 – 2- 1 Les différentes méthodes de calcul de coûts

Les méthodes de calcul des coûts utilisées par la comptabilité analytique sont nombreuses et peuvent être classées comme suit:

⁴³ P, Czernichov ; J, Chaperon ; X, Le Contour : Epidémiologie, Masson, Paris 2001

⁴⁴ P, Czernichov ; J, Chaperon ; X, Le Contour : Epidémiologie, Masson, Paris 2001

⁴⁵ P, Czernichov ; J, Chaperon ; X, Le Contour : Epidémiologie, Masson, Paris 2001

⁴⁶ ⁴⁵ P, Czernichov ; J, Chaperon ; X, Le Contour : Epidémiologie, Masson, Paris 2001

- La méthode des coûts partiels composée par
 - la méthode du coût variable ou « direct-costing »
 - la méthode du « direct costing amélioré »
 - la méthode du coût direct
- La méthode du coût marginal
- La méthode des coûts préétablis
- La méthode des coûts complets
- La méthode de l'imputation rationnelle
- La méthode des coûts par activité

II-3-2-1-1-la méthode des coûts partiels :

La méthode des coûts partiels n'incorpore dans les coûts qu'une partie des charges. Il s'agit de méthodes de gestion valorisant l'efficacité. On distingue : les méthodes de coûts variables et la méthode des coûts directs.

II-3-2-1-1-1 la méthode des coûts variables ou « direct costing »

Dans cette méthode seules les charges variables entrent dans l'estimation des coûts. Les charges fixes venant en déduction du résultat global.

Elle a pour objectif de déterminer la marge sur coût variable pour chacune des activités, des services ou des produits de santé afin de les classer en fonction de leur rentabilité partielle. Ce classement permet de prendre la décision de développer ceux qui dégagent les meilleures marges sur coût variable ou d'abandonner ceux qui ont une marge défavorable

Cependant, cette méthode présente certaines limites :

- le fait qu'elle soit basée seulement sur les charges variables ne permet pas de fixer un prix de vente rationnel des produits ;
- elle n'élimine pas le problème de la ventilation des charges entre charges de structure et charges opérationnelles ;
- elle n'est utilisable que si les charges opérationnelles représentent un montant significatif ;
- la décision d'abandonner une activité, un produit ou un service contribuera à faire supporter par les produits restants, la part de charges fixes autrefois supportée par le service ou le produit disparu.

II-3-2-1-1-2 la méthode du « direct costing amélioré »

Seules les charges fixes indirectes sont exclues des coûts à calculer. Elle permet d'obtenir :

- une marge sur coût variable
- une marge contributive qui correspond à la contribution de l'activité, du service ou du produit considéré à la couverture des charges de structure communes à l'ensemble des éléments.

Dans le cadre du service de santé, la connaissance de la contribution des différentes activités, des différents services ou des différents produits à la couverture des charges fixes ne permet pas souvent d'aboutir à la décision d'abandonner à cause des spécificités du « bien » santé : l'objectif est d'abord et surtout sanitaire.

II-3-2-1-1-3- la méthode des coûts directs :

Elle consiste à n'attribuer aux sections que les charges qui peuvent leur être affectées ou imputées sans ambiguïté : il s'agit des charges variables directes et des charges directes de structure (ou charges fixes spécifiques).

Avantages et limite de la méthode

- Le coût 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 ;
- La masse des charges indirectes constitue alors les coûts communs à tout hôpital sans qu'il soit nécessaire de les répartir entre les différents prix de revient.
- elle permet de dégager la marge sur coût direct de chaque service, de chaque activité ou de chaque produit et par- là, de prévoir les conséquences financières susceptibles d'être entraînées lors de leur modification.

L'utilisation de cette méthode ne doit pas faire oublier les charges indirectes dont l'évolution mérite d'être connu pour une bonne gestion.

II-3-2-1-2 la méthode du coût marginal

En théorie économique, le coût marginal se définit comme le coût d'une unité supplémentaire. Il correspond à la somme des charges variables et du coût de la structure complémentaire qu'il est nécessaire de mettre en place pour obtenir la production additionnelle.

Le montant unitaire des charges variables peut être constant ou augmenter dans certains cas (recours à des heures supplémentaires, éloignement des nouveaux clients etc.)

« Les charges de structure supplémentaires peuvent être nulles si l'entreprise n'utilise pas la totalité de ses capacités productives pour les productions antérieures »⁴⁷.

Le coût marginal est égal au coût variable, si les charges variables unitaires sont constantes et si aucun changement de structure ne se révèle nécessaire.

- Notion d'optimum technique :

L'optimum technique correspond au niveau de production pour lequel le coût moyen est minimal.

Lorsque le coût marginal est inférieur au coût moyen, les unités supplémentaires coûtent moins chères que les précédentes et entraînent une baisse du coût moyen. Le choix d'un programme de santé par rapport à un autre programme est considéré comme efficient si le coût marginal associé à ce choix est inférieur au coût moyen attendu avec l'ancien programme.

- Notion d'optimum économique

Il correspond au niveau de production pour lequel le résultat est maximum. Il est atteint lorsque la recette marginale est égale au coût marginal.

La méthode du coût marginal peut être utilisée pour abaisser le prix de vente d'un produit ou d'un service pour vendre des unités supplémentaires (baisse de billet d'avion, soldes etc.).

Son utilisation peut influencer sur le comportement des clients qui auront tendance à attendre les périodes de solde

⁴⁷ Dayan A. et coll ; Manuel de gestion ; Tome 1 ; Ellipses, Paris, 1999

II-3-2-1-3- La méthode des coûts préétablis :

A l'origine, les besoins des entreprises en matière de comptabilité analytique se limitaient le plus souvent à la détermination des coûts à posteriori qui ne permettent pas toujours d'exercer un suivi à temps des différents services ou activités. La recherche d'une meilleure connaissance de la rentabilité de l'entreprise a poussé les gestionnaires à utiliser les coûts préétablis pour franchir l'étape de la comptabilité analytique et aboutir au contrôle de gestion et à la gestion budgétaire.

Un coût préétabli est un « coût évalué à priori, soit pour faciliter certains traitements analytiques, soit pour permettre le contrôle de gestion par l'analyse des écarts. S'il est établi avec précision par une analyse à la fois technique et économique, il constitue un coût⁴⁸ préétabli standard et joue le rôle d'une norme. »

la méthode des coûts préétablis permet :

- de comparer les réalisations aux prévisions et calculer les écarts qui sont ensuite analysés pour déterminer les responsabilités (variation de prix, mauvais réglage des machines etc.) ;

- de mettre en oeuvre des actions correctives (décision de sous-traiter des examens de laboratoire ou de radiologie ou bien les produire à l'interne selon que l'écart entre le coût de revient de la production interne et le prix d'acquisition à l'extérieur est favorable ou non) ;

cette méthode est souvent utilisée dans une perspective d'aide à la décision pour la planification, la budgétisation et l'évaluation d'investissements futurs.⁴⁹

Cependant cette méthode peut être limitée par un niveau des standards trop élevé qui aura tendance à démotiver le personnel car ces standards seront perçus comme étant hors d'atteinte.

II-3-2-1-4- La méthode des coûts complets :

Cette méthode tient compte de l'ensemble des charges directes et indirectes, supportées par les établissements de soins et les professionnels de la santé lors de l'exercice de leur activité.

Elle met en évidence la structure de coût ainsi que l'identification de la contribution des différentes sources de financement des diverses catégories de coûts engendrés par les activités de soins dans la formation sanitaire. Elle permet de calculer un coût de revient complet par malade, par groupe de malade, par pathologie, par produit, 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.

L'appellation méthode des sections homogènes, traduit la division de l'hôpital en un ensemble de moyens concourant au même but et dont l'activité peut se mesurer en unité physique dite « unité d'œuvre » ou en unité monétaire dite « taux de frais ».

Le découpage de l'hôpital en centres d'analyse ou sections homogènes est fonction :

⁴⁸ MYKITA, P ; TUSZYNSKI, J ; Comptabilité analytique : Contrôle de gestion Tome 2 ; Editions Foucher, PARIS, 1996

⁴⁹ DIALL , M.G. ; Conception d'un modèle de comptabilité analytique dans un établissement public de santé ; Mémoire Diplôme Supérieur d'Audit International ; CESAG, 1999

- de son organisation interne (organigramme, processus de décision) ;
- des processus de production en cours ;
- des objectifs fixés au système de comptabilité analytique (typologie des coûts, périodicité et contenu des coûts).

Les sections sont appelées « homogènes » du fait de l'homogénéité des charges qui les constituent par rapport au mode d'imputation choisi.

Lorsque le découpage de l'hôpital est artificiel, on aboutit à des sections analytiques qui correspondent souvent à des fonctions (fonction clinique, fonction logistique médicale, fonction médico- technique, fonction gestion générale, logistique et formation etc.) dans le cas d'un découpage réel, les sections analytiques vont correspondre à des services (laboratoire, radiologie, médecine interne, chirurgie etc.)⁵⁰.

Les sections analytiques se distinguent :

- en centres auxiliaires et centres principaux selon leur position par rapport à l'objet de coût ;
- en centre opérationnel lorsque leur activité peut être mesuré en unité physique encore appelé unité d'œuvre ;
- en centre de structure lorsque leur activité ne peut pas être mesuré en unité physique (administration par exemple).

Les charges directes sont affectées directement c'est-à-dire sans calcul ou regroupement préalable, à un service ou à l'exécution d'une activité médicale.

Les charges indirectes transitent d'abord dans les sections qui permettent de les regrouper afin de les imputer aux coûts d'un service ou aux coûts des biens produits ou aux coûts des activités médicales menées. La procédure de traitement analytique des charges se présente comme suit :

Affectation directe des charges aux coûts recherchés sans calcul intermédiaire ;

Affectation des charges indirectes dans les différentes sections pour celles qui peuvent être repérées au moyen d'instruments de mesure;

Répartition au moyen de clé de répartition pour les autres charges quand il y a impossibilité à mesurer correctement les consommations de chaque section ;

Cession de prestations entre services ;

Imputation : Les quotes part de coûts des sections sont imputées à raison des unités d'œuvre absorbées et par pourcentage.

La valorisation du séjour hospitalier peut se faire selon deux optiques :

- ***l'évaluation d'un coût réel par la méthode du microcosting*** qui est souvent utilisée pour reconstituer le coût d'une unité de soin bien déterminée (laboratoire d'analyse médicale, service médical etc.) ou d'une prise en charge particulière (coût d'une greffe). Elle associe dans sa mise en œuvre :

- une évaluation prospective au lit du malade (mesure au moyen d'un chronomètre du temps passé par chaque professionnel)
- une évaluation rétrospective à partir du dossier (médicaments consommés, actes réalisés etc.) ;
- évaluation du coût du petit matériel.

Le microcosting qui est souvent utilisée lorsque l'évaluation est faite du point de vue hospitalier permet de fixer des prix reflétant la réalité des coûts, mais est

⁵⁰ DIAL , M.G. ; Conception d'un modèle de comptabilité analytique dans un établissement publique de santé ; Mémoire Diplôme Supérieur d'Audit International ; CESAG, 1999

limité par la lourdeur de sa mise en oeuvre et son manque de validité externe d'une unité de soin à une autre.

- ***l'évaluation du coût complet peut aussi se faire à partir d'un coût standard***

Certains pays ont construit une base nationale de coûts par séjour de malade à partir d'un échantillon d'établissements hospitaliers.

Cet échelle de coûts par groupe homogène de malade construite à partir d'un coût médian, permet de valoriser un séjour hospitalier mais aussi de comparer les performances des secteurs d'activité à l'intérieur de l'hôpital et éventuellement avec d'autres établissements.⁵¹

Parmi les avantages liés à cette méthode on peut noter :

- des informations pour l'analyse des écarts ainsi que le calcul d'indicateurs de tableau de bord sur la consommation de ressources et l'évolution des recettes ;
- la justification détaillée des composantes de coût et des méthodes de calcul utilisées ;
- l'intégration de la totalité des charges permet d'avoir une concordance avec le résultat obtenu en comptabilité générale.

II-3-2-1-5 la méthode de l'imputation rationnelle des charges fixes

En examinant la courbe d'activité d'une entreprise, on se rend compte qu'à des périodes d'activité « normale », peuvent succéder parfois des périodes de fortes activités ou bien des périodes de faible activité. Sans tenir compte du niveau d'activité, on a l'habitude d'imputer toutes les charges fixes soit au résultat global, soit aux coûts recherchés. La variation du niveau d'activité fait que les charges fixes seront imputées sur une production plus réduite en cas de baisse d'activité et sur une production plus importante en cas de forte activité.

La méthode de l'imputation rationnelle des charges fixes consiste à imputer des charges de façon à obtenir un coût complet correspondant à l'activité normale et non à une activité exceptionnelle (plus élevée ou plus faible) qui induit une modification temporaire du montant des coûts⁵².

Elle a pour objectif de supprimer l'incidence de variation du volume d'activité sur les coûts, ce qui permet de rendre ces coûts comparables d'une période à une autre et de servir ainsi d'indicateur de gestion courante.

on élimine l'effet de la variation de production sur les coûts, en utilisant le coefficient d'imputation rationnelle qui est égal au rapport entre l'activité réel de la période et de l'activité normale.

Si l'activité réelle est inférieure à l'activité normale, le coefficient est inférieur à 1, les charges imputées sont inférieures aux charges réelles et le coût rationnel inférieur au coût complet.

La différence d'imputation entre les charges fixes réelles et les charges imputées exprime :

- le coût de la sous-activité dans le cas où l'activité réelle est inférieure à l'activité normale
- le « boni sur activité » dans le cas contraire.

La mise en oeuvre de cette méthode obéit aux étapes suivantes:

⁵¹ Grigon M, Midy F, la notion de coût en économie de la santé ; doc. Travail, CREDES, 2000

⁵² Dayan A. et coll ; Manuel de gestion ; Tome 1 ; Ellipses, Paris, 1999

- définir un niveau d'activité normal : c'est le niveau d'activité considéré comme représentant les conditions les plus fréquentes d'activité. C'est sur lui que repose la difficulté mais aussi l'efficacité de cette méthode:
 - o la surévaluation du niveau d'activité normal peut conduire à une sous-évaluation du coût moyen rationnel et à la fixation de prix de vente faibles ;
 - o la sous-évaluation du niveau d'activité normal peut conduire à une surévaluation du coût moyen rationnel et à la fixation de prix de ventes mettant en cause la compétitivité de l'entreprise parce que élevés.
- calculer le coefficient d'imputation rationnelle;
- calculer les charges imputées :

$$\text{Charges fixes imputées} = \text{Charges fixes réelles} \times \left(\frac{\text{Activité réelle de la période}}{\text{Activité normale}} \right)$$

II-3-2-1-6 la méthode du coût par activité

C'est une évolution des approches traditionnelles de comptabilité fondées sur les produits et les services. Son postulat de base reconnaît que les activités créent des coûts et que les objets de coût créent une demande d'activité.

La méthode repose sur une analyse coût/valeur centrée sur les produits et sur les activités.

L'analyse des produits se fera à travers leurs attributs, leurs caractéristiques et leurs modalités de production.

Les activités seront analysées à travers les processus qui sont des groupes d'activités plus ou moins complexes, liées les unes aux autres pour réaliser un objectif précis et qui franchissent souvent les limites organisationnelles.

Quant à l'évaluation des activités, elle se fera à travers les inducteurs de coût qui sont des facteurs communs à l'origine de la mobilisation d'un ensemble d'activités et qui sont susceptibles d'avoir un impact sur le coût.

La mise en oeuvre de la méthode à base d'activité se fait en plusieurs étapes :

- o la cartographie des activités de l'organisation
- o l'identification des caractéristiques des activités et en particulier leur consommation de ressources ;
- o le repérage des inducteurs de coût ;
- o le regroupement des activités autour des inducteurs de coût ;
- o l'affectation du coût des activités aux « objets de coût » : produits, services.

Son objectif essentiel est de fournir une aide à la prise de décision

Inconvénients:

- Génère des frais importants: logiciels spéciaux, équipement de cueillette et traitement des données, formation du personnel
- L'ABC est surtout adapté aux entreprises qui présentent les caractéristiques suivantes:
 - haute technologie
 - frais généraux élevés par rapport à la main-d'œuvre directe
 - plusieurs activités très diversifiées
 - conception du produit et du processus de fabrication coûteuse
 - fortement automatisées et informatisées

II – 3 – 2- 2 Difficultés de l'application de ces méthodes à l'hôpital

L'application de la comptabilité analytique au système de santé en général, et au secteur hospitalier en particulier, ne se fait pas sans problème. La majeure partie de ces problèmes trouvent leur origine dans le contexte particulier de l'hôpital qui est caractérisée par :

- l'indétermination du produit hospitalier
- la complexité de ses activités
- la complexité de son organisation

II – 3 – 2- 2 – 1 l'indétermination du produit hospitalier

La nécessité de définir le produit hospitalier vient du fait qu'« il ne peut pas y avoir de contrôle de coût significatif dans une organisation si en parallèle, il n'y a pas de mesure de l'activité »⁵³.

Le produit hospitalier tire son originalité :

- o de sa nature : il ne s'agit pas d'un bien mais d'un service ;
- o du processus de production qui s'apparente plutôt à une transformation d'un état de santé à l'entrée à un état de santé à la sortie⁵⁴.

Le produit hospitalier peut être défini de différentes façons :

- nombre de journées d'hospitalisation ;
- nombre de lits occupées ;
- nombre d'admissions, de sorties ; de transfert ;
- nombre d'actes médicaux ;
- nombre de cas traités, nombre de cas guéris etc.

Selon certains auteurs, ces indicateurs pris isolément, n'expriment pas correctement la production hospitalière en terme de coûts et de recettes. C'est pourquoi d'autres types de produits hospitaliers comme les groupes homogènes de malades ont vu le jour.

La variabilité de l'expression du produit hospitalier est entretenue aussi par :

- la forme de remboursement : si l'hôpital est remboursé en fonction de la durée de séjour et de la catégorie d'hospitalisation, le produit qui s'impose est la journée d'hospitalisation;
- la taille de l'hôpital : l'utilisation des groupes homogènes de malade dans de petits hôpitaux ne donnerait pas de résultats statistiquement fiables⁵⁵.
- En fonction de l'information disponible : l'utilisation de certaines méthodes de calcul des coûts pour aboutir au groupes homogènes de malades nécessite souvent la mise en place d'un système d'information comptable développé.

II – 3 – 2- 2 – 2 la complexité de ses activités

Le soin, activité principale de l'hôpital, nécessite pour sa mise en œuvre une multitude de spécialistes et un itinéraire différents d'un malade à un autre en fonction de sa pathologie, du stade d'évolution de sa maladie, de son âge, de ses antécédents etc. c'est ce qui explique la difficulté de formalisation de l'activité hospitalière.

⁵³ Masse M.C. le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle : contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public, Thèse de doctorat en science de la gestion, Université des sciences et technologie de Lille, 1994

⁵⁴ Alvarez F. le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels ; crefige, 2000

⁵⁵ MORARD B. ; quels coûts pour quels produits hospitaliers Cours HEC, Université de Genève, 2001

II – 3 – 2- 2 – 3 la complexité de son organisation

La complexité de l'organisation du système hospitalier surtout publique est fortement influencé à l'extérieur de l'hôpital, par l'existence d'une tutelle disposant de moyens lui permettant d'agir sur les décisions de l'hôpital et à l'intérieur par l'existence d'une bureaucratie professionnelle qui à tendance à rejeter toute approche gestionnaire de l'activité hospitalière au non d'un certain « humanisme ».⁵⁶ cette forme d'organisation entraîne certaines conséquences :

- multiplicité des centres décisionnels

La décision des managers, même si elle découle d'un système de contrôle de gestion performant rencontre souvent les obstacles constitués par la tutelle ou bien par les professionnels, retranchés au niveau opérationnel et constituant de véritables îlots de résistance. L'absence de ligne hiérarchique entre le sommet stratégique et le niveau opérationnel au sens de Minzberg⁵⁷, réduit considérablement la marge de manœuvre du manager dans la mesure où les responsables d'une grande partie des secteurs de production échappent totalement à son autorité.

- Multiplicité des objectifs

Selon R.J. LAUNOIS, cité par BEJAN⁵⁸, « le médecin peut être assimilé à un expert salarié dont les liens avec l'institution qui l'emploie impliqueraient que celui-ci lui donne toujours les moyens d'exercer son activité ». la recherche de la sécurité et du prestige pousse les médecins à adopter une stratégie visant à multiplier les équipements techniques, les spécialisations.

Ces objectifs se heurtent souvent à ceux des managers, plus préoccupés par l'équilibre budgétaire et à la tutelle préoccupée par l'allocation optimale des ressources suivant une carte sanitaire.

Le personnel paramédical, dont l'objectif serait l'amélioration des conditions de travail et l'augmentation des effectifs agit sur les décisions de l'hôpital par l'intermédiaire des syndicats et des hommes politiques.

II – 3 – 2- 3 L'adoption de la méthode des coûts complets

Pour notre étude, nous utiliserons la méthode des coûts complets car elle permet :

- d'obtenir de bons indicateurs de gestion.
- de mettre en évidence la structure des coûts ainsi que l'identification de la contribution des différentes sources de financement.
- de calculer un coût de revient complet par prestation,
- de calculer un coût de revient par malade, par groupe de malades, par pathologie, par journée d'hospitalisation, par acte médico-technique.
- la détermination du coût des prestations reflétant fidèlement les dépenses engagées.
- Elle est adaptée :
 - o A la taille de nos structures sanitaires ;
 - o Au niveau et à la qualité de notre système d'information hospitalière ;

⁵⁶ Alvarez F. le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels ; crefige, 2000

⁵⁷ MINZBERG H. ; Structure et dynamique des organisations, éditions d'organisation, 1982

⁵⁸ BEJAN S. économie du système de santé : du marché à l'organisation ; Economica, 1994.

- Elle a été expérimentée avec succès dans la sous région en Guinée par G. CARRIN et ELVO K. pour le calcul des coûts dans les structures sanitaires.

Le coût comptable qui sera utilisé dans cette méthode peut être défini comme étant la valeur monétaire des dépenses effectués pour l'acquisition ou la réalisation d'un bien ou service.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3^{EME} PARTIE : METHODOLOGIE

III - DEMARCHE METHODOLOGIQUE

III – 1 LES ENTRETIENS

Afin de préparer ce mémoire, nous avons procédé à :
avec le directeur des établissements de santé ;
les directeurs des hôpitaux de FANN,
les responsable du service social de FANN
les assistantes sociaux de FANN.

A la suite de ces entretiens , nous avons identifier les problèmes rencontrés par ces différents responsables au niveau de la prise en charge des indigents et les besoins d'information formulés.

Pour le directeur des établissements publics de santé, malgré l'existence d'un système officiel de prise en charge des indigents, les hôpitaux sont confrontés au problèmes des « cas sociaux » qui, malgré le fait qu'ils ne bénéficient pas de certificats d'indigence, sont pris en charge au niveau des hôpitaux.

Il aimerait connaître le coût réel de ces cas « cas sociaux » pour chacun des établissements de santé.

Pour les directeurs des établissements de santé, l'augmentation d'année en année des coûts de la prise en charges des indigents peut constituer un obstacle à la réalisation des objectifs d'équilibre budgétaire, de performance qui leurs sont fixés.

Leurs besoins d'information porte sur la totalité des coûts de la prise en charge des indigents puisqu'ils rencontrent parfois des problèmes pour le remboursement des certificats d'indigence. La connaissance de la structure des coûts et leur répartition par service est aussi une de leurs préoccupations.

Les responsables des services sociaux surtout celui du CHU de FANN se disent préoccupés par le nombre croissant d'indigents qui fréquentent l'hôpital et des difficultés d'identification (surtout lorsqu'ils viennent des autres régions) et de prise en charge. Ils posent le problème de la pertinence de la prise en charge de certains indigents sans domicile et pensent que la solution du problème ne relève pas de l'hôpital dans ces cas.

Ils sont intéressés par la connaissance de ces coûts dans une perspective de mise en place d'un projet social et de budgétisation.

Si au niveau de l'hôpital, le contrôle de gestion nécessite une périodicité d'obtention de ces information mensuelle au maximum, pour la direction des établissements de la santé, une périodicité annuelle est souhaitée.

A la suite de ces entretiens, nous avons retenu :

- le centre hospitalier universitaire de fann pour notre étude à cause de la spécificité des services qui traitent le plus souvent des maladies chroniques ou endémiques qui font le lit de la pauvreté aussi bien au niveau individuel que collectif (tuberculose, psychoses chroniques, SIDA, maladies neurologiques etc.)
- le point de vue hospitalier sera retenu.
- L'absence d'une base nationale de coûts standards par séjour de malade au niveau des hôpitaux du Sénégal, nous oblige à utiliser la technique du micro-costing.

III – 2 RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET COLLECTE DES INFORMATIONS

La recherche documentaire a été réalisée par :

- interrogation de bases de données sur Internet à partir du siège de l'association des Universités Francophones (AUF), de la salle informatique du Cesag, de la bibliothèque de l'Université Cheikh Anta Diop de dakar, de l'Institut Santé et Développement (ised), de la base de données de la bibliothèque de santé publique de Paris,
- recherche de documents à travers les bibliothèques du Cesag, université dakar, OMS, BIT
- utilisation de notes de cours.

La collecte des informations s'est faite au niveau des différents services de l'Hôpital de Fann.

- Les informations cliniques communes aux différents services de médicaux, chirurgicaux, médico-techniques et de logistique médicale ont été obtenues au niveau de la commission Médicale d'établissement (CME).

- Pour déterminer la puissance des appareils et équipements et la consommation des ampoules des différentes sections, nous nous sommes adressé au service de la maintenance.

- Les informations concernant l'administration, la gestion, la budgétisation sont obtenues à partir du service personnel (ressources humaines), du service contrôle de gestion et du comptable matières (fournitures de bureau, imprimés divers, consommables divers et les autres dépenses effectuées), de la pharmacie centrale du CHU qui est informatisée (factures des médicaments et des petits matériels médicaux), de la direction infrastructure équipement et matériel: DIEM

- pour l'inventaire et la valorisation des infrastructures et équipements nous nous sommes adressé à la Direction des Infrastructures Equipements et Matériels (DIEM) ;

- Le service social nous à fournit les informations concernant les méthodes, les moyens et l'organisation de la prise en charge des indigents au CHU FANN.

Ces informations rétrospectives proviennent des registres, des rapports mais aussi des entretiens avec les personnels et des observations et mesures des activités en cours à l'Hôpital.

Les outils informatiques qui seront utilisés sont le tableur Excel 2000 et Word 2000 de Microsoft office.

III – 3 L'ANALYSE DES COUTS

III – 3 - 1 IDENTIFICATION DES OBJETS DE COUT

Les objets de coût pour notre étude sont constitués par les prestations offertes aux indigents. Nous distinguons les prestations suivantes

- La consultation ;
- L'hospitalisation ;
- La radiographie générale ;
- La scannographie ;
- Les actes d'électroencéphalographie ;
- Les actes d'électromyographie ;
- Les actes d'électrocardiographie ;

- Les actes de rééducation fonctionnelle ;
- Les examens de laboratoire.
- La fourniture de médicaments
- Les actes de médecine d'urgence

III – 3 - 2 IDENTIFICATION DES SECTIONS HOMOGENES ET DES CENTRES DE RESPONSABILITE

Le centre hospitalier universitaire de FANN a une mission de service public. Dans l'organigramme on trouve :

- des services médicaux et médico-techniques et logistique médicale dirigés par des professeurs de la faculté de médecine de l'université CHEIKH ANTA DIOP de dakar. Ces derniers constituent une forte bureaucratie professionnelle formant une organisation de type discipline médicale, comportant des activités cliniques, para cliniques, logistique médicale, recherche et formation. Cette organisation de type discipline médicale est hiérarchisée, autogérée (seuls les tenants de la discipline ont la légitimité pour gérer les progressions dans la hiérarchie⁵⁹). Les prestations sont fournies sous forme de consultation et d'hospitalisation, d'examens para cliniques, de distribution de médicaments et fournitures médicales.
- la direction de l'hôpital, le service de restauration, la buanderie, le service de maintenance, la morgue et les autres services d'appui logistique sont en dehors de cette logique de discipline médicale.

Si nous essayons de retrouver dans l'organisation du chu de fann les 5 éléments de base d'une organisation comme définit par Minzberg, nous distinguerons :

- les services cliniques comme les centres opérationnels car ils sont directement liés à la production des soins
- les services médico-techniques (constitués par la radiologie, les laboratoires d'analyse médicale, les services d'exploration fonctionnelle), les services de logistique médicale (pharmacie) et la logistique non médicale (maintenance, buanderie, restauration) constituent des prestataires de service vis à vis des services cliniques.
- Les services administratifs et financiers, le contrôle de gestion constituent la technostucture
- le sommet stratégique est constitué par la direction de l'hôpital.
- La lignée hiérarchique entre le centre stratégique et les centres opérationnels est absente.

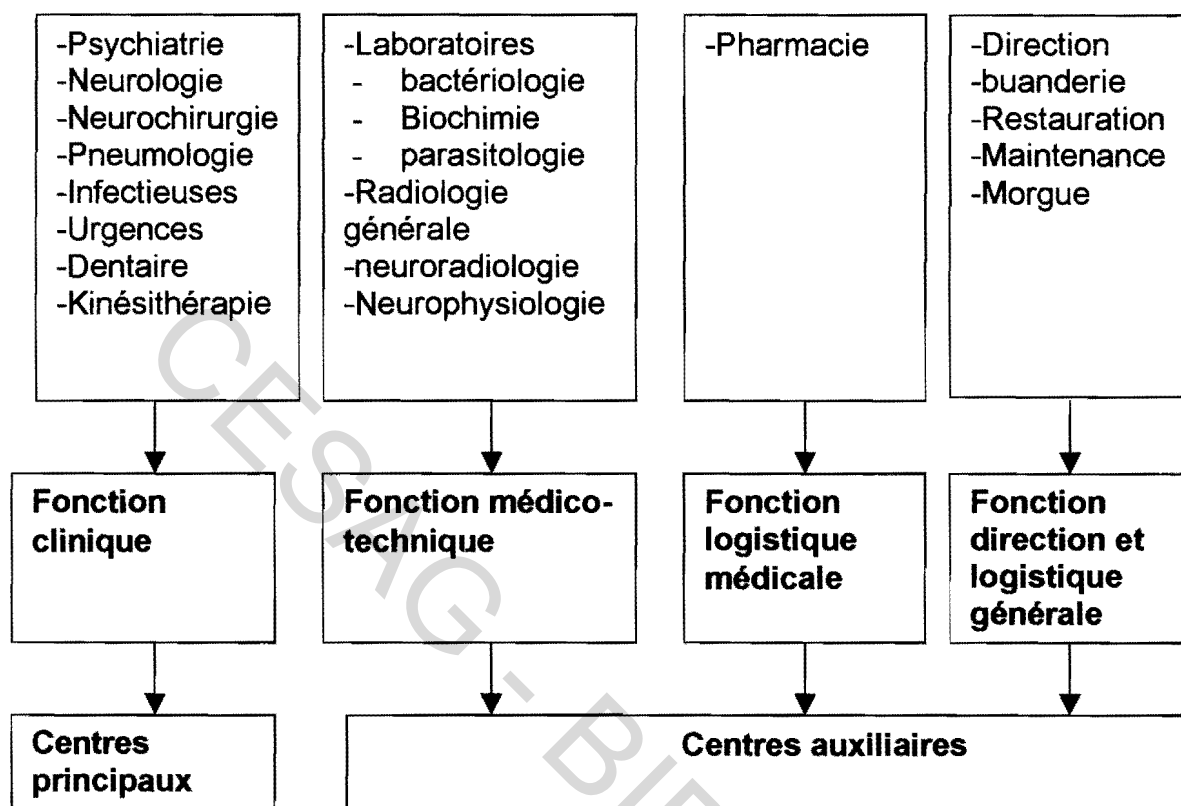
Le découpage de l'hôpital en sections analytique homogène doit s'efforcer de respecter au mieux l'organisation de l'hôpital.

- Les services cliniques qui sont les centres opérationnels vont constituer nos centres de mission ou section analytiques principales. L'amélioration de la santé de la population qui est le produit final, se fait à travers les soins qui sont les produits intermédiaires. Certains services cliniques de l'hôpital de Fann, abritent en leur sein des unités médico-techniques qui sont utilisés par tout l'Hôpital. Ces unités médico-techniques seront considérées comme des centres de responsabilité autonomes des services cliniques qui les abritent.

Les centres de soutien ou centres auxiliaires, sont constitués par les sections médico-techniques, les sections logistique médicale et les autres sections logistiques.

⁵⁹ Lafarge H ; cadre d'analyse du système de santé ; notes de cours DSES CESAG 2001

Tableau XVIII : centres d'analyse



III – 3 - 3 IDENTIFICATION DES CHARGES INCORPORABLES

les charges imputables aux activités de prise en charge des indigents sont :

- Les ressources humaines travaillant à l'hôpital,
- les ressources matérielles consommables : médicaments et matériels pharmaceutiques, fournitures de bureau et imprimés divers, produits d'entretien, de maintenance des équipements,
- l'amortissement des équipements et du matériel ,
- le téléphone, l'eau, l'électricité ;

les ressources consacrées à l'identification des indigents peuvent être réparties en charges directes et indirectes :

- Charges directes
 - o carburant d'évacuation
 - o médicament utilisés pendant l'évacuation
 - o rémunération personnel évacuation
 - o carburant pour le transport de l' assistante sociale qui va mener l'enquête
 - o rémunération l'assistante sociale
 - o part rémunération administration
 - o part rémunération infirmier
 - o part rémunération médecin
 - o coûts actes
 - o coût restauration
 - o coût blanchisserie
 - o fournitures de bureau et imprimés divers, produits d'entretien, de maintenance des équipements,
 - o coût des médicaments
- charges indirectes
 - o amortissement ambulance
 - o amortissement matériel réanimation ambulance
 - o amortissement bâtiments
 - o amortissement matériel consultation médicale
 - o amortissement matériel laboratoire
 - o amortissement matériel dentaire
 - o amortissement matériel exploration fonctionnelle
 - o amortissement matériel hôtellerie

III – 3 - 4 IDENTIFICATION DES UNITÉS D'ŒUVRE.

L'unité d'œuvre est un indicateur décrivant l'activité d'une section et permettant la répartition des prestations consommées par d'autres sections. Elle est "l'unité de mesure, artificielle et arbitraire, dans laquelle sont exprimées les prestations complexes d'un centre d'activité, en vue d'opérer les transferts de coûts entre ce centre et ses autres clients"⁶⁰. 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.

⁶⁰ Henri Culmann. Comptabilité analytique. Presses universitaires de France, 5^e édition 1991. P46-52

III – 3 – 4 - 1 Les unités d'œuvre de la section clinique.

Pour cette section nous avons retenu quatre unités d'œuvre :

- Le nombre d'indigents consulté
- Le nombre d'indigents hospitalisés
- La journée d'hospitalisation, ce critère indique les effets produits par une journée d'hospitalisation. Il est basé sur la présomption que chaque journée produit les mêmes effets.
- le nombre d'interventions chirurgicales réalisées

Ces unités d'œuvre sont consignées dans les rapports mensuels, trimestriels et annuels d'activités du service social et dans le registre d'entrée et de sortie des malades détenu par le surveillant de la clinique.

III - 3 – 4 - 2 Les unités d'œuvre des sections médico-techniques

Les unités d'œuvre respectives de ces sections sont :

Pour les différents laboratoires : le nombre d'examens de laboratoire;

Pour les différentes unités de la radiologie, le nombre d'examens de radiologie ;

Pour le service d'exploration fonctionnelle: le nombre d'actes d'exploration fonctionnelle;

Les prestations de ces différentes sections auxiliaires sont consignées dans leurs registres respectifs.

III – 3 – 4 – 3 Unités d'œuvre de la section logistique médicale

Pour la pharmacie nous ne définissons pas d'unité d'œuvre d'activité. Les consommations des médicaments, du matériel médical et des objets de pansement des indigents sont consignés sur des bons de commande et conservés dans une base de données informatique.

III - 3 – 4 - 4 Les unités d'œuvre de la section administration et gestion

1- Les unités d'œuvre de la cuisine.

L'unité d'œuvre que nous avons retenue à la cuisine est la journée alimentaire qui comprend le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner alimentaire. C'est ce carnet de consommations qui nous a permis de déterminer la valeur des consommations des indigents hospitalisés.

2- Les unités d'œuvre du magasin du comptable matières.

Nous utilisons directement la valeur des consommations en fournitures de bureau, imprimés médicaux et produits d'entretien

3- Les unités d'œuvre du service entretien et maintenance.

L'unité d'œuvre que nous avons retenue est le nombre d'heure de travail des agents

4- L'unité d'œuvre du standard téléphonique.

L'unité d'œuvre que nous avons retenue est le nombre d'appel téléphonique. Le standardiste dispose d'un registre dans lequel il consigne tous les appels

5- L'unité d'œuvre du nettoyage entretien.

L'unité d'œuvre que nous avons retenue est le mètre carré de surface nettoyée et entretenue. la surface totale construite du CHU est égale à 34890 m²

6- L'unité d'œuvre du gardiennage.

L'unité d'œuvre que nous avons retenue est le nombre d'agent assurant le gardiennage.

Tableau XIX : Résumé des sections et leurs unités d'œuvres.

	Sections	Unités d'œuvre ou clés de répartition
Sections clinique	Consultation	Nombre de consultation
	Hospitalisation	-Nombre de malades -Journée d'hospitalisation
	Intervention chirurgicale	- Nombre de malades opérés
Sections médico-technique	Laboratoires	Nombre d'examen
	Radiologie	Nombre d'examen
	Explorations fonctionnelles	Nombre d'exploration fonctionnelle
Section logistique médicale	Pharmacie	Facturation des bons de commande
Sections administration, gestion	Administration générale et services rattachés	Répartition équitable
	La cuisine	Journée alimentaire
	Le standard téléphonique	Appel téléphonique
	Le service nettoyage	Surface nettoyée et entretenue
	Le service gardiennage	Coût d'un gardien
	Magasin	Facturation sur bon

III – 3 - 5 Valorisation des ressources mobilisées

III – 3 – 5 – 1 Valorisation des charges mobilisées par la section clinique

III – 3 – 5 – 1 – 1 fournitures

Tableau XX: coût des fournitures de bureau, imprimés, produits d'entretien consommés par la section clinique

Services/unités	Montant
PSYCHIATRIE	4349756 F
NEUROLOGIE	2454145 F
NEUROCHIRURGIE	3453733 F
MALADIES INFECTIEUSES	3954016 F
PNEUMO-PHTYSIOLOGIE	424157 F
ACCUEIL-URGENCES	1748524 F
BUCCO-DENTAIRE	2615287 F
total	18 999 618,00 F

III – 3 – 5 – 1 – 2 Rémunérations

Pour déterminer le pourcentage de temps consacré à la réalisation de chaque prestation, nous avons estimé au lit du malade, le temps consacré par chaque membre du personnel soignant à la prise en charge des malades.

Aussi, nous avons calculé le montant de la rémunération consacré pour la réalisation de la prestation : pourcentage de temps consacré à l'activité multiplié par la rémunération annuelle.

Pour calculer la part de rémunération consacrée à la prise en charge des indigents, on multiplie le montant de la rémunération consacrée à la prestation par le pourcentage d'indigent ayant bénéficié de la prestation.

Part de la rémunération des personnels consacrée à la consultation des indigents

La part de rémunération consacrée par les sections cliniques à la consultation des indigents est de 2 580 948,16 F. Elle représente 2,33 % de la part de rémunération du personnel consacrée à la consultation de l'ensemble des malades du CHU FANN en 2001.

Tableau XXI: part de la rémunération consacrée à la consultation des indigents

Personnel	revenus	coûts consultation	coût consultation des indigents
Professeur	10 683 000,00 F	3 525 390,00 F	30 457,23 F
M.C. Agrégé	13 696 200,00 F	3 521 880,00 F	46 430,12 F
A.C. Clinique	23 875 800,00 F	5 142 480,00 F	46 153,76 F
Médecin	15 211 000,00 F	12 053 580,00 F	299 715,68 F
Interne	9 520 200,00 F	1 428 030,00 F	5 447,52 F
FFI	7 578 700,00 F	3 407 640,00 F	35 182,68 F
Psychologue	2 556 600,00 F	766 980,00 F	9 970,74 F
Kinésithérapeute	- F	- F	- F
anesthésiste	5 559 840,00 F	- F	- F
infirmier d'état	19 903 200,00 F	9 626 624,00 F	362 382,23 F
Sage-femme	3 008 320,00 F	- F	- F
infirmier breveté	9 259 740,00 F	4 582 260,00 F	73 197,00 F
Educateur spécialisé	2 010 636,00 F	2 010 636,00 F	26 138,27 F
Assistante sociale	8 697 060,00 F	- F	- F
Secrétaire	11 524 933,00 F	11 524 933,00 F	77 485,08 F
Agent d'administration	2 469 984,00 F	2 469 984,00 F	16 054,90 F
Agent sanitaire	28 913 625,00 F	1 314 225,00 F	7 228,24 F
Aide sociale	6 465 312,00 F	1 616 328,00 F	21 012,26 F
Aide infirmier	65 024 779,00 F	24 847 558,50 F	603 988,75 F
Garçon de salle	18 609 888,00 F	3 884 976,00 F	64 749,60 F
brancardier	17 879 330,00 F	15 948 842,00 F	722 956,90 F
Lingère	1 234 992,00 F	- F	- F
chauffeur	3 882 936,00 F	2 647 944,00 F	132 397,20 F
TOTAL	287 566 075,00 F	110 320 290,50 F	2 580 948,16 F

Légende:

M.C. Agrégé : Maître de conférence agrégé

A.C. Clinique : Assistant Chef de Clinique

Educ. spécialisé : éducateur spécialisé

Ass. sociale: assistante sociale

Ide : infirmier diplômé d'état

FFI : faisant fonction d'interne

Part de la rémunération du personnel consacrée à l'hospitalisation des indigents

La part de rémunération du personnel consacrée à l'hospitalisation des indigents est de 6 934 459,31 F . elle équivaut à 4,84 % de la part de rémunération consacrée à l'hospitalisation de l'ensemble des malades du CHU FANN.

Tableau XXII: part de la rémunération du personnel consacrée à l'hospitalisation des indigents

Personnel	revenus	coûts hospitalisation	coût hospitalisation des indigents
Professeur	10 683 000 F	1 495 620,00 F	76 319,35 F
M.C. Agrégé	13 696 200 F	2 543 580,00 F	139 407,75 F
A.C. Clinique	23 875 800 F	6 060 780,00 F	293 975,38 F
Médecin	15 211 000 F	3 157 420,00 F	83 671,63 F
Interne	9 520 200 F	3 332 070,00 F	140 167,88 F
FFI	7 578 700 F	3 294 460,00 F	214 900,38 F
Psychologue	2 556 600 F	511 320,00 F	44 893,90 F
Kinésithérapeute	- F	- F	- F
anesthésiste	5 559 840 F	- F	- F
infirmier d'état	19 903 200 F	10 276 576,00 F	486 119,53 F
Sage-femme	3 008 320 F	3 008 320,00 F	171 925,49 F
infirmier breveté	9 259 740 F	4 677 480,00 F	103 684,14 F
Educateur spécialisé	2 010 636 F	2 010 636,00 F	176 533,84 F
Assistante sociale	8 697 060 F	8 697 060,00 F	507 386,48 F
Secrétaire	11 524 933 F	- F	- F
Agent d'administration	2 469 984 F	- F	- F
Agent sanitaire	28 913 625 F	27 599 400,00 F	960 475,86 F
Aide sociale	6 465 312 F	4 848 984,00 F	181 998,53 F
Aide infirmier	65 024 779 F	40 177 220,50 F	2 173 285,19 F
Garçon de salle	18 609 888 F	16 019 904,00 F	881 400,63 F
brancardier	17 879 330 F	2 907 984,00 F	95 898,16 F
Lingère	1 234 992 F	1 234 992,00 F	93 982,89 F
gardien	3 882 936 F	1 234 992,00 F	108 432,30 F
TOTAL	287 566 075 F	143 088 798,50 F	6 934 459,31 F

Légende:

M.C. Agrégé : Maître de conférence agrégé

A.C. Clinique : Assistant Chef de Clinique

Educ. spécialisé : éducateur spécialisé

Ass. sociale: assistante sociale

Ide : infirmier diplômé d'état

FFI : faisant fonction d'interne

Part de revenus consacrés aux interventions chirurgicales au profit des indigents

Le bloc chirurgical utilisé par la section clinique de la neurochirurgie a consacré 739 761 F aux interventions chirurgicales en faveur des indigents soit 10 % de l'ensemble des coûts des actes opératoires de la neurochirurgie.

Tableau XXIII: Part de rémunération consacrée aux interventions chirurgicales des indigents

Personnel	revenus	coûts prestation	coût prestation indigents
Professeur	2 136 600,00 F	320 490,00 F	32 049,00 F
M.C. Agrégé	3 913 200,00 F	782 640,00 F	78 264,00 F
A.C. Clinique	3 673 200,00 F	734 640,00 F	73 464,00 F
anesthésiste	5 559 840,00 F	5 559 840,00 F	555 984,00 F
TOTAL	15 282 840,00 F	7 397 610,00 F	739 761,00 F

Légende:

M.C. Agrégé : Maitre de conférence agrégé

A.C. Clinique : Assistant Chef de Clinique

Educ. spécialisé : éducateur spécialisé

Ass. sociale: assistante sociale

Ide : infirmier diplômé d'état

FFI : faisant fonction d'interne

III – 3 – 5 – 2 Valorisation des charges mobilisées par la section médico-technique et logistique médicale au profit des indigents hospitalisés

Tableau XXIV : Charges medico-techniques et logistique

activité	Nbre de bénéficiaires	coût
Radiographie simple	74	178 500 F
Radiographie spéciale	34	96 000 F
scanner	24	538 500 F
électroencéphalogramme	14	84 000 F
échographie	12	70 000 F
laboratoires	160	486 500 F
Achat médicaments	70	528 553 F
Rééducation langagière	1	5 000 F
total	389	1 987 053 F

III – 3 - 5 – 3 Valorisation des charges mobilisées par la section administration et gestion générale,

Tableau XXV: charges de l'administration.

Charges administration	Montant
Charges du personnel payé par le CHU Fann	17 306 695 F
Salaires payé par l'état à l'administration	41 035 764 F
œuvres sociales	11 223 000 F
Carburants et lubrifiants	7 856 682 F
Etudes/Recherche/Documentation	2 834 650 F
Publicité/publications/Relations publiques	412 584 F
Frais bancaires	1 083 664 F
Fournitures/Imprimés/maintenance	23 715 758 F
Frais formation personnels	13 047 430 F
Rémunération d'interventions et de conseils	6 572 624 F
Téléphone	1 631 872 F
Eau	2 032 034 F
Electricité	2 220 530 F
Produit d'entretien	1 742 100 F
Nettoient	8 457 096 F
Sécurité	21 399 964 F
Impôts et taxes	30 436 928 F
Autres charges	14 010 080 F
total	206 989 455 F

III – 3 – 5 – 4 valorisation des charges de structure

Nous regroupons ici les charges qui ne peuvent pas être affectées directement à une section analytique car ne correspondant pas à une activité propre. Ils sont constitués par les dotations aux amortissements des constructions, les charges financières, les locations immobilières⁶¹.

L'amortissement est la perte de valeur liée à l'utilisation dans le temps, d'un bien appelé à être utilisé pendant plusieurs années. Les infrastructures, les équipements et les matériels, du fait de l'usure, ont une durée de vie finie après laquelle ils doivent être renouvelés. Il est donc nécessaire de déterminer le taux auquel cette usure se fait annuellement. Dans notre étude, nous avons choisi la méthode d'amortissement linéaire. La valeur de l'amortissement annuel d'une infrastructure ou d'un équipement est le produit de sa valeur de construction ou d'acquisition par son taux d'amortissement. Pour notre étude, nous utilisons le tableau des immobilisations et des amortissements de l'hôpital de FANN pour l'exercice allant du 01/01/2001 au 31/12/2001. La durée de vie des infrastructures est estimée à 20 ans et le taux à 5%. Certains services médico-techniques et cliniques se partagent le même bâtiment, c'est le cas des laboratoires de parasitologie – mycologie et bactériologie-virologie qui sont hébergés par le service de maladies infectieuses. Les services de biochimie et la pharmacie occupent le même bâtiment.

⁶¹ HALGAND N., calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable

Tableau XXVI : Amortissement des matériel des sections cliniques

services	consultation	hospitalisation	total
psychiatrie	2 500 000 F	7 000 000 F	9 500 000 F
neurologie	1 750 000 F	6 190 200 F	7 940 200 F
neurochirurgie	1 500 000 F	11 045 500 F	12 545 500 F
Maladies infectieuses	2 000 000 F	8 299 600 F	10 299 600 F
Pneumo-phthisiologie	1 700 000 F	6 226 600 F	7 926 600 F
Accueil - urgences	1 375 000 F	0 F	1 375 000 F

Tableau XXVII : amortissements linéaire des bâtiments

SERVICES	bâtiments	Amortissement Exercice 2001
Psychiatrie	Psychiatrie I	0 F
	Psychiatrie case H	314.167 F
	Psychiatrie case F	572.383 F
	consultation externe	1.537.333 F
	Ker xaleyi	1.819.457 F
infectieuses	Infectieuses bat1	0 F
	Infectieuses bat2	1.617.000 F
pneumo-phthisiologie	Pneumo. Bat1	0 F
	Pneumo.bat.2	2.842.613 F
Bâtiment neurochirurgie		0 F
Bâtiment neurologie		0 F
Bâtiment centre dentaire		0 F
urgences		895.000 F
Salle kinésithérapie		0 F
Bâtiment biochimie et pharmacie		1.352.378 F
Bâtiment Cuisine - buanderie		0 F
Bâtiment administration		951.750 F
Bâtiment Assistante sociale		314.438 F
Bâtiment Entrée		307.125 F
Bâtiment Maintenance		478.333 F
Bâtiment Garage		278.667 F
Bâtiment morgue		1.317.150 F

III – 3 – 6 REPARTITION DES CHARGES DES SECTIONS AUXILLIARES ET DE L'ADMINISTRATION AU NIVEAU DES SERVICES CLINIQUES

III – 3 – 6 – 1 REPARTITION DES ACTIVITES DES SECTIONS MEDICO-TECHNIQUES ET LOGISTIQUES

Pour orienter l'examen clinique ou confirmer un diagnostic, les services de médecine clinique ou de chirurgie demandent des prestations au services médico-techniques. Pour l'année 2001, le montant des prestations offertes par les services médico-techniques et la pharmacie au profit des indigents s'élève à 2 381 873 F.

Tableau XXVIII : répartition des prestations demandées par les centres principaux

	Psychiatrie	Neurologie	Neurochirurgie	Pneumo-phtisiologie	Infectieuses	Accueil
Laboratoires	14 000 F	31 000 F	61 600 F	103 800 F	253 500 F	91 300 F
Radiologie	51 000 F	0 F	5 000 F	63 000 F	27 000 F	87 700 F
Scanner	0	239 500 F	105 000 F	0 F	0 F	194 500 F
EEG	18 000 F	42 000 F	26 000 F	0 F	0 F	30 000 F
Echographie	0 F	0 F	10 000 F	30 000 F	0 F	30 000 F
Médicaments	24 567 F	175 834 F	9 681 F	144 795 F	48 714 F	103 562 F
Autres	15 000 F	15 500 F	76 000 F	40 300 F	103 000 F	111 000 F
Total	122 587 F	503 834 F	293 281 F	381 895 F	432 214 F	648 062 F

III – 3 – 6 – 2 REPARTITION DU COUT DU TELEPHONE ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

La consommation téléphonique du CHU Fann s'élève à 12 252 361 francs pour l'année 2001. cette facture se répartie entre les communications téléphoniques passant par le standard et les lignes téléphoniques directes.

Les appels passant par le standardiste sont consignés dans un registre qui précise la date, l'origine et la durée. C'est à partir de ce registre que sont prélevées les renseignements (nombre total d'appels, nombre d'appels téléphoniques par services etc.) nécessaires à la répartition du coût du téléphone.

Le rapport du coût total du téléphone sur le nombre total d'appel nous donne le coût d'un appel. Le produit du coût d'un appel par le nombre d'appel provenant de la section donne le coût par section homogène pour les appels passant par le standard téléphonique. La facture de la ligne directe du service est ajoutée pour avoir le coût total du téléphone pour le centre de responsabilité.

Tableau XXIX : répartition des coûts du téléphone

Service	Coût
psychiatrie	816 898 F
neurologie	682 143 F
neurochirurgie	662 530 F
pneumo-phtisiologie	769 958 F
infectieuse	643 642 F
Accueil-urgence	627 000 F

III – 3 – 6 – 3 REPARTITION DU COUT DE L'EAU ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

Les informations sur la consommation des services peuvent être obtenues à partir des compteurs des services et des factures d'eau délivrées par la compagnie d'eau. L'hébergement de la quasi-totalité des centres de responsabilité médico-techniques dans les services cliniques nous oblige à procéder à une seconde répartition des montants des factures à partir des taux d'utilisation. Pour déterminer le taux d'utilisation nous nous servons du nombre de points d'eau existant dans le centre de responsabilité.

Pour l'année 2001, la consommation d'eau par le CHU Fann s'élève à 12 224 572 F. le volume d'eau consommé est de 20394 m³ et le coût unitaire est de 599,42 F. les charges des services cliniques sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau XXX : Répartition du coût de l'eau.

Service	Consommation (m ³)	Coût unitaire	Coût total
Psychiatrie	1695	599,42	1 016 016,9 F
Neurologie	1825	599,42	1 093 941,5 F
Neurochirurgie	1315	599,42	788 237,3 F
Infectieuses	1545	599,42	926 103,9 F
Pneumo-phtisiologie	1575	599,42	944 086,5 F
Accueil - urgences	1312	599,42	786 439,04 F

III – 3 – 6 – 4 REPARTITION DU COUT DE L'ELECTRICITE ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

Comme pour l'eau, nous allons procéder de la même manière pour l'électricité. La consommation annuelle d'eau du service sera répartie entre les centres de responsabilités partageant le même compteur d'électricité en fonction de du taux d'utilisation. Le taux d'utilisation sera fonction du nombre d'appareil électrique utilisé, de la puissance des appareils et points lumineux mais aussi de la durée d'utilisation. La consommation annuelle en électricité par le CHU Fann s'élève à 13 332 165 F. la consommation totale est de 4526 KW. Le coût unitaire est de 2945 F. les consommations des différents centres principaux sont les suivants

Tableau XXXI : Répartition du coût de l'électricité.

Service	Consommation (KW)	Coût unitaire	Coût total
psychiatrie	337	2945 F	992 465 F
neurologie	425	2945 F	1 251 625 F
neurochirurgie	365	2945 F	1 074 925 F
infectieuses	352	2945 F	1 036 640 F
pneumo-phtisiologie	332	2945 F	977 740 F
Accueil - urgence	325	2945 F	957 125 F

III – 3 – 6 – 5 REPARTITION DES CHARGES DU NETTOIEMENT ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

Le CHU a signé un contrat de nettoyage et d'entretien de l'hôpital avec une société privée. Le coût total du nettoyage pour l'année 2001 s'élève à 36 173 828 F à répartir entre les différents services de l'hôpital. La surface bâtie du CHU est de 34890 m², sur une superficie de 370 000 m².

Le rapport entre la charge financière totale du nettoyage et la surface bâtie nous donne le coût unitaire du nettoyage.

Le produit du coût unitaire du nettoyage par la surface occupée par le centre de responsabilité donne la charge à imputer.

Tableau XXXII :coûts du nettoyage par centre de responsabilité clinique

Service	Surface (m ²)	Coût unitaire	Coût total
Psychiatrie	7157	1036,79 F	7 420 306,03 F
Neurologie	2783	1036,79 F	2 885 386,57 F
Neurochirurgie	2780	1036,79 F	2 882 276,20 F
Infectieuses	4174	1036,79 F	4 327 561,46 F
Pneumo-phtisiologie	5576	1036,79 F	5 781 141,04 F
Accueil - urgences	1225	1036,79 F	1 270 067,75 F

III – 3 – 6 – 6 REPARTITION DES CHARGES DU GARDIENNAGE ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

Pour assurer la sécurité, le CHU de Fann a signé un contrat avec une société Sénégalaise spécialisée dans ce domaine. Les charges de sécurité se chiffrent à 21 399 962 F CFA. Nous allons procéder ici à une répartition équitable entre les différents centres de responsabilité. Ce qui donnera une charge de 1 426 665 F par centre de responsabilité.

III – 3 – 6 – 6 REPARTITION DES CHARGES DE LA CUISINE ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

Quotidiennement, l'infirmier major du service clinique envoie l'état des indigents hospitalisés au responsable de la cuisine. Ce dernier établit mensuellement le coût moyen d'une journée de repas. La journée de repas comprend le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner.

Le produit du coût unitaire de la journée de repas par nombre de journées d'hospitalisation des indigents donne la charge supportée par le centre de responsabilité.

Tableau XXXIII : Répartition des charges de la cuisine

service	Coût unitaire	Nombre de journées	Coût total
psychiatrie	860 F	1056	908 160 F
neurologie	860 F	117	100 620 F
neurochirurgie	860 F	128	110 080 F
infectieuses	860 F	494	424 840 F
pneumo-phtisiologie	860 F	1215	1 044 900 F
Total	860 F	1328	1 142 080 F

III – 3 – 6 – 7 REPARTITION DES CHARGES ADMINISTRATIVES ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

Les charges de l'administration qui s'élève à 206 989 455 F seront équitablement réparties entre les différents centres de responsabilité du CHU Fann qui sont au nombre de 15. la part qui revient à chaque centre de responsabilité est de 13 799 297 F.

III – 3 – 7 REPARTITION DE L'ENSEMBLE DES CHARGES ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

Tableau XXXIV : répartition des charges entre les centres principaux

	Psychiatrie	Neurologie	Neuro chirurgie	infectieuses	Pneumo phtisiologie	Accueil urgences
fournitures	4 349 756,00 F	2 454 145 F	3 453 733 F	3 453 733 F	3 954 016 F	1 748 524 F
rémunération	64 981 092 F	47 050 654 F	27 807 218 F	70 128 021 F	38 999 400 F	38 599 690,00 F
Médico-techniques	122 587,00 F	503 834 F	293 281 F	432 214 F	381 895 F	648 062,00 F
administration	13 799 297,00 F	13 799 297 F	13 799 297 F	13 799 297 F	1 044 900 F	13 799 297,00 F
sécurité	1 426 665,00 F	1 426 665 F	1 426 665 F	1 426 665 F	1 426 665 F	1 426 665,00 F
Nettoiemment	7 420 306,03 F	2 885 386,57 F	2 882 276,20 F	4 327 561,46 F	5 781 141,04 F	1 270 067,75 F
Cuisine	908 160,00 F	100 620 F	110 080 F	424 840 F	1 044 900 F	- F
téléphone	816 898,00 F	682 143 F	62 530 F	643 642 F	769 958,00 F	627 000,00 F
eau	1 016 016,90 F	1 093 941,50	88 237,30 F	926 103,90 F	944 086,50 F	786 439,04 F
électricité	992 465,00 F	1 251 625 F	1 074 925,00 F	1 036 640,00 F	977 740,00 F	957 125,00 F
Amort. bat	4 243 340,00 F	0	0	1 617 000,00 F	2 842 613,00 F	895 000,00 F
Amort. Mat.	9 500 000,00 F	7 940 200 F	2 545 500 F	10 299 600 F	7 926 600 F	1 375 000,00 F
Total	109 576 582,93 F	79 188 511,07 F	64 843 742,50 F	108 515 317,36 F	66 093 914,54 F	62 132 869,79 F

Le centre de responsabilité maladies infectieuses et la psychiatrie ont des charges plus élevées (supérieures à 20 % du total des charges) que les autres centres principaux qui voient leurs charges osciller entre 12 et 16 %

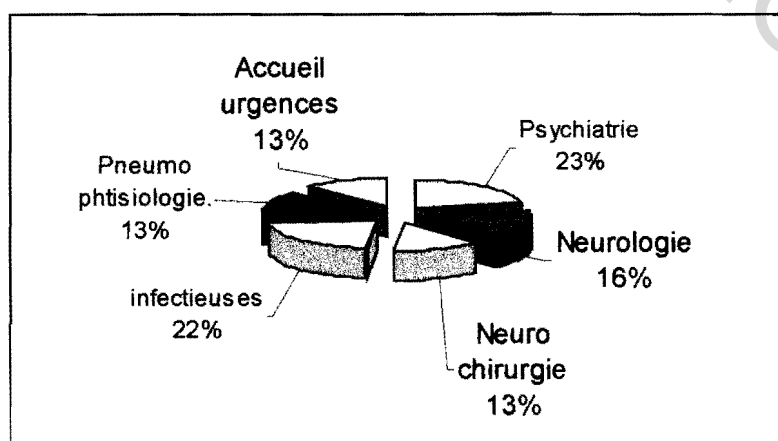


Figure 4: Répartition des charges entre les centres auxiliaires

III – 3 – 7 REPARTITION DE L'ENSEMBLE DES CHARGES ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES

Tableau XXXIV : répartition des charges entre les centres principaux

	Psychiatrie	Neurologie	Neuro chirurgie	infectieuses	Pneumo phtisiologie	Accueil urgences
fournitures	4 349 756,00 F	2 454 145 F	3 453 733 F	3 453 733 F	3 954 016 F	1 748 524 F
rémunération	64 981 092 F	47 050 654 F	27 807 218 F	70 128 021 F	38 999 400 F	38 599 690,00 F
Médico-techniques	122 587,00 F	503 834 F	293 281 F	432 214 F	381 895 F	648 062,00 F
administration	13 799 297,00 F	13 799 297 F	13 799 297 F	13 799 297 F	1 044 900 F	13 799 297,00 F
sécurité	1 426 665,00 F	1 426 665 F	1 426 665 F	1 426 665 F	1 426 665 F	1 426 665,00 F
Nettoiement	7 420 306,03 F	2 885 386,57 F	2 882 276,20 F	4 327 561,46 F	5 781 141,04 F	1 270 067,75 F
Cuisine	908 160,00 F	100 620 F	110 080 F	424 840 F	1 044 900 F	- F
téléphone	816 898,00 F	682 143 F	62 530 F	643 642 F	769 958,00 F	627 000,00 F
eau	1 016 016,90 F	1 093 941,50	88 237,30 F	926 103,90 F	944 086,50 F	786 439,04 F
électricité	992 465,00 F	1 251 625 F	1 074 925,00 F	1 036 640,00 F	977 740,00 F	957 125,00 F
Amort. bat	4 243 340,00 F	0	0	1 617 000,00 F	2 842 613,00 F	895 000,00 F
Amort. Mat.	9 500 000,00 F	7 940 200 F	2 545 500 F	10 299 600 F	7 926 600 F	1 375 000,00 F
Total	109 576 582,93 F	79 188 511,07 F	64 843 742,50 F	108 515 317,36 F	66 093 914,54 F	62 132 869,79 F

Le centre de responsabilité maladies infectieuses et la psychiatrie ont des charges plus élevées (supérieures à 20 % du total des charges) que les autres centres principaux qui voient leurs charges osciller entre 12 et 16 %

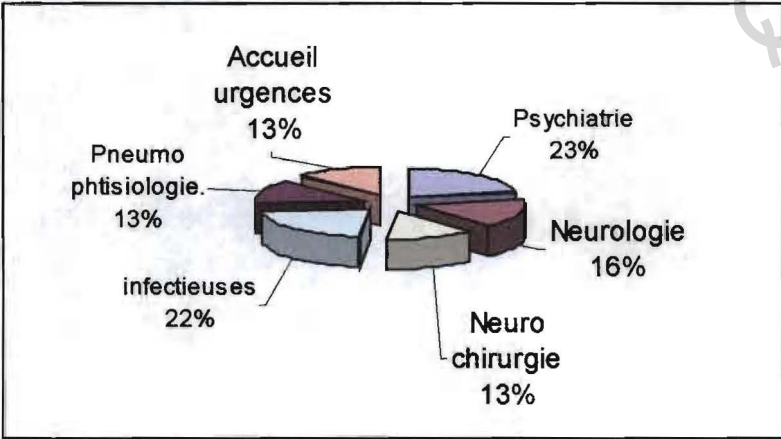


Figure 4: Répartition des charges entre les centres auxiliaires

III – 3 – 8 REPARTITION DES CHARGES DES CENTRES PRINCIPAUX ENTRE LES OBJETS DE COUT

III – 3 – 8 – 1 REPARTITION DES CHARGES DE LA SECTION PSYCHIATRIE ENTRE LES OBJETS DE COUT

III – 3 – 8 – 1 – 1 SECTION CONSULTATION PSYCHIATRIE

Le coût de la consultation des indigents au niveau de la psychiatrie est de 440 269,45 F soit 1,3% du coût total des consultations psychiatriques.

Les charges de personnels constituent 65%% du total des charges de la consultation. Avec 82 consultations réalisées pour les indigents, le coût moyen d’une consultation pour un indigent est de 5369,14 F.

Tableau XXXV : Répartition des charges de consultation du centre principal psychiatrie.

	Coût à répartir	% supporté par la consultation	Coût total consultations	% indigents en consultation	Coûts consultation des indigents
fournitures	4 349 756 F	30%	1 304 926,80 F	1,30%	16 964,05 F
rémunération			22 272 253,00 F	1,30%	289 539,29 F
Médico-techniques	122 587,00 F	0	0	1,30%	0
administration	13 799 297 F	30%	4 139 789 F	1,30%	53 817,26 F
sécurité	1 426 665 F	40%	570 666 F	1,30%	7 418,66 F
nettoiemment	7 420 306,03 F	30%	2 226 092 F	1,30%	28 939,19 F
Cuisine	908 160 F	0%	0 F	1,30%	0,00 F
téléphone	816 898 F	40%	326 759 F	1,30%	4 247,87 F
eau	1 016 016,90 F	40%	406 407 F	1,30%	5 283,29 F
électricité	992 465 F	40%	396 986 F	1,30%	5 160,82 F
Amort. bat	4 243 340 F	30%	1 273 002 F	1,30%	16 549,03 F
Amort. Mat.	9 500 000 F	10%	950 000 F	1,30%	12 350,00 F
			33 866 880,67 F		440 269,45 F

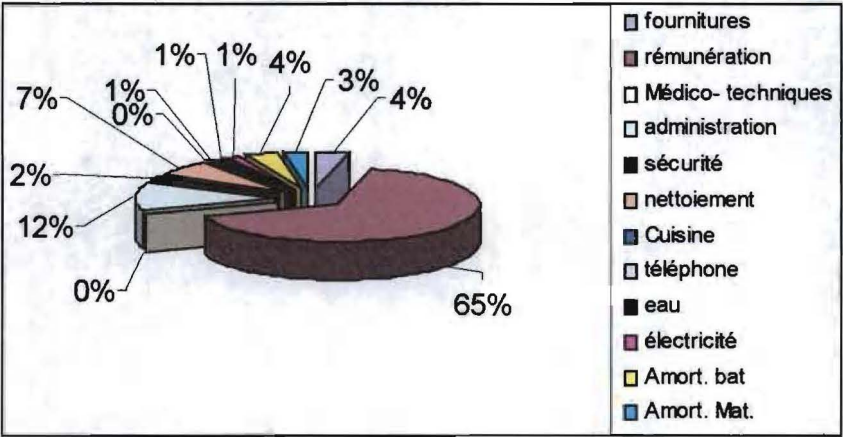


Figure 5: Répartition des charges de la psychiatrie à la section consultation

III – 3 – 8 – 1 – 2 SECTION HOSPITALISATION PSYCHIATRIE

Le montant de la prise en charge des 44 indigents hospitalisés durant l'année 2001 est de 6 938 342,80 F soit 10,15 % du coût total des hospitalisés. Les charges du personnels représentent 45 % des coûts.

Le coût moyen du séjour est de 157 689,61 F.

Le coût moyen de la journée d'hospitalisation est de 6570,40 F

Tableau XXXVI : répartition des charges de la section hospitalisation psychiatrique

	Coût à répartir	% supporté par hospitalisation	coût total hospitalisation	% indigents parmi hospitalisés	coûts indigents hospitalisés
fournitures	4 349 756 F	70%	3 044 829 F	8,78%	267 336,00 F
rémunération			36 264 574 F	8,78%	3 184 029,60 F
Médico-techniques	122587	100%	122 587,00 F		122 587,00 F
administration	13 799 297 F	70%	9 659 507,90 F	8,78%	848 104,79 F
sécurité	1 426 665 F	60%	855 999,00 F	8,78%	75 156,71 F
nettoiemment	7 420 306,03 F	70%	5 194 214,22 F	8,78%	456 052,01 F
Cuisine	908 160 F	100%	908 160,00 F	100,00%	908 160,00 F
téléphone	816 898 F	60%	490 138,80 F	8,78%	43 034,19 F
eau	1 016 016,90 F	60%	609 610,14 F	8,78%	53 523,77 F
électricité	992 465 F	60%	595 479,00 F	8,78%	52 283,06 F
Amort. bat	4 243 340 F	70%	2 970 338,00 F	8,78%	260 795,68 F
Amort. Mat.	9 500 000 F	80%	7 600 000,00 F	8,78%	667 280,00 F
total			68 315 437 F		6 938 342,80 F

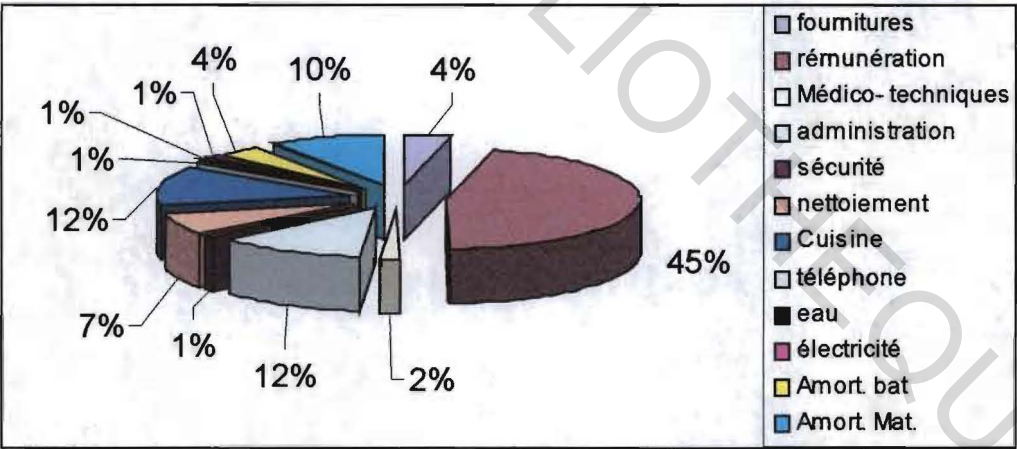


Figure 6: Répartition des charges de la section hospitalisation psychiatrique

III – 3 – 8 – 2 REPARTITION DES CHARGES DE LA SECTION NEUROLOGIE ENTRE LES OBJETS DE COUT

En neurologie, les informations recueillies sur les indigents pour l'année 2001 ne signalent pas d'exonération totale ou partielle pour la consultation. Le montant de la prise en charge des 13 indigents hospitalisés s'élève à 1 225 697,74 F. Les charges médico-techniques sont supérieures aux charges du personnel et représentent 41% du total des charges. Ceci est du au coût élevé des examens complémentaires en neurologie (scanner, neuroradiologie).

Le coût moyen du séjour est 94284,14 F. Le coût de la journée d'hospitalisation est de 10 476,05 F

Tableau XXXVII: répartition des coûts de l'Hospitalisation des indigent en neurologie (2001)

	Coût à répartir	% supporté hospitalisation	coût total hospitalisation	% indigents parmi hospitalisés	coût indigents hospitalisés
fournitures	2 454 145 F	70%	1 717 902 F	1,35%	23 191,67 F
rémunération			24 390 110 F	1,35%	329 266,48 F
Médico-techniques	503 834 F	100%	503834 F		503 834 F
administration	13 799 297 F	70%	9 659 507,90 F	1,35%	130 403,36 F
sécurité	1 426 665 F	60%	855 999,00 F	1,35%	11 555,99 F
nettoiemment	2 885 386,57 F	70%	2 019 770,60 F	1,35%	27 266,90 F
Cuisine	100 620 F	100%	100 620,00 F	100,00%	100 620,00 F
téléphone	682 143 F	60%	409 285,80 F	1,35%	5 525,36 F
eau	1 093 941,50	60%	656 364,90 F	1,35%	8 860,93 F
électricité	1 251 625 F	60%	750 975,00 F	1,35%	10 138,16 F
Amort. bat	0	70%	0,00 F	1,35%	0,00 F
Amort. Mat.	7 940 200 F	70%	5 558 140,00 F	1,35%	75 034,89 F
			46 622 674 F		1 225 697,74 F

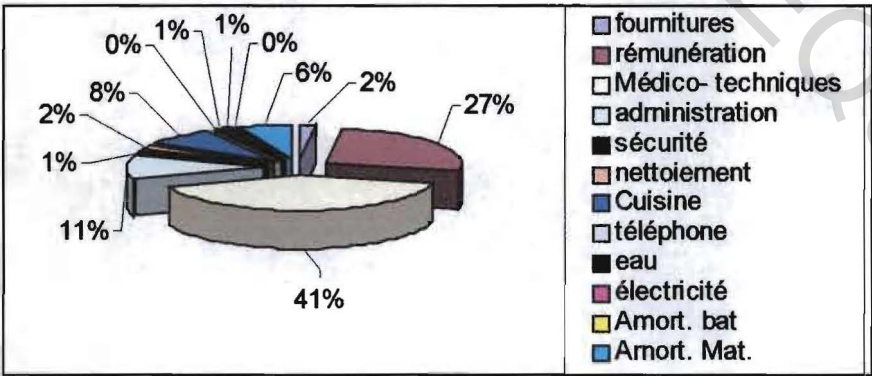


Figure 7: Répartition des charges de la section hospitalisation neurologique

III - 3 - 8 - 3 - 1 SECTION CONSULTATION NEUROCHIRURGIE

Le coût moyen de la consultation d'un indigent en 2001 est de 3438,45 F.

	coûts à répartir	% supporté consultation	Coût total consultation	% indigents	coûts indigents consultés
fournitures	803 814 F	20%	160 763 F	0,55%	884,20 F
rémunération			5 018 018,00 F	0,55%	27 599,10 F
México-techniques	293 281 F	0	0	0,00%	0
administration	13 799 297 F	30%	4 139 789 F	0,55%	22 768,84 F
sécurité	1 426 665 F	30%	428 000 F	0,55%	2 354,00 F
nettoyement	2 882 276,20 F	30%	864 683 F	0,55%	4 755,76 F
Cuisine	110 080 F	0%	0 F	0,55%	0,00 F
téléphone	662 530 F	40%	265 012 F	0,55%	1 457,57 F
eau	788 237,30 F	20%	157 647 F	0,55%	867,06 F
électricité	1 074 925,00 F	20%	214 985 F	0,55%	1 182,42 F
Amort. bat	0	30%	0 F	0,55%	0,00 F
Amort. Mat.	12 545 500 F	10%	1 254 550 F	0,55%	6 900,03 F
chirurgie					
			12 503 447 F		68 768,96 F

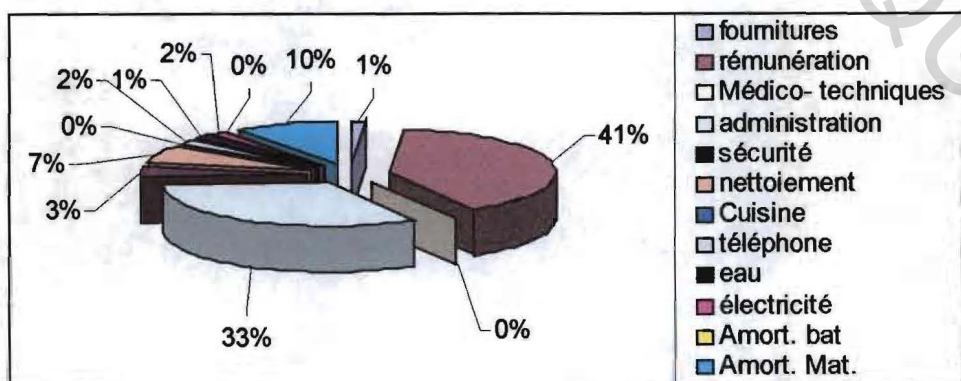


Figure 8: Répartition des charges de la section consultation en neurochirurgie

III – 3 – 8 – 3 – 2 SECTION HOSPITALISATION NEUROCHIRURGIE

La prise en charge des indigents hospitalisés en neurochirurgie s'élèvent à 2 105 562,68 F. Elle est constituée en grande partie par la rémunération du personnel, les charges administratives et les coûts des examens médico-techniques. Le coût moyen de séjour des indigents est de 263 195,33 F et le coût moyen journalier s'élève à 16 449,71 F

Tableau XXXIX : Répartition des charges de la section hospitalisation en neurochirurgie

	coût à répartir	% hospitalisation	coût hospitalisation	% indigents parmi hospitalisés	coût indigents hospitalisés
fournitures	803 814 F	30%	241 144 F	7,61%	18 351,07 F
rémunération			10 530 090,00 F	7,61%	801 339,85 F
Médico-techniques	293 281 F	100%			293 281 F
administration	13 799 297 F	50%	6 899 648,50 F	7,61%	525 063,25 F
sécurité	1 426 665 F	35%	499 332,75 F	7,61%	37 999,22 F
nettoiemement	2 882 276,20 F	30%	864 682,86 F	7,61%	65 802,37 F
Cuisine	110 080 F	100%	110 080,00 F	100,00%	110 080,00 F
téléphone	662 530 F	40%	265 012,00 F	7,61%	20 167,41 F
eau	788 237,30 F	30%	236 471,19 F	7,61%	17 995,46 F
électricité	1 074 925,00 F	30%	322 477,50 F	7,61%	24 540,54 F
Amort. bat	0	70%	0,00 F	7,61%	0,00 F
Amort. Mat.	12 545 500 F	20%	2 509 100,00 F	7,61%	190 942,51 F
chirurgie					
			22 478 039 F		2 105 562,68 F

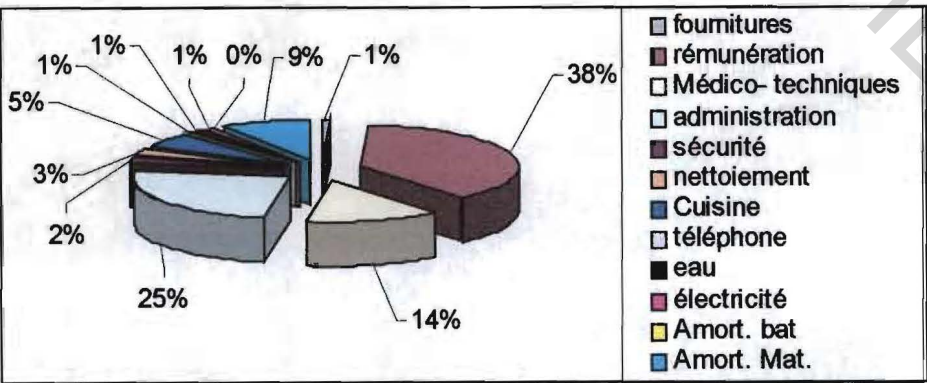


Figure 9: Répartition des charges de la section hospitalisation en neurochirurgie

III – 3 – 8 – 3 – 3 SECTION BLOC OPERATOIRE NEUROCHIRURGIE

7 interventions chirurgicales pour un montant de 2 317 755,68 F ont été réalisées par le centre de responsabilité principal constitué par le bloc opératoire au profit des indigents.

Le coût moyen d’une intervention chirurgicale est de 331 107,95 F

Les charges du matériel (37 %) et du personnel (32 %) sont les plus élevées.

Tableau XL : Répartition des charges de la section bloc opératoire

	Coût à répartir	%intervent°	coût intervention	taux indigents	coût indigents
fournitures	803 814 F	50%	401 907 F	10%	40 191 F
rémunération			7 397 610,00 F	10%	739 761 F
Médico-techniques	293 281 F				0
administration	13 799 297 F	20%	2 759 859,40 F	10%	275 985,94 F
sécurité	1 426 665 F	35%	499 332,75 F	10%	49 933,28 F
nettoiemment	2 882 276,20 F	40%	1 152 910,48 F	10%	115 291,05 F
Cuisine	110 080 F	0%	0,00 F	10%	0,00 F
téléphone	662 530 F	20%	132 506,00 F	10%	13 250,60 F
eau	788 237,30 F	50%	394 118,65 F	10%	39 411,87 F
électricité	1 074 925,00 F	50%	537 462,50 F	10%	53 746,25 F
Amort. bat	0	0%	0,00 F	10%	0,00 F
Amort. Mat.	12 545 500 F	70%	8 781 850,00 F	10%	878 185,00 F
chirurgie			112 000,00 F	100%	112 000,00 F
TOTAL			22 169 556,78 F		2 317 755,68 F

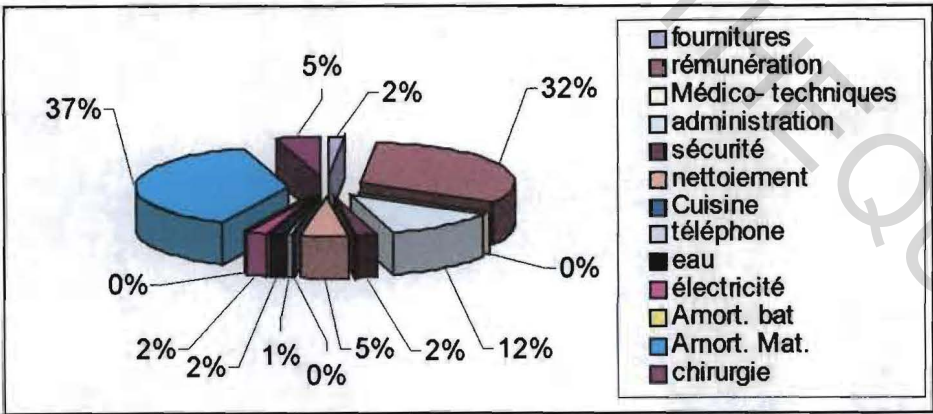


Figure 10: répartition des charges de la section bloc opératoire

III – 3 – 8 – 4 REPARTITION DES CHARGES DU CENTRE MALADIES INFECTIEUSES ENTRE LES OBJETS DE COUT

III – 3 – 8 – 1 – 1 SECTION CONSULTATION

Le montant des charges pour la consultation des indigents au service de maladies infectieuses est de 553 843,98 F.

La rémunération des personnels concentre à elle seule 61 % des charges.

Le coût moyen de la consultation d'un indigent durant l'année 2001 est de 6754,19 F

Tableau XLI :Répartition des charges de la section consultation des maladies infectieuses

	coût à répartir	% consultation	coût total consultations	% indigents	coûts consultations indigents
fournitures	3 453 733 F	30%	1 036 120 F	2,38%	24 659,65 F
rémunération			14 026 271,90 F	2,38%	333 825,27 F
Médico-techniques		0	0	0,00%	0
administration	13 799 297 F	30%	4 139 789 F	2,38%	98 526,98 F
sécurité	1 426 665 F	40%	570 666 F	2,38%	13 581,85 F
nettoiemment	4 327 561,46 F	30%	1 298 268 F	2,38%	30 898,79 F
Cuisine	424 840 F	0%	0 F	2,38%	0,00 F
téléphone	643 642 F	40%	257 457 F	2,38%	6 127,47 F
eau	926 103,90 F	30%	277 831 F	2,38%	6 612,38 F
électricité	1 036 640 F	30%	310 992 F	2,38%	7 401,61 F
Amort. bat	1 617 000 F	20%	323 400 F	2,38%	7 696,92 F
Amort. Mat.	10 299 600 F	10%	1 029 960 F	2,38%	24 513,05 F
			23 270 755 F		553 843,98 F

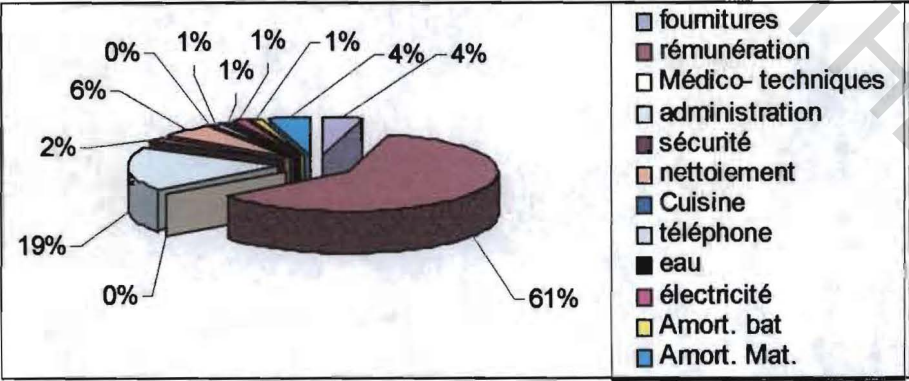


Figure 11: Répartition des charges de la section consultation des maladies infectieuses

III – 3 – 8 – 1 – 2 SECTION HOSPITALISATION

Le coût global de l'hospitalisation des indigents est de 2 940 158,26 F.
Les rémunérations des personnels représentent 45 % de ce montant .
Le coût moyen du séjour est de 77 372,59 F
Le coût moyen de la journée d'hospitalisation est de 7737,26 F.

Tableau XLII : Répartition des coûts d'hospitalisation du centre maladies infectieuses

	coûts à répartir	% hospitalisation	coût hospitalisation	% indigents parmi hospitalisés	coût indigents hospitalisés
fournitures	3 453 733 F	70%	2 417 613 F	2,65%	64 066,75 F
rémunération			50 321 949,10 F	2,65%	1 333 531,65 F
Médico-techniques		100%			432 214 F
administration	13 799 297 F	70%	9 659 507,90 F	2,65%	255 976,96 F
sécurité	1 426 665 F	60%	855 999,00 F	2,65%	22 683,97 F
nettoiemnt	4 327 561,46 F	70%	3 029 293,02 F	2,65%	80 276,27 F
Cuisine	424 840 F	100%	424 840,00 F	100,00%	424 840,00 F
téléphone	643 642 F	60%	386 185,20 F	2,65%	10 233,91 F
eau	926 103,90 F	70%	648 272,73 F	2,65%	17 179,23 F
électricité	1 036 640 F	70%	725 648,00 F	2,65%	19 229,67 F
Amort. bat	1 617 000 F	80%	1 293 600,00 F	2,65%	34 280,40 F
Amort. Mat.	10 299 600 F	90%	9 269 640,00 F	2,65%	245 645,46 F
			79 032 548 F		2 940 158,26 F

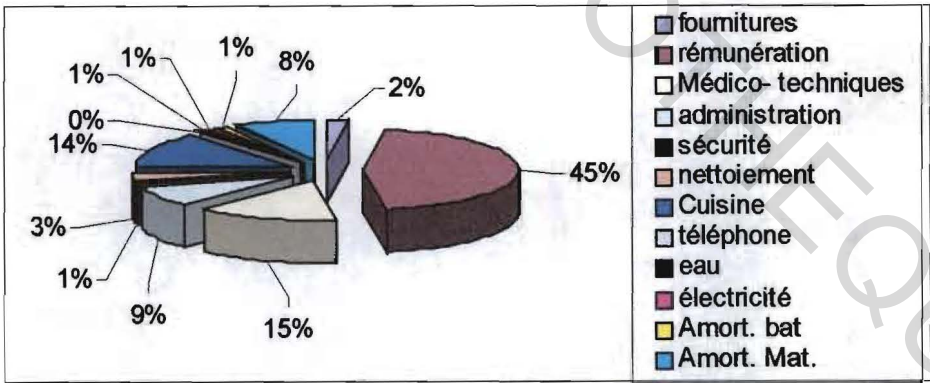


Figure 12: Répartition des charges de la section hospitalisation du centre maladies infectieuses

III – 3 – 8 – 5 REPARTITION DES CHARGES DU CENTRE PNEUMO-PHTISIOLOGIE ENTRE LES OBJETS DE COUT

Les données concernant la consultation au niveau du service de pneumo-phtisiologie étant incomplètes seule l'étude des coûts au niveau de la section hospitalisation sont possibles.

Le coût total de la prise en charge des indigents au niveau de la section hospitalisation est de 4 414 392,54 F.

La majeure partie des coûts proviennent des charges du personnel (28 %). Les coûts d'alimentation et les charges administratives sont respectivement de 24 % % et 13 %.

Le coût moyen du séjour est de 98087,61 F.

Le coût moyen de la journée d'hospitalisation est de 3633,24 F

Tableau XLIII: Répartition des charges de l'hospitalisation du centre pneumo-phtisiologie

	coût à répartir	% hospitalisation	coût hospitalisation	% indigents parmi hospitalisés	coût indigents hospitalisés
fournitures	3 954 016 F	70%	2 767 811 F	5,96%	164 961,55 F
rémunération			21 582 075 F	5,96%	1 286 291,66 F
Médico-techniques		100%	381 895,00 F	0	381 895 F
administration	13 799 297	70%	9 659 507,90 F	5,96%	575 706,67 F
sécurité	1 426 665	60%	855 999,00 F	5,96%	51 017,54 F
nettoiemment	5 781 141,04 F	70%	4 046 798,73 F	5,96%	241 189,20 F
Cuisine	1 044 900 F	100%	1 044 900,00 F	100,00%	1 044 900,00 F
téléphone	769 958 F	60%	461 974,80 F	5,96%	27 533,70 F
eau	944 086,50 F	70%	660 860,55 F	5,96%	39 387,29 F
électricité	977 740 F	70%	684 418,00 F	5,96%	40 791,31 F
Amort. bat	2 842 613 F	80%	2 274 090,40 F	5,96%	135 535,79 F
Amort. Mat.	7 926 600 F	90%	7 133 940,00 F	5,96%	425 182,82 F
			51 554 270 F		4 414 392,54 F

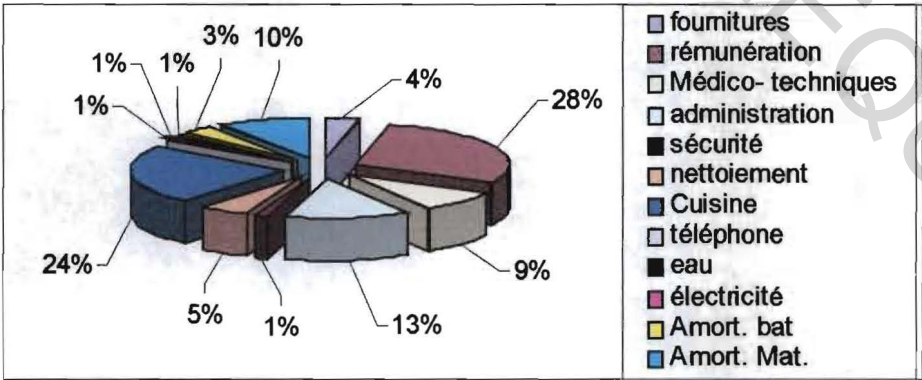


Figure 13: Répartition des charges de la section hospitalisation pneumo-phtisiologie

III – 3 – 8 – 6 REPARTITION DES CHARGES DU CENTRE ACCUEIL- URGENCES ENTRE LES OBJETS DE COUT

Au niveau du service accueil – urgence, le montant de la prise en charge des indigents en consultation est de 30 742, 40 F.

Les charges du personnel (64 %)et les charges administratives (22 %) sont les plus importantes.

Le coût moyen de la consultation des indigents est de 2794,76 F

Tableau XLIV : Répartition des charges de la section consultation du SAU

	coût à répartir	% consultation	coût total consultation	% indigents	coûts consultations indigents
fournitures	1 748 524 F	100%	1 748 524 F	0,05%	874,26 F
rémunération			38 599 690,00 F	0,05%	19 299,85 F
Médico-techniques		0	0	0,00%	- F
administration	13 799 297	100%	13 799 297 F	0,05%	6 899,65 F
sécurité	1 426 665	100%	1 426 665 F	0,05%	713,33 F
nettoiemment	1 270 067,75 F	100%	1 270 068 F	0,05%	635,03 F
Cuisine	0	100%	0 F	0,05%	0,00 F
téléphone	627 000 F	100%	627 000 F	0,05%	313,50 F
eau	786 439,04 F	100%	786 439 F	0,05%	393,22 F
électricité	957 125 F	100%	957 125 F	0,05%	478,56 F
Amort. bat	895 000 F	100%	895 000 F	0,05%	447,50 F
Amort. Mat.	1 375 000 F	100%	1 375 000 F	0,05%	687,50 F
					30 742,40 F

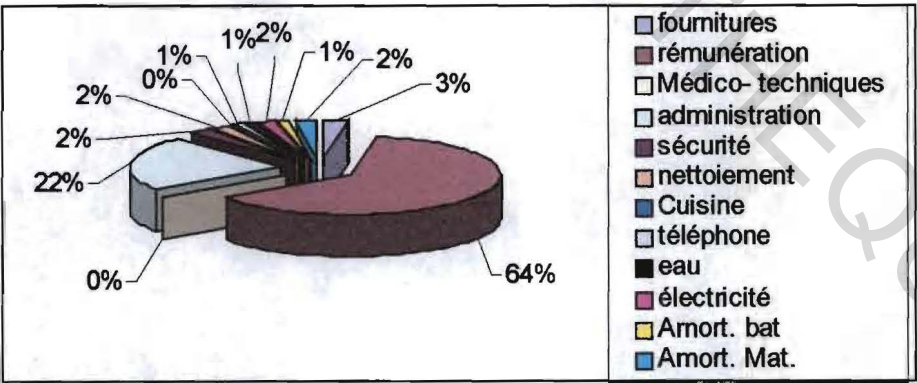


Figure 14: Répartition des charges de la section consultation du service accueil-urgences

III – 3 – 8 – 7 REPARTITION DES CHARGES TOTALES DES SECTIONS CLINIQUES ENTRE LES OBJETS DE COUT

III – 3 – 8 – 7 – 1 SECTION CONSULTATION

Le coût de la consultation des indigents au niveau du CHU de Fann s'élève à 1 093 624.79 F soit 0,60 % du coût total des consultations.

Le coût moyen de la consultation d'un indigent en 2001 est de 5283,21 F

Les charges du personnel représentent 62 % du total des charges.

Tableau XLV : Répartition des charges de la section consultation

	coût total consultation	coûts consultation indigents
fournitures	6 172 781,80 F	43 382,16 F
rémunération	110 320 301,10 F	670 263,50 F
Médico- techniques	- F	- F
administration	34 498 242,50 F	182 012,73 F
sécurité	4 137 328,50 F	24 067,84 F
nettoiemement	8 259 069,14 F	65 228,77 F
Cuisine	- F	- F
téléphone	2 057 068,40 F	12 146,41 F
eau	2 349 126,98 F	13 155,95 F
électricité	2 674 060,00 F	14 223,41 F
Amortissement. bat	3 059 924,60 F	24 693,45 F
Amortissement. Mat.	7 784 230,00 F	44 450,57 F
TOTAL	181 312 133,02 F	1 093 624,79 F

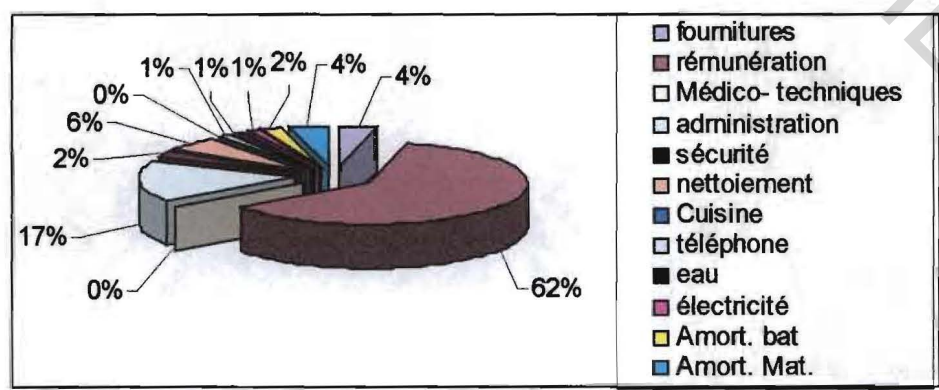


Figure 15: Répartition des charges de la section consultation

III – 3 – 8 – 7 – 2 SECTION HOSPITALISATION

En 2001, le coût de l'hospitalisation des indigents au niveau du CHU FANN est de 17 436 410,37 F soit 6,48 % du coût total des hospitalisations.

Le coût moyen d'un séjour est de 122 532,37 F.

Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation est de 6807,35 F

Tableau XLVI : Répartition des charges de l'hospitalisation

	coût hospitalisation	coût indigents hospitalisés
fournitures	10 189 299 F	350 163,40 F
rémunération	143 088 798 F	6 934 459,24 F
Médico-techniques	1 733 811 F	2 432 192,00 F
administration	45 537 680 F	2 335 255,03 F
sécurité	3 923 329 F	198 413,43 F
nettoiemnt	15 154 759 F	870 586,75 F
Cuisine	2 588 600 F	2 588 600,00 F
téléphone	2 012 597 F	106 494,56 F
eau	2 811 580 F	136 946,67 F
électricité	3 078 998 F	146 982,74 F
Amortissement bat	6 538 028 F	430 611,86 F
Amortissement Mat.	32 070 820 F	1 604 085,68 F
	268 728 298 F	17 436 410,37 F

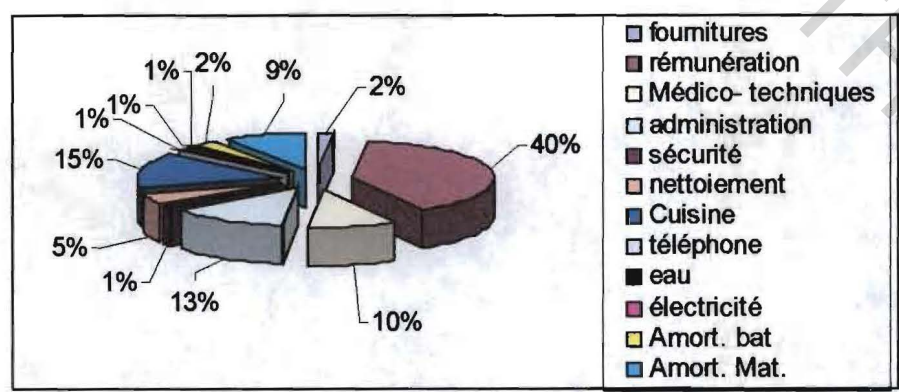


Figure 16: Répartition des charges de la section hospitalisation du CHU FANN

4^{ème} Partie : DISCUSSIONS

IV – 1 COUTS GLOBAUX DE LA PRISE EN CHARGE

Durant l'année 2001, le montant global de la prise en charge des indigents au niveau des centres principaux est de 21 619 408 F. Il représente 2,03 % des dépenses du CHU Fann et 5,81 % du total des recettes des services médicaux, médico-techniques et logistiques. La faiblesse des coûts de prise en charge des indigents nous permet de dire que la productivité du CHU FANN n'est pas handicapée par la prise en charge des indigents.

Les coûts de prise en charge des indigents se répartissent en coûts de consultation, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale.

Tableau XLVII : distribution des montants des centres de coût en fonction du service

	psychiatrie	neurologie	Neurochirurgie	Maladies infectieuses	Pneumo-phtisiologie	Accueil - urgences
consultation	440 269 F		68 769 F	533 844 F		30 742 F
hospitalisation	6 938 343 F	1 225 698 F	2 105 563 F	2 895 970 F	4 414 393 F	0 F
intervention	0 F	0 F	2 317 756 F	0 F	0 F	0 F
autre	0 F	0 F				648 062 F
total	7 378 612 F	1 225 698 F	4 492 087 F	3 429 814 F	4 414 393 F	678 804 F

84 % des coûts reviennent à la section hospitalisation. La section consultation ne représente que 5 % des coûts de prise en charge.

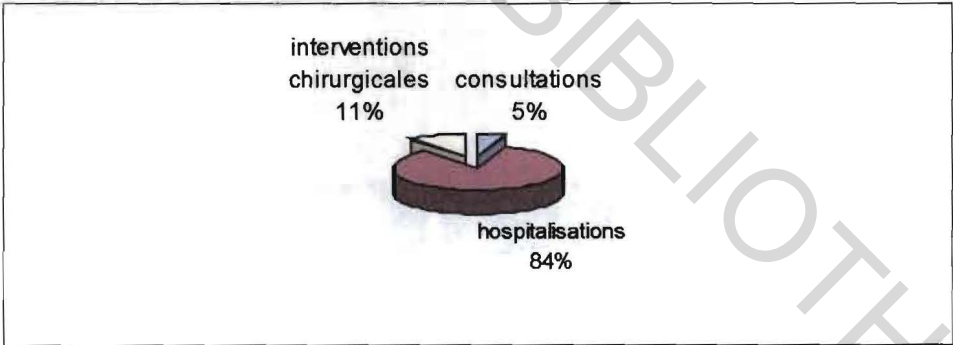


Figure 17: Distribution des charges en fonction des centres de coût

La répartition des coûts globaux par centre de responsabilité montre que la psychiatrie occupe la première place avec 34 % des coûts. Le service d'accueil et d'urgence (SAU) qui ne possède pas de section d'hospitalisation possède les plus faibles coûts.

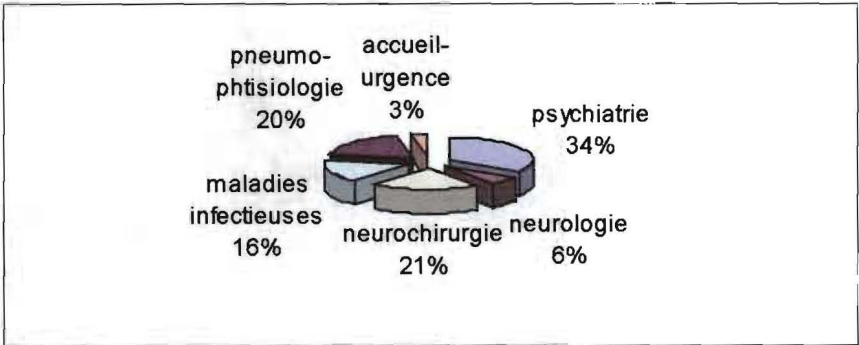


Figure 18: Répartition des coûts globaux par centre de responsabilité

IV – 1 – 1 COUT CONSULTATION

Les données concernant le nombre de consultation du service de pneumo-phtisiologie n'étant pas disponibles, les coûts de consultation de ce service ne peuvent pas être calculés.

Le montant total de la consultation des indigents pour les autres services est de 1 073 625 F. les maladies infectieuses et la psychiatrie totalisent 91% des coûts de consultation des indigents.

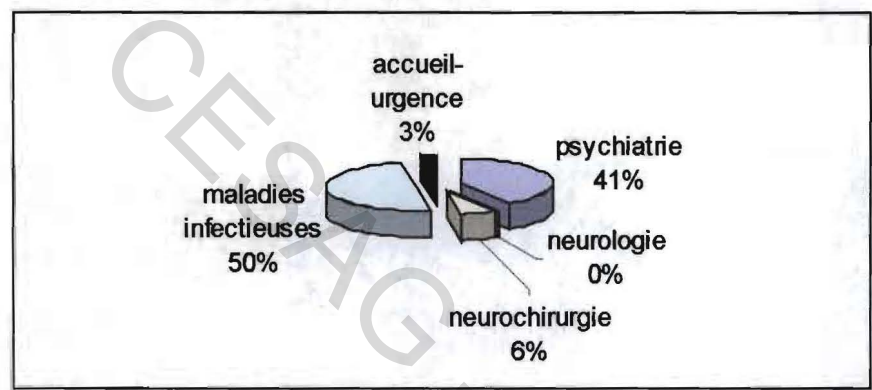


Figure 19: Répartition des coûts de consultation par centre de responsabilité

IV – 1 – 2 COUT HOSPITALISATION

Le montant de l'hospitalisation des indigents au cours de l'année 2001 est de 17 436 410 F. Le service de psychiatrie totalise la plus grande partie des coûts de prise en charge (40 %). Les services de psychiatrie, pneumo-phtisiologie et de maladies infectieuses totalisent 81 % des coûts d'hospitalisation des indigents.

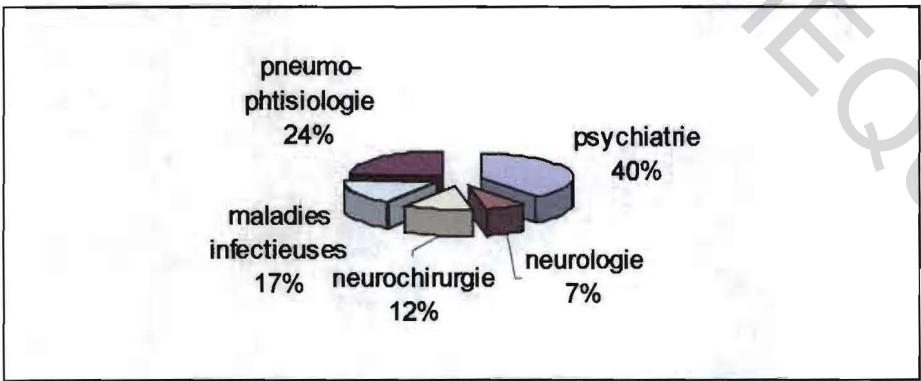


Figure 20: Répartition des coûts d'hospitalisation entre les centres cliniques

IV – 1 – 3 COUT DES PRESTATIONS DEMANDES PAR LES CENTRES PRINCIPAUX AU CENTRE MEDICO-TECHNIQUE ET LOGISTIQUE

Les prestations demandées par les centres principaux aux centres auxiliaires medico-techniques et logistiques s’élèvent à 2 381 873 F.

Le CHU Fann a dépensé pour les malades reçus en consultation au service d’accueil et d’urgence la somme de 648 062 F pour confirmer un diagnostique ou pour réaliser des médicaments.

Pour le service de neurologie les exonérations s’élève à 503 834 F. il est constitué en grande partie par les examens de scanner et par l’achat de médicaments. Pour le service de maladies infectieuses, l’essentiel des prestations demandés est adressée aux laboratoires. Pour la pneumo-phthisiologie, les demandes sont adresses en priorité à la radiologie et aux laboratoires. L’existence du programme national de lutte contre la tuberculose avec la gratuité du traitement médicamenteux et la subvention des examens de laboratoire contribuent à minorer ces coûts.

Les demandes du service de neurochirurgie sont orientées vers le scanner et les laboratoires . quant à la psychiatrie la demande de prestations complémentaires est faible et se répartie entre la radiologie et l’électroencéphalogramme et l’achat de médicaments.

Tableau XLVIII: Répartition des coûts des prestations complémentaires

	Coût	Coût relatif	cumul
SAU	648 062 F	27,21 %	27,21 %
neurologie	503 834 F	21,15 %	48,36 %
Maladies infectieuses	432 214 F	18,15 %	66,51 %
Pneumo-phthisiologie	381 895 F	16,03 %	82,54 %
neurochirurgie	293281 F	12,31 %	94,85 %
Psychiatrie	122 587 F	5,15 %	100 %
Total	2 381 873 F	100 %	

IV – 2 LES COUTS MOYENS DE PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS

IV – 2 – 1 les coûts moyens de la consultation des sections cliniques

Ce tableau révèle que les coûts de consultation pratiqués au niveau du CHU Fann sont très inférieurs au coût de revient calculé par la comptabilité analytique. Le recouvrement de coûts se fait en deçà de 40 % des coûts réels.

Tableau IL: comparaison des coûts et des tarifs de consultation en fonction du service

	Coût moyen	tarif	écart	% de recouvrement
psychiatrie	5 369,14 F	1 000 F	- 4 369,14 F	18,62%
neurochirurgie	3 438,45 F	1 000 F	- 2 438,45 F	29,08%
infectieuse	6754,19 F	1 000 F	- 5 754,19 F	14,81%
Accueil urgence	2794,76 F	1 000 F	- 1 794,76 F	35,78%

IV – 2 – 2 les coûts moyens de l'hospitalisation des sections cliniques

Les tarifs d'hospitalisation au CHU Fann sont de 800 à 2500 F la journée. La comparaison avec les coûts journaliers nous montre une sous estimation dont l'ampleur varie avec le centre d'analyse.

Avec un tarif à 2500 F la journée d'hospitalisation, le service de pneumo-phthisiologie récupère 71,15 % des coûts. C'est le service qui opère le recouvrement de coût le plus satisfaisant.

La neurologie et la neurochirurgie ont des taux de recouvrement très faibles.

Tableau L: comparaison des coûts et des tarifs d'hospitalisation en fonction du service

	Coût moyen	tarif	écart	% de recouvrement
pneumophtisiologie	3 513,84 F	2 500 F	- 1 013,84 F	71,15%
infectieuse	5 862,29 F	2 500 F	- 3 362,29 F	42,65%
psychiatrie	6 570,40 F	2 500 F	- 4 070,40 F	38,05%
neurologie	10 476,05 F	2 500 F	- 7 976,05 F	23,86%
neurochirurgie	16 449,71 F	2 500 F	- 13 949,71 F	15,20%

IV – 2 – 3 les coûts moyens au niveau de l'hôpital

Les taux de recouvrement moyen au niveau hospitalier sont de 18,93 % pour les consultations et 37,79 % pour la journée d'hospitalisation.

Les coûts de prise en charge des indigents sont beaucoup plus élevés que les coûts actuellement pratiqués.

Tableau LI : comparaison des coûts moyens hospitaliers en fonction du tarif

	coût moyen	tarif	écart	% de recouvrement
consultation	5283,21F	1000 F	-4283,21 F	18,93%
hospitalisation	6615,67F	2500 F	-4115,67 F	37,79%

IV – 3 LA STRUCTURE DES COUTS

IV – 3 – 1 les coûts de consultation

Les charges du personnel et les coûts administratifs contribuent le plus à la constitution des coûts de la prise en charge des indigents.

La rémunération du corps professoral et des médecins recrutés par la fonction publique n'est pas à la charge de l'hôpital. Le personnel contractuel est entièrement à la charge de l'hôpital .cependant le CHU fann paient des primes à l'ensemble du personnel.

L'eau et l'électricité sont pris en charge par l'état. La prise en compte de ces subvention peut contribuer à baisser le coût moyen de la consultation.

Tableau LII : Répartition des charges de consultation en fonction des centres principaux

	Psychiatrie	Neurochir.	infectieuses	Accueil urgences	total
fournitures	16 964 F	884 F	24 660 F	874,26 F	43 382 F
rémunération	289 539 F	27 599 F	333 825 F	19 299,85 F	670 264 F
Médico-techniques	0,00 F	0 F	0 F	- F	0 F
administration	53 817 F	22 769 F	98 526,98 F	6 899,65 F	182 013 F
sécurité	7 419 F	2 354 F	13 581,85 F	713,33 F	24 068 F
nettoieement	28 939,19 F	4 755,76 F	30 898,79 F	635,03 F	65 229 F
Cuisine	0,00 F	0 F	0 F	0,00 F	0 F
téléphone	4 247,87 F	1 458 F	6 127 F	313,50 F	12 146 F
eau	5 283,29 F	867,06 F	6 612,38 F	393,22 F	13 156 F
électricité	5 161 F	1 182,42 F	7 402 F	478,56 F	14 223 F
Amort. bat	16 549,03 F	0	7 697 F	447,50 F	24 693 F
Amort. Mat.	12 350 F	6 900 F	24 513 F	687,50 F	44 451 F
Total	440 269 F	68 769 F	553 844 F	30 742 F	1 093 625 F

IV – 3 – 2 les coûts de d'hospitalisation

Pour l'hospitalisation aussi, la contribution la plus importante à la formation des coûts est celle des charges du personnel. Mais ici, les prestations demandées aux centres auxiliaires occupent une place importante dépassant pour certains services les charges administratives

Tableau LIII: Répartition des coûts de l'hospitalisation en fonction des centres principaux

	Psychiatrie	Neurologie	Neurochirurgie.	infectieuses	Pneumo phtisiologie	total
fournitures	267 336 F	23 192 F	18 351 F	64 067 F	164 962 F	537 907 F
rémunération	3 184 030 F	329 266 F	801 340 F	990 842 F	1 313 351 F	6 618 829 F
Médico-techniques	122 587,00 F	503 834 F	293 281 F	432 214 F	432 214 F	1 784 130 F
administration	848 105 F	130 403 F	525 063 F	219 409 F	575 707 F	2 298 687 F
sécurité	75 157 F	11 556 F	37 999 F	22 684 F	51 018 F	198 413 F
nettoieement	456 052,01 F	27 266,90 F	65 802,37 F	80 276 F	241 189 F	870 587 F
Cuisine	908 160,00 F	100 620 F	110 080 F	196 080 F	23 270 F	1 338 210 F
téléphone	43 034,19 F	5 525 F	20 167 F	10 234 F	27 534 F	106 495 F
eau	53 523,77 F	8 860,93 F	17 995,46 F	17 179 F	39 387 F	136 947 F
électricité	52 283 F	10 138 F	24 540,54 F	19 230 F	40 791 F	146 983 F
Amort. bat	260 795,68 F	0	0	34 280 F	135 536 F	430 612 F
Amort. Mat.	667 280 F	75 035 F	190 943 F	245 645 F	425 183 F	1 604 086 F
Total	6 938 343 F	1 225 698 F	2 105 563 F	2 332 140 F	3 470 141 F	16 071 884 F

CONCLUSION

Parmi les raisons qui sont à l'origine de la mise en place de la réforme des hôpitaux, la recherche de la performance occupe une place importante. Cependant, cette performance ne peut être réalisée sans une maîtrise et une connaissance approfondie des coûts des prestations offertes.

C'est dans ce cadre que notre étude consacrée à l'évaluation des coûts engendrés par la prise en charge des indigents a cherché à décrire le mécanisme de prise en charge, identifier les éléments de coût, décrire leurs structures et calculer leurs valeurs à travers les services médicaux et chirurgicaux du centre hospitalo-universitaire de Fann.

Le Centre Hospitalier universitaire de Fann est un hôpital national Sénégalais, situé à dakar et qui à une vocation sous régionale pour certains de ses services. Son personnel est constitué en majorité par des universitaires dépendant de la faculté de médecine de Dakar et du personnel administratif et technique dépendant du ministère de la santé et de la prévention.

Pour faire face à la demande des indigents en matière de soins, le centre hospitalo-universitaire de fann a mis en place un système de prise en charge à travers un réseau d'assistantes sociales disséminées dans les services médicaux et chirurgicaux, et représentées au niveau de la direction de l'hôpital par le chef du service social qui est la coordinatrice.

Le nombre d'indigents ayant bénéficié d'une exonération partielle ou totale s'élève à 362 dont 207 pour la consultation (soit 1 % des consultations), 148 pour l'hospitalisation (soit 3,94 % des hospitalisés) et 7 pour une intervention chirurgicale (soit 10 % des interventions chirurgicales).

La prise en charge des indigents durant l'année 2001 a montré qu'en plus des éléments de coût classiquement rencontrés dans la prise en charge des malades courants, il existe un coût lié à l'identification des indigents en vue de leur éligibilité à la gratuité des soins.

En dehors du remboursement par l'état des prestations offertes aux personnes munies du certificat d'indigence officiel, le financement des indigents est entièrement à la charge de l'hôpital.

Le montant global de la prise en charge des indigents supportée par l'hôpital est de 21 619 408 F. Il représente 5,81 % du total des recettes et 2,03 % des dépenses du CHU Fann.

La répartition de ce montant donne 1 073 625 F (soit 5 %) pour la consultation et 17 579 966 F (soit 84 %) pour l'hospitalisation des indigents. Quant aux interventions chirurgicales, elles se chiffrent à 2 317 756 F (soit 11 %).

les coûts de consultation pratiqués au niveau du CHU Fann sont très inférieurs au coût de revient calculé par la comptabilité analytique. Le recouvrement de coûts se fait en deçà de 40 % des coûts réels.

Les charges du personnels et les charges administratives contribuent de manière prépondérante à la formation de ces coûts.

Les limites des résultats de cette étude dépendent :

- De la crédibilité des informations reçues
- Du caractère arbitraire et approximatif de la répartition des charges indirectes, inhérent à la méthode des coûts complets.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

Au niveau de l'état :

1) L'organisation de la prise en charge des indigents par :

- la définition consensuelle de la notion d'indigent en accord avec les partenaires intervenant dans le domaine social ;
- la désignation des responsables de l'identification des indigents au niveau national ;
- la redéfinition du rôle des collectivités locales dans la prise en charge des indigents ;
- confier l'enquête sociale visant à identifier les indigents aux collectivités locales à travers les centres de protection et de récupération sociale (CPRS)
- la mise en place des outils de gestion des indigents ;
- la mise en place d'un organe de supervision et d'évaluation de la prise en charge des indigents;
- La mise en place d'un système d'information sur les droits des indigents
- l'amélioration de l'offre de soins
- l'établissement de la liste des actes et des affections susceptibles de faire l'objet d'une exonération totale ou partielle du fait de leur coût exorbitant ou de leur forte externalité négative.
- L'élaboration d'un guide barème fixant les taux de prise en charge des indigents en fonction du degré de pauvreté et de l'affection présentée.
- La mise en place au niveau des structures de santé de commission médico-sociale chargée de se prononcer sur l'éligibilité des indigents et sur le taux d'exonération à appliquer

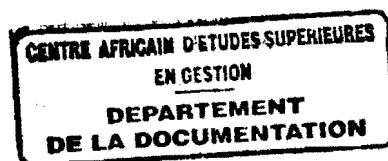
12) l'organisation du financement de la prise en charge des indigents par

- la mise en place d'une enveloppe globale au niveau de chaque structure de santé capable de prendre en charge les indigents. Cette enveloppe globale devra tenir compte :

- du coût unitaire de la prise en charge des indigents au niveau de la structure ;
- de l'indice de pauvreté dans la localité ;
- la fixation du taux de participation des collectivités locales et des structures de santé en fonction de leurs recettes

Au niveau hospitalier

- Mise en place d'un système d'information fiable aussi bien comptable que sanitaire
- La mise en place d'un organigramme consacrant la séparation des services cliniques et médico-techniques
- Le renforcement de l'organisation de la prise en charge actuelle par :
 - o L'augmentation des moyens du service social
 - o La sensibilisation du personnel sur l'importance d'un système fiable d'identification des indigents ;
- La recherche de partenaires pour le financement de la prise en charge des indigents.
- La diversification des modes de paiement



BIBLIOGRAPHIE:

1. Adeyi O. ; Hecht R. ; Njobvu E.; Soucat A.; SIDA, lutte contre la pauvreté et allégement de la dette ; ONUSIDA /01.01F Mars 2001
2. Alvarez F. le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels ; CREFIGE, 2000
3. Ait-khaled N ; Enarson D ;Tuberculose : manuel pour les étudiants en médecine ; OMS 1999
4. Ayad M. ; Ndiaye S. ; Diouf P.D. ; Enquête démographie et Santé ; Ministère de l'Economie, des finances et du Plan ; Direction de la Planification et des Statistiques, Demographics and health surveys, Macro International Inc. Carlton, Maryland USA, Juin 1994
5. BEJAN S. économie du système de santé : du marché à l'organisation ; Economica, 1994.
6. Beresniak. A. Duru. G. ; Economie de la santé. 5^e édition ; Masson, Paris 2001.
7. Caillet V. ; Le rôle de l'hôpital dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les permanences d'accès aux soins de santé en région centre ; Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique ; Rennes 2001
8. Capo-Chichi, G; mécanismes de prise en charge des cas sociaux et des actes sociaux dans un hôpital urbain a but non lucratif : cas de l'hôpital saint Luc de Cotonou expérience, leçons et perspectives in Equité et exclusion des services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG Cahiers santé 6 (6) 1996
9. Carrin, G. ; Kodjo, E. ; Une méthodologie pour le calcul des coûts des soins de santé et leur recouvrement ; Série Macroéconomie et Santé N° 2 ; OMS, Genève, Fév. 1982.
10. Contriandopoulos, A.P.; Champagne, F.; Potvin, L.; Denis, J.L.; Boyle, P.; Savoir préparer une recherche ; les presses de l'université de Montréal ; Québec 1990.
11. Couty Edouard, le rôle de l'hôpital aujourd'hui, dans *hôpital public, le retour a l'hôtel dieu*, op. cit
12. Criel, B. ; Local health insurance systems in developing countries. A policy research paper ; Antwerpen, Department volksgezondheid, instituut voor tropische geneeskunde ; 2000
13. Culmann. Henri ; Comptabilité analytique. Presses universitaires de France, 5^e édition 1991. P46-52

14. Czernichov ,P.; Chaperon , J.; Le Contour, X.; Epidémiologie, Masson, Paris 2001
15. Dayan A. et coll ; Manuel de gestion ; Tome 1 ; Ellipses, Paris, 1999
16. Déclaration de politique nationale de santé ; République du Sénégal ; Ministère de la Santé Publique, Juin 1989
17. De Ferranti, David, 1985. Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview. World Bank Staff Working paper 721, Washington, D.C.: The World Bank.
18. De la Rocque, Marie, and Galland, Bruno, June 1995. Le Problème de l'Equité et de l'Accès à la Santé pour Tous: Etude sur l'Identification et la Prise en Charge des Situations de Grande Précarité en Guinée (Préfecture de Kissidougou). Centre International de Développement et de Recherche: UNICEF.
19. De la Rocque, M.; Equité et exclusion des services de santé. De la recherché à l'action, l'expérience d'une ONG. Cahiers Santé 6(6). 1996
20. DIOP A. ; Pauvreté et variables démographiques : analyse générale à partir des principales enquêtes récentes ; Ministère du plan ; Direction de la planification des ressources humaines, Nov. 2000
21. Diop, François, Yazbeck, Abdo, and Bitran, Ricardo, 1995. The Impact of Alternative Cost Recovery Schemes on Access and Equity in Niger. *Health Policy and Planning*; 10(3): 223-240.
22. DIALL , M.G. ; Conception d'un modèle de comptabilité analytique dans un établissement publique de santé ; Mémoire Diplôme Supérieur d'Audit International ; CESAG, 1999
23. Direction de la prévision et de la statistique ; enquête sénégalaise auprès des ménages ESAM, Rapport de synthèse ; Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan 1997
24. Dossier Santé et précarité ; actualité et dossier en santé publique N° 12 sept. 1995
25. Dubois. j; mitterrand. H; dauzat a; dictionnaire historique et étymologique du français (1993); Larousse .
26. Ebrahim Samba, the malaria burden and Africa, Am. J. Trop. Med. Hyg., 64(1, 2)S, 2001,

27. E. de Roodenbeke Financement de la santé : Efficience, solidarité et lutte contre la pauvreté. MAE- DCT - Bureau de la santé
28. Greese, A. ; Parker, D. ; Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaire ; OMS, Genève, 1995.
29. Grigon, M, ; Midy F, ; la notion de coût en économie de la santé ; doc. Travail, CREDES, 2000
30. Gueye, M.A. ; ; Mise en œuvre des méthodes d'analyse des coûts à l'hôpital. Cas du centre de traumatologie et orthopédie CTO de Dakar. CESAG 1991.
31. Guide pour la formation en nutrition des agents de sante communautaire 2^{eme} édition OMS Genève 1990
32. HALGAND N., calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable
33. HCSP (Haut Comité de la Santé Publique) La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé ; Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; Secrétariat d'état à la Santé ; France ; Février. 1998 : 288 pp.
34. John luke Gallup, Jeffrey D. Sachs, the economic burden of malaria Am. J. Trop. Med. Hyg., 64(1, 2)S, 2001, pp. 85-96
35. Kaba, S.; Sylla, M.B.; Analyse de la pauvreté à Dakar (1991-1997); Direction de la Prévision et de la Statistique Oct. 2000
36. Lafarge H ; cadre d'analyse du système de santé ; notes de cours DSES CESAG 2001
37. Larivière S. ; Martin F. ; cadre d'analyse économique de la pauvreté et des conditions de vie des ménages ; séries discussion 0197 ; Université Laval sept. 1997
38. Launois, R, Un coût, des coûts, quels coûts ? Journal d'économie médicale, vol.17, N° 1, pp. 77-82, 1999
39. Lebas, J. ; Chauvin, P. ; Santé et précarité ; Editions Flammarion ; Mai 1998 ; pp. 225-233
40. Leighton, Charlotte, 1995. ~Overview: Health Financing Reforms in Africa. Health Policy and Planning; 10(3): 213-222. Financing and Sustainability

Project, contracted to Abt Associates and supported by the Office of Health and Nutrition, USAID Global Bureau.

41. Leighton C. ; Diop F. ; Protecting the Poor in Africa: Impact of Means Testing on Equity in the Health Sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal. Technical note N° 40 ; ABT Associates INC. August 1995.
42. Makinen, Marty, and Raney, Laura, September 30, 1994. Role and Desirability of User Charges for Health Services. Draft paper, Abt Associates.
43. Martin-Prevel, Y. ; deterioration of the nutritional status of young children and their mothers in Brazzaville, Congo, following the 1994 devaluation of the CFA francs, Bulletin of the world health organisation; 78(1); janvier 2000; 108-118
44. Masse M.C. le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle : contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public, Thèse de doctorat en science de la gestion, Université des sciences et technologie de Lille, 1994
45. Mbow, S. S. ; l'organisation de l'accueil du patient dans un établissement public de santé de troisième niveau : le cas du CHU de FANN ; Mémoire de fin d'étude DSGS ; CESAG 2000.
46. Melyon, G.; Raimbourg, P.; Comptabilité analytique; Editions Bréal 1998.
47. MINZBERG H. ; Structure et dynamique des organisations, éditions d'organisation, 1982
48. MORARD B. ; quels coûts pour quels produits hospitaliers Cours HEC, Université de Genève, 2001
49. MYKITA, P ; TUSZYNSKI, J ; Comptabilité analytique : Contrôle de gestion Tome 2 ; Editions Foucher, PARIS, 1996
50. Nicoulet, I.; Repérage des personnes en situation précaire hospitalisées et impact de ces populations sur l'utilisation des ressources hospitalières : Méthodologie et outils de métrologie ; Mémoire de médecin Inspecteur de Santé Publique ; ENSP 1999
51. Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal (1998-2007) ; Ministère de la santé publique et de l'action sociale ; République du Sénégal Mars 1997
52. PNUD, Rapport Mondial sur le développement humain, Economica, Paris, 1996

53. Programme de lutte contre la pauvreté, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Planification, Déc. 1997
54. Protocole d'accord entre les Armées du Sénégal et l'Unicef, Ministère des forces Armées, République du Sénégal, 1996
55. Rabo M.; Esquisse des grandes lignes de plan d'établissement du CHU FANN à Dakar; Mémoire DSGS CESAG 1995
56. Réforme hospitalière : Présentation, lois et décrets ; République du Sénégal, Ministère de la Santé, Direction des établissements de Santé, 1999
57. Sall, F.L. ; cours d'économie de la santé ; DSES CESAG 2001
58. SCHNEIDER-BUNNER Claude, santé et justice sociale, economica 1997
59. Schneider, Pia, Diop, François Pathé, Bucyana, Sosthène. Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda. Rapport technique 45. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, Inc. Mars 2000
60. Soucat A. et coll. Intégrer les questions de santé, de nutrition et de populations aux stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays à faible revenus : quelques directives rapides ; Séries développement humain de la région Afrique ; document de travail ; banque mondiale, Déc. 2001
61. Willis, Carla, and Leighton, Charlotte, 1995. Protecting the Poor under Cost Recovery: the Role of Means Testing. *Health Policy and Planning*; 10(3): 241-256.
62. Willis, Carla, November 1993. Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries: Phase 1 - Review of Concepts and Literature, and Preliminary Field Work Design. Major Applied Research paper No. 7, prepared for the Health Financing and Sustainability Project,
63. YAZI, M.; cours de comptabilité analytique; DSES CESAG; 2001
64. Yetna, P. B. ; analyse de la pauvreté in rapport du cours k54 sur le thème Statistique pour la politique sociale; centre de Munich pour la statistique économique, environnementale et sociale; décembre 1999

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
INTRODUCTION	1
I – CADRE CONCEPTUEL	3
I – 1 PROBLEMATIQUE	3
I – 1 – 1 FORMULATION	3
I – 1 – 1 – 1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION	3
I – 1 – 1 – 1 – 1 DEFINITION DE LA PAUVRETE	4
I – 1 – 1 – 1 – 2 PAUVRETE ET SANTE	5
I – 1 – 1 – 1 – 3 LA PAUVRETE AU SENEGAL	10
I – 1 – 1 – 2 PROBLEMATIQUE DU COUT DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES INDIGENTS	14
I – 1 – 1 – 2 – 1 LES PROBLEMES DE L'IDENTIFICATION DES INDIGENTS	14
I – 1 – 1 – 2 – 1 – 1 PROBLEME DE DEFINITION	14
I – 1 – 1 – 2 – 1 – 2 LE CIBLAGE	14
I – 1 – 1 – 2 – 1 – 3 LE CHOIX DU RESPONSABLE DE L'IDENTIFICATION ET DE L'ELIGIBILITE DES INDIGENTS	16
I – 1 – 1 – 2 – 2 FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS	17
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 1 FINANCEMENT PAR LES SERVICES DE SANTE	18
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 1 – 1 L'EXEMPTION DE PAIEMENT DES SOINS PAR LES INDIGENTS	19
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 1 – 2 LA DISCRIMINATION DE PRIX OU DE TARIFS DES SOINS	20
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 1 – 3 LES SUBVENTIONS DES ACTIVITES OU DES SERVICES	20
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 1 – 4 LE PRE PAIEMENT	21
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 2 FINANCEMENT PAR L'ETAT	19
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 2 – 1 REGIME DE SUBVENTION	19
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 2 – 2 REGIME CONTRIBUTIF	21
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 2 – 3 REGIMES MIXTES	22
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 3 FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE	22
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 4 ORGANISMES NON GOUVERNEMENTAUX	23
I – 1 – 1 – 2 – 2 – 5 SERVICES DE SOINS AUX INDIGENTS	23
I – 1 – 1 – 3 ASPECTS ECONOMIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS AU NIVEAU DE L'HOPITAL	25
I – 1 – 2 OBJECTIFS	25
I – 2 ETAT DES CONNAISSANCES	27
I – 3 MODELE THEORIQUE	27
I – 3 – 1 PRESENTATION GENERALE DE LA STRUCTURE DU MODELE	29
I – 3 – 2 PRESENTATION DU MODELE EN GRAPHIQUE	30
I – 3 – 3 LA STRUCTURE DU MODELE EN DETAIL	33
II – CADRE OPERATIONNEL	34
II – 1 HYPOTHESES	34
II – 2 POPULATION CIBLE	34
II – 2 – 1 CONTEXTE D'ETUDE	34
II – 2 – 1 – 1 HISTORIQUE	34
II – 2 – 1 – 2 STATUT JURIDIQUE	35
II – 2 – 1 – 3 ORGANISATION	36
II – 2 – 1 – 3 – 1 LES ORGANES DE DECISION ET DE CONCERTATION	37
II – 2 – 1 – 3 – 2 LES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES	39
II – 2 – 1 – 3 – 3 LES SERVICES MEDICAUX	39
II – 2 – 1 – 3 – 4 LES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES	40
II – 2 – 1 – 3 – 5 LES SERVICES LOGISTIQUE MEDICALE	40
II – 2 – 1 – 4 TYPES DE PRESTATIONS	40
II – 2 – 1 – 5 LA DEMANDE	41
II – 2 – 1 – 5 – 1 FORMATION DE LA DEMANDE	41
II – 2 – 1 – 5 – 2 – NATURE DE LA DEMANDE	44
II – 2 – 1 – 5 – 3 – VOLUME DE LA DEMANDE	46
II – 2 – 1 – 6 FINANCEMENT DE L'HOPITAL	
II – 2 – 1 – 6 MOTIVATIONS	

II – 2 – 2 POPULATION CIBLE	46
II – 3 LES INSTRUMENTS DE MESURE	46
II-3-1 NOTIONS DE COUT	46
II-3-1-1 NOTION DE COÛT EN COMPTABILITÉ	47
II-3-1-2 NOTION DE COÛT EN ÉCONOMIE	48
II – 3 – 2 METHODES D'ANALYSE	49
II – 3 – 2- 1 LES DIFFERENTES METHODES DE CALCUL DE COUTS	49
II-3-2-1-1-LA METHODE DES COUTS PARTIELS :	50
II-3-2-1-1-1 LA METHODE DES COUTS VARIABLES OU « DIRECT COSTING »	50
II-3-2-1-1-2 LA METHODE DU « DIRECT COSTING AMELIORE »	50
II-3-2-1-1-3- LA METHODE DES COUTS DIRECTS :	51
II-3-2-1-2 LA METHODE DU COUT MARGINAL	51
II-3-2-1-3- LA METHODE DES COUTS PREETABLIS :	52
II-3-2-1-4- LA METHODE DES COUTS COMPLETS :	52
II-3-2-1-5 LA METHODE DE L'IMPUTATION RATIONNELLE DES CHARGES FIXES	54
II-3-2-1-6 LA METHODE DU COUT PAR ACTIVITE	55
II – 3 – 2- 2 DIFFICULTES DE L'APPLICATION DE CES METHODES A L'HOPITAL	56
II – 3 – 2- 2 – 1 L'INDETERMINATION DU PRODUIT HOSPITALIER	56
II – 3 – 2- 2 – 2 LA COMPLEXITE DE SES ACTIVITES	56
II – 3 – 2- 2 – 3 LA COMPLEXITE DE SON ORGANISATION	57
II – 3 – 2- 3 L'ADOPTION DE LA METHODE DES COUTS COMPLETS	57
III - METHODOLOGIE	59
III – 1 LES ENTRETIENS	60
III – 2 RECHERCHE DOCUMENTAIRE	61
III – 3 L'ANALYSE DES COUTS	61
III – 3 – 1 IDENTIFICATION DES OBJETS DE COUT	
III – 3 – 2 IDENTIFICATION DES SECTIONS HOMOGENES ET DES CENTRES DE RESPONSABILITE	62
III – 3 – 3 IDENTIFICATION DES CHARGES INCORPORABLES	64
III – 3 – 4 IDENTIFICATION DES UNITES D'ŒUVRE.	64
III – 3 – 4 – 1 LES UNITES D'ŒUVRE DE LA SECTION CLINIQUE.	65
III – 3 – 4 – 2 LES UNITES D'ŒUVRE DES SECTIONS MEDICO-TECHNIQUES	65
III – 3 – 4 – 3 UNITES D'ŒUVRE DE LA SECTION LOGISTIQUE MEDICALE	65
III – 3 – 4 – 4 LES UNITES D'ŒUVRE DE LA SECTION ADMINISTRATION ET GESTION	65
III – 3 – 5 VALORISATION DES RESSOURCES MOBILISEES	66
III – 3 – 5 – 1 VALORISATION DES CHARGES MOBILISEES PAR LA SECTION CLINIQUE	66
III – 3 – 5 – 1 – 1 PRESTATIONS	67
III – 3 – 5 – 1 – 2 REMUNERATIONS	67
III – 3 – 5 – 2 VALORISATION DES CHARGES MOBILISEES PAR LA SECTION MEDICO-TECHNIQUE ET LOGISTIQUE MEDICALE	70
III – 3 – 5 – 3 VALORISATION DES CHARGES MOBILISEES PAR LA SECTION ADMINISTRATION ET GESTION GENERALE,	71
III – 3 – 5 – 4 VALORISATION DES CHARGES DE STRUCTURE	71
III – 3 – 6 REPARTITION DES CHARGES DES SECTIONS AUXILIAIRES ET DE L'ADMINISTRATION AU NIVEAU DES SERVICES CLINIQUES	72
III – 3 – 6 – 1 REPARTITION DES ACTIVITES DES SECTIONS MEDICO-TECHNIQUES ET LOGISTIQUES	72
III – 3 – 6 – 2 REPARTITION DU COUT DU TELEPHONE ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES	73
III – 3 – 6 – 3 REPARTITION DU COUT DE L'EAU ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES	73
III – 3 – 6 – 4 REPARTITION DU COUT DE L'ELECTRICITE ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES	74
III – 3 – 6 – 5 REPARTITION DES CHARGES DU NETTOIEMENT ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES	74
III – 3 – 6 – 6 REPARTITION DES CHARGES DU GARDIENNAGE ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES	75
	75

III – 3 – 6 – 6 REPARTITION DES CHARGES DE LA CUISINE ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES	
III – 3 – 6 – 7 REPARTITION DES CHARGES ADMINISTRATIVES ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES	75
III – 3 – 7 REPARTITION DE L'ENSEMBLE DES CHARGES ENTRE LES SECTIONS PRINCIPALES	76
III – 3 – 8 REPARTITION DES CHARGES DES CENTRES PRINCIPAUX ENTRE LES CENTRES DE COUT	77
III – 3 – 8 – 1 REPARTITION DES CHARGES DE LA SECTION PSYCHIATRIE ENTRE LES OBJETS DE COUT	77
III – 3 – 8 – 2 REPARTITION DES CHARGES DE LA SECTION NEUROLOGIE ENTRE LES OBJETS DE COUT	79
III – 3 – 8 – 3 REPARTITION DES CHARGES DU CENTRE NEUROCHIRURGIE ENTRE LES OBJETS DE COUT	80
III – 3 – 8 – 4 REPARTITION DES CHARGES DU CENTRE MALADIES INFECTIEUSES ENTRE LES OBJETS DE COUT	83
III – 3 – 8 – 5 REPARTITION DES CHARGES DU CENTRE PNEUMO-PHTISIOLOGIE ENTRE LES OBJETS DE COUT	85
III – 3 – 8 – 6 REPARTITION DES CHARGES DU CENTRE ACCUEIL- URGENCES ENTRE LES OBJETS DE COUT	86
IV DISCUSSION	89
IV – 1 COUTS GLOBAUX DE LA PRISE EN CHARGE	90
IV – 1 – 1 COUT CONSULTATION	91
IV – 1 – 2 COUT HOSPITALISATION	91
IV – 1 – 3 COUT DES PRESTATIONS DEMANDES PAR LES CENTRES PRINCIPAUX AU CENTRE MEDICO-TECHNIQUE ET LOGISTIQUE	92
IV – 2 LES COUTS MOYENS DE PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS	92
IV – 2 – 1 LES COUTS MOYENS DE LA CONSULTATION	93
IV – 2 – 2 LES COUTS MOYENS DE L'HOSPITALISATION	93
IV – 3 LA STRUCTURE DES COUTS	93
IV – 3 – 1 LES COUTS DE CONSULTATION	93
IV – 3 – 2 LES COUTS DE D'HOSPITALISATION	94
CONCLUSIONS	95
RECOMMANDATIONS	96
BIBLIOGRAPHIE	99
TABLE DES MATIERES	105
SIGLES ET ABREVIATIONS	110
LISTE DES TABLEAUX	111
LISTE DES FIGURES	113
ANNEXES	114

SIGLES ET ABREVIATIONS

APD	Aide publique au développement
AUF	Association des universités francophones
BIT	Bureau International du Travail
CA	Conseil d'administration
CESAG	Centre africain d'études supérieures en gestion
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPRS	Centre de protection et de récupération sociale
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DIEM	Direction des infrastructures, de l'équipement et du matériel
DMS	Durée moyenne de séjour
EDS	Enquêtes Démographie et Santé
EEG	Electroencéphalogramme
ESAM	Enquête Sénégalaise auprès des ménages
ESPD	Enfants en situation particulièrement difficile
FCFA	Franc de la communauté financière africaine
HALD	Hôpital Aristide Le Dantec
IB	Initiative de Bamako
IDH	Indice de développement humain
IPH	Indicateur de pauvreté humaine
ISED	Institut santé et développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
GHM	Groupe homogène de malades
DIM	Département d'Information Médicale
PIB	Produit intérieur brut
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information.
PNUD	Programme des Nations Unis pour le développement
SAU	Service d'accueil et d'urgence

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :Evolution des caractéristiques des ménages urbains touché par la pauvreté d'existence	11
Tableau II :Nombre de ménages et d'individus pauvres par région	11
Tableau III :Malnutrition des enfants de moins de 5 ans	12
Tableau IV :Taux de mortalité infantile	14
Tableau V: Impacts positifs et négatifs possibles des paiements par les utilisateurs sur les pauvres	18
Tableau VI:Distribution des consultants et consultations en fonction du service	41
Tableau VII:Distribution des indigents consultés en fonction du service	41
Tableau VIII:Taux de consultation des indigents	42
Tableau IX: Distribution des hospitalisés en fonction du service	42
Tableau X: Distribution des indigents hospitalisés en fonction du service	42
Tableau XI: Taux d'hospitalisation des indigents	43
Tableau XII: Répartition des examens paracliniques en fonction du service	43
Tableau XIII: Répartition des examens paracliniques en fonction du service	43
Tableau XIV: Répartition des examens au profit des malades non hospitalisés	44
Tableau XV: Répartition des examens au profit des indigents	44
Tableau XVI: Recettes chu fann 2001	45
Tableau XVII: Répartition des dépenses (CHU Fann 2001)	45
Tableau XVIII: Centres d'analyse	61
Tableau XIX: Résumé des sections et leurs unités d'œuvres.	63
Tableau XX: Coût des fournitures de bureau, imprimés, produits d'entretien consommés par la section clinique	67
Tableau XXI : part de la rémunération consacrée à la consultation des indigents	68
Tableau XXII: part de la rémunération du personnel consacrée à l'hospitalisation des indigents	69
Tableau XXIII: Part de rémunération consacrée aux interventions chirurgicales des indigents	70
Tableau XXIV: Charges medico-techniques et logistique	70
Tableau XXV: Charges de l'administration.	71
Tableau XXVI: Amortissement des matériel des sections cliniques	72
Tableau XXVII: Amortissements linéaire des bâtiments	72
Tableau XXVIII : répartition des prestations demandes par les centres principaux	73
Tableau XXIX : répartition des coûts du téléphone	73
Tableau XXX : Répartition du coût de l'eau	74
Tableau XXXI : Répartition du coût de l'électricité.	74
Tableau XXXII : Coûts du nettoyage par centre de responsabilité clinique	75
Tableau XXXIII : Répartition des charges de la cuisine	75
Tableau XXXIV : Répartition des charges entre les centres principaux	76
Tableau XXV: Répartition des charges de consultation du centre principal psychiatrie	77
Tableau XXXVI : Répartition des charges de la section hospitalisation psychiatrique	78
Tableau XXXVII : Répartition des coûts de l'Hospitalisation des indigent en neurologie (2001)	79
Tableau XXXVIII : Répartition des charges de la section consultation en neurochirurgie	80
Tableau XXXIX: Répartition des charges de la section hospitalisation en neurochirurgie	81
Tableau XL : Répartition des charges de la section bloc opératoire	82
Tableau XLI : Répartition des charges de la section consultation des maladies infectieuse	83
Tableau XLII : Répartition des coûts d'hospitalisation du centre maladies infectieuses	84
Tableau XLIII : Répartition des charges de l'hospitalisation du centre pneumo-phtisiologie	85
Tableau XLIV : Répartition des charges de la section consultation du SAU	86
Tableau XLV : Répartition des charges de la section consultation	87
Tableau XLVI : Répartition des charges de l'hospitalisation	88
Tableau XLVII : distribution des montants des centres de coût en fonction du service	90
Tableau XLVIII: Répartition des coûts des prestations complémentaires	92
Tableau IL: Comparaison des coûts et des tarifs de consultation en fonction du service	92
Tableau L: comparaison des coûts et des tarifs d'hospitalisation en fonction du service	93
Tableau LI : comparaison des coûts moyens hospitaliers en fonction du tarif	93
Tableau LII : Répartition des charges de consultation en fonction des centres principaux	94
Tableau LII: Répartition des coûts de l'hospitalisation en fonction des centres principaux	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	relations entre pauvreté et santé	5
Figure 2 :	différents types d'exclusion	15
Figure 3 :	modèle graphique	29
Figure 4:	Répartition des charges entre les centres auxiliaires	76
Figure 5:	Répartition des charges de la psychiatrie à la section consultation	77
Figure 6:	Répartition des charges de la section hospitalisation psychiatrique	78
Figure 7:	Répartition des charges de la section hospitalisation neurologique	79
Figure 8:	Répartition des charges de la section consultation en neurochirurgie	80
Figure 9:	Répartition des charges de la section hospitalisation en neurochirurgie	81
Figure 10:	répartition des charges de la section bloc opératoire	82
Figure 11:	Répartition des charges de la section consultation des maladies infectieuses	83
Figure 12:	Répartition des charges de la section hospitalisation du centre maladies infectieuses	84
Figure 13:	Répartition des charges de la section hospitalisation pneumo-phtisiologie	85
Figure 14:	Répartition des charges de la section consultation du service accueil-urgences	86
Figure 15:	Répartition des charges de la section consultation	87
Figure 16:	Répartition des charges de la section hospitalisation du CHU FANN	88
Figure 17:	Distribution des charges en fonction des centres de coût	90
Figure 18:	Répartition des coûts globaux par centre de responsabilité	90
Figure 19:	Répartition des coûts de consultation par centre de responsabilité	91
Figure 20:	Répartition des coûts d'hospitalisation entre les centres cliniques	91

ANNEXES

ANNEXE 1: Part de rémunération du personnel de psychiatrie consacré à la consultation des indigents en 2001

Personnel	Nbre	% de temps	revenus	coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	35%	2 136 600 F	747 810 F	1,30%	9 721,53 F
M.C. Agrégé	2	30%	3 913 200 F	1 173 960 F	1,30%	15 261,48 F
A.C. Clinique	3	25%	5 509 800 F	1 377 450 F	1,30%	17 906,85 F
Médecin	0	0%	- F	- F	1,30%	- F
Interne	3	15%	2 793 600 F	419 040 F	1,30%	5 447,52 F
FFI	2	60%	4 510 600 F	2 706 360 F	1,30%	35 182,68 F
Psychologue	1	30%	2 556 600 F	766 980 F	1,30%	9 970,74 F
Kinésithérapeute	0	0	- F	- F	1,30%	- F
anesthésiste	0	0	- F	- F	1,30%	- F
infirmier d'état	3	50%	4 512 480 F	2 256 240 F	1,30%	29 331,12 F
Sage-femme	1	0%	1 504 160 F	- F	1,30%	- F
infirmier breveté	0	0%	- F	- F	1,30%	- F
Educateur spécialisé	1	100%	2 010 636 F	2 010 636 F	1,30%	26 138,27 F
Assistante sociale	2	0%	3 478 824 F	- F	1,30%	- F
Secrétaire	3	100%	3 306 480 F	3 306 480 F	1,30%	42 984,24 F
Agent d'administration	1	100%	1 234 992 F	1 234 992 F	1,30%	16 054,90 F
Agent sanitaire	4	0%	5 256 900 F	- F	1,30%	- F
Aide sociale	1	100%	1 616 328 F	1 616 328 F	1,30%	21 012,26 F
Aide infirmier	12	30%	15 519 924 F	4 655 977,20 F	1,30%	60 527,70 F
Garçon de salle	3	0%	3 884 976 F	- F	1,30%	- F
brancardier	0	0%	- F	- F	1,30%	- F
Lingère	0	0%	F	- F	1,30%	- F
gardien	1	0%	1 234 992,00 F	- F	1,30%	- F
TOTAL			64 981 092F	22 272 253,20F		289 539,29 F

ANNEXE 2: Part de rémunération du personnel de psychiatrie consacré à l'hospitalisation des indigents en 2001

Personnel	Nbre	% de temps	revenus	coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	15%	2 136 600 F	320 490 F	8,78%	28 139,02 F
M.C. Agrégé	2	20%	3 913 200 F	782 640 F	8,78%	68 715,79 F
A.C. Clinique	3	25%	5 509 800 F	1 377 450 F	8,78%	120 940,11 F
Médecin	0	0%	0F	- F	8,78%	- F
Interne	3	35%	2 793 600 F	977 760 F	8,78%	85 847,33 F
FFI	2	40%	4 510 600F	1 804 240 F	8,78%	158 412,27 F
Psychologue	1	20%	2 556 600 F	511 320 F	8,78%	44 893,90 F
Kinésithérapeute	0	0%	- F	- F	8,78%	- F
anesthésiste	0	0%	- F	- F	8,78%	- F
infirmier d'état	3	50%	4 512 480 F	2 256 240 F	8,78%	198 097,87 F
Sage-femme	1	100%	1 504 160 F	1 504 160 F	8,78%	132 065,25 F
infirmier breveté	0	0%	- F	- F	8,78%	- F
Educateur spécialisé	1	100%	2 010 636 F	2 010 636 F	8,78%	176 533,84 F
Assistante sociale	2	100%	3 478 824 F	3 478 824 F	8,78%	305 440,75 F
Secrétaire	3	0%	3 306 480 F	- F	8,78%	- F
Agent d'administration	1	0%	1 234 992 F	- F	8,78%	- F
Agent sanitaire	4	100%	5 256 900 F	5 256 900 F	8,78%	461 555,82 F
Aide sociale	1	0%	1 616 328 F	- F	8,78%	- F
Aide infirmier	12	70%	15 519 924 F	10 863 946,80 F	8,78%	953 854,53 F
Garçon de salle	3	100%	3 884 976 F	3 884 976 F	8,78%	341 100,89 F
brancardier	0	0%	F	F	8,78%	- F
Lingère	0	0%	F	- F	8,78%	- F
gardien	1	100%	1 234 992 F	1 234 992 F	8,78%	108 432,30 F
TOTAL			64 981 092 F	36 264 574,80 F		3 184 029,67 F

ANNEXE 3: Part de rémunération du personnel de Neurologie consacré à l'hospitalisation des indigents en 2001

Personnel	Nbre	% de temps	revenus	coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	15%	2 136 600 F	320 490 F	1,35%	4 326,62 F
M.C. Agrégé	1	20%	1 956 600 F	391 320 F	1,35%	5 282,82 F
A.C. Clinique	3	25%	5 509 800 F	1 377 450 F	1,35%	18 595,58 F
Médecin	2	0%	5 350 200 F	- F	1,35%	- F
Interne	3	35%	5 329 800 F	1 865 430 F	1,35%	25 183,31 F
FFI	2	40%	1 753 200 F	701 280 F	1,35%	9 467,28 F
Psychologue	0	0% - F	- F	- F	1,35%	- F
Kinésithérapeute	0	0% - F	- F	- F	1,35%	- F
anesthésiste	0	0% - F	- F	- F	1,35%	- F
infirmier d'état	1	100%	1 853 280 F	1 853 280 F	1,35%	25 019,28 F
Sage-femme	0	0% - F	- F	- F	1,35%	- F
infirmier breveté	1	100%	1 559 160 F	1 559 160 F	1,35%	21 048,66 F
Educateur spécialisé	0	0% - F	- F	- F	1,35%	- F
Assistante sociale	1	100%	1 739 412 F	1 739 412 F	1,35%	23 482,06 F
Secrétaire	3	0%	4 510 600 F	- F	1,35%	- F
Agent d'administration	0	0% - F	- F	- F	1,35%	- F
Agent sanitaire	8	100%	10 513 800 F	10 513 800 F	1,35%	141 936,30 F
Aide sociale	0	0% - F	- F	- F	1,35%	- F
Aide infirmier	3	70%	2 565 714 F	1 795 999,80 F	1,35%	24 246,00 F
Garçon de salle	1	100%	1 294 992 F	1 294 992 F	1,35%	17 482,39 F
brancardier	1	100%	977 496 F	977 496 F	1,35%	13 196,20 F
Lingère				- F	1,35%	- F
				- F	1,35%	- F
TOTAL			47 050 654 F	24 390 109,80 F		329 266,48 F

ANNEXE 4: Part de rémunération du personnel de neurochirurgie consacrée à la consultation des indigents en 2001

Personnel	Nbre	% de temps	revenus	Coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	25%	2 136 600 F	534 150 F	0,55%	2 937,83 F
M.C. Agrégé	2	15%	3 913 200 F	586 980 F	0,55%	3 228,39 F
A.C. Clinique	2	10%	3 673 200 F	367 320 F	0,55%	2 020,26 F
Médecin	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Interne	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
FFI	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Psychologue	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Kinésithérapeute	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
anesthésiste	3	0%	5 559 840 F	- F	0,55%	- F
infirmier d'état	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Sage-femme	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
infirmier breveté	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Educateur spécialisé	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Assistante sociale	1	0%	1 739 412 F	- F	0,55%	- F
Secrétaire	1	100%	1 503 533 F	1 503 533 F	0,55%	8 269,43 F
Agent d'administration	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Agent sanitaire	1	100%	1 314 225 F	1 314 225 F	0,55%	7 228,24 F
Aide sociale	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Aide infirmier	4	25%	2 847 240 F	711 810 F	0,55%	3 914,96 F
Garçon de salle	3	0%	3 884 976 F	- F	0,55%	- F
brancardier	0	0%	-	F - F	0,55%	- F
Lingère	1	0%	1 234 992 F	- F	0,55%	- F
			-	F - F	0,55%	- F
TOTAL			27 807 218 F	5 018 018 F		27 599,10 F

ANNEXE 5: Part de rémunération du personnel de Neurochirurgie consacrée à l'hospitalisation des indigents en 2001

Personnel	Nbre	% de temps	revenus	coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	10%	2 136 600 F	213 660 F	7,61%	16 259,53 F
M.C. Agrégé	2	15%	3 913 200 F	586 980 F	7,61%	44 669,18 F
A.C. Clinique	2	20%	3 673 200 F	734 640 F	7,61%	55 906,10 F
Médecin	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Interne	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
FFI	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Psychologue	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Kinésithérapeute	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
anesthésiste	3	0%	5 559 840 F	- F	7,61%	- F
infirmier d'état	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Sage-femme	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
infirmier breveté	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Educateur spécialisé	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Assistante sociale	1	100%	1 739 412 F	1 739 412 F	7,61%	132 369,25 F
Secrétaire	1	0%	1 503 533 F	- F	7,61%	- F
Agent d'administration	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Agent sanitaire	1	0%	1 314 225 F	- F	7,61%	- F
Aide sociale	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Aide infirmier	4	75%	2 847 240 F	2 135 430 F	7,61%	162 506,22 F
Garçon de salle	3	100%	3 884 976 F	3 884 976 F	7,61%	295 646,67 F
brancardier	0	0%	- F	- F	7,61%	- F
Lingère	1	100%	1 234 992 F	1 234 992 F	7,61%	93 982,89 F
				- F	7,61%	- F
total			27 807 218 F	10 530 090 F		801 339,85 F

ANNEXE 6: Part de rémunération du personnel de Neurochirurgie consacrée aux interventions chirurgicales en faveur des indigents en 2001

Personnel	Nbre	% de temps	revenus	coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	15%	2 136 600 F	320 490 F	10%	32 049 F
M.C. Agrégé	2	20%	3 913 200 F	782 640 F	10%	78 264 F
A.C. Clinique	2	20%	3 673 200 F	734 640 F	10%	73 464 F
Médecin	0	0%	- F	- F	10%	- F
Interne	0	0%	- F	- F	10%	- F
FFI	0	0%	- F	- F	10%	- F
Psychologue	0	0%	- F	- F	10%	- F
Kinésithérapeute	0	0%	- F	- F	10%	- F
anesthésiste	3	100%	5 559 840 F	5 559 840 F	10%	555 984 F
infirmier d'état	0	0%	- F	- F	10%	- F
Sage-femme	0	0%	- F	- F	10%	- F
infirmier breveté	0	0%	- F	- F	10%	- F
Educateur spécialisé	0	0%	- F	- F	10%	- F
Assistante sociale	1	0%	1 739 412 F	- F	10%	- F
Secrétaire	1	0%	1 503 533 F	- F	10%	- F
Agent d'administration	0	0%	- F	- F	10%	- F
Agent sanitaire	1	0%	1 314 225 F	- F	10%	- F
Aide sociale	0	0%	- F	- F	10%	- F
Aide infirmier	4	0%	2 847 240 F	- F	10%	- F
Garçon de salle	3	0%	3 884 976 F	- F	10%	- F
brancardier	0	0%	- F	- F	10%	- F
Lingère	1	0%	1 234 992 F	- F	10%	- F
				- F	10%	- F
TOTAL			27 807 218 F	7 397 610 F		739 761,00 F

ANNEXE 7: Part de rémunération du personnel de Maladies infectieuses consacrée à la consultation des indigents en 2001

Personnel	Nbr e	% de temps	revenus	coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	35%	2 136 600 F	747 810 F	2,38%	17 797,88 F
M.C. Agrégé	2	30%	3 913 200 F	1 173 960 F	2,38%	27 940,25 F
A.C. Clinique	3	20%	5 509 800 F	1 101 960 F	2,38%	26 226,65 F
Médecin	2	30%	4 510 600 F	1 353 180 F	2,38%	32 205,68 F
Interne	0	0%	- F	- F	2,38%	- F
FFI	0	0%	- F	- F	2,38%	- F
Psychologue	0	0%	- F	- F	2,38%	- F
Kinésithérapeute	0	0%	- F	- F	2,38%	- F
anesthésiste	0	0%	- F	- F	2,38%	- F
infirmier d'état	3	30%	4 512 480 F	1 353 744 F	2,38%	32 219,11 F
Sage-femme	1	0%	1 504 160 F	- F	2,38%	- F
infirmier breveté	2	0%	3 118 320 F	- F	2,38%	- F
Educateur spécialisé	0	0%	- F	- F	2,38%	- F
Assistante sociale	1	0%	1 739 412 F	- F	2,38%	- F
Secrétaire	1	100%	1 102 160 F	1 102 160 F	2,38%	26 231,41 F
Agent d'administration	0	0%	- F	- F	2,38%	- F
Agent sanitaire	8	0%	10 513 800 F	- F	2,38%	- F
Aide sociale	2	0%	3 232 656 F	- F	2,38%	- F
Aide infirmier	16	30%	20 719 873 F	6 215 962 F	2,38%	147 939,89 F
Garçon de salle	4	0%	5 659 968 F	- F	2,38%	- F
brancardier	2	50%	1 954 992 F	977 496 F	2,38%	23 264,40 F
Lingère				- F	2,38%	- F
				- F	2,38%	- F
TOTAL			70 128 021 F	14 026 272 F		333 825,27 F

ANNEXE 8: Part de rémunération du personnel de Maladies infectieuses consacrée à l'hospitalisation des indigents en 2001

Personnel	Nbr e	% de temps	revenus	coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	15%	2 136 600 F	320 490 F	2,65%	8 492,99 F
M.C. Agrégé	2	20%	3 913 200 F	782 640 F	2,65%	20 739,96 F
A.C. Clinique	3	30%	5 509 800 F	1 652 940 F	2,65%	43 802,91 F
Médecin	2	70%	4 510 600 F	3 157 420 F	2,65%	83 671,63 F
Interne	0	0%	- F	- F	2,65%	- F
FFI	0	0%	- F	- F	2,65%	- F
Psychologue	0	0%	- F	- F	2,65%	- F
Kinésithérapeute	0	0%	- F	- F	2,65%	- F
anesthésiste	0	0%	- F	- F	2,65%	- F
infirmier d'état	3	70%	4 512 480 F	3 158 736 F	2,65%	83 706,50 F
Sage-femme	1	100%	1 504 160 F	1 504 160 F	2,65%	39 860,24 F
infirmier breveté	2	100%	3 118 320 F	3 118 320 F	2,65%	82 635,48 F
Educateur spécialisé	0	0%	- F	- F	2,65%	- F
Assistante sociale	1	100%	1 739 412 F	1 739 412 F	2,65%	46 094,42 F
Secrétaire	1	0%	1 102 160 F	- F	2,65%	- F
Agent d'administration	0	0%	- F	- F	2,65%	- F
Agent sanitaire	8	100%	10 513 800 F	10 513 800 F	2,65%	278 615,70 F
Aide sociale	2	100%	3 232 656 F	3 232 656 F	2,65%	85 665,38 F
Aide infirmier	16	70%	20 719 873 F	14 503 911 F	2,65%	384 353,64 F
Garçon de salle	4	100%	5 659 968 F	5 659 968 F	2,65%	149 989,15 F
brancardier	2	50%	1 954 992 F	977 496 F	2,65%	25 903,64 F
Lingère	0	0%	- F	- F	2,65%	- F
				- F	2,65%	- F
TOTAL			70 128 021 F	50 321 949 F		1 333 531,65 F

ANNEXE 9: Part de rémunération du personnel de pneumophtisiologie consacrée à l'hospitalisation des indigents en 2001

Personnel	Nbr e	% de temps	revenus	coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	1	15%	2 136 600 F	320 490 F	5,96%	19 101,20 F
M.C. Agrégé	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
A.C. Clinique	2	25%	3 673 200 F	918 300 F	5,96%	54 730,68 F
Médecin	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
Interne	1	35%	1 396 800 F	488 880 F	5,96%	29 137,25 F
FFI	1	60%	1 314 900 F	788 940 F	5,96%	47 020,82 F
Psychologue	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
Kinésithérapeute	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
anesthésiste	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
infirmier d'état	2	100%	3 008 320 F	3 008 320 F	5,96%	179 295,87 F
Sage-femme	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
infirmier breveté	2	0%	3 118 320 F	- F	5,96%	- F
Educateur spécialisé	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
Assistante sociale	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
Secrétaire	1	0%	1 102 160 F	- F	5,96%	- F
Agent d'administration	1	0%	1 234 992 F	- F	5,96%	- F
Agent sanitaire	6	100%	1 314 900 F	1 314 900 F	5,96%	78 368,04 F
Aide sociale	1	100%	1 616 328 F	1 616 328 F	5,96%	96 333,15 F
Aide infirmier	12	70%	15 539 904 F	10 877 933 F	5,96%	648 324,79 F
Garçon de salle	2	50%	2 589 984 F	1 294 992 F	5,96%	77 181,52 F
brancardier	1	100%	952 992 F	952 992 F	5,96%	56 798,32 F
Lingère	0	0%	- F	- F	5,96%	- F
				- F	5,96%	- F
			38 999 400 F	21 582 075 F		1 286 291,66 F

ANNEXE 10: Part de rémunération du personnel du service d'accueil et d'urgence consacrée à la consultation des indigents en 2001

Personnel	Nbr e	% de temps	revenus	Coûts prestation	% indigents	coût prestation indigents
Professeur	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
M.C. Agrégé	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
A.C. Clinique	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Médecin	2	100%	5 350 200 F	5 350 200 F	0,05%	2 675,10 F
Interne	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
FFI	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Psychologue	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Kinésithérapeute	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
anesthésiste	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
infirmier d'état	4	100%	6 016 640 F	6 016 640 F	0,05%	3 008,32 F
Sage-femme	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
infirmier breveté	1	100%	1 463 940 F	1 463 940 F	0,05%	731,97 F
Educateur spécialisé	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Assistante sociale	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Secrétaire	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Agent d'administration	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Agent sanitaire	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Aide sociale	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
Aide infirmier	3	100%	7 832 124 F	7 832 124 F	0,05%	3 916,06 F
Garçon de salle	2	100%	1 294 992 F	1 294 992 F	0,05%	647,50 F
brancardier	7	100%	13 993 850 F	13 993 850 F	0,05%	6 996,93 F
Lingère	0	0%	- F	- F	0,05%	- F
chauffeur	2	100%	2 647 944 F	2 647 944 F	0,05%	1 323,97 F
TOTAL			38 599 690 F	38 599 690 F		19 299,85 F

**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES
EN GESTION
DEPARTEMENT
DE LA DOCUMENTATION**