



CESAG CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**DEPARTEMENT CESAG SANTE
MBA ECONOMIE DE LA SANTE
20e Promotion**



**ANALYSE DES COÛTS DE
LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE CHEZ LES
ENFANTS DE 6 A 59 MOIS AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE FANA
PAR LA METHODE ABC.
(Région de Koulikoro au MALI)**

**Mémoire pour l'obtention du diplôme de
MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION EN ECONOMIE DE LA SANTE**

Présenté par :

Mme Kadiatou TRAORE

Sous la direction de :

M. Mouhamadou DIA

Enseignant associé au CESAG

Mme MAME Rouba FAYE KANE

Enseignante permanente au CESAG

Décembre 2018

HOMMAGE A ALLAH SOUBHANA WA TA ALLAH

Je rends grâce à Allah soubhana wa ta Allah, l'Omnipotent, l'Omniscient et l'Omniprésent de
m'avoir donné la Santé et la force pour réaliser cette étude.

Hommage au Prophète MOHAMED (paix et salut sur Lui) et toute sa famille.

DEDICACE

A MON PERE

Souleymane Alou Traoré, merci pour tout papa, pour l'éducation que tu nous as donnée et qui a forgé en moi cet esprit laborieux aboutissant à ce travail. Il est le fruit de ton abnégation et ton dévouement pour tes enfants.

Je suis fière de toi Papa, fière d'être ta fille.

A MA MERE

Doussou Coulibaly, grâce à tes efforts, à ton soutien inlassable, à tes sacrifices et surtout à ton attachement pour la réussite de tes enfants, je suis parvenue à réaliser une étude de ce niveau.

Que Dieu te garde longtemps et en bonne santé auprès de nous.

A MON MARI

Dr Koné Salif, les mots me manquent pour t'exprimer ce que je ressens. Qu'Allah le Tout-puissant t'accorde sa bénédiction dans la santé et la longévité.

A MON FILS

Moulaye Koné, mon cher enfant tes sourires, tes chants, tes cris, tes pleurs, tes plaintes m'ont accompagné pendant ces mois, ce travail a été fait pour toi et puisse Dieu faire de ce travail une référence pour toi.

A MA BELLE-FAMILLE

Merci de nous avoir accepté pour le meilleur et pour le pire.

A MON FRERE, MES SŒURS, TANTES, AMIES, NEVEUX ET NIECES Vos prières, vos souhaits et soutiens de tout genre de me voir réussir m'ont accompagné durant mon cursus. Ce travail est le vôtre.

REMERCIEMENTS

Toute l'administration Du Cesag :

Merci de nous avoir offert un environnement propice à notre apprentissage.

Département Cesag-Santé : Dr EL Hadji Gueye, Mme Mously Seye, Mme Laure.

Spécialement au Directeur de Département-Santé Dr El Hadji Gueye :

Votre souci de voir vos étudiants assimiler ce qu'on leur enseigne et mettre en pratique vos conseils constitue un exemple à suivre. Merci pour votre soutien inlassable !

A mes directeurs de mémoire : M. Mouhamadou Dia et Mme Mame Rouba KANE FAYE

Vous m'avez accordé votre confiance en acceptant de m'encadrer malgré vos multiples occupations. Votre humilité, votre ouverture d'esprit et surtout l'intérêt que vous portez à la science font de vous une source intarissable à laquelle tout étudiant devrait s'abreuver. Trouvez ici, le témoignage de ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

A tous mes collègues de promotion

Le partage de vos expériences et vos manières de faire m'ont édifié. Merci pour les bons moments passés ensemble !

Au médecin chef du Centre de Santé de Référence de Fana :

Dr Samaké Youssouf et l'ensemble du personnel dudit centre et très particulièrement à Dr Haidara, Dr Tég²ué, qui n'ont ménagé aucun effort pour mettre à ma disposition toutes les informations nécessaires.

Au médecin responsable Dr TRAORE Solomane de l'URENI et toute son équipe

Pour leur ouverture et leur Bonne collaboration qui nous ont facilité la quête des informations nécessaires pour la réalisation de ce travail.

A l'Amicale des Médecins et Pharmaciens Maliens au Sénégal (AMEPHASE)

Mes sincères remerciements pour tout.

A tous ceux qui ont de près ou de loin contribué à ma formation et à la réalisation de ce travail dont les noms ne sont pas mentionnés, certainement pas parce que ce n'est pas important mais parce que tout simplement tout être qui boit se trompe.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC	: Activity Based Costing
ABM	: Activity Based Management
CPA	: Comptabilité Par Activité
CS Réf	: Centre de Santé de Référence
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
MAS	: Malnutrition aigüe sévère
MAM	: Malnutrition aigüe modérée
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UREN	: Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelles
URENI	: Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelles Intensives
URENAS	: Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelles en Ambulatoire pour sévères
URENAM	: Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelles en Ambulatoire pour modérés
MOD	: Main d'œuvre Directe
F CFA	: Franc de la Communauté Financière d'Afrique
OMD	: Objectif du Millénaire pour le développement
SMART	: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
USA	: Etats Unis d'Amérique
ATPE	: Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
PIB	: Produit Intérieur Brut
PEC	: Prise En Charge

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Situation actuelle du personnel au CS Réf de fana	23
Tableau 2: Inducteurs de niveau 1 et leurs volumes	31
Tableau 3: Inducteurs de niveau 2 et leurs volumes	33
Tableau 4: Liste des activités de l'URENI regroupées en macro-activités :	39
Tableau 5: Charges de la main d'œuvre directe médicale.....	41
Tableau 6: Récapitulatif des charges de main d'œuvre directe.....	43
Tableau 7: Récapitulatif des charges directes	44
Tableau 8: Charges d'amortissement des matériels médicaux utilisés dans le processus.....	45
Tableau 9: Charges supportées par les services concernés pour le 1 ^{er} semestre 2018	47
Tableau 10: Récapitulatif des ressources consommées.....	48
Tableau 11: Répartition des charges d'amortissement et de la main d'œuvre directe entre les activités.....	51
Tableau 12: Autres charges consommées par les activités concernées par le processus.	52
Tableau 13: Synthèse des allocations des ressources aux activités du processus	53
Tableau 14: Inducteurs de niveau 2 et leurs volumes	55
Tableau 15: Répartition des ressources entre les activités	57
Tableau 16: Résultats de l'étude	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1: le double apport de la démarche ABC/ABM.....	14
Figure 2: Carte sanitaire du District de Fana.....	21
Figure 3: Organigramme DU CSREF	24
Figure 4: Modèle de calcul et d'analyse de coût.....	29
Figure 5: La répartition des activités cliniques et administratives réalisées	40
Figure 6: Répartition des ressources entre les activités.....	58
Figure 7: Répartition des ressources dans le processus de la MAS	59
Figure 8: Répartition du coût global entre les acteurs.....	61

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Cartographie des activités de la MAS	69
Annexe 2: Grille salariale en FCFA	70
Annexe 3: Les charges de la main d'œuvre directe	71
Annexe 4: Les charges en produits pharmaceutiques	72
Annexe 5: Tableau des amortissements	73
Annexe 6: Amortissement des matériels hôteliers	74
Annexe 7: Amortissements des installations techniques.....	75
Annexe 8: Fournitures de bureau, produits d'entretien et de consommables du mois de Janvier au mois de juin 2017	76
Annexe 9: amortissements des petits matériels de bureau	77
Annexe 10: répartition de la MOD aux activités.....	78
Annexe 11: Coût moyen de la prise en charge de la MAS pour l'UNICEF	79
Annexe 12: Coût de la prise en charge pour le PAM.....	79
Annexe 13: les charges liées à l'électricité	80
Annexe 14: Répartition du coût global entre les acteurs.....	81

SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES ANNEXES.....	VI
SOMMAIRE	VII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	9
CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE	11
Section 1 : Présentation de la méthode ABC	11
Section 2 : Revue de la littérature sur l'analyse des coûts	17
CHAPITRE 2 : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	20
Section 1 : Cadre de l'étude	20
Section 2 : Méthodologie	28
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE.....	36
CHAPITRE 3 : CALCUL DE COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS.....	38
Section 1 : Identification des activités, valorisation et affectation des charges	38
Section 2 : Détermination du coût de la prise en charge de nos patients	54
CHAPITRE 4 : ANALYSE DU COÛT REEL GENERE PAR LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS ET RECOMMANDATIONS	57
Section 1 : Analyse des activités, des ressources et des objets de coût du processus de la prise en charge	57
Section 2 : Recommandations	62
CONCLUSION GENERALE	64
BIBLIOGRAPHIE	67

INTRODUCTION GENERALE

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité(OMS).

En 2008, la revue scientifique « The Lancet », notait que 55 millions d'enfants à travers le monde étaient émaciés avec 19 millions dans la forme sévère. Le sud de l'Asie Centrale présentait la plus grande prévalence de l'émaciation avec 29 millions de cas.

Selon Neve Mimica, commissaire européen à la coopération internationale et au développement, la malnutrition peut être éliminée dans le cadre des objectifs de développement durable. Le Rapport sur la malnutrition mondiale est construit autour de ce fait simple mais fondamental. Il nous rappelle que nous possédons les ressources, les connaissances et les compétences nécessaires pour atteindre cet objectif. Il nous rappelle également que malgré les progrès réalisés dans la réduction du retard de croissance à l'échelle mondiale, il reste beaucoup à faire. Il importe notamment de transformer les engagements en actions et d'améliorer la redevabilité à l'échelle mondiale. Ce rapport peut devenir un outil important pour atteindre tous les acteurs clés du développement et les persuader qu'une nutrition de qualité est l'un des facteurs fondamentaux du développement de la croissance inclusive.

La malnutrition est l'un des principaux problèmes de santé qui affectent les enfants dans les pays en développement. Selon Rice en 2000, elle est responsable du décès de plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans dans le monde et contribue, pour une grande part, à la mortalité de cette tranche d'âge par une diminution de la résistance à la maladie et un affaiblissement des fonctions immunitaires.

Selon l'UNICEF, en 2011, 1 enfant sur 3 souffrait d'un retard de croissance en Afrique et le Mali fait partie des pays qui ont le taux d'émaciation supérieur à 5%, soit 6%.

Le rapport de la directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique indique que même si la prévalence du retard de croissance a diminué entre 2000 et 2016, les nombres absolus d'enfants souffrant de retard de croissance ne cesse d'augmenter, allant de 50,4 millions en

2000 à 58,5 millions en 2016. Le retard de croissance ou insuffisance de croissance et de développement se produit quand les enfants souffrent de malnutrition, de maladie et du manque de stimulation psychosocial. Il survient en général avant que l'enfant n'atteigne l'âge de deux ans, et les conséquences à long terme comprennent le mauvais rendement scolaire, les bas salaires à l'âge adulte, la perte de productivité et le risque accru de maladies chroniques liées à la nutrition chez les adultes.

Parmi les obstacles auxquels la communauté internationale est confrontée aujourd'hui, rares sont ceux qui rivalisent en intensité avec la malnutrition, une condition qui touche directement 1 personne sur 3. La malnutrition et l'alimentation sont de loin les plus grands facteurs de risque pour la charge mondiale de morbidité : tous les pays font face à un grave problème de santé publique du fait de la malnutrition. Les conséquences économiques représentent des pertes de 11% du produit intérieur brut (PIB) chaque année en Afrique et en Asie, tandis que la prévention de la malnutrition engendre 16 dollars de retour sur investissement pour chaque dollar dépensé. Dans le monde entier, les pays ont ratifié les cibles en matière de nutrition, mais malgré les quelques progrès réalisés ces dernières années, le monde est mal parti pour les atteindre. Ce troisième bilan de l'état de nutrition, dans le monde met en évidence divers moyens d'inverser cette tendance et d'éliminer toutes les formes de malnutrition d'ici 2030.

Selon l'UNICEF en 2007, 148 millions d'enfants de moins de 5 ans des pays en développement présentaient une insuffisance pondérale pour leur âge. Les 2/3 de ces enfants vivent en Asie et un peu plus d'un quart en Afrique. L'Afrique et l'Asie abritent ensemble 93% des enfants de moins de 5 ans du monde en développement présentant une insuffisance pondérale, 5 millions d'enfants malnutris meurent chaque année soit près de 10 enfants chaque minute.

Depuis son indépendance en 1960 à nos jours, le Mali est victime de sécheresses cycliques avec son corollaire de déficit nutritionnel au sein de la population générale, et plus particulièrement chez les enfants et les femmes enceintes. De nombreux systèmes d'alerte et de prévention de la famine ont été mis en place par le gouvernement et ses partenaires. Malgré l'institution de ces efforts, le pays est toujours confronté à des situations de déficits nutritionnels. En outre, la détérioration de la situation sécuritaire ces trois dernières années, a impacté sur l'état nutritionnel de la population : celle restée au nord ne pouvant disposer des

produits alimentaires en provenance du sud et de l'Algérie et la surpopulation du sud par des déplacés internes venus des zones d'insécurité du nord du pays.

Quant à la situation nutritionnelle, elle constitue un problème de santé publique au regard des prévalences des différents types de malnutrition toutes au-dessus des seuils d'urgence de l'OMS selon les différentes enquêtes SMART. La situation de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle des ménages au Mali s'est dégradée à cause en grande partie de la dégradation de la situation sécuritaire que connaît le pays depuis 2012. La combinaison de ce facteur avec les déficits de production isolés soit du fait des déficits pluviométriques soit de l'abandon des champs à cause de l'insécurité a certainement contribué à la réduction de l'accessibilité des ménages aux aliments, perturbé les circuits d'approvisionnement des marchés et en conséquence, influé négativement sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Les différentes formes de malnutrition sont presque toujours associées à des carences en micronutriments (sels minéraux et vitamines), qui ont un fort impact négatif sur l'individu.

Lors de l'EDSM V (2012-2013), la prévalence de la malnutrition aiguë a été considérée comme élevée au Mali avec 13 % des enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition aiguë. Parmi ceux-ci, 8 % présentait une maigreur sous forme modérée et 5 % sous la forme sévère tandis que les résultats de l'enquête SMART 2014 estimaient la prévalence de la malnutrition aiguë globale à 13,3% [11,7-15,0] pour l'ensemble des régions et le district de Bamako ; et les 2,9% [2,3-3,5] constituent la prévalence de la malnutrition aiguë sévère.

La malnutrition est un obstacle au développement humain. Elle réduit les capacités de développement économique des pays pour des générations. La malnutrition, aggravée par la carence en vitamine et en micro-nutriments, est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté car la malnutrition a de graves répercussions sur la santé et l'économie du pays. La plus importante conséquence de la malnutrition est l'accroissement de la morbidité et de la mortalité surtout chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou allaitantes. L'aggravation du risque de maladie et un développement cognitif plus lent affectent également le niveau d'instruction. A l'âge, l'accumulation des effets à long terme de la malnutrition réduit la productivité et augmente l'absentéisme sur le lieu de travail. Ces 2 facteurs conjugués diminuent le revenu potentiel des individus durant leur vie et leur contribution à la création de richesse. En effet, les recherches ont démontré que la malnutrition est associée à la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans. Ceci signifie

qu'au Mali, un enfant meurt toutes les dix minutes à cause de la malnutrition. La malnutrition freine également la croissance économique et perpétue la pauvreté par le jeu de plusieurs facteurs : les pertes de vie humaine, les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique, les pertes dues à la mauvaise fonction cognitive et aux déficits de scolarisation des enfants, et les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins de Santé.

Au Mali, une loi hospitalière a été adoptée en 2002 pour définir le cadre institutionnel d'une réforme majeure. Cette loi a décrété des transformations substantielles à la structure interne des hôpitaux publics en augmentant l'autonomie administrative et financière, l'implication des populations dans la prise de décision, l'intégration des services de spécialité et la participation du secteur privé au service public hospitalier. Au plan de l'application, la capacité des hôpitaux à réussir les transformations prévues a été remise en question par la majorité des acteurs.

Ainsi, tous les textes d'application de la loi hospitalière ne sont pas adoptés pour le moment soit 46% en décembre 2010, l'insertion de la comptabilité de gestion dans les Hôpitaux publics de Santé n'est pas appliquée dans toute l'étendue du territoire malien. Le calcul des coûts de la prise en charge des soins n'est pas connu par les structures de Santé, ce qui fait que les études sur le calcul des coûts de la prise en charge de la MAS par la méthode ABC en tant que telle n'a pas fait d'objet d'étude au Mali.

Selon le CS Réf, la commune rurale de Fana, en 2017, a admis 1932 cas de malnutrition, respectivement 1641 pour URENAM (malnutrition aigüe modérée MAM) et 291 pour URENI pour les MAS. Comme indicateur de performance sur l'URENAS a guéri 1476 dont 90% et 164 patients ont abandonné soit 10%. A l'URENI, l'Unité a pu guérir 256 patients soit 88% ,14 patients ont abandonné soit 5% et 20 décès qui représentent 7%.

C'est dans ce cadre que nous avons choisi le Centre de référence de Fana pour mener notre étude.

Analyse des coûts étant un outil important d'aide à la prise de décision pour aider l'autorité compétent au niveau du centre.

❖ Problématique

La malnutrition aiguë sévère est définie par un très faible rapport poids/taille [inférieur de – 3 z-scores à la médiane (tirée des normes de croissance de l'OMS)], par une émaciation sévère et visible ou par la présence d'œdèmes nutritionnels. La baisse de la mortalité chez l'enfant et l'amélioration de la santé des mères dépendant fortement du recul de la malnutrition.

Aujourd'hui dans le monde, 165 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance. Les causes sont multiples : le manque d'alimentation, d'eau potable, de sanitaires, de soins médicaux et d'éducation, ainsi que la pauvreté.

A Fana, les causes de la malnutrition aiguë sévère sont principalement liées à la pauvreté due : à la mauvaise pluviométrie de l'année précédente, la non perception de la malnutrition comme une maladie, la crise politico-économique.

Aujourd'hui, la politique de gratuité de la prise en charge de la MAS a un impact sur le bon fonctionnement du CS Réf. Elle a été adoptée sans associer les responsables de l'URENI à la détermination du coût et sans mener une étude préalable au niveau des services publics, cela est d'autant plus vrai que le coût de la MAS fixé par l'Etat au niveau des Centres de Santé de référence ne prend pas en compte les complications qui surviennent durant la prise en charge. Cette politique depuis sa mise en application ne fait que perdre des revenus au CS Réf à travers les ruptures fréquentes dans l'approvisionnement en intrants et les retards considérables dans le remboursement.

Ainsi, le taux de la malnutrition est très élevé à Fana, la prise en charge gratuite des soins de santé provoque une demande abondante de soins due à l'absence de contrainte financière. L'URENI du CS Réf de Fana admet abondamment des cas de MAS, ce qui nécessite une forte consommation des ressources et des intrants. Cependant, il y a toujours la rupture des intrants, le gestionnaire se plaint de cette unité comme étant l'unité qui consomme le plus d'intrants et qui n'engendre pas de revenu. Le nombre de professionnels titulaires de la prise en charge est

insuffisant, ils sont appuyés par les bénévoles et les stagiaires mais ces derniers fuient l'URENI parce qu'il y a beaucoup de travail et il n'y a aucune source de motivation.

A l'analyse, nous avons constaté que parmi les causes déterminantes de cette situation décrite par le CS Réf figure la non connaissance des coûts liés à leurs différentes offres de soins : c'est le cas de l'URENI de Fana.

Cette prise en charge a un coût mais malheureusement les hôpitaux de districts peuvent sous évaluer le coût car ils n'ont pas d'outils nécessaires à cause des ressources très limitées.

La sous-évaluation du coût de la prise en charge entraîne un véritable problème pour les structures de référence et cela joue sur les conditions socioéconomiques des malades. La méconnaissance du coût peut également avoir d'énormes conséquences sur la politique de gratuité de la MAS notamment :

- La non maîtrise des activités consommatrices de ressources lors de la prise en charge de MAS
- Une mauvaise allocation des ressources due à la méconnaissance des activités liées à la MAS ;
- La baisse de recettes du CS Réf due à l'inefficacité du système de recouvrement ;
- La dégradation de la qualité des soins
- La remise en cause de la continuité de la politique de gratuité de la MAS.

Comme solution, nous avons proposé d'analyser le coût réel de la prise en charge de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois par la méthode Activity Based Costing (ABC). La méthode ABC est une méthode de la comptabilité de gestion. L'intérêt de cette méthode est qu'elle vient répondre aux insuffisances des méthodes traditionnelles, en plus elle est un outil d'aide à la prise de décision.

Nous avons alors posé la question :

Quel est le coût réel de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59 mois dans le Centre de Santé de Référence de Fana ?

De cette question principale, ont découlé des questions spécifiques comme :

- Quelles sont les différentes activités réalisées pour la prise en charge de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois ?
- Quelles sont les ressources mobilisées pour réaliser chaque activité ?

- Quelles sont les activités les plus déterminantes en termes de ressources consommées ?

Pour répondre à ces questions soulevées et pour mieux appréhender l'intérêt suscité par la problématique, nous avons porté notre étude sur le sujet : « Analyse des coûts de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59 mois au CS Réf de Fana par la méthode ABC ».

❖ Les objectifs de l'étude :

- Objectif général :

L'objectif général de notre étude était d'analyser par la méthode ABC le coût réel supporté par le Centre de Santé de référence de Fana dans la prise en charge de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois.

- Objectifs spécifiques

- Identifier les différentes activités réalisées pour la prise en charge de la pathologie ;
- Déterminer les ressources consommées par chaque activité réalisée ;
- Identifier les activités les plus importantes en termes de ressources consommées.

❖ Intérêt de l'étude

Cette étude, a permis au Centre de Santé de référence de savoir le coût réel supporté par la structure au cours du traitement d'un enfant atteint de malnutrition aigüe sévère. La détermination de ce coût a permis d'orienter les décideurs sur la politique de la gratuité et la couverture maladie universelle afin que la charge supportée par la structure puisse être allégée, qui a contribué à la lutte contre la pauvreté et renforcé les stratégies de développement du pays. Elle a également permis de connaître tous les éléments entrant dans ce coût ainsi que leur poids respectif dans la formation de ce coût afin d'identifier parmi ces éléments ceux qui sont les plus pertinents et ceux qui ne sont pas déterminants et qui augmentent les coûts inutilement.

Cette étude a permis en outre au CS Réf d'avoir des éléments d'appréciation pour savoir la conduite à tenir par rapport au tarif appliqué pour la prise en charge de cette pathologie. Il a permis par ailleurs à la structure de disposer de données qui pourront être utilisées dans la mise en place d'un système d'information sur la malnutrition.

❖ Plan de l'étude

L'étude est composée de deux grandes parties.

Une première partie porte sur le cadre théorique de l'étude (chapitre 1), sur la méthodologie que nous avons adoptée pour mener cette étude et la présentation du CS Réf (chapitre 2).

La seconde partie est consacrée au calcul du coût de revient (chapitre 3) ,à l'analyse par la méthode ABC, du coût réel supporté par le CS Réf pour la prise en charge de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois et aux recommandations (chapitre 4).

**PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE
ET METHODOLOGIQUE**

La comptabilité analytique ou de gestion étant conçue comme un outil de calcul et d'analyse des coûts que l'entreprise supporte, elle a su développer des méthodes et des techniques de calcul de coût adaptées à l'environnement économique et technologique de l'entreprise dès sa création et au cours de son évolution.

D'après **Leclère D.** en 2012, on a coutume d'opposer comptabilité générale et comptabilité analytique, tout comme dans d'autres disciplines, on oppose par exemple chimie minérale et chimie organique ou algèbre et géométrie.

L'étudiant en sciences de gestion étudie séparément les deux notions de la comptabilité tout au long de son cursus, en commençant dans la plupart des cas par étudier la comptabilité générale avant de passer à l'analytique. En fait, cette coupure est en grande partie artificielle et est surtout due à des contraintes pédagogiques. Ces deux comptabilités constituent deux facettes du système d'information de l'entreprise et, d'une manière plus large, de toute organisation. Seul l'état de développement technologique des moyens pour traiter l'information comptable explique cet état de fait, et il est indéniable par exemple que l'informatisation des systèmes comptables est venue complètement modifier les données du problème, en intégrant de façon multidimensionnelle, dans une même base de données, comptabilité financière et comptabilité analytique.

Ainsi, selon Grandguillot & Al. (2018) la comptabilité de gestion calcule et analyse la valeur des flux internes dans l'entreprise. Elle doit être adaptée à l'activité, à la structure fonctionnelle de l'entreprise et aux besoins des décideurs face aux évolutions de l'environnement économique et technologique (concurrence internationale, flexibilité des moyens de production...).

La méthode de la comptabilité par activité ou méthode ABC (Activity-Based Costing) est une nouvelle approche de la comptabilité de gestion qui propose une alternative à la comptabilité analytique proposée par le plan comptable général en 1982, adaptée aux besoins de certaines entreprises.

En tant que nouvelle approche, la méthode a fait l'objet de beaucoup de développements théoriques au sein de la doctrine de la comptabilité de gestion. C'est ainsi que, pour mieux appréhender cette nouvelle méthode dans ses avantages, ses limites et sa démarche, nous avons passé en revue une partie de la littérature portant sur le calcul des coûts par la méthode ABC et sur l'analyse de coût de la MAS (chapitre 1). Il est aussi développé dans cette partie-là le cadre de l'étude et méthodologie utilisée pour mener à bien notre étude (chapitre 2).

CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE

Il s'agissait de présenter la méthode ABC, ensuite la revue sur l'analyse de coût sur la MAS et enfin de faire une revue sur l'application de la méthode ABC en milieu hospitalier.

Section 1 : Présentation de la méthode ABC

La méthode ABC ou comptabilité à base d'activité est une méthode de la comptabilité de gestion. Elle propose une alternative à la comptabilité analytique proposée par le plan comptable général 1982, adaptée aux besoins de certaines entreprises, compte tenu de l'évolution de leurs structures (développement des activités de soutien, évolution de la structure des coûts qui comprennent une part majoritaire de charges indirectes) et de leurs préoccupations de gestion.

1.1. Définitions de la méthode ABC et de ses concepts fondamentaux

Nous avons défini le coût comme un ensemble de charges avant de définir la méthode ABC. Pour Grandguillot et al. (2011) : « Un coût s'applique à toute chose désignée pour laquelle il est jugé utile d'attribuer des charges de les totaliser. Par exemple, l'objet de coût peut être un produit, un projet, une activité ... »

Quant au coût de revient d'un produit ou d'un service, c'est la somme de toutes les dépenses (ou des charges) nécessaires pour que ce produit ou ce service arrive à son état final, (Duménil M., 2018 :P.30)

1.1.1. Définitions de la méthode ABC

C'est une méthode apparue dans les années 1980 aux USA. Son point central : les produits consomment des activités qui elles-mêmes consomment des coûts. Elle repose sur trois concepts emboîtés :

- Tâche : opération élémentaire.

- Activité : ensemble de tâches mettant en jeu un ensemble homogène de savoir-faire et aboutissant à une production définie.
- Processus : chaîne d'activités contribuant à la fourniture d'un même produit ou un service à un client interne ou externe, (Duménil, 2018 :51)

Pour DORIATH (2007 : 62), la méthode ABC tire sa dénomination de l'expression Anglo-saxonne servant à la désigner : Activity based costing, ce qui peut se traduire par comptabilité par activité.

« La méthode ABC repose, en premier lieu, sur le découpage en activité pertinente du fonctionnement de l'entreprise ». (Jacquot, 2011 :237), selon Boivers (2011 :201), la comptabilité par activité est un système qui comprend trois blocs, les ressources, les activités, les objets de coût. Ainsi, les liens peuvent être établis entre les ressources et les activités ainsi qu'entre les activités et les objets de coût.

1.1.2. Définitions des concepts fondamentaux de la méthode

❖ Définitions de l'activité

Pour Duménil M. (2018 :51) « Une activité consiste en un ensemble de tâches. Chaque tâche nécessite la mise en œuvre de ressources (consommation de facteurs = travail, humain, matière, technologie, etc.) chaque activité conduit à l'obtention d'un résultat (output = produit ou service rendu) afin de satisfaire les besoins d'un client interne ou externe à la structure. »

Selon **De Rongé** (2013 :283), Brimson a introduit deux éléments importants dans la définition du concept activité :

- L'activité consommatrice de ressources et sa réalisation suppose la mise en œuvre d'une combinaison d'intrants (travail humain, matière, technologies, etc.)
- L'activité est finalisée au sens où elle est accomplie en vue de l'obtention d'un résultat, défini comme un produit ou un service.

L'activité peut également être définie comme « une combinaison de personnes, de technologies, de matières et de méthodes qui fournit un produit ou un service déterminé » (Mendoza, 2002 :158)

❖ Les tâches :

La notion tâche n'a pas fait l'objet de beaucoup de définition par les auteurs. Cependant, Tuszynski (2001 :94) la définit comme une opération élémentaire dans la description du travail. Elle ne donne pas lieu à un calcul de coût. Exemple : régler une machine, emballer une commande, envoyer une facture. La tâche est donc une opération élémentaire exécutée par un homme ou une machine.

❖ Définition du processus

Pour Béatrice, (2012 :108), le processus est composé d'un ensemble d'activités liées entre elles autour d'un objectif commun. Tuszynski (2001 :95) le décrit comme une approche transversale qui s'oppose à la vision classique de la structure verticale par fonction. Le processus est ici transversal car il a la faculté de franchir les frontières entre les services, départements ou fonction de l'entreprise.

❖ La notion d'inducteur

Un inducteur de coût est un facteur susceptible d'avoir un impact sur le coût de l'objet de coût : toute modification du niveau de l'inducteur de coût (principe de causalité) entraîne une modification du coût total de l'objet de coût (Duménil, 2018). Les unités d'œuvre sont remplacées par des inducteurs d'activités qui ne sont pas seulement des mesures quantitatives : ce sont des éléments qui mesurent le volume de l'activité et donc sont en principe explicatif des coûts.

1.2. Démarche, Avantages et Limites du calcul et de l'analyse des coûts par la méthode ABC

1.2.1. Démarche du calcul des coûts par la méthode ABC

La démarche ABC/ABM est une double dimension.

La figure suivante illustre le double apport de la démarche ABC/ABM

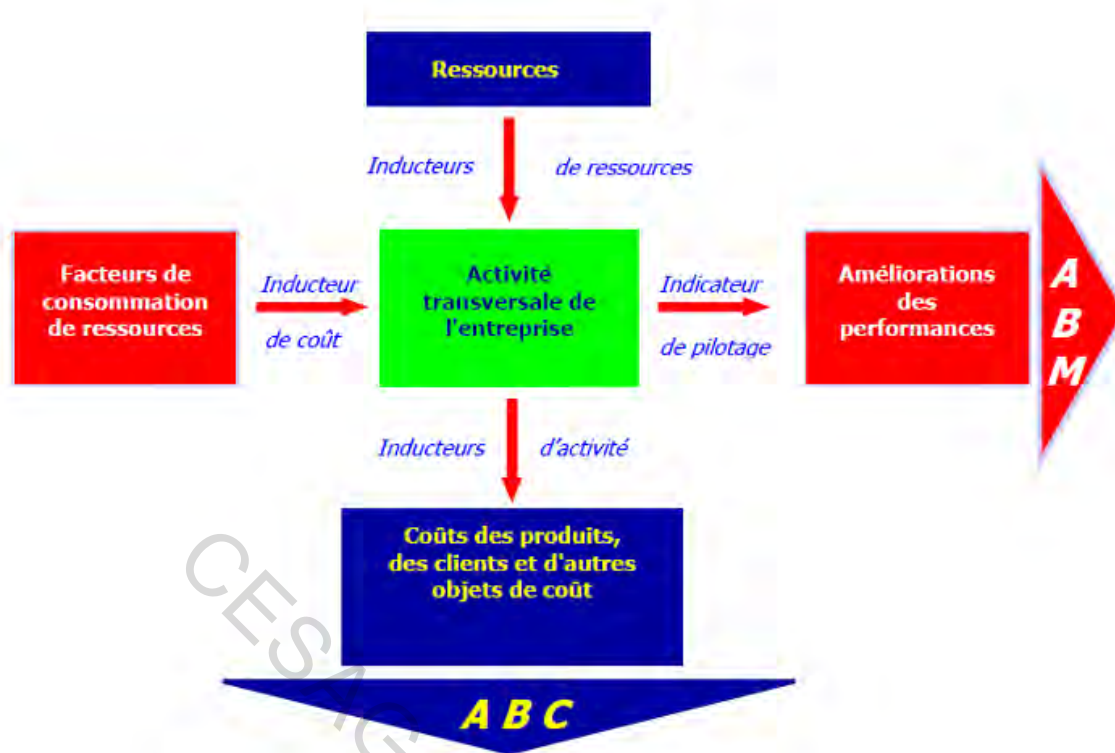


Figure 1: le double apport de la démarche ABC/ABM

Source : Gwénaëlle & al. (2001)

La mise en œuvre de la méthode ABC adopte une démarche composée de trois (3) grandes étapes :

Etape 1 : identifier les activités

L'établissement de la liste d'activités est une phase essentielle.

Pour cela, il faut définir un groupe de projet et nommer le chef de projet. Le chef de projet doit élaborer une première liste d'activités à l'aide d'entretiens individuels et de réunions collectives avec le dirigeant et les membres du groupe de projet. Il est bénéfique que tout le personnel participe à l'élaboration de cette liste.

En effet, mettre en œuvre une démarche ABC/ABM avec un seul interlocuteur équivaut à donner à cette personne un tableau de bord, des indicateurs et des coûts de revient qu'elle sera la seule à comprendre et maîtriser.

Ensuite, il faut valider la liste d'activités. Il faut garder les activités qui sont créatrices de valeur c'est-à-dire celle qui correspondent aux Facteurs Clés de succès. Il faut limiter le nombre d'activités (pour ABC : 20 à 50 activités ; pour ABM : 100 au maximum). Les activités doivent être suffisamment fines pour être homogènes mais pas trop nombreuses pour éviter une complexité trop grande lors de l'affectation des coûts. Enfin pour chaque activité, il faut recenser les temps passés et les quantités produites. On procède pour finir au regroupement des activités par exemple par fonction.

Etape 2 : Obtention du coût de revient et les marges

- **Calculer le coût des activités**

Le problème est double :

- Certaines ressources sont directes au niveau de l'activité,
- D'autres ressources comme les salaires, peuvent être ventilées directement, mais à condition de pouvoir définir et quantifier l'inducteur.

- **Définir les inducteurs de coûts**

Hugues Boivers distingue trois types de d'inducteurs :

- Les unités d'œuvre qui correspondent à l'unité de mesure du travail (ex : temps passé, nombre de commandes passées). La méthode ABC souhaiterait éviter cet inducteur car leur utilisation est moins riche en matière d'information induite.
- Les déclencheurs d'activité qui correspondent aux éléments qui déclenchent une activité ou une série d'activités (ex : plainte d'un client qui déclenche une série d'activités administratives, commerciales, de contrôle ...). Leur utilisation permet de décrire de façon précise la cartographie des activités administratives, et de comprendre leur enchaînement.
- Les facteurs de consommation de ressources correspondant aux éléments qui influent sur la consommation des ressources par activités. Cet inducteur est adapté aux situations où l'on cherche à calculer des coûts les plus précis possible.

- **Valoriser les objets de coûts**

Il s'agit d'imputer les ressources afin de valoriser les activités. Les activités sont valorisées par l'addition de ressources issues des services, et consommées par les activités elles-mêmes.

Cela se fait en deux temps :

- En rattachant les ressources directement aux activités,
- En les répartissant d'abord classiquement par service puis par activité pour les ressources non affectables.

- **Calculer le coût de revient**

Cette étape consiste à disposer d'une gamme qui pour un produit ou un client indique le nombre d'unités d'œuvre qu'il consomme pour chaque activité.

Etape 3 : Identifier les indicateurs de pilotage

Identifier et mettre en place les indicateurs par activités, établir un tableau

1.2.2. Les avantages et les limites du calcul des coûts par la méthode ABC

1-2-2-1 Les avantages du calcul des coûts par la méthode ABC

- Précision et aide à la prise de décision,
- Approche pragmatique de la composition des coûts,
- Meilleure interprétation du coût de revient et analyse de la rentabilité client,
- Bonne visibilité des processus,
- Combinaison des principes comptables et financiers avec des principes opérationnels et stratégiques de management
- Mobilisation possible du personnel et implication des responsables concernés,
- Meilleure outil de pilotage,
- Contribution à l'élaboration du budget,
- Comptabilité avec de nouvelles pratiques de management.

1.2.2 .2. Les limites du calcul des coûts par la méthode ABC

- Lourd et difficile à mettre en place,
- Remise en cause des mentalités et des comportements,
- Remise en cause des systèmes d'information,
- Nécessite un système d'information efficace,
- Nécessite d'énormes ressources financières,
- Collecte d'informations difficiles,
- Difficulté du choix des inducteurs,
- Risque d'abandon lors de la mise en œuvre,
- Répartition difficile des temps et ressources,
- Nécessité de former le personnel

Section 2 : Revue de la littérature sur l'analyse des coûts

2.1. Revue de la littérature sur l'analyse des coûts de la MAS

L'analyse des coûts de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère par la méthode ABC n'a pas fait d'objet de plusieurs études. Cependant, différentes études ont été menées sur le calcul de coûts de la prise en charge de la malnutrition. Parmi ces études on note :

Touré (2016) travaillant sur le thème « Etude comparative des coûts de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication entre le milieu rural et le milieu urbain » par la méthode du calcul des coûts économiques a trouvé que le coût moyen par ménage dans le district sanitaire de Bla est 15 196 frs CFA au milieu rural et 26 163 frs CFA environ en milieu urbain. Il ressort que cette différence de coût d'opportunité et de restauration de l'accompagnant qui est élevé en milieu urbain qu'en milieu rural mais par contre le montant déboursé pour assurer le transport jusqu' à l'unité de la prise en charge est beaucoup plus important en milieu rural qu'en milieu urbain.

Dans l'étude intitulée « Analyse de cout de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 06 à 59 mois » (Bermadji ,2016) a utilisé la méthode de calcul de coût économique. Il résulte que les coûts moyens de la prise en charge ambulatoire

et celui de la prise en charge hospitalière sont respectivement égal à 41 387 F CFA et 54 754 F CFA. Il conclut que les coûts sont relativement élevés et que la prise en charge hospitalière coûte plus chère que celle ambulatoire.

Dr Lodjo (2010), a utilisé la méthode de coût complet pour calculer les coûts dans l'étude portant sur le thème « Coût efficacité de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 06 à 59 mois dans la zone sanitaire de Banikoro (Benin) ». Il en ressort que le coût total de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère est de **26 156 965 F CFA** et le coût par enfant prise en charge est de **91 244 FCFA**.

Ainsi, on obtient de l'analyse de la revue littéraire sur la MAS que l'évaluation des coûts de prise en charge de la malnutrition a été abordée de diverses manières par les auteurs.

2.2 . Revue de la littérature sur l'analyse des coûts par la méthode ABC en milieu hospitalier

L'analyse des coûts est devenue nécessaire pour la gestion des structures de Santé. Les décideurs ont besoin d'information relative aux ressources pour éclaircir leur choix politique. C'est la raison pour laquelle certains auteurs ont mené des réflexions sur la méthode ABC dans le contexte hospitalier.

Bamba (2003), dans « analyse des coûts des hospitalisations par la méthode ABC : cas du service neurologie du CHN de Fann », l'objectif de son étude était de permettre aux responsables de disposer d'une bonne tarification des prestations hospitalières. Il a conclu que l'analyse des coûts permettrait aux responsables de cet hôpital d'apprécier les coûts de la journée d'hospitalisation d'une part et d'autre part d'apprécier le coût d'une journée d'hospitalisation au niveau des unités de soins et surtout au niveau de l'unité de soins intensifs, il a aussi conclu que l'analyse des résultats a permis de ressortir les activités qui n'apportent pas de valeur ajoutée pour les patients et enfin, il a découvert des coûts méconnus pour les hospitalisations de l'hôpital Fann.

Dans son étude intitulé « analyse du coût de la césarienne dans le cadre de la politique de gratuité de la césarienne : cas de l'hôpital général de Kolda » Ndeye Fatou Diallo (2006) a

trouvé un coût largement supérieur à celui recouvré par l'hôpital par la méthode ABC d'où son angoisse pour la pérennité de cette politique.

Diomandé (2017), a utilisé la méthode ABC pour calculer les coûts portant sur le thème « analyse du coût de la césarienne par la méthode ABC : cas du centre hospitalier Abass Ndao (CHAN) ». Il en ressort que le coût de la césarienne calculé par la méthode ABC est supérieur au coût fixé par l'Etat. Il a également trouvé dans l'analyse des résultats que les activités les plus coûteuses dans le processus de la césarienne au CHAN sont l'acte opératoire et les soins anesthésiques et que les charges de main d'œuvre constituent les ressources le plus consommées dans le processus de la césarienne. Il conclut enfin que ces résultats permettront aux dirigeants du C.H.A.N de prendre des mesures correctives en vue de l'amélioration de la performance du C.H.A.N.

Ainsi, nous pouvons dire que la méthode ABC peut être appliquée à des structures de secteurs différents, elle constitue donc un outil de gestion stratégique et opérationnelle.

La méthode ABC vient répondre aux insuffisances de la méthode traditionnelle mais reste peu connue dans le milieu hospitalier en Afrique. Cependant, elle présente des avantages et des limites qui ont été décrits dans la section précédente.

CHAPITRE 2 : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

Section 1 : Cadre de l'étude

Après la méthodologie, nous avons procédé à la présentation du CS Réf, en tant que cadre de l'étude, et de celle du processus de prise en charge de la MAS dont le calcul du coût qui est l'objet de cette étude.

1.1. Présentation du CS Réf et du processus de prise en charge

Dans ce chapitre nous avons d'abord présenté le CS Réf, le cadre de notre étude, ensuite le processus de prise en charge de la MAS.

1.1.1. Présentation du CS Réf :

Suivant la loi 02-049/AN RM du 22 juillet 2002 PORTANT sur la santé au Mali, le système de Santé est organisé de façon pyramidale en des niveaux central, régional et subrégional. Chaque niveau présente des organes de gestion de la Santé et des prestataires de soins. Le Centre de Santé de référence ou l'Hôpital de district se trouve au niveau subrégional.

La présentation de l'hôpital est faite d'une part à travers son cadre institutionnel et, d'autre part à travers son cadre organisationnel. Mais au préalable, nous avons fait l'historique de la structure et sa situation géographique.

Le centre de santé de référence de la zone qui occupait l'emplacement de l'ancien centre de santé d'arrondissement, construit en 1956 a aujourd'hui été transféré dans des nouveaux locaux qui ont été construits à cet effet et inaugurés le 18 février 2007 par le Président de la République Amadou Toumani TOURE.

❖ **Situation géographique :** Situé dans le sud de la région de Koulikoro, le district sanitaire de Fana, couvre une superficie 7319 Km². Il est limité :

- ✓ Au nord par les cercles de Barouéli et Koulikoro,
- ✓ Au sud-ouest par le cercle de Diola,
- ✓ Au sud-est par le cercle de Sikasso
- ✓ A l'est par les cercles de Bla et Koutiala
- ✓ A l'ouest par les cercles de Kati et Ouéléssébougou

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1.1.1.2. Présentation du cadre institutionnel

Le cadre institutionnel se présente comme suite dans le tableau suivant :

Tableau 1: Situation actuelle du personnel au CS Réf de fana

QUALIFICATION	Nombre Existant			
	Etat	Collectivités	Ressources propres	Total CS Réf
Médecins	8	2	0	10
Médecin généraliste	03	2	0	5
Dont à compétence chirurgicale	0	0	0	0
Médecins spécialistes	5	0	0	5
Gynéco obstétricien	1	0	0	1
Santé publique	1	0	0	1
Ophtalmologue	1	0	0	1
Chirurgie générale	1	0	0	1
Chirurgienne dentiste	01	0	0	1
ADMINISTRATION	1	1	0	2
Contrôleur (trésor, finances)	1	0	0	1
Autres	1	0	0	1
Assistants médicaux	6	0	0	6
Ophtalmologie	1	0	0	1
Odontostomatologie	1	0	0	1
ORL	1	0	0	1
Santé publique	2	0	0	2
Anesthésié-réanimation	1	0	0	1
Laboratoire	1	1	1	3
Techniciens Supérieurs de santé	9	2	0	11
Odontostomatologie	1	0	0	1
Infirmier d'état	3	0	0	3
Sage-femme	4	2	0	6
Hygiène assainissement	1	0	0	1
Techniciens de santé	2	3	1	6
Infirmier premier cycle	2	3	0	5
Infirmière obstétricienne	1	0	0	1
Technicien de laboratoire	2	0	1	3
Auxiliaires de santé	2	1	6	9
Aide-soignant	0	1	3	4
Matrone	2	0	0	2
Personnel d'appui	3	0	0	3
Manœuvre	0	0	6	6
Chauffeur	3	2	0	5
Chauffeur mécanicien	1	0	0	1
Lingère	0	0	1	1
Gardien	0	0	1	1

Source : CS Réf

1.1.1.3. Présentation du cadre organisationnel

Le CS Réf est structuré en organes d'administration, et en services cliniques.

L'URENI se trouve dans le service de la pédiatrie

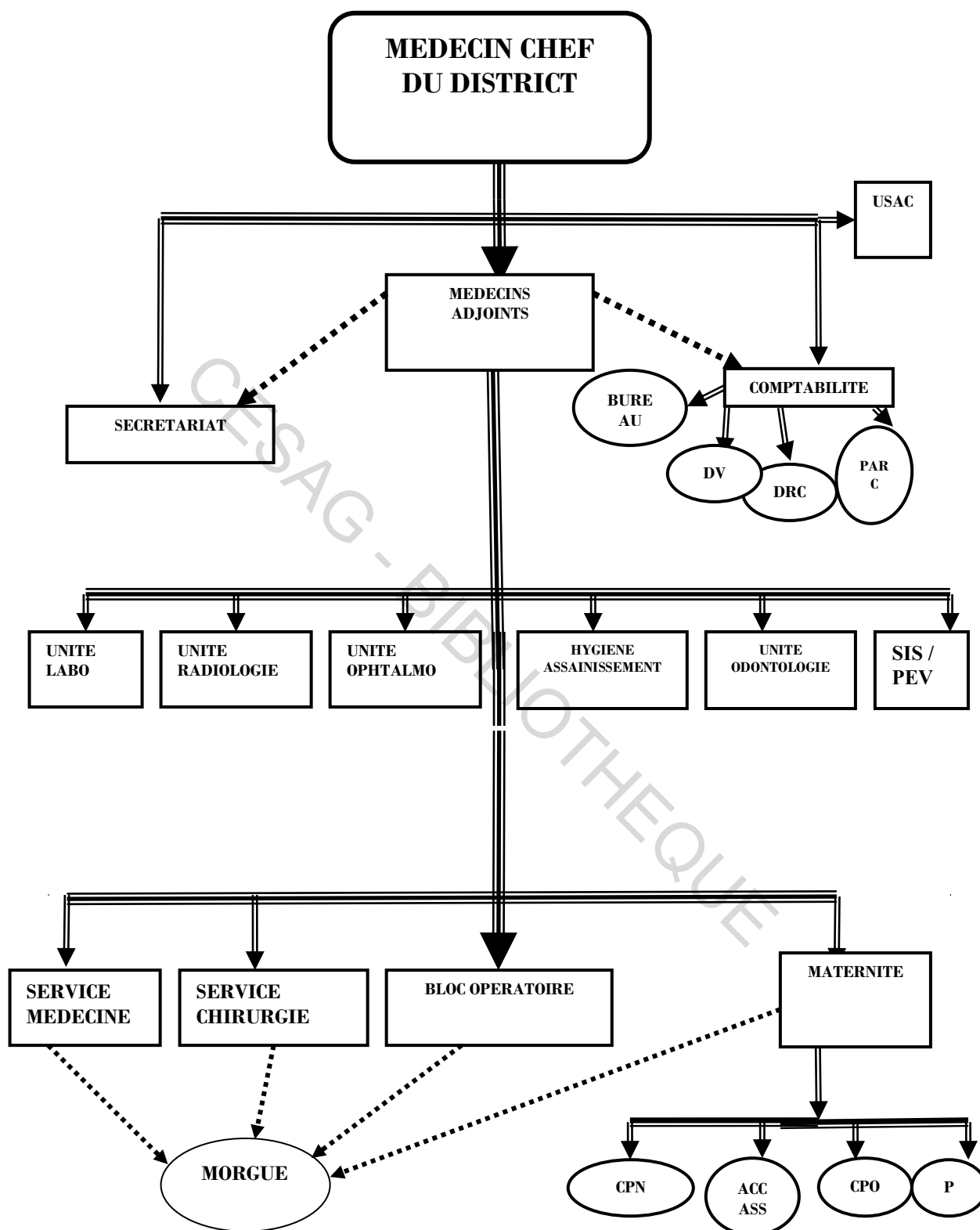


Figure 3: Organigramme DU CSREF

Source : CS Réf

Selon le Guide de gestion des centres de santé en mode décentralisée, le CS Réf a pour mission :

- ✓ La prise en charge correcte des référées/évacués ;
- ✓ La formation continue du personnel ;
- ✓ La gestion des programmes de santé ;
- ✓ La gestion des épidémies/catastrophes et endémies ;
- ✓ L'appui conseil à la collectivité du cercle ;
- ✓ La gestion de l'information sanitaire ;
- ✓ La planification et la mise en œuvre des activités de santé

1.1.2. Présentation du processus de prise en charge de la MAS

1.1.2.1. Définition de la MAS

Selon l'OMS, la malnutrition se caractérise par « un état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou de plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit relevable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques ». Elle est aiguë et sévère chez les enfants de moins de cinq ans lorsque le rapport poids/taille est très faible et inférieur de -3 z-scores à la médiane des normes de croissance de l'OMS ou si le périmètre brachial est inférieur à 115mm. Cette malnutrition aiguë sévère se manifeste par une émaciation sévère visible ou par la présence d'œdèmes nutritionnels.

1.1.2.2. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en soins intensifs

La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère se fait en soins intensifs en raison des complications sévères suivants un protocole de prise en charge au Mali.

❖ Prise en charge de la malnutrition en général

L'organisation de la prise en charge de la malnutrition comprend quatre volets lorsqu'elle est générale : le dépistage, la prise en charge du malnutri, le suivi, la référence/contre référence.

Elle s'effectue selon le niveau de gravité sous trois modalités :

- URENI (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelles Intensive) : pour les enfants souffrants d'une malnutrition aiguë sévère avec un appétit médiocre et/ou présentant des complications.
- URENAS (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle en Ambulatoire pour Sévères) : pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et avec appétit modéré ou bon et ne présentant pas de complications médicales.
- URENAM (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle en ambulatoire pour Modérées) : pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée.

La mobilisation communautaire en est une composante essentielle car elle est indispensable pour un bon dépistage actif des personnes souffrant de malnutrition aiguë et pour leur suivi à domicile durant leur traitement en ambulatoire (URENAS/URENAM).

L'organisation de la prise en charge requiert des infrastructures ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières adéquates pour en garantir la réussite.

❖ **Les étapes de la prise en charge en Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif (URENI)**

Pour le cas de prise en charge en Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (URENI), la réussite des activités nécessite une restructuration des services de santé à savoir, la mise en place d'une structure appropriée (une salle pour préparation des laits thérapeutiques, une salle de stockage des intrants, une salle d'hospitalisation), du personnel qualifié.

Afin d'assurer l'accessibilité financière, l'hospitalisation et les soins de prise en charge de la malnutrition (pour les modérés et les sévères) sont gratuits à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette gratuité concerne aussi certains produits pharmaceutiques, les aliments thérapeutiques (lait F-75, F-100, Plumpy nut, etc...), la prise en charge alimentaire de la mère ou de l'accompagnant lors de l'hospitalisation du malnutri. Ces aliments sont pour l'instant fournis par des partenaires de lutte contre la malnutrition aiguë. Les étapes de prise en charge en URENI sont :

❖ Phase aiguë

Il s'agit de la phase où les enfants présentent des cas de pathologies graves ou une anorexie (test de l'appétit mauvais) associées à l'état de malnutrition.

Le traitement de la Phase I doit toujours être donné en centre de 24 h et en centre de jour (la matinée). Elle a pour but d'apporter des éléments nutritifs à l'enfant afin de rétablir l'équilibre hydroélectrolytique et empêcher une altération de son état général. Cette phase implique l'utilisation du lait thérapeutique F75 qui doit être uniquement utilisé en milieu hospitalier ou Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (URENI), mais aussi le traitement des infections associées à la malnutrition.

Ce lait permet de rétablir le métabolisme de base mais pas d'assurer une prise de poids. L'utilisation d'une sonde nasogastrique s'impose pour les enfants qui n'arrivent pas à consommer plus de la moitié de leur ration de lait.

Toutes fois, certains médicaments sont administrés de façon systématique aux malnutris aigus sévères. Il s'agit de la vitamine A, de l'acide folique, d'un antibiotique (amoxicilline ou gentamycine ou ceftriaxone etc.), d'un antipaludique selon le protocole national, du vaccin antirougeoleux.

❖ Phase de transition

Durant la phase de transition, un nouveau régime diététique est introduit : le lait F100 ou un autre Aliment Thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE) tel que le « Plumpy-Nut ».

Cette phase prépare le patient au traitement de la phase II à l'Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère (URENAS), qui peut se faire soit dans les Unités de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle (UREN), soit de préférence en ambulatoire. La phase de transition dure entre 1 et 5 jours - en général 2 à 3 jours.

La seule différence avec la phase intensive sur le plan nutritionnel est le changement de régime.

On passe alors de l'utilisation du F75 au F100 ou ATPE.

Cependant l'apport calorique augmente automatiquement à raison de 130 kcal / 130 ml / kg / jour et le F100 permet de gagner du poids grâce à l'apport plus important en protéines, sodium, lipides et à la densité des autres nutriments présents dans le F100 (ce qui n'est pas le cas avec le F75 durant la phase intensive). Au cours de la phase de transition, les œdèmes qui

constituent une forme de complication, peuvent disparaître sans que l'on ait une perte de poids. On peut aussi avoir une augmentation du poids jusqu'à la fonte totale des œdèmes (sans perte de poids).

Section 2 : Méthodologie

La présentation de notre méthodologie est faite par la description de notre modèle d'étude théorique (section1) ensuite de notre méthode de collecte et d'analyse des données (section2).

2.1. Modèle d'étude théorique

Notre étude consistait en une étude rétrospective descriptive portant sur 69 cas des enfants de 6 à 59 mois admis au CS Réf de Fana du mois de janvier au mois de juin 2018 pour prise en charge de la MAS. Notre étude a duré quarante-huit (48) jours, du 01 Août au 17 septembre 2018.

Pour réaliser l'étude, nous avons procédé dans un premier temps à l'identification et à l'évaluation des charges directes. Ensuite dans un second temps, nous avons procédé à l'identification et à l'évaluation des charges indirectes imputables aux patients à travers l'ensemble des activités déroulées pour leur prise en charge. Pour l'identification et l'évaluation des charges indirectes imputables :

pour un premier temps, nous avons recensé l'ensemble des activités réalisées dans la prise en charge ; ensuite nous avons déterminé les ressources mobilisées pour ces activités lesquelles sont valorisées à l'aide des inducteurs de ressources ; enfin nous avons attribué à nos objets de coût (les patients) les activités valorisées ceci grâce aux inducteurs d'activités.

Après avoir déterminé les coûts des activités réalisées, nous avons fait la somme de ces coûts pour déterminer le coût de revient réel de la prise en charge. Une fois déterminé, nous avons passé à l'analyse des coûts pour en déduire des recommandations utiles à l'amélioration de la performance des services impliqués dans le processus de prise en charge afin d'aider la structure à voir les éléments sur lesquels agir pour minimiser ce coût.

La figure ci-dessous représente le modèle ABC de notre étude :

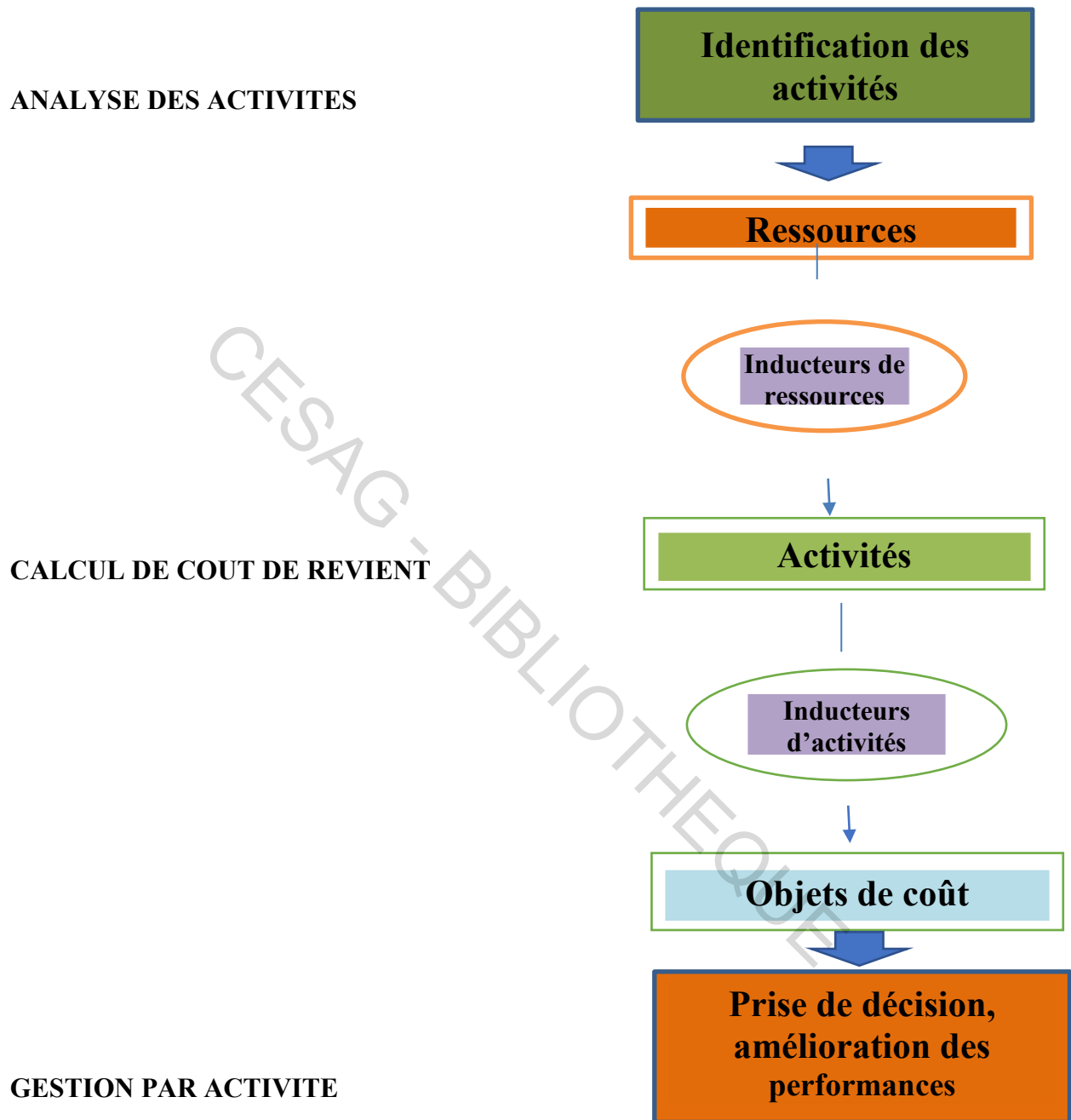


Figure 4: Modèle de calcul et d'analyse de coût

Source : nous même

2.2. Méthode de collecte et d'analyse des données

2.2.1. Méthode de collecte de données

La collecte des données a été réalisée grâce aux trois méthodes classiques qui sont : la revue documentaire, les interviews, l'observation. Et aussi un questionnaire nous a permis de connaître le nombre de jours moyen d'hospitalisation, les nombres de jours moyens sur F75, F100 et plumpy nut.

- **Revue documentaire** : elle consiste à consulter les documents pouvant nous aider à conduire notre étude. Ainsi elle nous a permis d'avoir une confirmation sur les informations recueillies auprès des acteurs de la prise en charge de la MAS qui a été utile pour notre étude.
- **Interviews ou entretiens** : nous permettrons de comprendre le processus de prise en charge de la MAS en interrogeant les acteurs. Les interviews seront réalisées avec toutes les personnes susceptibles de nous fournir quant à la pratique de la MAS. Nous avons donc interviewé le médecin responsable de l'URENI, Mme le major, l'infirmier d'Etats, deux (2) techniciennes de Santé, l'infirmière chargée de la préparation du lait F75 et F100, le comptable, le pharmacien, la matrone pour connaître leur rôle dans le processus de la MAS.
- **Observation** : L'observation a été utilisée pour vérifier et confirmer les informations obtenues par la revue documentaire et les interviews. En plus, elle nous a permis de voir l'ensemble des ressources mobilisés pour la prise en charge de la pathologie, les différentes activités et de comprendre le processus de prise en charge.

Nous avons choisi les inducteurs de ressources et d'activités à l'aide des trois outils de collecte : revue documentaire, interviews et observation. Les deux tableaux suivants représentent successivement les inducteurs de ressources ou niveau 1 et d'activités ou niveau 2.

Le tableau suivant nous indique pour chaque ressource les différents inducteurs possibles et l'inducteur retenu qui est celui qui nous paraît le plus pertinent pour répartir la ressource entre les activités consommatrices de ces ressources.

Tableau 2: Inducteurs de niveau 1 et leurs volumes

Ressources	Inducteurs possibles	Inducteurs retenus	Justifications
Main d'œuvre directe (MOD)	-Temps travaillé, - expérience de l'agent, - volume d'activité.	Temps travaillé	Le nombre d'heure accordé à l'activité par les différents agents de santé.
Produits pharmaceutiques	-Quantité de produits utilisée -Valeur des produits	Valeur des produits	La valeur est partagée entre les activités qui ont consommés les produits pharmaceutiques.
Repas des accompagnants	-Nombre de repas -Valeur des repas	Valeur du repas	La valeur des repas est allouée directement à l'activité « gérer le repas »
Amortissement matériel médical	-Nbr de mat utilisé -Valeur du mat utilisé -Type de mat utilisé	-Valeur du matériel utilisé	La charge d'amort est calculée à partir du prix du mat donc l'activité qui utilise le mat méd. le plus chère doit supporter le plus de charge d'amort concernant ces mat.
Amortissement matériel hôtelier	-nbr de mat utilisé -valeur du mat utilisé -type de mat utilisé	-valeur du matériel utilisé	Idem pour le matériel médical
Amortissement matériel informatique	-nbr d'ordinateur -valeur du matériel informatique utilisé -	Valeur du mat informatique utilisé	L'amortissement est calculé à partir de la valeur du matériel utilisé
Amortissement bâtiment	-nbr de pièces concernées -la surface des pièces utilisées -nbr d'activités réalisées dans le bât	Nbr d'activités réalisées dans le bâtiment	Les activités se réalisent dans les différentes pièces du bâtiment (salle, bureau) amort du bâtiment doit donc se partager équitablement entre les activités réalisées dans le bât -
Electricité	-nbr de mat électrique utilisé -la puissance totale du matériel électrique déployé	-La puissance totale de l'appareil électrique utilisé pour l'activité	L'activité qui utilise des appareils électriques qui consomment plus de courant prendront plus dans les charges d'électricité

Analyse des coûts de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59
mois au CS Réf de Fana par la méthode ABC.

	-le temps d'utilisation du matériel électrique		
Communication	-le nombre d'appareils utilisés- le nombre d'unités consommé -La durée des communications -le nombre d'activités exercées dans le service émis -le nombre d'appels reçus	Le nombre d'unités consommé dans le service	Le nombre d'unités consommé dans le service est l'inducteur qui permet de répartir équitablement ce type de charge car ni les durées ni le nombre des appels émis ou reçus encore moins l'utilisation de l'internet dans le service ne sont mesurés
Fournitures de bureau	-le nombre d'activités administratives	Le nombre d'activités administratives exercées	Les fournitures de bureau servent pour la plupart dans les activités administratives
Imprimés	-la quantité utilisée -la valeur totale des imprimés utilisés	-la valeur totale des imprimés utilisés	La valeur des imprimés utilisés permet d'imputer à chaque activité sa part dans les imprimés consommés
Consommables	-le nombre d'ordinateurs utilisés	-le nombre d'ordinateur	Les consommables sont utilisés par des ordinateurs
Produits entretien	-le nombre d'activités exercées dans le service -	-Le nombre d'activités exercées dans le service	Les produits d'entretien sont pour tout le service donc ils doivent être partagés équitablement entre les différentes activités du service
Nettoieiment	-le nombre d'activités exercées dans le service	-le nombre d'activités exercées dans le service	Idem pour les produits d'entretien
Gardiennage	-le nombre d'activités exercées dans le service	-le nombre d'activités exercées dans le service	Idem pour le nettoieiment
Petits mat et outillages	-le nombre de mat utilisé -la valeur totale du mat utilisé	-la valeur totale du mat et outillage utilisé	La valeur du mat utilisé permet d'imputer à chaque activité sa part dans ce type de charge

Source : nous même

Le tableau ci-dessous nous montre l'identification et la quantification des inducteurs d'activités.

Tableau 3: Inducteurs de niveau 2 et leurs volumes

Activité	Inducteurs retenus	Volume de l'inducteur
Accueillir le patient	Nombre de patients accueillis	69
Consulter le patient	Nombre de patients consultés	69
Installer le patient	Nombre de patients hospitalisés	69
Préparer le lait	Nombre de patients servis	69
Surveiller le patient	Nombre de patients surveillés	69
Visiter le patient	Nombre de patients visités	69
Enregistrer le patient	Nombre de patients enregistrés	69
Ouvrir le dossier	Nombre de dossiers ouverts	69
Gérer le dossier	Nombre de dossiers traités	69
Gérer les repas	Nombre d'accompagnants servis	69

Source : CS Réf

2.2.2. Méthode d'analyse des données

Les données collectées sont traitées par le logiciel Excel pour tracer les tableaux et les graphiques. C'est avec ce même logiciel que nous avons calculé les ressources consommées par les activités du processus. Ensuite nous avons déterminé, en termes de pourcentages, le poids de chaque activité dans le coût de revient total de la prise en charge.

Notre analyse a été basée sur les activités du processus, sur les ressources consommées par chaque activité et sur le coût réel trouvé. Ces éléments ont été présentés d'abord sous forme de graphiques, grâce à l'utilisation du logiciel Excel, avant de procéder à leur analyse.

Dans les analyses, nous avons essayé de déterminer les éléments qui peuvent expliquer le poids de chaque service dans le processus ainsi que ceux expliquant le pourcentage de ressources consommées par chaque activité. Et aussi les proportions des ressources consommées dans les charges totales qui sont liées à la prise en charge des patients.

L'analyse a été également faite sur la comparaison du coût réel supporté par le CS Réf et le coût global de la PEC en tenant compte des subventions de l'Etat et des partenaires pour pouvoir faire des recommandations pour une meilleure rationalisation des dépenses liées à la prise en charge de cette pathologie.

SYNTHESE

Dans cette première partie nous nous sommes efforcés, pour ce qui concerne la revue de littérature, de rassembler et d'analyser quelques études menées sur l'analyse des coûts de la MAS, de la méthode ABC et les principaux concepts théoriques qui fondent la méthode ABC. Ce travail a fait apparaître chez les auteurs, un certain nombre de convergences et de divergences portant soit sur la définition des concepts élémentaires (tâches, processus, activités) soit sur les avantages et les inconvénients de la méthode.

Mais tout compte fait, ces développements théoriques ont pu montrer que la comptabilité par activités (CPA) constitue la meilleure méthode pour calculer et comprendre les coûts au sein de l'entreprise. Par ailleurs nous avons exposé dans cette partie la méthodologie que nous comptons adopter pour mener l'étude et la présentation du CS Réf, en tant que cadre de l'étude, et de celle du processus de prise en charge de la MAS.

Analyse des coûts de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59 mois au CS Réf de Fana par la méthode ABC.

Ceci étant, il reste maintenant à voir sa mise en œuvre pratique pour calculer le coût réel de la prise en charge de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois personne au sein du CS Réf.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE

Nous avons mis en application la comptabilité par activité (CPA) dans cette deuxième partie pour calculer le coût de la prise en charge de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois. Nous avons procédé au calcul de coût de la prise en charge de la pathologie conformément à notre modèle théorique. Une fois le coût déterminé, nous avons fait d'abord une analyse de ressources consommées dans le processus, des activités ayant constitué ce coût. Ensuite nous avons procédé à une analyse des coûts à travers les indicateurs de prise de décisions.

Au terme du calcul du coût et de son analyse, nous avons fait des recommandations à l'endroit des autorités sanitaires, de la structure hospitalière pour leur permettre d'améliorer la gestion du processus de la prise en charge de la MAS chez les enfants de 6 à 59 m.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 3 : CALCUL DE COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

Dans ce chapitre nous avons procédé : à l'identification de l'ensemble des activités déroulées dans le processus de prise en charge de la pathologie, à l'identification et à la valorisation des ressources mobilisées et à leur affectation aux différentes activités du processus de prise en charge (section 1), à la détermination du coût réel de la prise en charge (section 2).

Section 1 : Identification des activités, valorisation et affectation des charges

1.1. Identification des activités

Pour identifier et recenser les activités déroulées par les services de l'hôpital pour la prise en charge de nos 69 cas, nous avons adopté la démarche qui suit :

D'abord nous avons interrogé les médecins, les paramédicaux et autres agents qui ont eu à intervenir dans le processus de prise en charge sur les différentes tâches qu'ils ont eu à exécuter et sur le but poursuivi dans l'exécution de celles-ci et quelles sont les ressources mobilisées dans l'exécution de la tâche.

Ensuite nous avons procédé à l'identification de toutes les tâches qui concourent au même but pour les regrouper afin qu'elles constituent une activité. C'est ainsi que nous avons pu recenser plusieurs activités déroulées dans les deux phases du processus.

Ici, nous avons estimé et retenu les activités significatives dans le processus de prise en charge de nos patients.

C'est ainsi que nous sommes parvenus à recenser dix (10) activités significatives dans le processus. Ces activités se divisent en activités administratives et en activités cliniques.

Les activités administratives sont celles qui n'impliquent pas un acte médical ou paramédical. Elles concernent plutôt la gestion administrative du dossier des patients.

Les activités cliniques sont quant à elles, celles qui sont exercées par les médecins et/ou les paramédicaux dans le cadre de la prise en charge médicale des patients.

L'ensemble des activités du processus de prise en charge sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Liste des activités de l'URENI regroupées en macro-activités :

Activités	Processus	
	P1	P2
1 Accueillir le client	P101	
2 Consulter le patient	P102	
3 Installer le patient	P103	
4 Préparer le lait du patient	P104	
5 Surveiller le patient	P105	
6 Visiter le patient	P106	
7 Enregistrer son admission dans le service		P201
8 Ouvrir un dossier médical pour le patient		P202
9 Gérer le dossier du patient		P203
10 Gestion des repas		P204

Source : nous même

P1 indique le processus clinique de prise en charge,

P2 indique le processus administratif de prise en charge

Le tableau ci-dessus montre que les activités cliniques représentent 60% de l'ensemble des activités réalisées pour la prise en charge contre 40% pour les activités administratives (voir figure 4). Cette situation est normale dans la mesure où pour une prise en charge médicale on attend plus d'activités cliniques qu'autres activités.

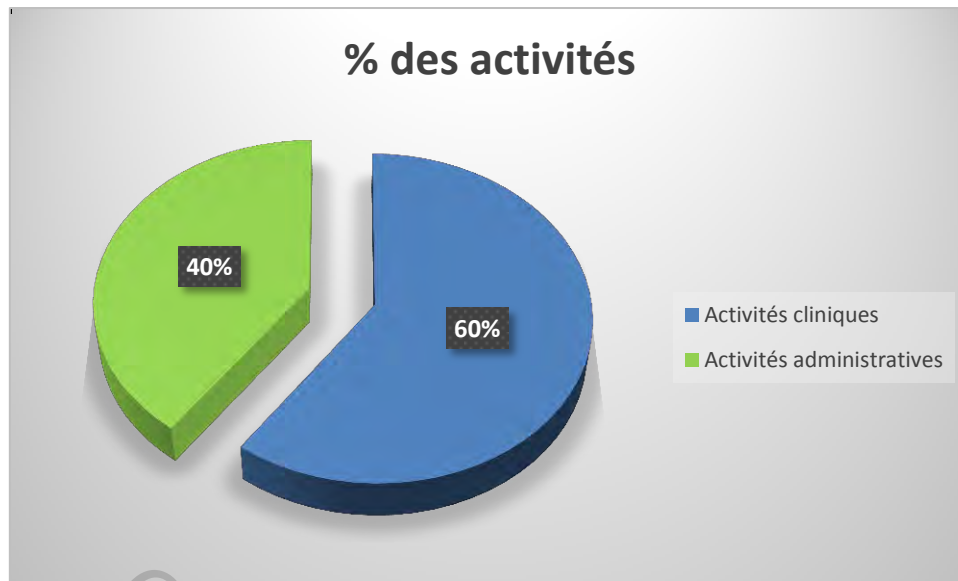


Figure 5: La répartition des activités cliniques et administratives réalisées

Source : nous même

1.2. Identification, Valorisation et Affectation des Charges Supportées par le CS Réf dans la réalisation des activités du processus

La réalisation des activités entrant dans le cadre de la prise en charge de nos patients a nécessité, de la part du CS Réf et des partenaires, la mobilisation de ressources qui constituent des charges dont certaines sont directes et d'autres sont indirectes.

Nous avons d'abord procédé à l'identification des charges directes, ensuite à celle des charges indirectes. Après nous allons valoriser les charges directes et les charges indirectes, avant d'affecter enfin les charges indirectes aux activités du processus.

1.2.1. Identification et valorisation des charges directes supportées par la structure

Après avoir identifié toutes les charges directes entrant dans la prise en charge des patients, nous allons procéder à leur évaluation.

1 .2.1.1. Identification et valorisation des charges de main d'œuvre directe

La main d'œuvre directe est composée de médecin Responsable et de paramédicaux.

❖ La charge du médecin Responsable

Le médecin responsable de l'URENI a effectué 960 heures de travail (la charge horaire mensuelle étant 160 heures) pendant la période du mois de janvier au mois de Juin 2018 donc un semestre et à perçu une rémunération globale de 1 800 000 F CFA. En rapportant cette charge horaire semestrielle au montant global perçu, le coût horaire pour le médecin responsable est alors de 1 875 F CFA. Par conséquent, les charges de main d'œuvre directe liées au médecin sont représentées dans le tableau suivant :

Tableau 5: Charges de la main d'œuvre directe médicale

Médecin	Activités réalisées	Durée de l'activité	Pour les 69 cas	Coût
Médecin	Consulter	12 mn	828 mn	25 875 F CFA
	Visiter	63 mn	4 347 mn	135 844 F CFA
Total		75 mn	5175 mn	161 719 F CFA

Source : nous même

Alors, les activités réalisées par le médecin responsable coûtent 161 719 F CFA.

❖ Les charges de la main d'œuvre directe paramédicale

Pour la main d'œuvre directe paramédicale nous avons :

- 01 infirmier d'Etats,
- 02 techniciennes de Santé,
- 01 aide-soignante

-L'heure de travail du technicien supérieur qui est l'infirmier d'Etat, coûte 531 frs CFA. Etant donné qu'il a consacré 414 mn pour installer les 69 malades 11 592 mn pour la surveillance et 4 347mn pour les visiter, sa charge en main d'œuvre directe est de **144 724 frs CFA**.

-La technicienne de Santé, en tant agent contractuel du CS Réf lui coûte **437 frs CFA** par heure de travail. Les 3 activités dont installer, surveiller et visiter les patients sont réalisées pour une durée moyenne de 16 353 mn. Donc la charge liée à cette main d'œuvre directe est de **119 104 frs CFA**.

-Pour l'infirmière chargée de la préparation du lait F75 et F100, en divisant le montant semestriel de son salaire 420 000 frs CFA par ses charges horaires semestrielles qui sont 960 heures, l'heure de travail de cette catégorie professionnelle est de 437 frs CFA. Elle a consacré 14 697 mn soit 245 heures de son temps de travail à nos patients durant leurs séjours dans la structure hospitalière. Dès lors, sa main d'œuvre directe est estimée à **107 043 frs CFA**.

-Pour l'aide-soignante qui s'occupe d'accueillir et de trier nos patients, elle a consacré 481 mn de son temps de travail pour l'admission des patients. Sa charge de main d'œuvre directe est de **1967 frs CFA**. Tous les calculs relatifs au coût horaire de la MOD sont en **annexe**.

Au total la main d'œuvre directe paramédicale s'élève à **372 839 frs CFA**.

❖ La main d'œuvre administrative

La prise en charge a nécessité la réalisation d'activités administratives liées à la gestion administrative du dossier du malade. Les 3 premières activités administratives sont exécutées par le major du service et la dernière activité « gestion des repas » est exécutée par un agent du service social. L'heure du temps de travail du major coûte 469 frs CFA pour 960 heures, elle a consacré 4 554 mn soit 76 H pour la réalisation de ces 3 activités, alors sa charge en main d'œuvre coûte **35 597 frs CFA**. Quant à l'agent du service social, il reçoit du PAM 50 000 frs CFA par mois soit **300 000 frs CFA**

Globalement, la charge liée à la main d'œuvre directe utilisée pour la prise en charge de notre patient est récapitulée dans le tableau ci-après. (Voir annexe 3 pour les détails)

Tableau 6: Récapitulatif des charges de main d'œuvre directe

Main d'œuvre direct	Coûts en F CFA
Main d'œuvre médical	161 719
Main d'œuvre paramédicale	372 839
Main d'œuvre administrative	335 597
TOTAL	870 155

Source : nous même à partir des données collectées

1 .2.1.2. Identification et valorisation des autres charges directes

Après la main d'œuvre directe, d'autres charges directes ont été générées par la prise en charge et doivent être valorisées, il s'agit :

-Les charges directes en produits pharmaceutiques : Des produits pharmaceutiques ont été mis à la disposition de l'URENI qui sont (les gants en vrac, le coton hydrophile, l'alcool 90°, gel pour les mains, TDR) par le CS Réf et les ATPE par l'UNICEF (plumpy nut, lait F75 et F100) lesquels sont utilisés dans les différentes activités cliniques. Au total les charges directes en produits pharmaceutiques s'élèvent à **1 023 180 frs C CFA** soient 352 500 frs CFA pour le CS Réf et 670 680 frs CFA pour l'UNICEF. (Voir annexes 4 et 11)

- les charges directes liées aux repas fournis aux accompagnants des patients :

Pour ces charges, c'est PAM (Programme Alimentaire Mondial) qui finance les 3 repas des accompagnants soit 2000 frs CFA par jour ce qui correspond à 966 000 frs CFA dans le semestre pour les 69 patients. (Voir annexe 12)

Au total, les charges directement affectables à nos patients s'élèvent à **2 859 335 frs CFA**.

Tableau 7: Récapitulatif des charges directes

Charges directes	Coût total en F CFA
Main d'œuvre directe	870 155
Produits pharmaceutiques	1 023 180
Repas des accompagnants	966 000
Total	2 859 335

Source : nous même

1.2.2. Identification et valorisation des charges indirectes :

Les charges indirectes à valoriser sont les charges d'amortissement pour les biens immobiliers et mobiliers, et toutes les autres charges supportées par la structure dans le cadre de cette prise en charge mais qui ne peuvent être imputées à nos patients. Car étant des charges communes à partager entre plusieurs objets de coût.

1 .2.2.1. Identification et valorisation des charges liées aux amortissements

-Pour le bâtiment : la structure hospitalière pratique un amortissement linéaire et la dotation annuelle pour l'amortissement des bâtiments est de **45 000 000 frs** pour l'ensemble des bâtiments.

Mais étant donné que l'hôpital n'a pas encore mis en place une comptabilité de gestion, cette dotation globale n'a pas été répartie entre les différents bâtiments abritant les services. Ainsi, nous avons estimé la valeur du bâtiment de l'URENI à 33 000 000 frs CFA amortissable sur 20 ans avec un taux de 5%. Donc les charges d'amortissement annuel sont de 1 650 000 frs CFA soit 825 000 frs CFA pour le semestre.

L'amortissement du bâtiment de l'URENI est équitablement réparti sur l'ensemble des pièces du bâtiment vu que nous n'avons pas pu avoir d'information relative à la superficie du CS Réf, ainsi, l'amortissement du bâtiment est réparti sur les différentes pièces du service consacrées à la prise en charge de nos patients.

C'est ainsi que pour les salles de lait, du bureau du médecin, du bureau du major, d'accueil, la charge d'amortissement annuelle est estimée à 117 857 frs ce qui équivaut à 58 928 frs.

Pour les 3 salles d'hospitalisation la dotation annuelle aux amortissements est évaluée à 353 571 frs soit 176 785 frs pour le semestre les six mois et pour chacune des salles citées concernant notre étude.

Au total, les charges d'amortissement liées aux salles abritant les principaux services impliqués dans la prise en charge de nos patients pour le semestre considéré étaient de : 176 785 frs pour les 3 salles d'hospitalisation et 58 928 frs pour chacune des autres salles. Ces charges sont communes à plusieurs activités. Donc elles sont réparties entre ces activités avant d'imputer à nos objets de coût sa part sur ces charges.

-Pour les matériels médicaux : Certains matériels médicaux utilisés dans le cadre de la prise en charge de nos patients ont été totalement amortis selon les données fournies par la comptabilité.

C'est ainsi que nous avons pu déterminer à travers le tableau suivant, les charges d'amortissement liées aux matériels médicaux non amortis. Il faut noter qu'il y a des matériels tels que le thermomètre et le stéthoscope utilisés mais compte tenu du fait qu'ils n'ont pas un coût économique important mais utiles dans le processus, ils seront considérés comme des charges liées aux petits matériels et outillages et non comme des immobilisations à amortir.

Tableau 8: Charges d'amortissement des matériels médicaux utilisés dans le processus

Matériels médicaux	Valeur du matériel	Durée de vie	Amortissement annuel	Amortissement semestriel
Négatoscope pour radio	130 000	5	26 000	13 000
Table d'examen	80 000	5	16 000	8 000
Aspirateur	150 000	5	30 000	15 000
Total				36 000

Source : nous même

Alors les charges d'amortissement semestriel des matériels médicaux sont de 36 000 frs CFA.

-Pour le matériel hôtelier : les matériels mobiliers utilisés dans la prise en charge de nos patients ne sont pas totalement amortis (lit, matelas houssé, table de chevet, armoire etc.) selon les informations fournies par les services de la comptabilité financière. Conséquemment, en tenant compte de leurs valeurs et de leur durée de vie comptable, la charge d'amortissement annuelle de ce matériel est de **101 150 frs.** (Voir annexe 6)

- Pour le matériel informatique : la charge d'amortissement annuelle du matériel informatique mobilisé dans le cadre de la prise en charge de nos patients s'élève à 100 000 F ce qui correspond à une charge semestrielle de **50 000 F.** L'amortissement est linéaire sur 3 ans.

-Pour les logiciels et installations techniques : ils font parties des biens incorporels de l'hôpital et leur usage génère des charges liées à leur amortissement quant aux logiciel, le CS Réf n'a pas fait l'objet d'acquisition de logiciel jusqu'à nos jours. La charge d'amortissement pour l'année 2018 sera de 35 667 frs ce qui correspond à une charge semestrielle de **18 667 frs.** (Annexe 7)

1 .2.2.2. Identification et valorisation des autres charges indirectes

Les autres charges indirectes à valoriser sont les charges de fournitures de bureau, les produits d'entretien, les consommables médicaux, le nettoyage, le gardiennage et les charges de communication.

-Identification et valorisation des charges de fournitures de bureau, de produits d'entretien et des consommables médicaux

Les services, pour mener à bien leurs activités, ont besoin de fournitures de bureau, de produits d'entretien et de consommables. Les charges liées à ces fournitures et produits constituent des charges qui doivent être réparties entre les différentes activités du service avant d'être imputées aux objets de coût. D'après les données du comptable des matières, la consommation en fournitures et produits d'entretien au premier semestre de nos principales

salles concernés par la prise en charge s'élève à 189 950 frs pour les fournitures et consommables de bureau et 66 100 frs pour les produits d'entretien. (Voir annexe 8)

-Identification et valorisation des charges de nettoyage, de gardiennage, d'électricité et de communication

Pour Les charges de nettoyage et du gardiennage, nous avons réparti la somme des salaires des 3 agents du service de gardiennage et les 3 agents du service de nettoiemnts du semestre par l'ensemble des 13 bâtiments du CS Réf.

Quant aux charges d'électricité, le CS Réf paie 130 frs CFA pour chaque kWh consommé, ainsi ces charges s'élèvent à 296 139 frs CFA. (Voir annexe 13)

Pour la communication, nous avons estimé la valeur des recharges de crédit à 10 000 frs par mois soit 60 000 frs pour le semestre.

Le tableau suivant nous donne pour le service concerné le montant de chacune de ces charges.

Tableau 9: Charges supportées par les services concernés pour le 1^{er} semestre 2018

Service	Nettoiemnt	Gardiennage	Communication	Electricité
URENI	45 692 F CFA	42 923 F CFA	60 000 F CFA	296 139 F CFA

Source : nous même à partir des données collectées et retraitées

- Identification et valorisation des charges de petits matériels et outillages

Les petits matériels et outillages utilisés dans le processus sont constitués des matériels dont les valeurs ne dépassent pas 50 000 frs CFA De plus ces petits matériels peuvent être mis au rebut du jour au lendemain ou même s'abîmer à tout moment par conséquent ils ne peuvent pas être considérés comme des immobilisations. Ces charges sont évaluées à **12 400 frs**. Les détails se trouvent dans l'annexe 9.

L'ensemble des ressources consommées par l'URENI sont représentées en récapitulatif dans le tableau ci-après :

Tableau 10: Récapitulatif des ressources consommées

Ressources	Montants	% des ressources
MOD	870 155	19%
Produits pharmaceutiques	966 000	21%
Repas des accompagnants	1 023 180	22%
Amortissement des bâtiments	825 000	18%
Amortissement des équipements	205 817	4%
Fournit de bureau et consommables	189 950	4%
Produits d'entretien	66 100	1%
Electricité	296 139	6%
Nettoiemment	45 692	1%
Gardiennage	42 923	1%
Communication	60 000	1%
Petits matériels et outillage de bureau	12 400	0 ,26%
Imprimés	20 700	0,44%
TOTAL	4 624 057	100%

Source : nous même

MOD : Main d'œuvre directe

Après avoir évalué les charges directes et indirectes, nous avons procédé à la répartition des charges entre les différentes activités des services concernés.

Donc avant de pouvoir déterminer la part qui revient à nos patients dans ces charges, nous avons fait une répartition de ces charges entre les différentes activités qui les ont générées dans les services cliniques.

1.2.3. Affectation des charges aux différentes activités du processus

Pour la répartition des charges, nous avons d'abord procédé à une identification des inducteurs de ressources avant d'affecter ces ressources aux différentes activités.

1 .2.3.1. Identification des inducteurs de ressources (inducteur de niveau 1)

Les inducteurs de ressources ou « ressources drivers » servent à rattacher les ressources aux activités. Autrement dit, ils mesurent l'utilisation des ressources pour les diverses activités. Donc pour les différentes ressources mises à la disposition des services, il s'agit de trouver le critère le plus pertinent pour répartir ces ressources entre les différentes activités utilisatrices de ces ressources.

Pour les charges de main d'œuvre directe, nous avons retenu l'inducteur « temps travaillé » et le volume sera le nombre d'heure accordé à l'activité par les différents agents de santé, quant aux produits pharmaceutiques et le repas des accompagnants, leurs valeurs sont partagées entre les activités qui les ont consommés.

Pour l'activité « accueillir le patient » par exemple, on multiplie la durée de l'activité par le salaire en une heure de l'agent de santé ici l'aide-soignante qui s'occupe de cette activité. Donc $281 \text{ frs} \times 7 \text{ mn} / 60$ et le tout multiplier par le nombre de patients. Ainsi, nous obtenons 1967 frs CFA pour cette activité. Nous allons suivre la même procédure pour les autres activités. (Voir annexe 10)

1 .2.3.2. Allocation des ressources aux différentes activités du processus

Après la valorisation des charges indirectes, nous avons procédé à leur affectation aux différentes activités du processus à l'aide des inducteurs de ressources.

❖ Affectation des charges d'amortissement aux activités

Les différentes activités du processus sont relevées dans le tableau 2. Il s'agit de déterminer dans cette partie les ressources consommées par chacune de ces activités durant la période considérée à partir de l'inducteur retenu pour chaque ressource.

-Pour l'amortissement des bâtiments : les charges à partager pour le bureau du médecin sont de 117 857 frs. L'activité consultation est réalisée dans cette salle. Comme c'est la seule activité, nous avons eu 117 857 frs pour cette activité. Pour le bureau du major, les charges à partager également 117 857 frs. Donc en tenant compte de l'inducteur retenu, nous avons divisé cette valeur par les 3 activités réalisées dans ce bureau qui sont enregistrer, ouvrir et gérer le dossier ; ce qui a donné **39 286 frs** par activité. Pour les salles d'hospitalisation, 353 571 frs de charges d'amortissement sont à partager entre les trois activités principales (installer, visiter les patients, et les surveiller) du service ; ce qui donne **117 857 frs** par activité. S'agissant des charges de la salle de lait, les 117 857 frs sont consacrés à la seule activité « Préparer le lait » tout comme la salle d'accueil avec l'activité « accueillir les patients » soit 117 857 frs.

-Pour l'amortissement du matériel médical : les charges calculées, sont à partager entre les activités suivantes : Consulter, visiter, surveiller. Selon l'inducteur retenu pour répartir cette charge (valeur totale du mat utilisé dans l'activité), l'activité « consulter » a nécessité le matériel médical suivant : le négatoscope pour radio, le stéthoscope, un thermomètre. Mais compte tenu du fait que, le stéthoscope, et le thermomètre ne sont pas considérés comme des immobilisations (charges de petits matériels), c'est la valeur de l'ensemble appareil négatoscope radio et la table de consultation, en tant que matériels déterminants dans la consultation des patients, qui sont considérés pour affecter une part de l'amortissement du matériel médical à l'activité « consulter ». Donc l'activité « consultation » prendra 21 000 frs des charges d'amortissement semestriel du matériel médical. Les activités « visiter », « installer » et « surveiller » ont supporté chacune 5000 frs des charges d'amortissement semestrielle du matériel aspirateur.

-Pour l'amortissement du matériel hôtelier : les charges de 101 150 frs sont à partager entre les activités : soient 16 750 frs pour l'activité « consulter », 71 400 frs pour les activités

« installer », « visiter », « surveiller » soit 23 800 frs par activité et 13 000 frs pour l'activité, « gérer le dossier ».

-Pour le matériel informatique, les charges d'amortissement à partager sont estimées à 50 000 frs. Ce sont les activités administratives qui ont utilisé le plus ce matériel. Donc les deux activités enregistrer et ouvrir les dossiers du processus se partagent cette charge soit 25 000 frs par activité.

Tableau 11: Répartition des charges d'amortissement et de la main d'œuvre directe entre les activités

Activités	Main d'œuvre directe	Amort Bâtiment	Amort matériel médical	Amort matériel hôtelier	Amort matériel informatique	Amort logistique et installation technique	Somme des amortissements
Accueillir le patient	1967	117857				1833	119 690
Consulter le patient	25875	117857	21000	16750		2833	158 440
Installer le patient	6679	117857	5000	23800		3445	150 102
Préparer le lait	75384	117857				1833	119 690
Surveiller le patient	187019	117857	5000	23800		3445	150 102
Visiter le patient	237636	117857	5000	23800		3445	150 102
Enregistrer le patient	2157	39286			25000	611	64 897
Ouvrir le dossier	3236	39286			25000	611	64 897
Gérer le dossier	30202	39286		13000		611	52 897
Gérer le repas	300 000						
Total	870 155	825000	36000	101 150	50000	18667	1 030 817

Source : nous même

❖ **Affectation des autres charges aux différentes activités concernées**

Le tableau ci-dessous nous donne pour chaque activité, la part qui lui est imputé dans les différentes charges supportées par les services.

Tableau 12: Autres charges consommées par les activités concernées par le processus.

Ressources	Nettoie	Gardien	Elect	Com	F de bureau	Pdts E	Imprimé	Pts mat
Activités								
Accueillir le patient	6527	6132	48266			9443		4133
Consulter le patient	6527	6132	20482	30000	94975	9443		4133
Installer le patient	6527	6132	46847			9443		1378
Préparer le lait	6527	6132	75130			9443		
Surveiller le patient	6527	6132	46847			9443		1378
Visiter le patient	6527	6132	46847			9443		1378
Enregistrer le patient	2176	2044	3907	10000	31658	3148		
Ouvrir le dossier	2176	2044	3907	10000	31658	3148	10350	
Gérer le dossier	2176	2044	3907	10000	31658	3148	10350	
Gérer le repas								
Total	45 692	42923	296139	60 000	189 950	66 100	20700	12 400

Source : nous même

Tableau 13: Synthèse des allocations des ressources aux activités du processus

Ressources	MOD	Pdts pharma	Repas des accompagnants	Amortissements	Autres charges	Montants
Activités						
Accueillir le patient	1 967	70 500		119 690	74 501	266 658
Consulter le patient	25 875	70 500		158 440	171 692	426 507
Installer le patient	6 679	238 170		150 102	70 327	465 278
Préparer le lait	75 384	167 670		119 690	97 232	459 976
Surveiller le patient	187 019	238 170		150 102	70 327	645 618
Visiter le patient	237 636	238 170		150 102	70 327	696 235
Enregistrer le patient	2 157			64 897	52 933	119 987
Ouvrir le dossier	3 236			64 897	63 283	131 416
Gérer le dossier	30 202			52 897	63 283	146 382
Gérer les repas	300 000		966 000			1 266 000
Total	870 155	1 023 180	966 000	1 030 817	733 905	4 624 057

Source : nous même

Après avoir déterminé les ressources consommées par les activités du processus durant le premier semestre de l'année 2018. Nous avons procédé maintenant à la détermination du coût réel engendré par la prise en charge de nos patients.

Section 2 : Détermination du coût de la prise en charge de nos patients

Pour déterminer le coût réel, nous avons procédé d'abord à l'identification des inducteurs d'activités et à sa valorisation (2-1), ensuite à la détermination du coût de chaque inducteur (2-2), après au rattachement du coût des inducteurs à nos objets de coût et enfin nous avons trouvé le coût réel en divisant le coût total des activités sur le nombre des inducteurs.

2.1. Identification des inducteurs d'activités ou de niveau 2 et valorisation des objets de coût

Ils permettent l'allocation des coûts de l'activité aux produits et/ou au processus.

Nous présentons dans le tableau ci –dessous les inducteurs identifiés pour chaque activité et celui choisi pour le rattachement des coûts de l'activité aux objets de coût et sa valorisation.

Tableau 14: Inducteurs de niveau 2 et leurs volumes

Activité	Coût total de l'activité	Inducteurs retenus	Volume de l'inducteur	Coût de l'inducteur
Accueillir le patient	266 658	Nombre de patients accueillis	69	3 865
Consulter le patient	426 507	Nombre de patients consultés	69	6 181
Installer le patient	465 278	Nombre de patients hospitalisés	69	6 743
Préparer le lait	459 976	Nombre de patients servis	69	6 666
Surveiller le patient	645 618	Nombre de patients surveillés	69	9 357
Visiter le patient	696 235	Nombre de patients visités	69	10 090
Enregistrer le patient	119 987	Nombre de patients enregistrés	69	1 739
Ouvrir le dossier	131 416	Nombre de dossiers ouverts	69	1 905
Gérer le dossier	146 382	Nombre de dossiers traités	69	2 121
Gérer les repas	1 266 000	Nombre d'accompagnants servie	69	18 348
Total	4 624 057			

Source : CS Réf

2.2. Détermination du coût réel de la prise en charge de nos patients

Pour la détermination du coût réel, le coût de l'inducteur se calcule comme suite :

Coût de l'inducteur = Coût total des activités / Nombre d'inducteurs pour la même période.

Le coût de l'inducteur = Coût total des activités / Nombre total des enfants malnutris de 6 à 59 mois.

Le coût global de la prise en charge de la MAS des enfants de 6 à 59 mois pour la période de Janvier à Juin 2018 au CS Réf de Fana est élève à 4 624 057 F CFA pour les 69 cas.

Le coût unitaire de la MAS au CS Réf est = $4\,624\,057 / 69 = 67\,015$ francs CFA.

Le calcul de coûts porte sur l'ensemble des ressources consommées pour la prise en charge.

Ce coût de la prise en charge est constitué du coût pour l'UNICEF pour les ATPE (F75, F100 et plumpy nut), du coût pour le PAM (les 3 repas des accompagnants et la gestion de la restauration) ce qui s'élèvent à 1 936 680 frs CFA (voir annexes 11 et 12).

NB : en plus du tarif fixé 2 500 frs CFA par enfant, les charges liées aux amortissements des bâtiments, du matériel médical et une partie de la MOD sont supportés par l'Etat, donc en tout il supporte 1 618 770 frs CFA soit 35% du coût global. Une partie de la MOD est également assurée par la collectivité avec une valeur de 35 597 frs CFA soit 1% du coût total (voir annexe 14)

Ainsi, nous avons isolé les ressources mobilisées par l'Etat, la collectivité et les différents partenaires pour faire ressortir le coût supporté par le CS Réf, ce qui nous a donné une valeur de 1 033 010 Frs CFA soit 22% du coût total.

CHAPITRE 4 : ANALYSE DU COÛT REEL GENERE PAR LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS ET RECOMMANDATIONS

L'analyse du coût de la MAS a pour objectif de comprendre la formation du coût en décomposant ses éléments constitutifs. La prise en charge des 69 enfants malnutris durant le mois de Janvier au mois de Juin 2018 a eu recours à la mobilisation des ressources humaines et matérielles qui sont nécessaires pour la réalisation de cette prestation. Le coût de revient de la prise en charge de la MAS pour les 69 patients est de 4 624 057 francs CFA.

Section 1 : Analyse des activités, des ressources et des objets de coût du processus de la prise en charge

1.1. Analyse des activités en fonction des ressources engagées dans l'activité

Les ressources mobilisées par le CS Réf pour la prestation de la MAS sont consommées par 10 activités dont 6 activités cliniques et 4 activités administratives.

Tableau 15: Répartition des ressources entre les activités

Ressources		
Activités	Montants	%
Accueillir le patient	266 658	6%
Consulter le patient	426 507	9%
Installer le patient	465 278	10%
Préparer le lait	459 976	10%
Surveiller le patient	645 618	14%
Visiter le patient	696 235	15%
Enregistrer le patient	119 987	3%
Ouvrir le dossier	131 416	3%
Gérer le dossier	146 382	3%
Gérer les repas	1 266 000	27%
Total	4 624 057	100%

Source : nous même

La figure ci-après montre le niveau de consommation de ressources par chaque activité de la prise en charge de la MAS au CS Réf de Fana.

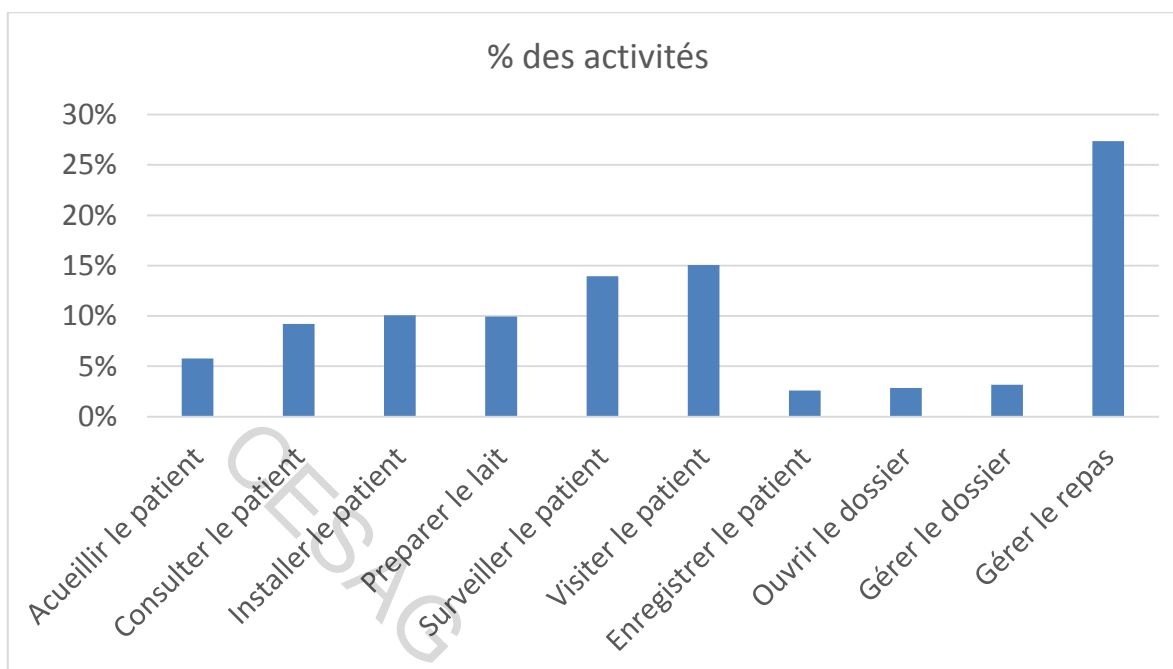


Figure 6: Répartition des ressources entre les activités

Source : nous même

Les ressources consommées dans le processus de la prise en charge sont réparties entre dix (10) activités. En comparant les proportions des ressources consommées par chaque activité, nous constatons que les activités « visiter le patient » et « Surveiller le patient » ont consommé plus de ressources soient respectivement 15 % et 14% des ressources totales allouées à l'ensemble des activités après l'activité « gérer le repas » qui représente 27% des ressources, donc elles représentent les activités les plus déterminantes du processus. A part l'activité « Gérer le repas », les autres activités administratives sont celles qui ont consommé moins de ressources soient 5% des charges totales pour chacune des 3 activités à savoir « Enregistrer le patient », « Ouvrir le dossier » et « Gérer le dossier ». Alors nous avons constaté que les activités cliniques représentent 68% des ressources et 32% pour les activités administratives.

1.2. Analyse des ressources consommées dans le processus

La prise en charge nécessite la mobilisation de plusieurs ressources (voir tableau 8) qui correspond au tableau récapitulatif des ressources consommées.

La figure ci-dessous montre la répartition des ressources dans le processus de la MAS.

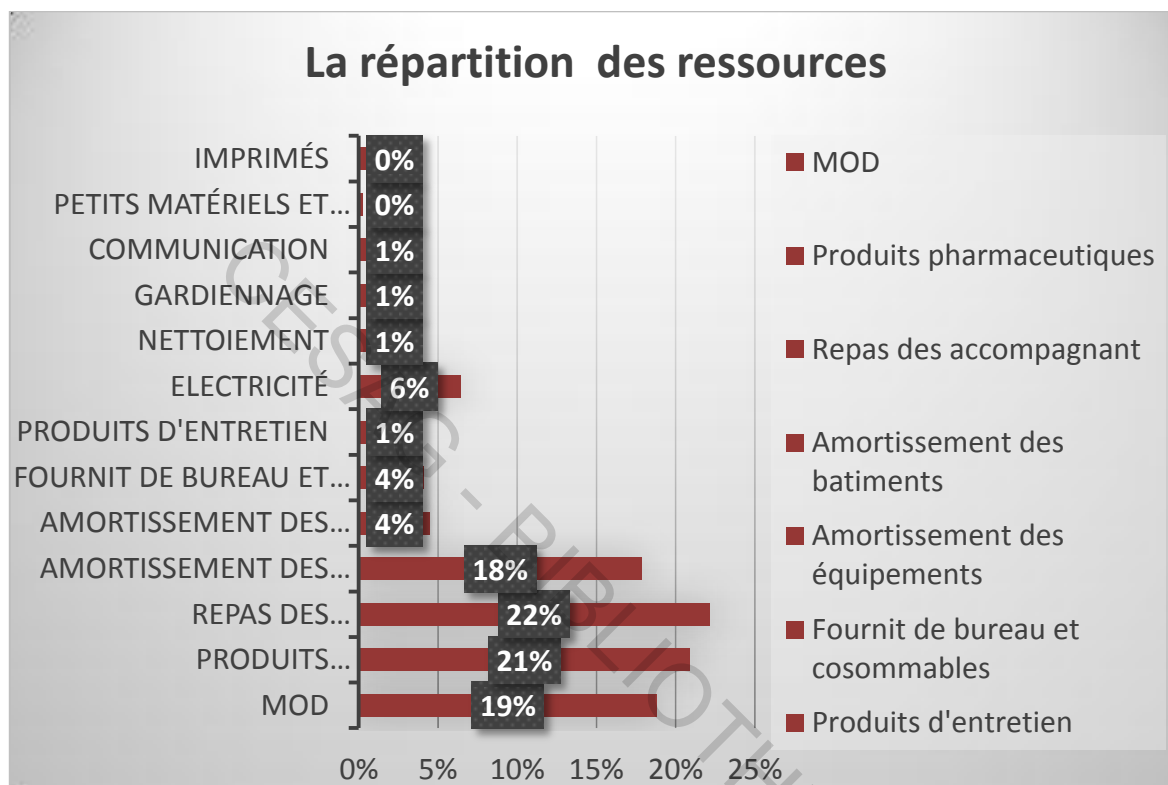


Figure 7: Répartition des ressources dans le processus de la MAS

Source : nous même

La prise en charges des 69 cas de MAS traités au CS Réf pendant le premier semestre de l'année 2018 a nécessité la consommation des ressources, notamment, la MOD à hauteur de 19%, les produits pharmaceutiques à 21% des ressources totales consommées, la charge liée au repas des accompagnants s'élève à 22%, les amortissements pour une proportion de 22% soient 18% pour le bâtiment et 4% pour les équipements (matériels de bureau 1%, matériels hôteliers 1%, matériels informatique 1% et installations techniques 1%). Les autres charges comme (fournitures de bureau et consommables, produits d'entretien, nettoyage, électricité, gardiennage et petits matériels de bureau) ont représenté 20% de l'ensemble des ressources.

Nous retenons que les produits pharmaceutiques constituent la ressource la plus consommée après le repas des accompagnants.

1.3. Analyse et interprétation des objets de coût

1.3.1. Présentation des coûts de l'étude

Avant d'analyser les coûts supportés par le CS Réf, les partenaires, la collectivité et l'Etat, nous avons procédé au préalable à la présentation des résultats du calcul de coûts de la prise en charge.

Le tableau ci-dessous nous présente les différents résultats du calcul de coûts de notre étude

Tableau 16: Résultats de l'étude

Coût unitaire	67 015
Cout total	4 624 057
Chiffre d'affaire = Valeurs des ressources reçues par le CS Réf	3 591 047
Résultat global (CA-CT)	-1 033 010
Résultat unitaire (RG/69)	-14 971
Taux de recouvrement de coût= CA/CT	78%

Source : nous même

1.3.2. Analyse et interprétation des coûts

Les indicateurs de performance qui permettent d'interpréter les résultats et de prendre les décisions sont :

Le résultat unitaire, Le coût unitaire, le taux de recouvrement.

Le résultat unitaire traduit une perte de 14 971 frs CFA pour chaque patient pris en charge, Alors le CS Réf a perdu 1 033 010 frs CFA pour les 69 cas traités pendant le premier semestre de l'année 2018. Cette perte peut être expliquée par le tarif non approprié.

Le taux de recouvrement (qui représente ici le rapport de la valeur des ressources reçues de l'Etat, de la collectivité et des autres partenaires sur le coût total) couvre 78 % du coût global, cela nous permet de vérifier si les revenus générés pour la prise en charge permettent au CS Réf de couvrir le coût total. Donc ici les 78% indiquent que le chiffre d'affaire n'arrive pas à couvrir toutes les charges de la prise en charge.

Ainsi avec ces indicateurs, le CS Réf est bien outillé pour négocier avec l'Etat une augmentation du tarif ou pour faire un plaidoyer pour une subvention d'équilibre et pour prendre des décisions importantes.

La figure ci-dessous nous montre la répartition du coût global entre le CS Réf, l'Etat, la collectivité et les partenaires dans la prise en charge de la MAS.

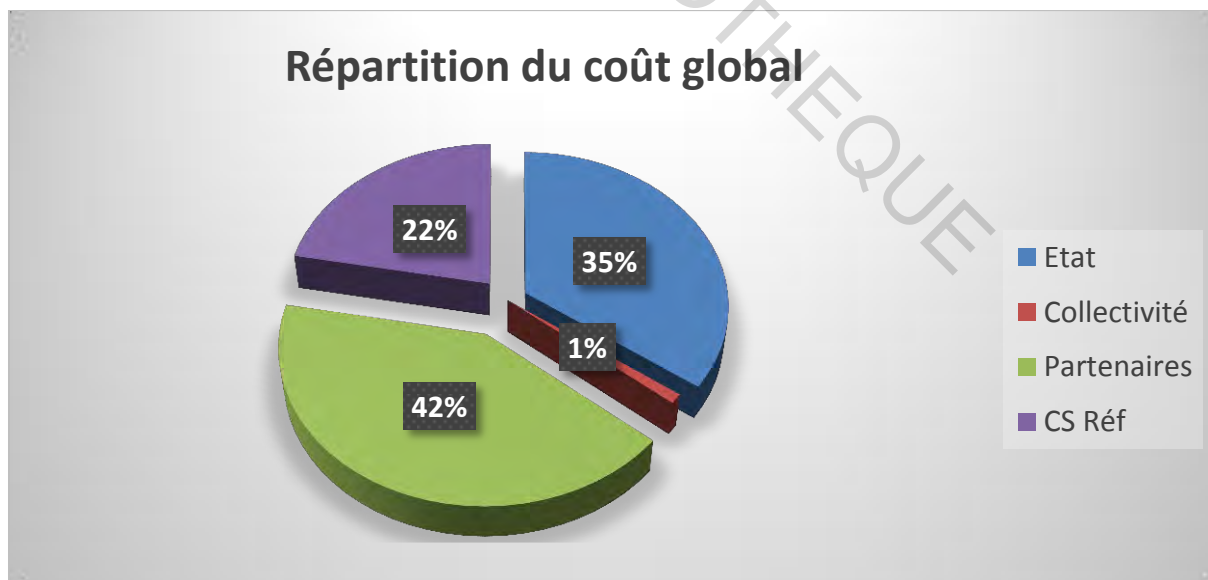


Figure 8: Répartition du coût global entre les acteurs

Source : nous même

Pour la prise en charge des 69 MAS, le CS Réf a mobilisé 1 033 010 frs CFA, soit 35% du coût global. Pour les 69 cas, la part de l'Etat, de la collectivité et des partenaires s'élèvent à 3591047 frs CFA soit 78% du coût global (42% pour les partenaires, 1% pour la collectivité et 35% pour l'Etat).

Nous remarquons que ces subventions accordées ne permettent pas au CS Réf de couvrir l'ensemble des charges mobilisées pour la prise en charge de la MAS.

Au total, la prise en charge de cette pathologie demeure une activité déficitaire pour le Centre de référence. Pour la prise en charge gratuite, la somme de ce tarif ne sera pas de l'argent liquide encaissé immédiatement. Et lorsque l'Etat ne paie pas, l'hôpital perd les 172 500 frs CFA (tarif fixé à 2 500 frs CFA par enfant). Et si l'Etat paie tardivement cela pourrait créer des difficultés de trésorerie à la structure vue que le nombre d'enfants MAS prise en charge est important.

SYNTHESE

L'étude du coût de la prise en charge de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois a montré que la prise en charge de cette pathologie génère une marge déficitaire pour le CS Réf.

L'analyse structurelle de ce coût a montré que cette perte pourrait même être majorée si la durée de la prise en charge augmente.

Dès lors nous pouvons dire que le traitement de la MAS chez les enfants de 6 à 59 mois engendre un déficit financier pour la structure. Il contribue négativement aux performances de l'établissement.

Section 2 : Recommandations

Les observations faites dans notre étude nous ont amené à formuler des recommandations au CS Réf et aux autorités sanitaires.

2.1. Au CS Réf :

- de diviser l'équipe qui réalise l'activité « visiter le patient » en deux groupes pour réduire le temps afin de minimiser le coût ;
- de faire régulièrement le suivi médical (activité « surveiller le patient ») afin de réduire le nombre de journées d'hospitalisation ;
- de promouvoir la consommation d'aliments locaux et une bonne hygiène alimentaire ;
- d'informer les décideurs politiques sur le fardeau que constitue le coût élevé de la prise en charge de la MAS ;
- de faire un plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour une subvention d'équilibre afin d'avoir un taux de recouvrement égale 100% ;
- de mettre à la disposition des travailleurs de l'URENI des intrants nécessaires pour la prise en charge des MAS ;
- de mettre en place un système d'informations pouvant permettre de disposer des informations fiables tant du point de vue médical que financière ;
- de mettre en place une comptabilité analytique et de faire l'analyse des coûts des différentes prestations du Centre ;
- de sensibiliser les populations à suivre et à respecter les consignes et les prescriptions du personnel qualifié pour la prise en charge de la MAS ;
- de demander aux populations d'amener les enfants dans les centres de santé pour diagnostiquer précocement les cas de malnutrition ;

2.2. Aux autorités sanitaires :

- de réfléchir à développer les stratégies permettant de réduire systématiquement les coûts de la prise en charge de la malnutrition dans les structures de santé ;
- de mobiliser et d'allouer des ressources conséquentes aux structures de Santé hospitalière.
- de renforcer les stratégies de communication pour un changement de comportement ;

CONCLUSION GENERALE

L'application de la méthode ABC ou la comptabilité par activité conformément à notre modèle théorique, nous a permis de connaître le coût réel pour traiter les enfants de moins de 5 ans victimes de la MAS durant le premier semestre de 2018 qui s'élève à 4 624 057 frs CFA.

Il en ressort que ce coût est largement supérieur au cumul des ressources mobilisées par l'Etat, la collectivité et aux subventions des partenaires soit 3 591 047 frs CFA, pour la prise en charge de cette pathologie.

Donc le traitement de la MAS dégage une marge négative de 1 033 010 frs CFA pour la structure hospitalière.

La perte dégagée étant largement supérieure, cela pourrait donner raison aux bénévoles et stagiaires qui considèrent qu'il n'y a pas de source de motivation à L'URENI et qu'il y'a beaucoup de travail à faire.

Cette étude a montré, en outre, l'importance de l'application de la méthode ABC en ce sens qu'elle permet une connaissance précise des coûts et de leurs conditions de variation. Il en est ainsi du coût qui vient d'être calculé. Nous constatons qu'une partie de ce coût comme les activités « préparer le lait », « surveiller le patient », « visiter le patient » et « gérer les repas » varie en fonction de la durée du séjour des patients. Dès lors, les responsables du CS Réf pourraient diminuer le coût s'ils arrivent à réduire le nombre de journées d'hospitalisation effectué par les patients au CS Réf.

Mais l'utilité de l'application de la méthode va au-delà de la simple connaissance des coûts, elle permet aux gestionnaires de prendre des décisions managériales allant dans le sens d'améliorer les différents processus afin que les revenus puissent régulièrement atteindre ou dépasser les coûts et produire des résultats en cohérence avec les objectifs stratégiques de la structure.

Toutefois, l'utilisation de la comptabilité par activité (CPA) permet, tout au moins, aux dirigeants de connaître les coûts des différentes fonctions assumées par l'établissement. Elle leur fournit en outre des éléments explicatifs sur la consommation des ressources par les

Analyse des coûts de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59 mois au CS Réf de Fana par la méthode ABC.

différents processus et met en lumière des points sur lesquels agir pour leur rationalisation. De plus en utilisant la CPA, les dirigeants hospitaliers sont en mesure de dire aux pouvoirs publics, avec exactitude, combien leur coûte la prise en charge d'une pathologie.

Ainsi, l'autorité politique étant éclairée sur la réalité du coût des pathologies prises en charge, pourrait être amenée à réajuster les grilles tarifaires ou à augmenter les subventions pour permettre aux structures de Santé de couvrir au moins les coûts des prestations offertes lorsque ceux-ci sont inférieurs aux tarifs pratiqués.

Enfin, analyser le coût de la MAS, permet de fournir des recommandations pour l'aide à la prise de décision afin d'atteindre l'un des objectifs des ODD, c'est à dire éliminer la MAS d'ici 2030.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

1. Bamba (2003), analyse des coûts des hospitalisations par la méthode ABC : cas du service neurologie du CHN de Fann au Sénégal
2. Beatrice (2007), *comptabilité de gestion : les Zoom's*, Gualino Editeur, Lextenso édition 2011, Paris, 237 pages
3. Bermadji Théophile (2016), analyse de coût de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 06 à 59 mois,
4. Boisvert H. (2011), *Comptabilité de management : Prise de décision et contrôle*, Edition du Renouveau Pédagogique Inc., 2011, Québec, 658 pages
5. CS Réf de Fana : Présentation des activités de soins essentielle dans la communauté SEC : Année 2018 CS Réf de Fana
6. De Rongé Y. (2013) *Comptabilité de 3^{ème} édition*, De Boeck Supérieur s.a, 2013, Paris, 472 pages
7. Diomandé Mehi (2017) analyse du coût de la césarienne par la méthode ABC : cas du centre hospitalier Abass Ndao (CHAN)
8. Doriath B. (2007), *Comptabilité de gestion en 20 fiches*, Dunod, Paris, 2003, 478 pages
9. Duménil M. (2018), *Le contrôle de gestion : 200 questions sur le pilotage, la stratégie, l'analyse de coût...*, Gereso, Paris, 158 pages
10. Enquête SMART 2014 Mali
11. ENSAN Mali : Enquête nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, septembre 2016 (ENSAN Mali) – version définitive
12. Granguillot, Béatrice et Francis, (2012), *Comptabilité de gestion*, Gualino, Paris, 240 pages
13. Gwénaëlle & al. (2001), *La méthode ABC est-elle transposable aux PME/PMI ?* ESC
14. Institut du Sahel/CERPROD : *Analyse des causes de la malnutrition dans trois pays du sahel : Burkina Faso, Mali et Tchad*, Juillet 2008.
15. Jacquot T. (2011), *Comptabilité de gestion : Analyse et maîtrise des coûts*, Dareios & Person Education, France, 333 pages
16. Leclère D. (2011), *L'essentiel de la comptabilité analytique*, Les Editions d'organisation, Paris, 209 pages

17. Lodjo J.C (2010), coût efficacité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 06 à 59 mois dans la zone sanitaire de Banikoro (Benin) en 2010
18. Mendoza C. (2002), Coûts et décisions, Gualino, Paris-2002, 243 pages
19. N'deye Fatou Diallo (2006), analyse du coût de la césarienne dans le cadre de la politique de gratuité de la césarienne : cas de l'hôpital général de Kolda
20. OMS : Normes et croissances
21. Rice Amy L. (2000). La malnutrition : cause sous-jacente des décès de l'enfant par maladies infectieuses dans les pays en développement.
22. The Lancet 2008, Série sur la malnutrition maternelle et infantile. Vol. 1, N°7, PP 6-12
23. Touré Alpha Mahamoud dit Karamoko (2016), étude comparative des coûts de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication entre le milieu rural et le milieu urbain au Mali
24. Tuszynski J. (2001), Comptabilité de gestion : Détermination et analyse des coûts, Les Editions Foucher, Paris 2001, 287 pages
25. UNICEF (2009), La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale. 137 pages

WEBOGRAPHIE

26. Institut numérique (2013), Lille, Lille and Paris
27. La malnutrition des enfants en Afrique. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/Africa_Brochure_2013_Fr_158.pdf
28. Nutrition mondiale Rapport 2015. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-03/010065698.pdf
29. OMS de la santé : <http://www.who.int/about/mission/fr/> consulté le 12 mai 2018
30. Rapport de l'OMS sur la nutrition en Afrique <https://afro.who.int/fr/news/un-rapport-de-loms-sur-la-nutrition-en-afrique-souligne-une-augmentation-de-la-malnutrition-en>
31. Rapport sur la nutrition mondiale 2016 : Des promesses aux impacts : Eliminer la malnutrition d'ici 2030 : Résumé <https://www.ifpri.org/node/16084>
32. Réforme hospitalière au Mali : logique, enjeux et perspectives : analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali. <https://www.editions-ue.com/catalog/details//store/fr/book/978-613-1-54279-4/r%3%a9forme-hospitali%3%a8re-au-mali-:-logique,-enjeux-et-perspectives>.

ANNEXES

Annexe 1: Cartographie des activités de la MAS

Tâches	Activités	Responsables	Durées en minute	Nombre de fois par patient	Durée totale de l'activité
Prendre les paramètres du patient, trier pour l'admission	1 Accueillir	Aide-soignante	7	1	7
Examiner le patient, interviewer l'accompagnant	2 Consulter le patient	Médecin	12	1	12
Mettre le patient au lit, faire les soins	3 Installer le patient	Infirmier d'Etats, technicienne de Santé	6	1	6
Laver les carafes, Chauffer le lait, mesurer le lait, mélanger le lait, servir le lait	4 Préparer le lait du patient	Technicienne chargée de la préparation du lait	25	6	150
Suivre le patient, vérifier la tension, à chaque 3h	5 Surveiller le patient	Infirmier d'Etats, technicienne de Santé,	24	7	168
Faire le suivi médical, adapter le traitement	6 Visiter le patient	Médecin, Infirmier d'Etats, Technicienne de Santé	9	7	63
Mettre le nom, les symptômes et la provenance du patient du patient	7 Enregistrer son admission dans le service	Major	4	1	4
Enregistrer régulièrement les informations médicales du MAS	8 Ouvrir un dossier médical pour le patient	Major	6	1	6
Vérifier les dossiers, les ranger, les apporter aux archives	9 Gérer le dossier du patient	Major	8	7	56
Enregistrer les noms des accompagnants et leurs numéros, distribuer les billets	10 Gérer les repas	Agent social			

Annexe 2: Grille salariale en FCFA

Masse salariale			Pour 6 mois
Fonctions	Statut	Solde	
Médecin Responsable	Etat	300000	1800000
Infirmier d'Etat	Etat	85000	510000
Major Technicienne de Santé	Collectivité	75000	450000
Technicienne chargée de lait	Etat	70000	420000
Technicienne de Santé	CS Réf	70000	420000
Aide-soignante	Etat	45000	270000
Agent de nettoyage	CS Réf	34000	204000

Annexe 3: Les charges de la main d'œuvre directe

Main d'œuvre direct	Fonctions	Activités réalisées	Durée de l'activité mn	Durée pour les 69 CAS	Coûts en F CFA	TOTAUX
Main d'œuvre médical					161 719	161 719
	Infirmier d'Etats	Installer	6	414	3 664	
		Surveiller	168	11592	102 589	
		Visiter	63	4347	38 471	
					144 724	144 724
	Technicienne de Santé	Installer	6	414	3 015	
		Surveiller	168	11592	84 428	
Main d'œuvre paramédicale		Visiter	63	4347	31 661	
					119 104	119 104
	Infirmière chargée de lait	Préparer le lait	150	10350	75 383	
		Visiter	63	4347	31 661	
					107 043	107 043
	Aide-soignante	Accueillir le patient	7	483	2 262	
Main d'œuvre administrative	Major	Enregistrer le dossier	4	276	2 157	
		Ouvrir le dossier	6	414	3 236	
		Gérer le Dossier	56	3864	30 204	35 597
					35 597	
	Agent social	Gérer le repas			300 000	300 000
TOTAUX						870 155

Annexe 4: Les charges en produits pharmaceutiques

Les produits pharmaceutiques	Quantité semestrielle	Coût unitaire en F CFA	Montant
Coton hydrophile	6	1 750	10500
Alcool 90°	24	1 000	24000
Gant en vrac	36	3 500	126000
TRD	12	15 000	180000
Gel	6	2 000	12000
ATPE			670 680
Total			1023180

Annexe 5: Tableau des amortissements

Intitulés	Valeur d'origine	Taux d'amortissement	Nbre d'années	Dotation annuelle	Semestrielle
Bâtiment	33 000 000	5%	20	1 650 000	825 000
Salle d'accueil				235 714	117 857
Bureau du médecin				235 714	117 857
Bureau du major				235 714	117 857
Salles d'hospitalisation				707 143	353 571
Salle de lait				235 714	117 857
				1 650 000	824 999

Annexe 6: Amortissement des matériels hôteliers

Matériel hôtelier	Valeur unitaire	Durée de vie	Amortissements annuelles	Amortissement semestriel	Totaux
Bureau du médecin					
Table de bureau	65 000	10	6 500	3 250	
Chaise	20 000	5	4 000	2 000	
Armoire en bois	150 000	10	15 000	7 500	
Etagère de rangement	40 000	5	8 000	4 000	
Total			33 500	16 750	16 750
Bureau du major					
Table en bois	40 000	5	8 000	4 000	
Armoire métallique	180 000	10	18 000	9 000	
Total					13 000
Salles d'hospitalisation					
Lit avec matelas	1 248 000	10	124 800	62 400	
Table de chevet	45 000	5	9 000	4 500	
Armoire métallique	90 000	10	9 000	4 500	
Total			142 800	71 400	71 400
Totaux					101 150
Pour l'installation Technique					
Ampoules	24 000	1	24 000	12 000	
Ventilateurs	35 000	3	11 667	5 833	
Total			35 667	17 833	

Annexe 7: Amortissements des installations techniques

Appareil	Quantité	Prix unitaire	Année	Amortissement	Amot semestriel	
Bureau du médecin						
Ampoule	2	2000	1	4000	2000	
Ventilateur	2	5000	3	1667	833	
					2833	2833
Bureau du major						
Ampoule	1	2000	1	2000	1000	
Ventilateur	1	5000	3	1667	833	1833
Salle de lait						
Ampoule	1	2000	1	2000	1000	
Ventilateur	1	5000	3	1 667	833	1833
Salles d'hospi						
Ampoule	7	2000	1	14000	7000	
Ventilateur	4	5000	3	6667	3 334	10 334
Total						
Salle d'accueil						
Ampoule	1	2000	1	2000	1000	
Ventilateur	1	5000	3	1 667	833	1 833
Totaux						18 666

Annexe 8: Fournitures de bureau, produits d'entretien et de consommables du mois de Janvier au mois de juin 2017

Produits	Quantité	Prix unitaire	Montant en F CFA
Fournitures et consommables de bureau			
Papier rame	12	2000	24000
Agrafeuse	2	5 500	11000
Bulletin d'analyse	34	2000	68000
Ordonnancier	46	1500	69000
Cachet	1	10 000	10000
Bic bleu	60	75	4500
Bic rouge	46	75	3450
Total			189950
Produits d'entretien			
Eau de javel	36	950	34200
Serpière	9	500	4500
Essuie-tout	1	3000	3000
Savon	6	2900	17400
Balai avec manche	1	2000	2000
Raclette	1	2000	2000
Seau	3	1000	3000
Total			66100

Annexe 9: amortissements des petits matériels de bureau

Petits matériels médicaux	Prix unitaire	Durée de vie	Amortissement annuel	Amortissement semestriel
Balance Pèse bébé	30 000	5	6000	3000
Balance Pèse personne	40000	5	8000	4000
Thermomètre	800	1	800	400
Stéthoscope	15 000	3	5000	2500
Toise	15 000	3	5000	2500
TOTAL				12400

Annexe 10: répartition de la MOD aux activités

Activités	Responsables	Durée totale de l'activité	Une heure de salaire	Salaire en minute	Nombre de patients	Montants
Accueillir	Aide-soignante	7	281	4,68333333	69	1967
Consulter	Médecin	12	1875	31,25	69	25875
	Infirmier d'Etat	6	531	8,85	69	3663,9
Installer	Technicienne santé	6	437	7,28333333	69	3015,3
					6679,2	
Préparer le lait	Technicienne chargée de lait	150	437	7,28333333	69	75382,5
	Infirmier d'Etat	168	531	8,85	69	102589,2
Surveiller	Technicienne de Santé	168	437	7,28333333	69	84428,4
					187017,6	
	Médecin	63	1875	31,25	69	135843,75
	Infirmier d'Etat	63	531	8,85	69	38470,95
0	Technicienne de Santé	63	437	7,28333333	69	31660,65
	Technicienne chargée de lait	63	437	7,28333333	69	31660,65
					237636	
Enregistrer le patient	Major	4	469	7,81666667	69	2157,4
Ouvrir un dossier	Major	6	469	7,81666667	69	3236,1
Gérer le dossier	Major	56	469	7,81666667	69	30203,6
Gérer les repas	Agent social					300 000
Total						570 155

Annexe 11: Coût moyen de la prise en charge de la MAS pour l'UNICEF

ATPE	nbre/jour	Nbre de jour	Nbre de patient	Quantité	Coût unitaire	Montant
F75	6	4	69	1656	215	356040
F100	6	2	69	828	300	248400
Plumpy nut	6	1	69	414	160	66240
Total						670 680

Annexe 12: Coût de la prise en charge pour le PAM

Repas	Journée d'hospitalisation	Nbre de patients	Quantité	Coût unitaire	Montant
Petit déjeuner	7	69	483		
Déjeuner	7	69	483		
Dîner	7	69	483		
Total			483	2000	966 000
Gestion de la restauration			6	50000	300000
Totaux					1 266 000

Annexe 13: les charges liées à l'électricité

Appareils	Quantité	Puissance/unité	Consommation par heure en kwh	Temps mis/h	Prix/unité de F CFA	Montant	Totaux
Bureau du médecin							
Ampoule	2	15 W	0,015	2184	130	8 518	
Ventilateur	1	70w	0,07	976	130	8 882	
Ordinateur complet	1	85w	0,085	279	130	3 083	20 482
Bureau du major							
Ampoule	1	15 w	0,015	1456	130	2 839	
Ventilateur	1	70w	0,07	976	130	8 882	11 721
Salle de lait							
Ampoule	1	15 w	0,015	2184	130	8 518	
Ventilateur	1	70w	0,07	7320	130	66612	75 130
Salles d'hospi							
Ampoule	5	15w	0,015	2184	130	21294	
Ventilateur	3	70w	0,07	4368	130	119246,4	140 540
Total							
Salle d'accueil							
Ampoule	1	15W	0,015	2184	130	8 518	
Ventilateur	1	70w	0,07	4368	130	39748,8	48 266
Totaux							296 139

Analyse des coûts de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59
mois au CS Réf de Fana par la méthode ABC.

Annexe 14: Répartition du coût global entre les acteurs

Acteurs	Ressources	Montants	Total
Etat	Main d'œuvre directe	415 453	
	Amortissement bâtiment	825 000	
	Amortissement matériel	205 817	
	Subvention	172 500	1 618 770
Collectivité	MOD	35 597	35 597
Partenaire	MOD	300 000	
	Produits pharmaceutique	670 680	
	Repas accompagnants	966 000	1936 680
CS Réf	MOD	119 104	
	Autres charges	561 406	
	Produits pharmaceutiques	352 500	1 033 010
Totaux			4 624 057

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES ANNEXES.....	VI
SOMMAIRE	VII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	9
CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE	11
Section 1 : Présentation de la méthode ABC	11
1.1. Définitions de la méthode ABC et de ses concepts fondamentaux.....	11
1.1.1. Définitions de la méthode ABC	11
1.1.2. Définitions des concepts fondamentaux de la méthode	12
1.2. Démarche, Avantages et Limites du calcul et de l'analyse des coûts par la méthode ABC.....	13
1.2.1. Démarche du calcul des coûts par la méthode ABC	13
1.2.2. Les avantages et les limites du calcul des coûts par la méthode ABC.....	16
1-2-2-1 Les avantages du calcul des coûts par la méthode ABC	16
1.2.2 .2. Les limites du calcul des coûts par la méthode ABC.....	17
Section 2 : Revue de la littérature sur l'analyse des coûts	17
2.1. Revue de la littérature sur l'analyse des coûts de la MAS	17
2.2. Revue de la littérature sur l'analyse des coûts par la méthode ABC en milieu hospitalier.....	18
CHAPITRE 2 : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	20
Section 1 : Cadre de l'étude	20
1.1. Présentation du CS Réf et du processus de prise en charge	20
1.1.1. Présentation du CS Réf	20
1.1.1.1. Historique et Situation géographique du CS Réf.....	21
1.1.1.2. Présentation du cadre institutionnel	23
1.1.1.3. Présentation du cadre organisationnel.....	23
1.1.2. Présentation du processus de prise en charge de la MAS	25
1.1.2.1. Définition de la MAS	25
1.1.2.2. La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère en soins intensifs.....	25

Section 2 : Méthodologie	28
2.1. Modèle d'étude théorique.....	28
2.2. Méthode de collecte et d'analyse des données.....	30
2.2.1. Méthode de collecte de données.....	30
2.2.2. Méthode d'analyse des données.....	34
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE.....	36
CHAPITRE 3 : CALCUL DE COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS.....	38
Section 1 : Identification des activités, valorisation et affectation des charges	38
1.1. Identification des activités.....	38
1.2. Identification, Valorisation et Affectation des Charges Supportées par le CS Réf dans la réalisation des activités du processus	40
1.2.1. Identification et valorisation des charges directes supportées par la structure.....	40
1.2.1.1. Identification et valorisation des charges de main d'œuvre directe	41
1.2.1.2. Identification et valorisation des autres charges directes	43
1.2.2. Identification et valorisation des charges indirectes	44
1.2.2.1. Identification et valorisation des charges liées aux amortissements	44
1.2.3. Affectation des charges aux différentes activités du processus	49
1.2.3.1. Identification des inducteurs de ressources (inducteur de niveau 1).....	49
1.2.3.2. Allocation des ressources aux différentes activités du processus	49
Section 2 : Détermination du coût de la prise en charge de nos patients	54
2.1. Identification des inducteurs d'activités ou de niveau 2 et valorisation des objets de coût.....	54
2.2. Détermination du coût réel de la prise en charge de nos patients	56
CHAPITRE 4 : ANALYSE DU COÛT REEL GENERE PAR LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS ET RECOMMANDATIONS	57
Section 1 : Analyse des activités, des ressources et des objets de coût du processus de la prise en charge	57
1.1. Analyse des activités en fonction des ressources engagées dans l'activité.....	57
1.2. Analyse des ressources consommées dans le processus	59
1.3. Analyse et interprétation des objets de coût.....	60
1.3.1. Présentation des coûts de l'étude	60
1.3.2. Analyse et interprétation des coûts.....	61
Section 2 : Recommandations	62
2.1. Au CS Réf	63

Analyse des coûts de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59
mois au CS Réf de Fana par la méthode ABC.

2.2. Aux autorités sanitaires	63
CONCLUSION GENERALE	64
BIBLIOGRAPHIE	67

CESAG - BIBLIOTHEQUE