



CESAG Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CESAG EXECUTIVE EDUCATION

(CEE)

**MBA-Administration et Gestion
des Entreprises
(MBA-AG)**

**Promotion
(2014-2015)**

Mémoire de fin d'étude

THEME

**PROBLEMATIQUE DU FINANCEMENT DES HOPITAUX
DU SENEGAL : CAS DU CENTRE HOSPITALIER
NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA**

Présenté par :

M. Cheikh DIOP

Dirigé par :

M. Moussa Same DAFF

**Administrateur Hospitalier Directeur
de l'Hôpital DALLAL DIAM**

Bibliothèque du CESAG



11677

M0036MBA-AG16

REMERCIEMENTS

Au nom d'Allah le tout miséricordieux, le très miséricordieux, nous remercions Dieu de nous avoir prêté vie, santé mentale, physique et les moyens de suivre cette formation. Paix et salut au prophète Mohamed, gloire à son vénéré serviteur Cheikh Ahmadou Bamba MBACKE, longue vie à mon guide Serigne Amsatou MBACKE SOUHAIBOU.

Devant certaines situations, seuls le courage et la persévérance peuvent permettre de ne pas renoncer. C'est donc pour nous l'occasion de remercier toutes ces personnes qui non seulement nous ont encouragé, mais ont été d'un appui considérable, je veux citer :

- ma mère **Fatim CAMARA** à qui je souhaite longue vie et santé de fer ;
- mon épouse **Ndeye Marieme DIAGNE** pour ses moments de sacrifices et de solitude ;
- mes frères **Saliou DIOP, Ibrahima DIOP, Assane DIOP, Modou DIOP, Ndiouga DIOP, Cheikh NGINGUE et Baboucar WADE** ;
- mes sœurs **Fatou DIOP, Fatim DIOP, Astou DIOP, Ndeye DIOP et Diarra DIOP**
- mes beaux-parents **Mohamed DIAGNE et Ami DIOP** ;
- monsieur **Moussa Same DAFF** pour avoir bien voulu encadrer ce travail ;
- monsieur **Gallo BA DRH** du Ministère de la Santé ;
- monsieur **Amadou Gueye DIOUF** Directeur du CHNMFT ;
- monsieur **Ngagne GUEYE** chef du service social du CHNMFT ;
- madame **Bèye Mame Faty DIENG** secrétaire au service social ;
- madame **Boye Seynabou Seune DIAGNE** chef de division aux RH ;
- mes amis **Pathé KANE, Assane NDIAYE, Bathie HANNE, Laye LY, Hady ; DIALLO, Souleymane DIOP, Idy NGINGUE** ;
- tous les managers de la 13^{ème} promotion de MBA/AG du CESAG ;
- tout l'encadrement pédagogique du CESAG.

DEDICACES

Ce travail, aussi modeste soit-il, est dédié à ces personnes qui me sont chères. Sachez que les mots ne pourront jamais traduire l'affection et l'amour que je porte pour vous. Il s'agit de :

- **mon père Abdou DIOP**, que la terre Diourbel te soit légère et que Dieu t'accueille dans son paradis éternel
- **ma mère Fatim CAMARA**, chaque jour au réveil je pense à la chose que je pourrai encore t'offrir
- **mon épouse Ndeye Marième DIAGNE** et mes enfants **Khadim, Palestine, Abdou, Daba et Mohamed**. Soyez endurants et persévérants.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AOF : Afrique Occidentale Française

BM : Banque Mondiale

CA : Conseil d'Administration

CC : Conseil Communal

CS : Centre de Santé

CHNMFT : Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaini de Touba

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida

CHNMFT : Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaini de Touba

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRTM : Commune Rurale de Touba Mosquée

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DES : Direction des Etablissement de Santé

DNS : Dépenses Nationales en Santé

EPS : Etablissement Public de Santé

EPSH : Etablissement Public de Santé Hospitalier

F. CFA : Franc de la Communauté Française d'Afrique

FFI : Faisant Fonction d'Interne

GRH : Gestion des Ressources Humaines

IPM : Institutions de Prévoyance Maladie

MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PE : Projet d'Etablissement

PND : Programme National de Développement de la Santé

PNT : Programme National de lutte contre la Tuberculose

PS : Poste de Sante

SAF : Service Administratif et Financier

SRH : Service des Ressources Humaines

SNIS : Service National de l'Information Sanitaire

SSI : Service des Soins Infirmiers

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

– Liste des Tableaux

Tableau 1 : Les sources de financement du CHNMFT.....	37
Tableau 2 : Les ressources financières du CHNMFT.....	38
Tableau 3 : Les dépenses globales du CHNMFT de 2010 à 2014.....	40
Tableau 4 : Les dettes du CHNMFT DE 2010 à 2014.....	40
Tableau 5 : La répartition du résultat et autres caractéristiques des 5 années d'étude.....	41
Tableau 6 : La composition du personnel du CHNMFT.....	42
Tableau 7 : Les caractéristiques de l'hébergement au CHNMFT.....	43
Tableau 8 : Les activités médicales et d'aide au diagnostic de 2010 à 2014.....	44
Tableau 9 : Les subventions de quelques CHN3 de 2010 à 2014.....	45

– Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution des différentes ressources financières de 2010-2014.....	37
Graphique 2 : Répartition des dettes du CHNMFT DE 2010 à 2014.....	38
Graphique 3 : Répartition des effectifs du CHNMFT de 2010 à 2014.....	40
Graphique 4 : Situation de la literie du CHNMFT.....	44

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Détails des postes de résultat en 2010, 2011 et 2012.....	57
Annexe 2 : Détails des postes de résultat en 2013 et 2014.....	59
Annexe 3 : Situation des dettes en 2010.....	63
Annexe 4 : Situation des dettes en 2011.....	64
Annexe 5 : Situation des dettes en 2012.....	67
Annexe 6 : Situation des dettes en 2013.....	70
Annexe 7 : Etat d'exécution du budget en 2014.....	72

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Table des Matières

Remerciements.....	i
Dédicaces.....	ii
Liste des sigles et Abréviations.....	iii
Listes des tableaux et graphiques.....	v
Liste des annexes.....	vi
Table des Matières.....	vii
Introduction générale.....	1
PREMIERE PARTIE ; Analyse situationnelle et cadre de l'étude.....	7
CHAPITRE I : Définition des concepts.....	8
Section 1 : La dimension sociale des concepts.....	8
1.1.1. Problématique :	8
1.1.1.1. Définition.....	8
1.1.1.2. Utilité	8
Section 2 : La dimension économique des concepts.....	9
1-2-1 Le financement d'entreprise.....	9
1.2.1.1. La gestion financière.....	10
1-2-1-2 Définition de l'entreprise.....	14
CHAPITRE II- Présentation du CHNMFT et méthodologie de l'étude.....	18
Section 1- Présentation de l'Organisation.....	18
2-1-1- Présentation du Sénégal.....	18
2-1-1-1 Situation géographique.....	18
2.1.1.2. Démographie.....	19
2.1.1.3. Economie.....	20
2.1.1.4. Histoire.....	20
2.1.1.5. Peuples.....	21

2.1.1.6. Santé.....	22
2.1.2. Financement du secteur de la santé.....	24
2.1.2.1. L'Etat.....	25
2.1.2.2. Les Collectivités locales.....	25
2.1.3. Présentation de la ville de Touba.....	26
2.1.3.1. Situation géographique de la ville de Touba.....	26
2.1.3.2. Touba capitale du mouridisme.....	27
2.1.3.3. Caractéristiques économiques.....	27
2.1.3.4. Caractéristiques démographiques.....	28
2.1.4. Présentation du Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaini de Touba.....	28
2.1.4.1. Organigramme du CHNMFT.....	29
2.1.4.2. Historique du CHNMF de Touba.....	30
2.1.4.3. Services et offre de soins.....	30
Section 2: Méthodologie de l'étude.....	32
2.2.1 Techniques de collecte.....	33
2.2.1.1 Méthodes.....	34
2.2.1.2. Subdivision du travail.....	34
2.2.1.3 Outils.....	35
2.2.2. Enquête.....	35
2.2.2.1 la pré-enquête.....	35
2.2.2.2 Sélection des cas à étudier.....	35
2.2.2.3 Enquête à proprement parler.....	36
2.2.2.4 Type de l'étude.....	36
2.2.2.5. Les limites de l'étude.....	36
CHAPITRE 3 : Présentation des résultats de l'étude.....	37
3.1. Descriptif des résultats de l'enquête.....	37
3.1.1. Configuration de la mouture financière du CHNMFT.....	37
3.1.2 : Répartitions des revenus du CHNMFT.....	39
3.1.3. Les charges globales du CHNMFT.....	40
3.1.4. La situation financière du CHNMFT.....	41
3.1.5. Caractéristiques et évolution du personnel du CHNMFT.....	42
3.1.6. L'activité médico-économique du CHNMFT.....	43

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 4 : Analyse des résultats de l'enquête et recommandations.....	46
Section 1. Analyse des résultats.....	46
4.1.1. Les mouvements financiers du CHNMFT.....	46
4.1.2. Analyse des dettes du CHNMFT.....	47
4.1.3. Analyse sur le personnel	47
4.1.4. Analyse des activités.....	47
4.1.5. Etude comparative sur quelques EPS3.....	48
4.1.6. Analyse de synthèse.....	49
Section.2.	
Recommandations.....	49
4.2.1. A l'endroit de l'Etat.....	49
4.2.2. A l'endroit des autorités de la Commune de Touba Mosquée, des ONG, associations et dahiras.....	51
4.2.3. A l'endroit des managers du CHNMFT.....	51
Conclusion générale.....	53
Bibliographie.....	55
Annexes	57

INTRODUCTION GENERALE

Parmi les besoins fondamentaux de l'homme, figurent les besoins physiologiques notamment celui de se soigner. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme «un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Entre défis de la mondialisation et exigences d'une population de plus en plus avertie, le Sénégal s'est engagé depuis quelques années dans une dynamique de grandes réformes et de chantiers structurants, politiques, économiques, sociaux et administratifs, qui s'inscrivent dans le cadre d'un processus global de modernisation et de performance.

La réforme du système de santé a bénéficié d'une attention soutenue de l'Etat, à la hauteur des défis que ce système a à soulever. En effet, s'intégrant dans une logique de rationalisation et d'efficacité, depuis quelques années, le Sénégal a entamé une réforme qui repose sur bien des choix stratégiques et sur des leviers d'action : la Décentralisation pour répondre à une double exigence de démocratisation et de rationalisation administrative, une approche du système de santé intégré pour pouvoir intégrer les différentes composantes du système, une réforme hospitalière pour préparer les hôpitaux à la transition sanitaire et à l'autonomie et enfin une réforme du financement qui vise sur le long terme une couverture médicale universelle.

L'instauration des hôpitaux gérés de manière autonome a commencé en 1998 avec la Réforme Hospitalière. Ce mode de gestion a constitué un cadre propice pour le développement de ces chantiers à travers la responsabilisation des gestionnaires d'hôpitaux et l'institution d'une nouvelle culture de la dépense publique axée sur les résultats et la reddition des comptes.

La santé est un droit fondamental reconnu par la Constitution sénégalaise en son article 8 au titre premier. L'article 17 de ladite Constitution dispose en outre que «...l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, l'accès aux services de santé et au bien être...». L'Etat doit veiller à assurer un système de santé efficace avec comme objectif principal l'amélioration de la santé de la population desservie, en leur permettant d'atteindre le meilleur niveau de santé possible. Dans l'évolution de la décentralisation en général, et particulièrement en son acte 3, la santé est devenue une compétence transférée aux collectivités locales. En ce sens, les Collectivités locales doivent y apporter leur contribution et non se limiter aux transferts financiers de l'Etat. L'hôpital est décrit souvent comme une institution « en crise » ou « malade ». Cette pathologie présente des symptômes divers et variés, à commencer par un coût trop important pour la société ou une offre de

soins manquant d'efficacité et de qualité. Cependant, l'hôpital doit faire face à de nouveaux défis. En effet, face à la pauvreté de ses clients, il doit remplir sa mission de service public et offrir des soins plus efficaces mais néanmoins plus coûteux. Dès lors se pose la véritable question de son financement. La nouvelle démographie hospitalière n'a cessé d'inquiéter les observateurs quant à l'avenir du système de soins sénégalais. Cette situation n'est pas nouvelle et nous pouvons dire que la réforme hospitalière de 1998 n'avait de raison de s'appliquer que pour résoudre ces divers problèmes auxquels il était confronté.

Contexte de l'étude

La crise des finances publiques et l'augmentation des coûts de la santé d'un côté, et la pauvreté grandissante des populations d'autre part, ont progressivement conduit à des remises en question non seulement des systèmes de financement classiques mais également des processus de régulation et des modalités d'organisation des différents systèmes. Un système de santé doit être apte à répondre adéquatement aux attentes des populations et réduire au maximum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun une qualité de soins, sans discrimination. La santé des personnes est une priorité nationale. Au milieu des années 90, de nombreuses études et rapports avaient fait un diagnostic sans complaisance des maux dont souffrait le système hospitalier : un plateau technique dégradé, un hôpital géré selon une logique administrative hasardeuse sans référence à la notion de performance, des comités de santé aux pratiques controversées, des soins chers et de faible qualité.

Ces constats ont inspiré aux autorités politiques la thérapeutique à administrer aux hôpitaux, consistant à réformer profondément le système hospitalier de façon progressive et dans sa globalité en passant de « l'hôpital administration » à « l'hôpital entreprise » tout en réaffirmant la mission de service public que l'Etat confiait aux établissements. La loi portant réforme hospitalière et celle relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé du 02 mars 1998 ainsi que les décrets d'application du 26 août 1998 avaient pour ambition de créer les conditions et l'environnement favorables à l'évolution souhaitée en traduisant dans les textes les objectifs de la réforme à savoir : la transformation des hôpitaux publics en établissements publics de santé (EPS) dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion au sein desquels la notion de performance devait se substituer à la logique administrative. La création d'organes délibérant (le conseil d'administration dans lequel siègent dorénavant des représentants du personnel et des usagers) et consultatifs (commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement) destinés à favoriser la concertation interne et à mieux associer le personnel et singulièrement le corps médical à la gestion de l'hôpital et aux orientations stratégiques du projet d'établissement. Le renforcement du rôle et des pouvoirs de la direction de l'hôpital devait contribuer à cette évolution.

Le recentrage du rôle de l'Etat sur ses missions régaliennes et sur l'exercice de la tutelle, en utilisant les outils de contrôle et de régulation à sa disposition ou en les créant. La prééminence de la qualité des soins à moindre coût en tenant compte des diverses expressions de la demande.

Au total, l'amélioration de la performance des hôpitaux sur le plan de la gestion et de la qualité des soins était au cœur du projet de réforme des hôpitaux sénégalais. Depuis l'adoption de cette loi relative à la réforme hospitalière en 1998 et sa mise en œuvre au début des années 2000, l'Etat du Sénégal s'est engagé pour une bonne marche et une performance du système hospitalier en injectant beaucoup d'argent. Ces ressources ont permis entre autres de contribuer à la rénovation du plateau technique et au renforcement des ressources humaines pour mieux assurer la qualité du service rendu aux populations. La dite réforme, marque l'autonomie de gestion de l'hôpital.

En effet les ressources des Etablissements Publics de Santé sont surtout constituées de dotation de l'Etat sous forme de subventions de fonctionnement et d'investissement.

Les concours directs des partenaires techniques et financiers sont dérisoires au niveau des hôpitaux. Les EPS de niveau 3, dont fait partie le Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaïni de Touba (CHNMFT), ne sont pas concernés par les fonds de dotation de la décentralisation. A cela s'ajoute la contribution des communautés qui obéit à un système de tarification régulé par l'état.

Au terme du PNDS 1998-2007, le secteur de la santé a reçu globalement un financement de 933,2 milliards de F.CFA dont les provenances sont réparties comme suit : L'Etat 51,00%, les partenaires extérieurs 26,74%, les populations 19,30% et les Collectivités locales 2,96%. Près de 50% de ces ressources ont été allouées aux hôpitaux contre 38% aux centres de santé et 3% aux postes de santé et maternités rurales.

Malgré les ressources financières importantes investies par l'Etat depuis la mise en œuvre de la réforme hospitalière et les contributions des partenaires et des populations, le constat est amer : les hôpitaux sont surendettés, le plateau technique est globalement vétuste, les ressources humaines sont insuffisantes.

Notre étude vise à analyser les mécanismes de financement du CHNMFT, d'en déceler les points à améliorer et de proposer des pistes de réflexion pour aboutir à un financement adéquat de l'hôpital.

Problématique

La problématique du financement de la santé dans les pays comme le Sénégal est de plus en plus actuelle du fait entre autres, de la situation de pauvreté qui sévit mais également de la précarité des ressources des personnes ayant besoin des services de santé. Dès lors, il devient pertinent de définir des mécanismes efficaces et efficients d'un financement mais également garantir sa pérennité pour faciliter l'accessibilité des soins, la fréquentation et l'utilisation des services de santé. Le Sénégal, à

l'instar d'autres pays en voie de développement, a souscrit dans son budget national, la politique de la subvention d'exploitation aux EPS. Ainsi, pour aider les EPS hospitaliers (EPSH) à équilibrer leurs comptes tout en assurant des soins de qualité, il est mis en place une subvention d'exploitation qui vise essentiellement à combler le déficit. Cette volonté de subventionner les EPSH est due entre autres à une tarification imposée par l'Etat qui ne tient pas compte de la vérité des coûts des pathologies, mais qui contribue à rendre les soins plus accessibles. Cette subvention devrait permettre ainsi de compenser les conséquences financières de la réalisation du service public de santé. En effet la subvention d'exploitation occupe une part importante dans les ressources des EPSH. En outre l'Etat contribue, en partenariat avec les institutions financières internationales telles que la Banque Mondiale (BM) à travers des programmes qu'il développe, à prendre en charge des groupes cibles ou des pathologies considérées comme problème de santé publique. C'est le cas de la politique de gratuité des césariennes, du Programme National de Lutte Contre la Tuberculose (PNT), du Conseil National de Lutte Contre le Sida (CNLS) et de la gratuité de l'hémodialyse et du plan Sésame. Enfin il vient mettre en place en 2014 la Gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et en 2015 la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui vise la prise en charges des populations à revenus faibles par des subventions allouées aux mutuelles de santé.

La période 2000-2015, a été marquée par la mise en œuvre de la réforme hospitalière avec une volonté de l'Etat du Sénégal d'accompagner les structures hospitalières avec beaucoup de ressources financières injectées dans le système. Il est vrai que la réforme hospitalière a apporté beaucoup de souffle aux EPS, mais aujourd'hui l'hôpital qui était censé être autonome, dépend pour beaucoup des contributions financières de l'Etat sans compter la prise en charge du personnel étatique et de certains investissements. Malgré ces efforts consentis par l'Etat, il se pose au-delà de l'insuffisance des montants de financement des structures hospitalières et des retards constatés dans le paiement des sommes dues, la problématique de la fiabilité et de la pérennité du financement des EPS de santé. La théorie financière d'une entreprise utilise conjointement le concept d'analyse financière et de diagnostic financier. L'analyse devient alors « un ensemble des travaux qui permettent d'étudier la situation de l'entreprise, d'interpréter les résultats et d'y prendre les décisions qui impliquent des flux monétaires. Son but est de porter un jugement destiné à éclairer les gestionnaires a tous les niveaux de responsabilité, les dirigeants, les salariés et les tiers, sur l'état de fonctionnement d'une entreprise de quelque nature qu' elle soit, face aux risques auxquels elle est exposée en se servant d'informations et des sources externes». Comment se présente le financement de L'Hôpital ? Répond-il aux exigences de performances dont sont soumis les EPS? Existe t- il d'autres formes inexploitées? Quelles sont les sources de financement du CHNMFT ? Comment ces financements sont-ils affectés ? Sont-ils suffisants pour satisfaire ses besoins immédiats ?

En clair, il ne s'agit pas pour nous d'étudier ici la destination des ressources générées, mais de pousser la réflexion vers la pertinence de les identifier afin d'en déterminer les différents participants, d'examiner si elles répondent convenablement aux besoins des hôpitaux, singulièrement celui de Matlaboul Fawzaïni et de ses usagers.

Les Objectifs

Objectif général :

L'objectif général de notre recherche est d'identifier et de poser les réels problèmes du financement des EPSH en général et en particulier ceux du CHNMFT.

Objectifs spécifiques :

En ce qui concerne les objectifs spécifiques, il s'agit pour nous :

- D'identifier les différentes sources de financement du CHNMFT ;
- D'identifier les charges financières du CHNMFT ;
- D'analyser les mécanismes de financement du CHNMFT de 2010 à 2014
- De proposer des pistes et des modes de financement adéquats pour le CHNMFT.

METHODOLOGIE DU TRAVAIL

Pour réaliser ce travail, nous avons, dans notre approche méthodologique, fait recours, pour la collecte des données essentiellement à la méthode historique d'entretiens et d'interview avec les différents responsables concernés par notre structure d'accueil. Nous nous sommes servis également de techniques documentaires pour le traitement et l'interprétation des données. En somme, toute la documentation statistique, comptable et financière est consultée afin d'effectuer une lecture globale de la problématique de financement du CHNMFT.

CHOIX ET INTERET DU SUJET

Le choix de ce sujet a été motivé par plusieurs constats :

Partout et à tout moment, cette question du financement des hôpitaux est agitée

La dette des EPS de santé est colossale malgré le soutien de l'état et des partenaires financiers.

Un EPS qui est bien financé assure sa survie, par conséquent, son épanouissement et son autonomie.

Le choix de ce sujet est motivé par l'importance et la nécessité de trouver le mode de financement le plus approprié dont il convient d'informer les responsables gestionnaires de l'institution sanitaire. Il ne s'agit pas de se détourner du système de financement actuel, mais il est question de l'améliorer, de le réajuster, d'en rajouter d'autres pistes de production qui ne sont pas forcément interne à la structure. Sur le plan scientifique, ce travail sert d'outil de référence, donc contribue modestement à

la constitution d'une banque de données destinée aux chercheurs qui voudront s'investir dans le domaine du financement des entreprises notamment à but non lucratif.

Ce mémoire s'articule autour du plan suivant :

- **Introduction Générale**
- **Première partie** : Analyse situationnelle et cadre théorique de l'étude.
- **Deuxième partie** : Présentation et exploitation des résultats de l'étude, Suggestions et Recommandations.
- **Conclusion Générale.**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE

ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 1 : DEFINITION DES CONCEPTS

Ce chapitre que nous commençons a pour objet d'expliquer les différents termes principaux qui composent l'intitulé de notre mémoire. Au regard de leurs contenus, nous constatons que ces mots renferment séparément une dimension sociale et une dimension économique.

Section 1 : La dimension sociale des concepts

1-1-1- Problématique

1.1.1.1. Définition

Chaque argument du développement doit se placer dans une démarche de résolution des problèmes. Bien que cela n'offre pas forcément une réponse à la fin, elle nous permet d'identifier, de diagnostiquer et de traiter les difficultés et par conséquent d'entrevoir des solutions. La problématique représente un cheminement regroupant un thème, des interrogations évoquées par ce thème, une question précise et l'hypothèse que l'on en fait. En découle ensuite la recherche proprement dite, c'est-à-dire le recueil de données (enquêtes, questionnaires, entretiens, observations participatives, lectures, expériences...), ensuite leur analyse qui permettra finalement de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de départ.

A quoi ça sert de problématiser?

Poser un problème permet de développer sa réflexion, son sens critique, et ainsi de pouvoir répondre plus facilement à des problèmes divers.

Elle permet aussi de développer un raisonnement personnel au travers d'une question.

1.1.1.2. Utilité

Il existe des problématiques dans tous les domaines. Nous en abordons spécifiquement deux pour étayer notre argumentaire. Il s'agit de l'exemple personnel et de celui doctrinal.

– Personnel : par exemple bien s'orienter, c'est aller vers le métier qui me plaît ou aller vers un métier où il y a de l'embauche professionnel.

– Doctrinal : qui a le caractère d'un problème, qui attend une solution à l'image de la propos de cette affirmation : « Bientôt la géographie ne sera plus une science problématique, parce que l'esprit de discussion et de critique deviendra inutile, lorsque tous les points principaux seront assujettis à des déterminations exactes de latitude et de longitude » (Voy. La Pérouse, t.3, 1797, p.103). Chaque besoin, chaque désir est problématique, tant que le choix ne s'est pas orienté *par rapport à lui* (Ricoeur, *Philos. volonté*, 1949, p.137) :

Il y a du danger dans les preuves; car, en argumentant, il est nécessaire de supposer problématique ce qui est en question; or, ce qu'on s'accoutume à supposer problématique, finit par paraître douteux. (Joubert, *Pensées*, t.1, 1824, p.301).

1-1-2- Un Centre Hospitalier

1.1.2.1. Définition

Un hôpital est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies et de traumatismes trop complexes pour pouvoir être traités à domicile ou dans le cabinet de médecins.

1.1.2.2. Caractéristiques particulières

Par entreprise médico-sanitaire, l'hôpital ne doit pas être considéré comme une entreprise industrielle ou commerciale car elle doit assurer les soins médicaux à la population avec un maximum d'efficacité mais d'économie minimale possible.

En d'autres termes, l'hôpital dans la poursuite de ses objectifs, doit assurer des soins de qualité aux malades à un prix accessible à tous et sans distinction de race, de religion, ni de classe sociale. Il doit de même assurer à son personnel une formation continue pour lui permettre de réaliser sa vocation avec efficacité.

La réalisation des objectifs d'une institution sanitaire tel que le Centre Hospitalier suppose une organisation. Il est pris dans le même sens que le centre de santé. Mais à la différence que, les activités réalisées au niveau d'un Centre Hospitalier demandent des spécialisations plus pointues que celles du dispensaire. Signalons que tous deux sont des personnes morales dotées des personnels compétents.

Les postes de santé pour leur part, font partie de l'échelon reconnu légalement, jadis on les appelait dispensaire. Aujourd'hui, ils sont restructurés avec le désir de devenir des centres de santé dans une zone de santé.

Section 2 : La dimension économique des concepts

1-2-1 Le financement d'entreprise

La création ou le développement d'une entreprise exige la mise en œuvre d'importants capitaux. Mais, la réunion de fonds étant difficile, les entreprises font appel aux différents moyens de financement : crédit bancaire, emprunts obligataires,... Le recours à ces moyens de financement est fait dans le seul but de réaliser les bénéfices.

« Pour exercer son activité, l'entreprise doit d'abord engager des dépenses avant de percevoir des recettes : réalisation des investissements matériels, installation, paiement des matières premières et fournitures, rémunération de la main d'œuvre, rétribution des prestataires de services. Ce n'est qu'ultérieurement, à l'issue du cycle de production et de commercialisation, que les recettes seront encaissées à la suite des ventes. Il y a donc un décalage dans le temps entre les paiements et les encaissements » (J.P. RUDELLI, *Principes et pratique de gestion financière*, éd. Delmas, Paris, 1974, p. 6).

Il existe plusieurs types de gestion dans une entreprise, notamment : la gestion financière, la gestion du personnel, la gestion commerciale...

Il existe plusieurs types de gestion dans une entreprise, notamment : la gestion financière.

1.2.1.1. La gestion financière

Appliquer la gestion financière consiste à rechercher l'équilibre entre différentes masses financières du bilan d'une entreprise ou d'une société.

La gestion financière dans une entreprise relève de la fonction financière. Du point de vue financier, l'entreprise peut être définie comme un lieu où les mouvements des fonds, convergent et provoquent des mouvements, appelés encore flux de trésorerie.

La structure de la gestion financière d'une entreprise comporte au passif (haut du bilan) les capitaux permanents c'est-à-dire fonds propres et les dettes ou emprunts à long terme. Bref, les capitaux acycliques ; (en bas du bilan) les ressources cycliques c'est-à-dire qui se renouvellent selon le rythme d'exploitation.

A l'actif, cette structure comporte les emplois des capitaux perçus soit en plus d'un exercice comptable (haut de bilan) soit encore pour une période correspondante à celle du cycle d'exploitation (bas du bilan).

La gestion financière repose sur la recherche de l'équilibre entre ces quatre masses financières décrites ci-haut et retenues par la règle de l'équilibre minimum d'où la structure financière. Cet équilibre peut être recherché d'un point de vue dynamique. Dans ce cas, on apprécie la rentabilité de l'entreprise et son évolution.

De façon statique, il est question d'étudier la *solvabilité* de l'entreprise. Enfin, cet équilibre peut être étudié pour une longue période ; à ce sens elle suppose l'étude du financement de l'entreprise.

Principe de l'équilibre financier : La synthèse du bilan permet de rapprocher succinctement par grands blocs l'origine des capitaux et l'emploi qui en est fait, c'est-à-dire d'étudier la structure financière de l'entreprise. Les valeurs immobilisées ne peuvent pas être financées par les dettes à court terme sans caractère permanent. Ainsi, l'équilibre minimum est respecté si les capitaux utilisés pour financer les immobilisations restent à la disponibilité de l'entreprise pour une durée au moins correspondant à la durée de l'immobilisation.

C'est pourquoi, toute entreprise doit veiller à respecter cet équilibre financier minimum, c'est-à-dire que les valeurs immobilisées doivent être financées par les capitaux permanents et les valeurs circulantes par l'exigible à court terme, donc les ressources doivent être financées par les emplois de même durée. Par exemple on ne peut pas acheter un immeuble par un crédit à court terme. Toutefois l'entreprise ne doit pas se contenter de cet équilibre, elle doit essayer de trouver une

marge de sécurité satisfaisante, c'est-à-dire qu'elle doit avoir un fonds de roulement positif pur couvrir des imprévus au lieu de recourir aux dettes si ainsi le cas l'entreprise se fait l'extension à éviter le gaspillage.

Ce financement peut être d'origine externe et interne. Cette dernière est encore appelée autofinancement. Etudions-les un à un.

- **Le financement externe**

Toute entreprise qui désire s'épanouir et s'adapter aux changements environnementaux, doit élaborer des plans pour bien gérer ses actions. Notamment le plan d'investissement, le plan de financement, etc. Selon VERHULST A.P (1984), « L'objectif de ces plans est de comparer et d'harmoniser :

- D'une part, les investissements indispensables à la création, au maintien ou à l'épanouissement ou encore l'expansion de l'entreprise.
- D'autre part, les ressources dont l'entreprise doit disposer pour assurer le financement de ces investissements»,

Dans le plan d'investissement, l'étude des différents projets permet de sélectionner ceux que l'entreprise se propose de réaliser compte tenu de ses objectifs et contraintes. Ensuite, tous les besoins de fonds pour les années à venir sont regroupés dans le plan de financement qui sert de cadre aux décisions de politique financière.

Les besoins ainsi connus, la direction financière va inscrire dans le premier temps les ressources internes prévisionnelles pour assurer leur couverture.

Dans la plupart de cas, ces ressources internes ne rassurent pas, une couverture totale des besoins de fonds, d'où la nécessité de recourir aux ressources externes. « Il convient alors de décider d'augmenter le capital et / ou l'endettement dans une proportion qui déterminera la future structure financière de l'entreprise ». (S. a., *Lexique pratique commerciale*, éd. La découverte, Paris, 1978, p. 327).

Ces ressources externes supposent la sélection des moyens de financement externe c'est-à-dire de mettre en œuvre la politique financière adaptée à l'entreprise. Mais, signalons que le choix de cette politique est une variable décisionnelle qui dépend des objectifs, de la rentabilité de l'entreprise, du risque encouru et de tant d'autres éléments.

De nombreux auteurs, parmi lesquels J. LATREYTE (1983), retiennent la subdivision de ce financement externe en deux catégories qui sont : les financements externes utilisés par l'entreprise et provenant des agents économiques essentiellement les ménages.

Ils sont qualifiés de *financements directs* en ce sens qu'ils se réalisent directement par émission de titres mis à la disposition de ces agents.

L'autre catégorie est celle dite, des financements indirects. Ainsi, qualifiés car, ils sont mis à la disposition de l'entreprise par l'intermédiaire des banques et autres organisations financières spécialisées à travers le système d'octroi des crédits à court, moyen ou long terme.

Comme dit, plus haut, ce type de financement restant coûteux pour l'entreprise bénéficiaire, la plupart des responsables financières et gestionnaires optent pour celui interne.

- **Le financement interne « L'autofinancement »**

Le concept « Autofinancement » a été défini de diverses manières par les auteurs. « L'autofinancement correspond aux ressources secrétées par l'entreprise, et que celle-ci conserve pour assurer son financement interne ». Cet autofinancement se réalise régulièrement dans l'entreprise mais il suppose et nécessite la mise en place d'une véritable politique de financement. D'où, ne pas utiliser cet autofinancement à des opérations dépourvues de rentabilité qui équivalent à un gaspillage de ressources.

Quant à M. EMONO, (1990-1991), l'autofinancement est donc « un ensemble des moyens de financement puisés dans l'entreprise elle-même ».

Il ressort de cette définition que l'autofinancement sert d'abord à maintenir le patrimoine de l'entreprise par la constitution des fonds d'amortissement et de diverses provisions qui sont elles-mêmes composantes de l'autofinancement.

Pour P. VERNIMMEN, (1988), l'autofinancement représente le potentiel de capitaux que l'entreprise peut réinvestir dans son activité, à partir des excédents dégagés par son exploitation et ses calculs. Donc, en déduisant de la marge brute d'autofinancement les bénéficiaires mis en distribution. Dans ses idées, P. VERNIMMEN (1988), montre ou présente l'intérêt de cette capacité d'autofinancement qui prend tout son sens pour les investissements qui ne doivent pas être renouvelés immédiatement. Elle constitue alors pour l'entreprise, un véritable volant des ressources qu'elle peut librement utiliser. Le résultat des investissements passés (capacité d'autofinancement) est ainsi une ressource qui permet par ailleurs de financer les investissements actuels, ou tout autre emploi des fonds. La capacité de s'autofinancer joue ainsi un rôle multiplicateur.

De toutes ces définitions, nous constatons que l'autofinancement n'est pas pris du point de vue juridique ni comptable, mais plutôt considéré sous l'angle économique où l'on doit tenter d'en cerner le contenu.

Toutefois, signalons que cet autofinancement ne se confond pas avec les réserves ou les provisions que reconnaît le droit commercial.

D'une manière générale, il peut être défini également comme la part non distribuée des profits réalisés par une entreprise au cours d'une période donnée.

L'autofinancement est une ressource facilement accessible aux petites, moyennes unités qui ne sont pas toujours en mesure d'emprunter. Il comporte à ce titre multiples avantages tels que :

- Permettre de pallier, dans certaines conjonctures, à l'insuffisance des modes de financement externe, même si l'on admettait que l'entreprise ait recours à un emprunt pour répondre aux besoins de financement dans son exploitation. Ici, ressort son caractère d'accessibilité facile car il ne comporte pas de charges.

- Ces fonds d'autofinancement sont susceptibles d'être supérieurs au profit qu'on pourrait obtenir des placements extérieurs et dont les résultats sont même risqués.

Cependant, malgré ces avantages, l'autofinancement comporte quelques inconvénients :

Tout d'abord, il peut ne pas être suffisant, d'où le risque de retarder l'essor de l'entreprise.

Ensuite il peut nuire à la rentabilité et entraîner l'entreprise à recourir ultérieurement au financement externe.

B. MARTORY et al, (1986), dans leur ouvrage, « Economie de l'entreprise » retiennent la critique faite à l'autofinancement à trois niveaux. Ce sont essentiellement :

1° Les consommateurs, qui lui reprochent son caractère inflationniste : les entreprises ont tendance à augmenter leurs prix afin de dégager des ressources de financement suffisantes ;

2° Les salariés et les actionnaires qui voient dans l'autofinancement une procédure de réduction de leurs revenus ; comme tout surplus, l'autofinancement ne peut être augmenté qu'en comprimant les coûts de production à l'instar du facteur humain.

3° Les pouvoirs publics qui lui reprochent son caractère irrationnel, les entreprises riches continuent à s'enrichir, elles disposent des ressources trop abondantes qu'elles peuvent gaspiller tandis que les plus pauvres ou celles qui démarrent ; conservent leurs difficultés de financement, d'où l'incapacité d'autofinancement.

A la lumière de ce même auteur, appuyé par beaucoup d'autres comme M. DARBELET, (1932), l'autofinancement a comme sources principales : l'amortissement, les provisions et les réserves.

L'amortissement peut-être donc défini comme une constatation comptable de la perte de valeur et de la dépréciation des biens. Il convient d'ajouter la désuétude, l'obsolescence ou le vieillissement.

En outre l'amortissement constate la dépréciation nécessaire des biens surtout immobilisés avec le temps, les provisions pour dépréciation d'actif constatent une perte de valeur pour d'autres motifs de caractère exceptionnel ; par exemple : une créance de client douteux et impayée après plusieurs rappels avec le risque de ne jamais être encaissé, un stock de marchandises invendues...

Il ressort de ces deux définitions que l'enregistrement comptable de la provision est identique à celui de l'amortissement. A la fin de chaque exercice, il faut estimer le montant global de la perte. Ce qui augmente des charges de l'exercice par une dotation aux comptes de provision et diminue la valeur des éléments d'actifs dépréciés appartenant à l'entreprise.

Enfin, on retient deux formes que revêt l'autofinancement :

D'une part l'autofinancement brut, qui correspond à « l'ensemble des ressources d'origine interne dont dispose l'entreprise après avoir réalisé toutes les opérations de gestion relatives à l'exercice y compris l'affectation des résultats »

Il comprend à son tour, les ressources durables (dites encore fonds d'amortissement) qui pourront être réinvesties, et les provisions.

D'autre part, l'autofinancement net ; celui-ci « est l'ensemble des bénéfices conservés par l'entreprise (sous formes des réserves, reports à nouveau) afin d'augmenter ses ressources propres »

Il constitue et fournit à l'entreprise un moyen nouveau de financement. Bref, un autofinancement d'expansion pouvant permettre à l'entreprise de se maintenir et de s'épanouir, cherche à prendre connaissance des points de vue préalablement acquis sur les problèmes en résolution.

Les lectures que nous avons faites des divers documents à notre possession nous ont permis de constater différents points de vue par rapport à la question de la rationalité dans la répartition de la subvention d'exploitation.

1-2-1-2 Définition de l'entreprise

Dans son ouvrage intitulé « Pour l'Entreprise », 1985, Phillip LAURENT, révèle que l'avenir de tout pays dépend essentiellement de la capacité de rajeunissement de ses entreprises et leur aptitude à mettre des stratégies d'anticipation.

Dans le langage courant, l'entreprise peut être définie comme « l'un des lieux du travail quotidien des hommes », (A.TIBAMWENDA, *Gestion de ressources humaines*, Cours inédit, ULPGL/Butembo, 2005-2006).

« Elle est un centre étroit avec son environnement, où, elle naît, croît, décline et meurt ; lequel environnement est fait de contraintes, » dit, toujours Phillip LAURENT (1985)..

Pendant les différentes phases que l'entreprise traverse, elle concilie différents éléments constituant son environnement. Ces éléments sont notamment, les fournisseurs, le personnel, l'Etat, les associés etc. Sous cet angle, elle peut être qualifiée d'un carrefour de tous les hommes. Bref, l'entreprise est ici comme un bercail des hommes ; le lieu où ils doivent chercher à sauvegarder et promouvoir les intérêts des uns et des autres.

La définition de ce concept « entreprise » comporte différents termes selon les auteurs. Mais au moins dans chaque définition, on peut retenir un aspect caractérisant la typologie donnée.

En domaine du management par exemple, beaucoup d'auteurs mettent l'accent sur l'aspect de l'organisation, entité économique, activité et recherche du bénéfice.

C'est ainsi que, dans son dictionnaire de gestion (1994) ; E. COHEN considère que l'entreprise « est une *organisation* relativement autonome dotée des ressources humaines, matérielles et financières en vue d'exercer *une activité économique* de façon stable et structurelle ».

Quant à CHARRON et Al, ils définissent l'entreprise comme une *organisation* qui réunit et coordonne les actions de plusieurs facteurs (homme, travail, capital) pour exercer *les activités* de transformation afin de créer des biens ou services destinés à la vente sur le marché. Ici on attend tout d'abord la recherche des facteurs de production, puis l'administration (direction) rationnelle des actions, dans le but d'atteindre les objectifs de l'entreprise et obtenir les meilleurs résultats (profits) malgré la concurrence accrue sur le marché.

Quatre caractéristiques essentielles soutiennent l'existence d'une entreprise notamment :

1. La multiplicité d'individus, d'où la production demande les concours de plusieurs personnes pour sa réalisation ;
2. La production elle-même des biens ou services ;
3. L'autonomie des décisions et d'engagement ;
4. L'échange entre produits ou souvent moyennant une contrepartie monétaire.

A ce titre B. MARTORY, (1986), considère « l'entreprise comme une organisation autonome produisant pour le marché ».

Autonome : car disposant d'une indépendance de gestion, c'est-à-dire une large autonomie (liberté) dans les prises de décisions les plus importantes.

Produire pour le marché : suppose que l'entreprise ne produit pas pour l'autoconsommation, mais son produit est lancé sur le marché pour faire l'objet d'échanges. Il existe une diversité d'entreprises.

➤ **Catégories d'entreprises**

« Toutes les entreprises obéissent à la même logique économique, mais aucune n'est identique à l'autre », P. LEBOLLOCH & Y. CEFIBLEC, (1996.)

Plusieurs critères entrent en ligne de compte dans la détermination de la catégorie à laquelle appartient telle ou telle autre entreprise.

La logique de D. GUEYRAUD et All, (1976), en retient trois critères qu'ils considèrent comme principaux. Ces critères sont les suivants :

- La forme juridique ;
- L'activité exercée par l'entreprise ;
- L'importance en effectif et chiffre d'affaires. Examinons-les contenus un à un.

D'abord, le critère de la forme juridique fait référence à l'origine ou la provenance des capitaux et la manière de les relier au travail.

Plus précisément, on peut s'imaginer que des personnes mettent en commun leurs capitaux et leur travail dans le but de produire ensemble tel bien ou tel service. On dira alors que la provenance de capitaux est privée ; les capitaux et le travail restent jumelés. En considérant ce critère toujours, on peut encore parler d'une coopérative.

Sous la forme juridique, on retient aussi les entreprises dites publiques. Elles sont dites publiques pour le fait que leurs capitaux proviennent de l'Etat et leur gestion en dépend. Par exemple : la Banque centrale, les postes, les hôpitaux,....

L'entreprise privée : L'autre forme et la plus répandue d'entreprises, se caractérise par la propriété privée du capital et la séparation du capital-travail. Cette dernière caractéristique la différencie même des coopératives où capitaux et travail vont ensemble.

« Ces entreprises adoptent des formes juridiques différentes. Elles peuvent être individuelle : dans ce cas, les capitaux sont apportés par une même et seule personne ou une famille ».

« Une société c'est un contrat par lequel plusieurs personnes mettent en commun leurs capitaux pour exercer une activité en vue d'en tirer un bénéfice ». (CROZET Yves, 1997),

Ensuite, le critère de l'activité exercée qui est fondé sur la notion de secteur. Il peut être qualifié de traditionnel, car faisant référence aux trois secteurs d'une économie.

L'économiste C. CLARK (1996), a distingué trois secteurs ; par conséquent aussi trois types d'entreprises dans ces secteurs composant l'économie donnée. A la lumière de cet auteur, nous retenons :

1. Le secteur primaire qui rassemble les unités qui utilisent principalement les facteurs naturels : entreprises agricoles bien sûr, mais aussi minières, forestières, entreprises de pêche...
2. Le secteur secondaire, quant à lui, englobe toutes les entreprises qui réalisent les activités de transformation métallurgie, chimie, construction mécanique, bâtiment,...
3. Enfin, le secteur tertiaire est celui des prestations de services : entreprises financières, de distributions, de transports, maisons de santé... Il est à noter qu'actuellement c'est difficile de séparer le secteur secondaire de celui du tertiaire lorsqu'il s'agit par exemple d'une entreprise opérant dans les secteurs de pointe surtout en technologie. L'exemple marquant, est celui d'un fabricant d'ordinateurs qui produit des matériels (activités secondaires) mais rend aussi des services (activités tertiaires) tels que formations des clients, élaboration des logiciels...

Les exigences des besoins nouveaux font que, les entreprises produisant des services soient de plus en plus nombreuses.

Enfin, on peut opérer une classification en se basant au critère de l'importance soit en effectif (surtout pour les entreprises commerciales et industrielles) pour ainsi avoir les plus peuplées, les moins peuplées ; soit en capitaux naturels surtout en surface pour les entreprises agricoles (grandes, moyennes et petites), soit encore en dépôt de clients pour les banques.... Nous notons cependant que la classe à laquelle une entreprise appartient, détermine dans bien des cas son mode de fonctionnement. C'est la raison pour laquelle dans le point suivant nous allons ainsi parler de l'hôpital entreprise.

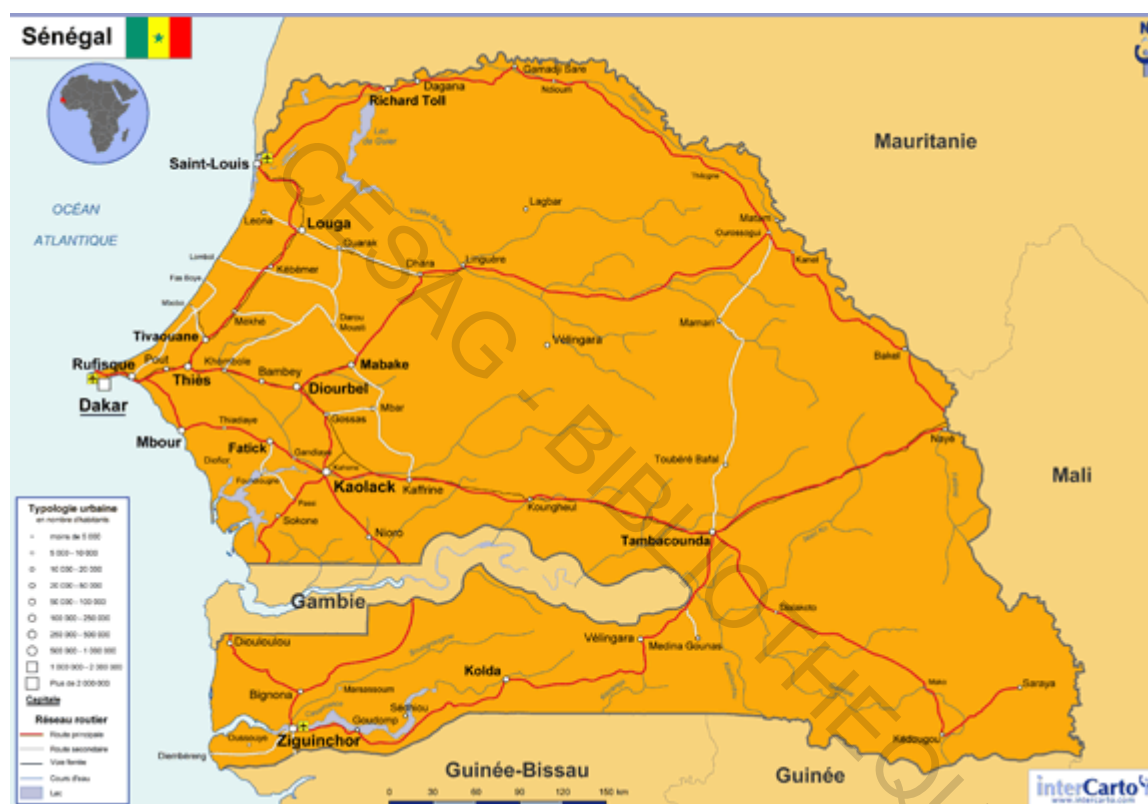
CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 2- PRESENTATION DU CHNMFT ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Section 1 : Présentation de l'organisation

Le deuxième chapitre de notre étude est consacré à l'analyse situationnelle. Il débute, à juste titre, par une sommaire présentation du Sénégal, de la région de Diourbel, mais surtout de la commune de Touba qui constitue l'environnement externe du cadre d'étude.

2-1-1- Présentation du Sénégal



Source : www.sencartpostal.sn

2-1-1-1 Situation géographique

• Géographie

La République du Sénégal est un pays soudano sahélien situé à l'extrême-ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196.200 km². Il est limité au nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la Guinée Conakry et à l'ouest par l'océan atlantique.

Le Sénégal est divisé en cinq régions naturelles et quatorze régions administratives :

– La région maritime ou sud-canarienne s'étend le long de l'Atlantique de Saint Louis à la Gambie. Jusqu'à Dakar, la côte est formée d'alignements de dunes. Plus au sud, le littoral est coupé par la presqu'île volcanique du Cap Vert où s'abrite le port naturel de Dakar, considéré comme le meilleur mouillage de toute l'Afrique.

- La zone subtropicale de la Basse Casamance est une région aux dimensions réduites où s'est développée une agriculture riche et variée : riz, mil, maïs, nombreux fruits...
- Vers le nord et le nord-est, la forêt fait place à la zone soudanienne, paysage de savane arborée, parsemée de rôniers, d'épineux et de bas balas.
- Au nord-est de la région précédente s'étend le Ferlo, vaste territoire de steppe semi-désertique.
- Entre ce dernier et le fleuve Sénégal, c'est le Sahel (en arabe, rivage) zone intermédiaire entre la steppe et le désert du Sahara. Le climat y est chaud et sec, avec des températures atteignant 46 °C en mai.
- Au Sénégal, l'année compte deux saisons : la saison des pluies et la saison sèche. La première dure normalement de juin à octobre, mais en réalité bien au-delà. Elle est caractérisée par des pluies très abondantes et une température pouvant atteindre les 50 °C dans les terres, 35-40 °C à Dakar.
- Ces pluies ont toujours un mois d'avance dans le Sud du pays. C'est un moment important puisqu'il marque le retour au village pour les travaux champêtres. La saison sèche s'étend sur le reste de l'année : il pleut très rarement et la température peut descendre jusqu'à 10 °C.

Langues : français (langue officielle), wolof, sérère, peul, dioula, etc.

Capitale : Dakar

Monnaie : le franc CFA. Un euro fait six cent cinquante-sept F. CFA. En wolof, on utilise la base 5 pour le commerce. On dira 5 pour 25 FCFA, 100 pour 500 FCFA, etc.

Nature du régime : présidentiel

Chef de l'État : Macky SALL, depuis mars 2012 pour un mandat de 7 ans.

2.1.1.2. Démographie

Population : 13 millions d'habitants (en 2013, dernier recensement)

Densité : 59,4 habitants au km² (2013)

Taux de croissance annuelle de la population : 2,2% (2013)

Taux de fécondité : 6,1 enfants par femme (2013)

Mortalité infantile : 38‰ (2009/2014)

Espérance de vie : 53,3 ans (2009-2014)

Population urbaine : 48,3% de la population totale (2013)

Enfants de moins de 15 ans : 49% de la population (2013)

Personnes de 65 ans et plus : 3% de la population (2013)

Analphabétisme : 26% des plus de 15 ans (2013)

2.1.1.3. Economie

PIB : 14,95 milliards \$ (2015)

PIB par habitant: 2560 \$ (2015)

Croissance économique annuelle: 6,5 % (2015)

Dettes extérieures totales: 3,67 milliards \$ (2013)

Taux d'inflation : 5,5% (2013)

- **Commerce**

Importations: 3,32 milliards \$ (2013)

Exportations : 1,68 milliards \$ (2013)

2.1.1.4. Histoire

On ne sait rien des origines du Sénégal, sinon qu'elles se perdent dans la nuit des temps. Quant au nom même du pays, certains linguistes estiment qu'il viendrait du wolof (langue véhiculaire du Sénégal – suñu gal, qui signifie « notre pirogue »).

Du II^e au XI^e siècle, c'est l'empire du Ghana qui occupe en grande partie le territoire de l'Afrique de l'Ouest. C'est un empire prospère, peuplé de Peuls, de Wolofs et de Sérères, de religion animiste. Il sera renversé par les Almoravides, venus du Sud marocain, et par les Toucouleurs, dont le chef peul Wara Oyobé, vassal du Ghana, s'est converti à l'islam avec une grande partie de la population et a fait sécession.

Le 30 mai 1814 est signé le traité de Paris, qui donne définitivement le Sénégal à la France, c'est-à-dire Gorée et Saint-Louis. En 1848, abolition de l'esclavage. De 1854 à 1865, Faidherbe devient gouverneur de la colonie et entreprend la réunification des minuscules royaumes rivaux (Kayor, Walo, Sine, Fouk) qui avaient subsisté jusque-là. Il décide aussi de relier Saint-Louis à Dakar qui vient d'être fondé. La voie devra permettre l'évacuation de l'arachide, dont la culture ne cesse de se développer depuis 1840. Faidherbe conquiert les royaumes du Djolof et de Kayor, et peut enfin se consacrer à la mise en valeur de la colonie. L'an 1895 voit la création du gouvernement général de l'Afrique Occidentale Française (AOF). À partir de cette période, Dakar connaît une grande expansion, tandis que Saint-Louis se dépeuple considérablement. En 1916, suite à l'engagement de Sénégalais dans la guerre de 1914-1918, on vote une loi accordant le statut de citoyens français aux habitants des quatre communes de Dakar, Saint-Louis, Gorée et Rufisque. En 1960, le Sénégal accède à l'indépendance et Léopold Sédar Senghor devient le premier président élu de la république du Sénégal.

2.1.1.5. Peuples

Le Sénégal est un véritable carrefour humain où peuples, langues, religions et traditions se croisent, au point que sur une carte la République apparaît comme une mosaïque d'ethnies, quelquefois apparentées, mais toujours fort typées.

– **Les Lébous** : Certains ont pris racine à Dakar, tandis que d'autres se sont implantés sur la côte du Nord. Ils sont réputés pour être de grands cultivateurs et pêcheurs en mer.

– **Les Wolofs** : Ils représentent presque les deux cinquièmes de la population et vivent surtout au Bas-Sénégal, dans les régions de Dakar, Louga, Thiès, Diourbel et Kaolack. L'agriculture constitue leur activité principale, et leur langue, le wolof, est utilisée comme langue véhiculaire du pays.

– **Les Sérères** : C'est la deuxième ethnie du Sénégal. Ils peuplent principalement la région de Thiès, la Petite Côte et les abords de la Gambie. Ils sont connus pour être d'excellents cultivateurs.

– **Les Peulhs** : Ils forment un peuple très fier, au teint clair, qui se rencontre dans toute l'Afrique occidentale. Au Sénégal, on les retrouve surtout dans le Nord-est du pays, appelé le Fouta, ainsi qu'en Haute-Casamance. Ils sont avant tout des pasteurs, qui se déplacent avec leurs troupeaux, dont l'importance confère le prestige social.

– **Les Toucouleurs** : Issus vraisemblablement d'un métissage entre Sérères et Peuls dont ils sont extrêmement proches, les Toucouleurs se regroupent principalement le long de la vallée du fleuve Sénégal.

– **Les Diolas** : Ils occupent la Basse-Casamance et se subdivisent en plusieurs sous-groupes. Ils sont proches des Sérères. Ce sont d'excellents riziculteurs et ils tirent une grande partie de leurs ressources de la forêt.

À côté de ces principales ethnies, il en existe encore bien d'autres que nous n'aborderons pas : Mandingue, Bassâri, Bambara, Maure, Ndiago... Il faut ajouter qu'en plus de ces nombreuses ethnies, le Sénégal compte une forte communauté française et syro-libanaise.

• Langues

À chaque ethnie correspond une langue, ou même plusieurs. Il en est ainsi chez les Diolas, qui ne se comprennent pas toujours entre eux. En raison du melting pot culturel qui caractérise le Sénégal. Il est fréquent qu'une personne parle trois, quatre, voire cinq langues différentes. La langue officielle est le français, et la langue véhiculaire le wolof.

• Religions

Musulmans : 95 % ; catholiques : 4 % ; animistes : 1 %. Les vieilles croyances animistes se maintiennent partout, même chez les musulmans et chez les chrétiens. L'islamisation du pays a débuté au XI^e siècle avec l'arrivée des Almoravides, moines guerriers

berbères sahariens. Mais, malgré leur dynamisme, ils ne parvinrent pas à faire pénétrer l'islam dans les masses sénégalaises.

Il fallut attendre la seconde moitié du XIXe siècle pour cela, avec l'apparition des grandes confréries musulmanes, notamment celles des Mourides et des Tidianes. Les premiers (en arabe, mouride signifie «aspirant, novice») sont les disciples du marabout Cheikh Amadou Bamba MBAKE, à la fois saint homme, apôtre et militant politique. Le succès du mouridisme s'explique en partie par le fait qu'il assimile à l'islam certaines valeurs traditionnelles de la société wolof, par exemple il sanctifie le travail.

Le catholicisme a été propagé par les missionnaires portugais en Casamance, suivis des prêtres français.

Malgré la pratique de l'islam et la présence des missions catholiques, les griots (conteurs, musiciens virtuoses, magiciens, sorciers, sages, médecins, envoûteurs, prêtres...) et les marabouts traditionnels conservent toujours leur pouvoir, dirigent les rites funéraires, intercèdent auprès des « forces », prophétisent, protègent à l'aide de gris-gris et d'amulettes que leurs fidèles doivent porter en permanence.

2.1.1.6. Santé

L'Etat a défini la Politique Nationale de Santé dans la constitution et il la met en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. L'Etat est garant de la santé des populations. A la fin des années 1990, il a élaboré en collaboration avec les partenaires au développement, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui est actuellement dans sa deuxième phase (2009-2018). Le système de santé public du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique (district), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon central.

➤ Le district sanitaire :

Au niveau périphérique, le Sénégal est découpé en districts sanitaires qui constituent le maillon opérationnel de la pyramide sanitaire. Ils sont chargés de la mise en œuvre des programmes et actions de santé à assises communautaires. Le district est une zone géographique pouvant épouser une circonscription administrative départementale ou une partie de celle-ci. Le district possède au moins un Centre de Santé et un réseau de postes de santé. Il est dirigé par un médecin chef de district à la tête d'une équipe cadre de district.

Le Sénégal comptait en 2010 environ 79 centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé. Ils forment 75 districts sanitaires. Les Centres de santé couvrent chacun une population moyenne allant de 100 000 à 250 000 habitants (Carte sanitaire du Sénégal, version finale, janvier 2011).

Le poste de santé sous l'autorité d'un infirmier chef de poste, assure les soins ambulatoires de base qui relèvent d'un dispensaire. Dans certains cas, une sage-femme y est aussi présente en plus de l'infirmier. Le reste du personnel est souvent non diplômé (accoucheuse et agent communautaire). Le pays compte environ 920 postes de santé mais entre 5 et 10 % sont fermés du fait de l'absence de personnel alors que par ailleurs plus de 200 postes de santé ne disposent pas de capacité pour accueillir des accouchements dans des conditions minimales de sécurité.

➤ **Le niveau intermédiaire ou région médicale** : La région médicale est la structure de coordination au niveau régional et correspond à la région administrative. Le pays est structuré en quatorze régions médicales (une par région administrative). Elle est dirigée par un médecin-chef de région animant l'équipe des services régionaux de santé dont les responsabilités sur les plans stratégique et technique, comprennent la planification, l'évaluation, la gestion, la coordination et la supervision de l'action sanitaire sur toute l'étendue géographique de la région. Chaque région médicale est dotée d'au moins un hôpital régional. Avec la réforme hospitalière, ces hôpitaux sont devenus des établissements publics de santé de niveau 2 (EPS2). Ils disposent d'une autonomie juridique et les autorités régionales sont représentées au conseil d'administration dont la tutelle relève du Ministère de la santé.

➤ **Le niveau central** : Il représente les structures administratives centrales de prise de décision et les services techniques de référence nationale. Il comprend le cabinet du Ministre et les directions et services rattachés. Les directions elles-mêmes sont réparties en divisions.

Ses prérogatives sont la formulation des politiques de santé, l'affectation des ressources, le contrôle et la réglementation des structures de niveau inférieur, l'appui technique et stratégique aux régions et enfin la coordination de l'action des partenaires internationaux. Le niveau central a adopté un nouvel organigramme depuis le début du mois d'août 2012 conformément aux recommandations du dernier PNDS dont la mise en place est en cours avec la nomination des autorités en charge de ces nouvelles structures. L'avant dernière réorganisation avait permis la création d'une direction des ressources humaines afin de mieux pouvoir faire face à ce qui constitue un des facteurs de la faible efficacité et du manque d'équité dans la répartition de l'offre de soins. Ce niveau central comprend neuf hôpitaux nationaux dont certains sont des centres hospitaliers universitaires qui constituent le niveau spécialisé du système de référence. Le secteur privé (privé confessionnel ou privé lucratif) et le secteur parapublic interviennent aussi largement dans l'offre de soins mais le recensement des activités est difficile.

Si le service de santé des armées est un acteur public significatif, il n'est pas le seul puisque l'éducation nationale dispose aussi d'une offre de soins dans ses établissements scolaires et universitaires.

Par ailleurs le secteur parapublic (grandes entreprises et sécurité sociale) propose également une offre de soins, principalement ambulatoire. Le secteur privé confessionnel n'est pas structuré de manière formelle et le secteur privé lucratif est très disparate. Cette diversité d'acteurs, dans un contexte où le Ministère de la santé intervient peu pour mieux mesurer et coordonner leur offre de service, doit être prise en compte dans la réflexion sur l'adaptation de l'offre aux besoins prioritaires des populations. Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé.

Le Sénégal a mis en place un système de référence et de contre référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades et le transfert d'informations sanitaires entre le niveau périphérique (PS et CS) et les structures hospitalières.

2.1.2. Financement du secteur de la santé

La Dépense Nationale en Santé est de 254 196 425 119 FCFA et la Dépense Totale de Santé s'élève à 247 491 083 850 FCFA. La Dépense Nationale de Santé s'élève à 5,55% du PIB et correspond à une moyenne de dépenses de santé par tête de 42 dollars US en 2005 (rapport 2009 de la Banque Mondiale sur les OMD).

Ces deux indicateurs placent le Sénégal parmi les pays dont les niveaux des dépenses en santé sont les plus élevés en Afrique de l'Ouest.

En ce qui concerne la structure du financement du système de santé, les fonds publics s'élèvent à 91,4 milliards de FCFA et sont constitués à hauteur de 96% par les fonds provenant de l'administration centrale et 3% des collectivités locales. Les fonds privés s'élèvent à 109,4 milliards de FCFA répartis ainsi : 87% fonds des ménages, 9% fonds des employeurs, 3% autres fonds privés et 1% fonds des ONG. Les fonds du reste du monde sont de 53,4 milliards de FCFA dont 59% des fonds proviennent de la coopération bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 0,7% de la coopération décentralisée, 26% des ONG, des initiatives internationales et globales et 0,3% des fonds des sénégalais de l'extérieur.

S'agissant de la gestion des fonds, le secteur public gère 134,3 milliards de FCFA soit 53% de la Dépense Nationale de Santé dont 78,2% est géré par le Ministère de la Santé et de la Prévention et seulement 7% sont gérés par les collectivités locales ; Le secteur privé gère 43% de la Dépenses Nationales en Santé (DNS) dont 77% sont gérés par les ménages, 10% par les sociétés d'assurance et 9% par les assurances sociales ; Les partenaires extérieurs ne gèrent que 4% de la DNS, ils confient leurs fonds essentiellement au ministère de la santé. Les dépenses par prestataire du MSAS montre une prédominance des programmes de santé publique (38%) et des structures hospitalières qui reçoivent 38% (21% aux hôpitaux et 17% aux centres de santé) ; les postes de santé ne recevant que 3% de ce fonds publics.

2.1.2.1. L'Etat

Il supporte une bonne partie du financement des hôpitaux au Sénégal : le budget de la santé représente selon les comptes nationaux de la santé de 2005 environ 10% du budget total de l'Etat. La partie allouée aux hôpitaux se fait sous la forme de subvention ou de crédit.

Les Comptes Nationaux de la Santé du Sénégal ont annuellement des montants qui sont souvent jugés insuffisants par les responsables des hôpitaux. Cependant, l'Etat supporte les salaires du personnel étatique et des contractuels du ministère de la santé, les investissements en bâtiments, les équipements, l'eau et l'électricité. Les subventions de l'Etat ont connu une hausse généralisée en 2005 mais s'avèrent toujours insuffisantes pour les autorités hospitalières au regard des besoins croissants de leurs structures. En effet, les ressources propres qui sont des fonds issus du recouvrement des coûts en complément du financement de l'état et des collectivités locales ne peuvent compléter le gap. Les tarifs sont fixés par le Conseil d'Administration dans les limites d'une fourchette déterminée, par le Ministère en charge de la santé. Elles constituent l'essentiel des produits des hôpitaux visités dans le cadre d'une mission parlementaire au cours de l'année 2011. Il faut toutefois noter le taux de recouvrement relativement bas du fait de la faiblesse de la couverture sociale estimée à moins de 20% de la population et de l'insolvabilité de la majorité des Instituts de Prévoyance Maladies (IPM).

2.1.2.2. Les Collectivités locales

❖ L'acte 3 de la décentralisation

– La communalisation intégrale

Toutes les communautés rurales et les communes d'arrondissement sont érigées en communes, premier ordre de collectivité locale au Sénégal. Cette option répond à l'impératif d'une gestion de proximité des problèmes des populations et une participation des acteurs locaux à l'impulsion et à la mise en œuvre des stratégies de développement territorial.

Le statut communal se renforce avec la communalisation intégrale, et ainsi la « communauté rurale » disparaît dans l'architecture territoriale.

– Le département, collectivité locale.

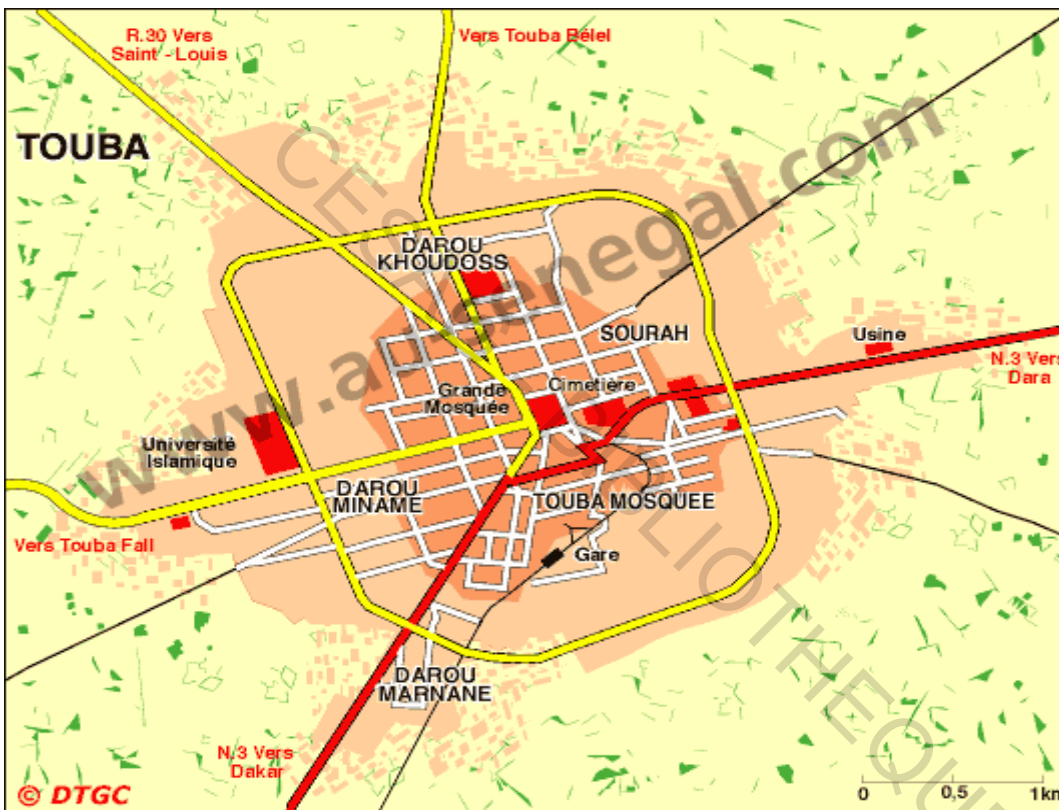
Le département est érigé en collectivité locale en même temps il reste circonscription administrative. Le découpage des départements au Sénégal recoupe, dans bien des cas, le tracé des anciens royaumes ou provinces. La recherche, d'un espace vécu comportant une homogénéité socio- culturelle et économique et un fort sentiment d'appartenance, justifie le désir de réinvestir le département afin d'en faire un vecteur pour une bonne politique de décentralisation.

- La suppression de la région comme collectivité locale

La région n'est plus une collectivité locale, et la création des pôles de développement économique est une des innovations de l'acte 3 de la décentralisation. De ce coup, la région transfère au département les droits et devoirs qu'elle avait vis-à-vis des EPS. L'apport des partenaires techniques et financiers complétera les efforts de l'état dans le financement des infrastructures, des équipements et les grosses réparations.

2.1.3. Présentation de la ville de Touba

2.1.3.1. Situation géographique de la ville de Touba



Source : Googlemap.com

Malgré ses 1 060 462 millions d'habitants, la ville de Touba est toujours considérée, d'un point de vue administratif, comme une Commune. Celle-ci se nomme Touba Mosquée et compte officiellement 74 villages parmi lesquels celui de Touba mosquée qui est le chef-lieu de Commune. Située au centre ouest du pays, la Commune de Touba mosquée est limitée au Nord par l'Arrondissement de Darou Mousty (Département de Kébémér), au Sud par l'Arrondissement de Kael (Département de Mbacké), à l'Est par l'Arrondissement de Dahra (Département de Linguère) et, à l'Ouest, par les CR de Missirah, Touba Fall et Dalla Ngabou. Du fait de cette situation géographique assez favorable, la CR de Touba Mosquée est devenue au fil des années un important carrefour commercial par lequel transitent beaucoup de marchandises provenant des villages environnants mais aussi des autres centres urbains du pays et même de la sous-région.

Cette localité couvre une superficie de 29 995 ha répartis en 13 principaux quartiers que sont : Darou Khoudoss, Gouye Mbind, Darou Miname, Touba Guédé, Touba Mosquée, Keur Niang, Khaira, Guédé Bousso, Same, Darou Marnane, Ndamé, Madiyana, Dianatoul Mahwa et Touba Bagdad.

Ces quartiers se différencient en fonction de leur localisation dans l'espace urbain. C'est ainsi qu'on distingue les quartiers centraux situés au sein de la rocade comme Darou Khoudoss, Darou Miname, Gouye Mbind et Touba Guédé. Ensuite, on a des quartiers centraux qui ont franchis la rocade. Ces quartiers ont connus au fil des années une remarquable croissance démographique au point qu'aujourd'hui leurs limites s'inscrivent au-delà de la rocade. Il s'agit de Touba Mosquée, Darou Marnane, Keur Niang, Khaira, et Guédé Bousso. Enfin on a les quartiers situés au-delà de la rocade mais qui font partis quand même de l'espace urbain de Touba. Il s'agit de Same, Ndamé, Madiyana et Dianatoul Mahwa.

2.1.3.2. Touba capitale du mouridisme,

Administrativement une commune du département de Mbacké, Touba est une collectivité à forte attraction. Cela s'explique par sa fonction religieuse et le caractère commercial de la cité. Cet afflux des populations s'explique aussi par la politique de gratuité des parcelles à usage d'habitation et de l'eau des robinets. La population de Touba est caractérisée par une urbanisation croissante.

2.1.3.3. Caractéristiques économiques

La ville de Touba est un véritable centre d'affaires où le commerce est très développé. Cette activité occupe une grande partie de la population et constitue une source importante du revenu de sa population.

A cela, s'ajoutent celle de l'élevage et de l'agriculture avec une prédominance de la culture vivrière du mil. La faiblesse des rendements de cette dernière est souvent à l'origine d'un exode massif des jeunes vers les grandes villes comme Dakar, Thiès, Mbour... Les industries de transformations et autres usines sont presque absentes.

2.1.3.4. Caractéristiques démographiques

La population de Touba croît de manière exponentielle avec un taux de croissance moyen estimé à 3,2 % par an, taux qui dépasse de loin, celui des autres régions excepté Dakar du fait de la migration favorisée par le caractère religieux de la ville qui est une cité sainte mais aussi de la gratuité de l'eau et des parcelles offertes aux populations à usage d'habitation. En effet, il n'est pas rare de voir des villages entiers se déplacer vers Touba pour y élire domicile. Tous les jours les talibés mourides viennent de toutes les localités du pays, souvent de la sous-région et du reste du monde en pèlerinage pour trouver bénédiction auprès de leur vénéré guide fondateur du mouridisme qui repose en cette terre Sainte de Touba depuis 1927.

Ainsi sa population augmente durant toute l'année à un rythme qui ne suit pas celui des infrastructures (hydrauliques, sanitaires, sécuritaires, etc.).

La communauté de Touba est entièrement musulmane et les habitants sont des adeptes du fondateur du Mouridisme Cheikh Ahmadou Bamba Mbacké. Son représentant porte le nom de Khalife Général des Mourides qui est pour toute la communauté mouride l'autorité suprême.

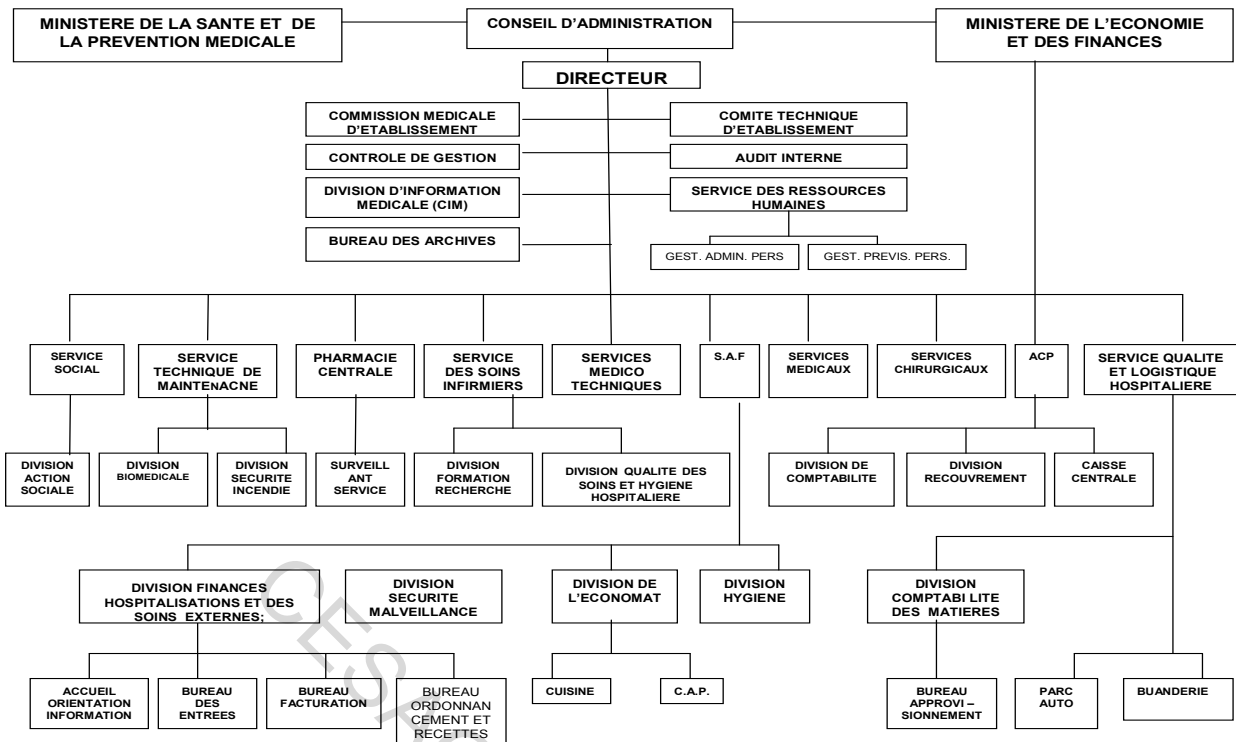
Cette forte population a pesé sur la demande de soins. Ainsi le Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaini de Touba étant le seul hôpital depuis 2005 (avant l'érection du centre de santé de Ndamatou en hôpital de niveau 1 en 2010) dans la ville sainte, est devenu un refuge pour ses habitants avec leurs innombrables besoins de soins de santé. Ainsi la demande de soins étant supérieure à l'offre, beaucoup de professionnels Talibés mourides du secteur de la santé veulent servir à Touba.. Mieux, beaucoup de partenaires (**ONG**, bailleurs de fonds) veulent intervenir dans le périmètre de Touba dans tous les domaines (Assainissement, hydraulique, sanitaire etc.). Ce qui pourrait contribuer à une meilleure amélioration des conditions de vie gage d'un meilleur état de santé. Touba compte plusieurs événements dont le Grand Magal de Touba. Ces événements occasionnant des rencontres sont souvent source de plusieurs dégâts tels que des accidents de la circulation, et des maladies liées à l'hygiène (le choléra, la diarrhée, etc.).

Toute chose égale par ailleurs, cette situation crée une forte demande de soins auprès de cet établissement de santé.

2.1.4. Présentation du Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaini de Touba



Source : [googlemap.com](https://www.google.com/maps)



Source : Plan de redressement 2010 du CHNMFT

2.1.4.2. Historique du CHNMFT de Touba

Premier Hôpital de Touba, le CHNMFT est situé à l'ouest de la ville dans le quartier Dianatoul Mahwa à 3,5 km de la grande mosquée. La pose de la première pierre a eu lieu le 02 mars 1994 sur instruction et bénédiction du Khalife Général des Mourides. Il est financé et construit par la Dahira Matlaboul Fawzaïni. La fin des travaux et la remise des clefs au Khalife Général des Mourides Serigne Saliou Mbacké ont eu lieu le 02 mars 2002.

La superficie de l'établissement est estimée à un hectare cinq cent (1,5) et sa capacité théorique d'accueil est à deux cents (200) lits d'hospitalisation.

Le Khalife Général des Mourides a remis à titre gracieux à l'Etat sénégalais cet hôpital. Son inauguration par le Président de la République, a eu lieu le 25 Mars 2005 date de son ouverture officielle.

L'hôpital est érigé en Etablissement Public de Santé de niveau 3 par décret n° 2005-1202 du 13 Décembre 2005 et dénommé Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaini de Touba (CHNMFT). Il est le seul hôpital national implanté hors de Dakar, dans une ville sainte qui est la deuxième du Sénégal au plan démographique.

L'hôpital a vu la mise en place de ses différents organes :

- consultatifs : la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le Comité Technique d'Etablissement (CTE) depuis 2006 ;

- délibérant : le Conseil d'Administration (CA) le 03 septembre 2007 par décret présidentiel du 18 juin 2007.

2.1.4.3. Services et offre de soins

➤ les services administratifs :

- Direction
- Service Administratif et Financier
- Contrôle de gestion
- Agence comptable
- Service des Ressources Humaines
- L'Audit Interne
- Service Social
- Système d'Information Hospitalier
- Service des soins infirmiers

L'activité médicale de l'hôpital couvre la demande de tous les départements environnants et s'intègre dans la carte sanitaire : un hôpital national dans une ville de célébration religieuse telle que le grand Magal de Touba.

L'hôpital de Touba offre les services médicaux suivants :

Services Médico-chirurgicaux

- Consultations externes
- Médecine (générale, interne)
- Pédiatrie
- Chirurgie
- Cardiologie
- Gynécologie obstétrique
- Ophtalmologie
- Odontostomatologie et le laboratoire de Prothèse dentaire
- Dermatologie,
- Urologie
- ORL
- Néphrologie

Hospitalisations :

- Médecine interne
- Chirurgie (générale, ORL, orthopédie, ophtalmologie, urologie)

- Maternité gynécologie
- Anesthésie- Réanimation
- Pédiatrie
 - Accueil/Urgences
 - Physiothérapie (massage, rééducation)
 - Aides aux diagnostics :
- Laboratoire
- Imagerie médicale
- Scanner
- Echographie
- Fibroscopie
- Electrocardiogramme (ECG)
 - Pharmacie centrale
 - Bloc opératoire
 - Stérilisation
 - Buanderie
 - Morgue
 - Cuisine
 - Hygiène et sécurité

La composition et le rôle des organes consultatifs sont fixés par le décret n°98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des EPS. Ces organes sont :

- La CME;
- Le CTE.
- La CME se compose de l'ensemble des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes. Le

Président est élu par ses pairs. La CME a pour attribution de :

- **Préparer avec le Directeur :**
 - le projet médical d'établissement ;
 - l'organisation des activités médicales et médico-techniques;
 - les orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité ;
 - les plans de formation continue des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et leur mise en œuvre.

• **Emettre un avis sur :**

- le projet d'établissement ;
- le projet de budget, les tarifs des prestations, les comptes, les programmes relatifs aux travaux et aux équipements ainsi qu'aux créations de services ;
- les suppressions ou transformations des installations et tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques;
- le règlement intérieur ;
- le tableau des emplois du personnel médical, le tableau des emplois permanents et contractuels, les plans de formation intéressant les personnels paramédicaux et les modalités d'une politique d'intéressement ;
- les conventions concernant les activités médicales et universitaires ;
- la nomination des chefs de services médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

La commission est périodiquement tenue informée de l'exécution du budget et de l'activité de l'établissement. Elle établit avec le concours du Directeur un rapport annuel relatif à l'évaluation technique et économique des prestations de soins.

Le CTE est composé d'un représentant de chaque catégorie du personnel désigné par ses pairs. Il est présidé par le Directeur et se réunit au moins deux fois par an.

Le comité est obligatoirement consulté sur :

- toutes les questions touchant à l'hygiène et à la sécurité dans l'établissement ;
- le projet d'établissement, les programmes relatifs aux travaux et aux équipements ;
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail ;
- la politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation ;
- les modalités d'une politique d'intéressement.

Section 2 : Méthodologie de l'étude

Il est clair que, quel que soit l'objet d'étude, des méthodes mises en œuvre, dépendent le succès ou non de l'œuvre produite. Toutefois, les choses ne sont pas aussi simples qu'elles paraissent. Entre l'intuition initiale du problème et l'application finale des résultats d'une étude, il y a maints choix à faire. Les sciences sociales affrontent des problèmes humains qu'ignorent les sciences de la nature. Nous n'avons pas négligé la remarque de KARL et POPPER (1993), « Particulièrement dans le domaine des sciences sociales, nous devons nous contenter d'améliorer indéfiniment nos approximations. Incontestablement, ce type de recherche est souvent discuté. Sa scientificité n'est pas évidente ». Mais nous devons faire des recherches en sciences sociales. Si non, ne pas le faire

serait lourd de conséquences comme BLALOCK (1948), qui le précise en ces termes : «Des principes scientifiques bien établis, basés sur une recherche rigoureuse sont normalement une condition nécessaire pour une action sociale intelligente, mais ils ne sont pas suffisants en eux-mêmes ». Cela signifie que le seul fait de détenir le savoir nécessaire ne garantit pas que nous ayons la capacité ou la volonté d'agir en fonction de ce savoir. Selon PONGERE (1994), «Une enquête qualitative peut porter sur un nombre restreint d'individus. Elle accorde une importance moindre au problème de représentativité de l'échantillon, l'écarte parfois totalement.

2.2.1 Techniques de collecte

Elle nous a été très utile dans la définition des concepts de notre sujet et dans l'analyse du cas d'étude. Tout travail scientifique demande au moins un minimum de connaissances sur le thème à traiter. Cette technique nous a permis d'exploiter des différents documents de nos prédécesseurs en vue de faciliter notre recherche. L'entretien semi-directif et l'observation participante nous ont été d'un apport considérable. Dans les recherches en science sociales, il existe plusieurs techniques de collecte des données. En effet, on peut recourir à l'entretien directif, à l'entretien non-directif ou à l'entretien semi-directif, à l'analyse documentaire, à l'observation ou à la recherche intervention, etc. Nous avons utilisé plusieurs techniques, étant donné la délicatesse du thème, qui porte sur la problématique du financement dans une organisation hospitalière. Mais les principales techniques ont été l'entretien semi-directif et la revue documentaire. Nous avons utilisé essentiellement l'interview libre qui consiste en un entretien avec une personne sur un thème sans guide quelconque. Les informations sont collectées auprès de l'équipe de gestion du CHNMFT

2.2.1.1 Méthodes

La méthode est l'ensemble des démarches que suit l'esprit pour découvrir et démontrer la vérité. Pour atteindre notre objectif, plusieurs méthodes ont été utilisées. Il s'agit de :

- **La méthode historique**

Elle nous a permis de connaître l'historique du CHNMFT et nous a facilité de consulter les documents financiers des années antérieures de cette entreprise.

- **La méthode analytique**

Elle a été utilisée dans l'analyse des données des états financiers et de divers documents du CHNMFT. Elle nous a permis de traiter systématiquement toutes les informations et les données collectées en insistant beaucoup sur chaque cas.

– **La méthode comparative**

Elle nous a été d'une grande importance surtout pour comparer les états financiers, présentés année par année, afin d'en apprécier la performance.

– **La méthode synthétique**

C'est grâce à celle-ci que nous avons pu résumer les différentes théories développées par les auteurs en rapport avec notre sujet de recherche.

– **La méthode statistique**

Il s'agit là d'une méthode essentielle dans le cadre de notre recherche. En effet elle permet quantifier et de faciliter la compréhension des résultats de la recherche en les présentant sous forme de tableaux et graphiques.

2.2.1.2. Subdivision du travail

A part une introduction générale au début et la conclusion générale à la fin du travail ; celui-ci est subdivisé en deux grandes parties: La première, porte sur les généralités qui comprennent le cadre théorique sur les entreprises, la gestion et le cadre d'analyse de l'étude. La deuxième partie concerne la présentation des résultats de nos enquêtes et leur analyse. Elle étudie la structure financière du CHNMFT. Elle commence par la présentation de ses bailleurs de fonds et se termine par l'analyse de son équilibre financier, ainsi que de son degré de solvabilité.

2.2.1.3 Outils

L'étude est descriptive et qualitative, fondée sur l'observation directe, l'entretien et l'usage de guide d'entretien destiné aux responsables ciblés. En plus de cet aspect pratique, la revue documentaire nous permet de mieux cerner le sujet. Et pour retenir tous les propos ou réponses de nos enquêtées, nous enregistrons en plus des éléments de l'entretien, les informations intempestives ou accidentelles issue de l'observation participante.

2.2.2. Enquête

2.2.2.1 La Pré-enquête : Avant de faire l'enquête proprement dite, nous avons considéré qu'il est préférable de tester le guide d'entretien afin de corriger les incompréhensions éventuelles et les interprétations en dehors du champ de la recherche. Nous avons organisé la pré-enquête pour pouvoir réajuster nos questions. La pré-enquête est en réalité un pré-test. Le pré-test vérifie si oui ou non tous les sujets accordent un même sens aux différentes questions telles qu'elles sont formulées par le chercheur. Le pré-test ou la pré-enquête nous permet non seulement de découvrir la portée et la sagacité d'informations que les questions peuvent provoquer, mais aussi il nous aide à échapper aux niaiseries que peut introduire dans les réponses, une question imprécise ou mal formulée.

C'est l'une des étapes nécessaires dans la préparation de l'enquête. De cette manière nous avons testé la pertinence de nos questions et des objectifs de la recherche.

2.2.2.2 Sélection des cas à étudier

Nous n'avons pas de mal à identifier notre cible. En effet tous les cadres administratifs et de gestions sont enquêtés.

En procédant de cette manière, nous avons la chance d'apprendre énormément de choses, mais aussi et surtout de récolter des informations contrastées, qui permettent des comparaisons pouvant aider à comprendre le problème à l'étude. Ainsi, cette remarque se révèle pertinente et nous l'avons faite nôtre. Nous avons donc procédé à une étude monographique sur un nombre ayant couvert l'ensemble des responsables concernées par la gestion financière et administrative du CHNMFT.

2.2.2.3 Enquête à proprement parler

Pendant le travail d'enquête, notre guide sous nos yeux, nous permet de toucher tous les points concernant la gestion administrative et financière du CHNMFT. Mais avant tout, les salutations d'usage et l'énonciation de la consigne ont été préalablement le nœud de contact à chaque fois que sommes en face de quelqu'un pour un entretien. Après le recueil des données, nous nous sommes attelés à leur analyse et interprétation.

2.2.2.4 Type de l'étude

Dans ce mémoire nous cherchons à identifier un problème prioritaire à propos duquel nous essayerons de proposer des solutions. L'étude est à la fois documentaire et qualitative.

2.2.2.5. Les limites de l'étude

Le champ restrictif de l'étude constitue assurément une limite majeure. Ensuite la prudence constatée dans les réponses qui nous sont quelque fois servies introduit un biais certains dans le traitement et l'exploitation des données.

Enfin, la particularité et la sensibilité des questions financières ne favorisent pas un certain débat de fond.

DEUXIEME PARTIE

RESULTATS DE L'ETUDE ET LEUR ANALYSE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous présentons les caractéristiques des mécanismes de financement du CHNMFT. C'est ainsi que nous commençons par exposer les différentes sources de revenus du centre, les montants encaissés par années et le cumul quinquennal.

Section 1 : Descriptif des résultats de l'enquête

Tableau 1 : Les sources de financement du CHNMFT DE 2010 à 2014

Origines	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Etat	420.262.106	1.055.259.292	1.280.757.344	1.430.734.566	1.518.618.445	5.705.631.753
Populations	663.125.603	584.574.640	658.494.784	684.712.770	820.939.950	3.393.367.366
Partenaires	1.403.000	9.221.392	3.719.444	900.000	23.429.325	646.431.497
TOTAL	1.083.387.709	1.747.304.680	2.091.629.881	2.304.771.560	2.518.336.786	9.745.430.616

Source : Rapports de gestion de l'hôpital

3.1.1. Configuration de la mouture financière du CHNMFT

Cette courbe illustre les différents contributeurs au financement. En 5 ans le CHNMFT a encaissé 9.745.430.616 Francs CFA dont 5.705.631.753 proviennent de l'Etat et de ses partenaires au développement représentant 62% du financement quinquennal. Les ressources liées aux prestations occupent 35% et les partenaires viennent en dernier avec 3% d'apport.

Nous pouvons voir en outre que ces dites ressources ont beaucoup évolué en 5 ans passant de 1.083.387.709 Francs CFA, à 2.518.336.786. Ceci est une progression de 140% avec une moyenne annuelle de 28%.

Tableau 2 : Les Ressources Financières du CHNMFT

RUBRIQUES	2010	2011	2012	2013	2014
Ressources propres					
Au comptant	500 167 244	584 574 640	658 494 784	684 712 770	820 939 950
Ventes IB	50 560 945	3 780 695	61 000	-	-
Ventes implants	1 113 000	663 000	30 000	-	-
Autres	2 437 515	8 500 000	21 489 408	25 164 724	30 677 691
Sous total 1	554 278 704	597 518 335	680 075 192	709 877 494	851 617 641
A terme	9 828 062	24 712 933	49 163 845	42 928 875	42 273 200
Sésame	60 892 237	22 495 000	42 507 500	62 741 000	56 052 500
Césarienne	38 126 600	44 018 400	33 990 000	52 360 000	32 895 000
IPRES		3 300 720	5 136 000	6 129 625	-
Hémodialyse			-	-	16 880 000
Sous total 2	108 846 899	94 527 053	130 797 345	164 159 500	148 100 700
Total (I)	663 125 603	692 045 388	810 872 537	874 036 994	999 718 341
Subventions					
Fonctionnement	418 859 106	467 000 000	467 000 000	460 000 000	460 000 000
Autres subv. d'exploitation		524 037 900	460 037 900	619 834 566	471 362 000
Autres subv. d'expl. versées par des tiers.	1 403 000	9 221 392	3 719 444	900 000	23 429 325
Subv. d'invest, (CPOM)		55 000 000	350 000 000	350 000 000	563 827 120
Total (II)	420 262 106	1055259 292	1280757 344	1430 734 566	1518 618 445
TOTAL (I+II)	1083387 709	1747304 680	2091629881	2304771560	2518336786

Source : Rapports de gestion de l'hôpital

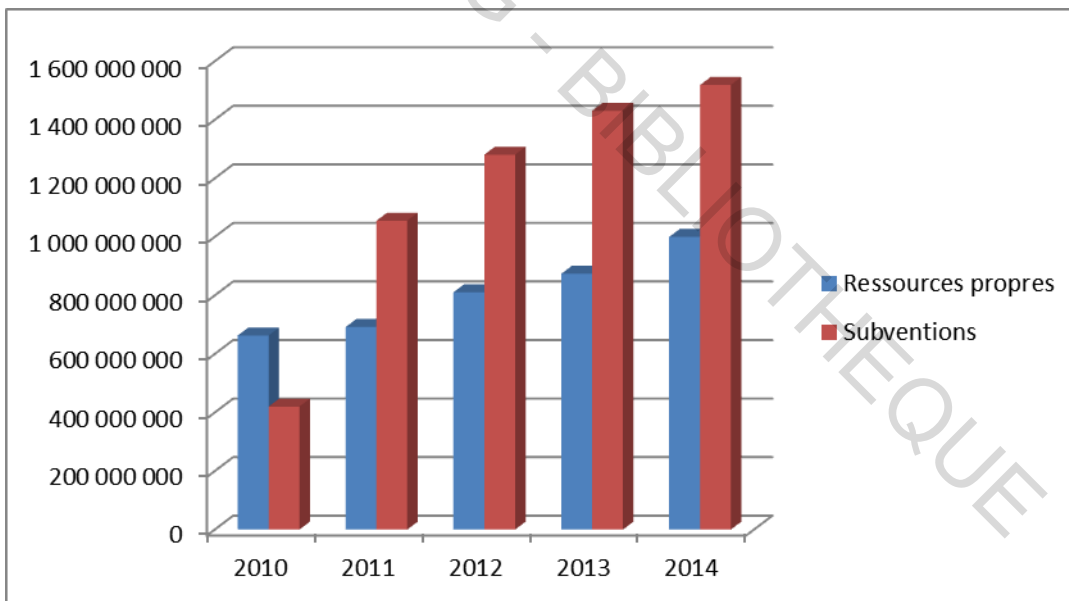
Ce tableau renseigne sur les ressources financières du CHNMFT de 2010 à 2014. En effet, nous constatons que l'essentiel des moyens vient de l'état avec la subvention d'exploitation, le plan sésame, la gratuité des césariennes, le fonds de garantie automobile, hémodialyse... En 2010 déjà, la contribution de l'état représente 48,83% des revenus de la structure. Cela ne prend pas en compte le personnel étatique et les contractuels du MSAS. En 2011 l'apport de l'état est évalué à 65,80% des sommes encaissées. Cette hausse s'explique par la mise en œuvre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Les CPOM entrent dans le cadre de la politique d'équipement et d'accompagnement des hôpitaux que l'état a mis en place avec le concours de ses partenaires techniques et financiers telle que la Banque Mondiale (BM).

Cette même tendance se poursuit en 2012 avec néanmoins une hausse. Par contre, on remarque que la subvention de fonctionnement n'a presque pas connu de changement. D'ailleurs on note une baisse d'environ 2% en 2013 et 2014.

Nous constatons également, une augmentation considérable des ressources propres principalement composées des recettes au comptant payés par les tiers. Elles représentent 35% des revenus contre 63% pour l'état et 2% proviennent des partenaires et donateurs. Pour 2013, 62,07% constitue la participation de l'Etat, 35,98% de ressources propres et 1,95 des partenaires et donateurs. Enfin 60,30% pour l'Etat, 38,2% de ressources propres et 1,5 des partenaires et donateurs en 2014. Il est important cependant, de mentionner que depuis 2011, la contribution de l'Etat diminue en valeurs relative mais augmente en valeur absolue. Les ressources propres ont connu une courbe ascendante des deux côtés tandis que, les partenaires font des remontées assez remarquables.

3.1.2 : Répartitions des revenus du CHNMFT

Graphique 1 : Evolution des différentes ressources financières de 2010 à 2014



Source : rapports de gestions hôpital

Nous apercevons au regard des résultats de ce graphique, que l'évolution de la participation externe au financement du CHNMFT est en perpétuelle hausse. En 2010, les ressources propres dépassent de loin les subventions venant des pouvoirs publics et des partenaires au développement. L'autofinancement suit en même temps une courbe ascendante. L'information qui découle de ces résultats est donc qu'en une décennie d'activité, puisqu'il a ouvert ses portes en 2005, l'hôpital n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière.

3.1.3. Les charges globales du CHNMFT

Pour pouvoir apprécier la solvabilité d'une entreprise, il faut en évaluer les charges, pour voir leur soutenabilité, leur incidence dans le fonctionnement, mais surtout l'impact qu'elles ont dans la qualité des services rendus aux usagers. C'est pourquoi nous relatons ici la nature des engagements à caractère de charge et leur montant pour disposer d'arguments d'analyse de la vitalité de la boîte.

Tableau 3 : Les dépenses globales du CHNMFT de 2010 à 2014

ANNEES	2010	2011	2012	2013	2014	Total
MONTANT	1.922.391.021	2.135.600.042	2.243.348.662	2.953.178.066	1.180.552.742	10.435.070.533

Source : Rapports financiers hôpital

Nous découvrons pour chaque année, que le CHNMFT dépense plus qu'il ne reçoit d'argent. Nous pouvons aisément nous demander comment. Mais l'explication se trouve certainement sur son niveau d'endettement annuel. Ayant produit 9.745.430.616 Francs CFA, il a dépensé 10.435.070.533 soit un écart de 689.639.917 Francs CFA. Il faut retenir qu'en 2014 la tendance s'est inversée car la production est à 2518336786 contre 1180552742 pour les dépenses.

L'étude des mouvements financiers vise à expliquer l'évolution du patrimoine de l'entreprise du début à la fin d'une période donnée. Cette étude permet ainsi d'évaluer l'importance des flux financiers, c'est-à-dire, les augmentations du patrimoine (des éléments d'actif), durant toute la période considérée.

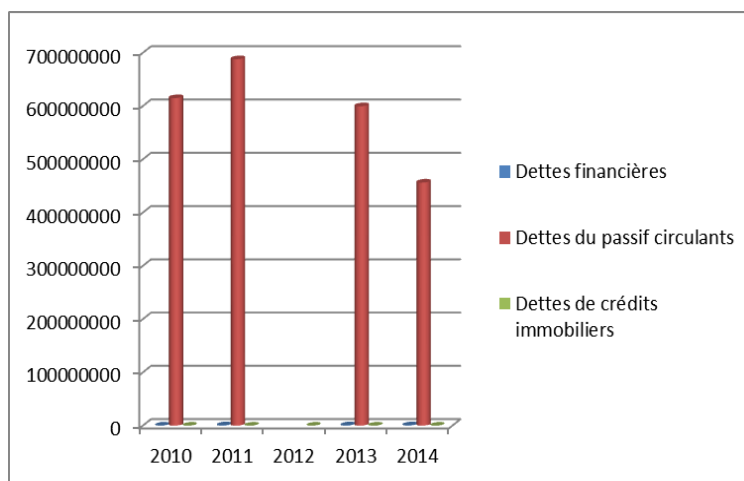
Le plus souvent, les états financiers tels que le bilan, les comptes d'exploitation générale et le compte de perte et de profits sont insuffisants pour permettre de connaître, les flux caractéristiques relatifs à chaque cycle de production.

Tableau 4 : Les Dettes de l'hôpital

Nature de la dette	2010	2011	2012	2013	2014
Dettes financières	200.000	700.000	700.000	700.000	700.000
Dettes du passif circulant	61.4905.089	687.983.442	599.559.938	599.559.938	456.349.200
Total	615.105.089	688.683.442	600.259.938	600.259.938	457.049.200

Source : rapports financiers du CHNMFT

Graphique 2 : Evolution des dettes du CHNMFT



**Source : rapports de
gestions du CHNMFT**

Voici la structure des dettes du CHNMFT de 2010 à 2014. Les dettes financières qui concernent généralement les emprunts sont nulles. Les 700.000 francs mentionnés l'ont été comme autres dettes financières. En d'autres termes, durant cette période couverte par notre étude, l'institution n'a pas eu recours à des emprunts pour son financement. Les dettes du passif circulant sont à 60,16% de dettes fiscales, 25,54% de dettes aux fournisseurs, 6% envers les créiteurs divers et 8% de dettes sociales. Par contre ce qui est frappant demeure l'importance du montant des dettes même s'il s'agit pour l'essentiel de dettes fiscales. Elles ont cependant connu une baisse considérable de 23,86% en 2014.

3.1.4. La situation financière du CHNMFT

Nous exposons à présent la situation financière du centre de 2010 à 2014. Le résultat effectué nous permettra de pouvoir apprécier objectivement la santé financière de la structure et de détecter les rubriques les plus consommatrices de fonds.

Tableau 5 : Répartition du résultat et autres éléments caractéristiques des cinq années

Nature des indications	2010	2011	2012	2013	2014
Chiffre d'affaire	618.511.144	695.106.418	810.872.537	877.449.794	1.139.080.369
Résultat des activités ordinaires, hors dotations et reprises	147.627.985	143.951.988	149.054.441	162284776	185.095.291
Résultat net	-171.358.680	-116077189	-101.422.599	-130.131.588	-69.461.435
Effectif moyen des travailleurs au cours de l'exercice	302	305	317	340	363
Masse salariale et avantages sociaux distribués au cours de l'exercice	879.337.044	1.206.959.754	919.787.727	1.051.313.195	1.576.625.730

Source : états financiers du CHNMFT

Nous avons ici la répartition du résultat et des autres éléments caractérisant la mouture financière du CHNMFT. Le chiffre d'affaire est en hausse permanente avec une progression de 29,81% en 2014, 8,21% en 2013, 16,65 en 2012 et 12,38 en 2011, ce qui nous donne une moyenne de progression annuelle de 16,76%.

Aussi constate-t-on le dynamisme du résultat des activités ordinaires hors dotations et reprises qui est positif pour l'ensemble des exercices concernés. Quant au résultat net, il est négatif sur les 5 années avec une chute régulière sauf pour 2013 où il a connu une hausse de 28,30%. En 2011 cette baisse est à hauteur de 32,26%, 12,62% en 2012 et de 46,62% en 2014.

Concernant le personnel, nous relevons que les progressions sont presque négligeables. En 5 ans elles sont de l'ordre de 20,86%.

Abordons maintenant la masse salariale pour voir comment elle s'étale pendant ces 5 ans. Le fait est qu'il suit une pente ascendante faussé par 2012 où la baisse est assez substantielle représentant 29,38% de la masse de 2011, année qui connaît une marge progressive de 37,25%, en 2013 une hausse de 14,29 et 49,96% en 2014.

En regardant de près le chiffre d'affaire, nous nous rendons compte qu'il est pour toutes les années concernées, en deçà de la masse salariale. Autrement dit, ce que produit le centre ne permet même pas de payer les travailleurs. En 2010, la masse salariale, cumulée aux avantages sociaux versés aux travailleurs représentent 142% du chiffre d'affaire, 173,36% en 2011, 113,43% en 2012, 119,81% en 2013 et 138,41% en 2014.

3.1.5. Caractéristiques et évolutions du personnel du CHNMFT

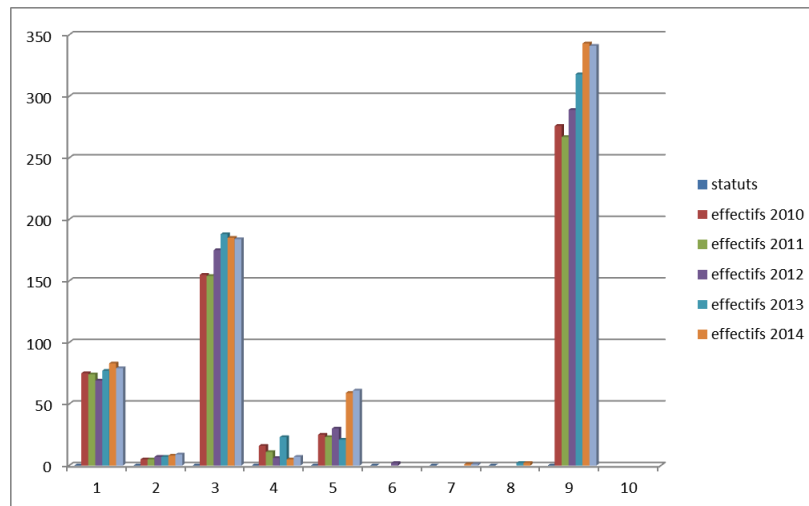
Nous abordons la composition et l'évolution du personnel du centre pendant les 5 années d'étude. Cette étape est importante car elle devra répondre à bon nombre d'interrogations liées au recrutement, au volume d'activité, aux ressources propres et aux dépenses de personnel.

Tableau 6 : composition du personnel du CHNMFT

étatiques	75	74	69	77	83
contractuels MSAS	5	5	7	7	8
contractuels CHNMFT	155	154	175	188	185
Prestataires	16	11	6	23	5
Stagiaires	25	23	30	21	59
Faisant fonction d'interne			2		
Vacataires					1
Apprentis				2	2
Total	276	267	289	318	343

Source : SRH du CHNMFT

Graphique 3 : Evolution du personnel du CHNMFT



Source : Service des Ressources Humaines(SRH) CHNMFT

Ces deux graphiques informent sur le personnel du CHNMFT. Le premier constat demeure sa diversité dans les statuts. Ce que nous savons est qu'à chaque type de personnel correspond un mode de traitement. Nous remarquons par ailleurs son évolution presque statique. Mais ce qui semble paradoxale, surtout dans un établissement public, c'est l'importance du personnel contractuel et la faiblesse du personnel étatique en termes de nombre. Nous pouvons aussi voir qu'il reçoit un nombre considérable de stagiaires. En 2010, le nombre de contractuels s'élève à 155 et représente 56% de l'ensemble du personnel. En 2014, les étatiques sont 79 soit 23% de l'effectif. Globalement la moyenne quinquennale des effectifs est chiffrée à 298, les étatiques 75 soit 25,36%, et les contractuels 171 soit 57,51%. Il est important de souligner, que l'ensemble du personnel à l'exception des contractuels du MSAS et des étatiques, est pris en charge entièrement par l'hôpital. D'ailleurs pour les derniers cités, il verse des avantages liés à leur statut, leur responsabilité, leur catégorie professionnel etc.

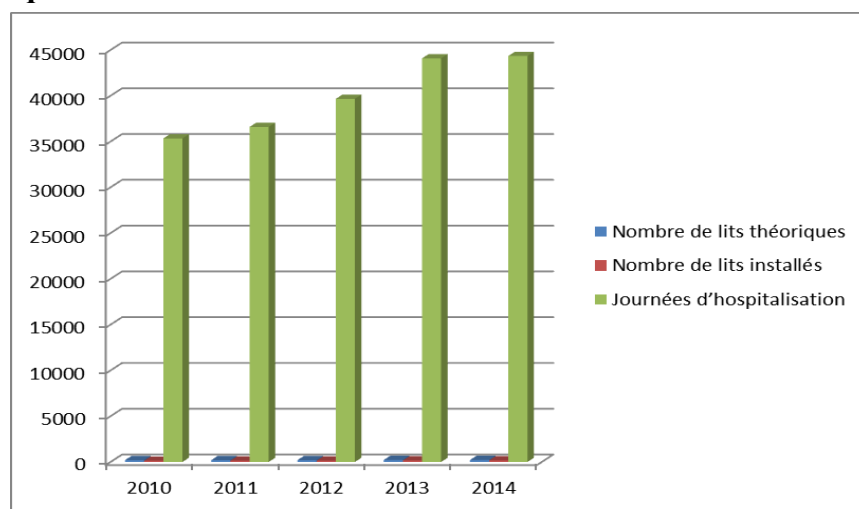
3.1.6. L'activité médico-économique du CHNMFT

Tableau 7 : Caractéristiques de l'hébergement du CHNMFT

Année litterie	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de lits théoriques	200	200	200	212	212
Nombre de lits installés	137	139	142	165	170
Journées d'hospitalisation	35332	36593	39659	44085	44337

Sources : Rapports de gestion du CHNMFT

Graphique 4 : évolution de la literie au CHNMFT de 2010 à 2014



Sources : Rapports de gestion du CHNMFT

Tableau 8 : Activités médicales et d'aide au diagnostic du CHNMFT

Nbre de consultants	31.776	35.876	34.277	40.909	39.804
Nbr de consultations	61.991	66.498	63.523	64.084	67.806
Nbr d'hospitalisations	8.133	7.889	8.860	9.152	9.759
Actes opératoires	6.696	10.892	7.841	8.284	10.650
Examens de radiologie	9.158	14719	10944	15439	15012
Examens de laboratoires	46.543	44.868	44.088	76.242	Non disponible
Nbr de naissance	1.603	1.456	1.756	1.503	2.536

Sources : Rapports de gestion du CHNMFT

Le CHNMFT dispose théoriquement de 212 lits. Les 170 sont installés en 2014 contre 131 en 2010. Nous pouvons constater dans le tableau 7 une nette progression des journées d'hospitalisation qui est de l'ordre de 25% entre 2010 et 2014. Cependant c'est encore loin des 62050 journées d'hospitalisation possibles pendant l'année. Le taux d'occupation moyen est à 71,29% en 2014, 70,65 en 2010, 72,12 en 2011, 76,51% en 2012 et enfin 73,20% en 2013. Les consultations ont connu également une hausse timide de 9,38% sur 5 ans, faisant une moyenne de 1,87% par an. En somme, toutes les prestations ont augmenté, mais les plus notables restent les actes opératoires avec une hausse de 37% en 5 ans, les examens de radiologie 38%, 39% pour les examens de laboratoire entre 2010 et 2013 sachant que nous n'avons pu obtenir les chiffres de 2014.

Tableau 9 : Subventions de fonctionnement de l'Etat à quelques EPS3

ANNEES STRUCTURES	2010	2011	2012	2013	2014	Total
DANTEC	1831	1912	1900	1984	1997	9624
FANN	1076	1027	1127	1287	1338	5855
ALBERT ROYER	1004	941	1082	1022	1036	5085
ABASS NDAO	706	803	852	807	820	3988
FAWZAINI	420	467	467	460	460	2274

Sources : Annuaire Statistiques 2010, 2011, 2012,2013 et 2014 du Service National de l'Information Sanitaire(SNIS).

Nous avons dans ce tableau la subvention de fonctionnement dégagé par l'état au profit de quelques hôpitaux de niveau 3. Nous avons fait ce choix a titre comparatif afin de réfléchir sur les modalités de répartition de ces dites subventions. Nous pensons donc, que les hôpitaux de Fann, Le Dantec, Albert Royer et Abbas NDAO peuvent constituer des baromètres explicatifs des différents arguments que nous aurons à analyser dans notre prochain chapitre. Les chiffres sortis de ce tableau relatent les montant alloués de 2010 à 2014 à ces diverses structures citées en haut. Le CHNMFT bénéficie du montant le plus faible et le moins évolutif. Il représente le tiers de la subvention de Fann et de Le Dantec et la moitié ou presque de la subvention d'Albert Royer et de Abbass NDAO.

CHAPITRE 4 : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE ET RECOMMANDATIONS

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Les mouvements financiers du CHNMFT

- L'analyse du tableau des sources de financement
- L'analyse du tableau des ressources
- L'analyse des charges

A la lumière des résultats obtenus à partir des recherches que nous avons effectuées, nous avons exposé un bon nombre de cas de figures que présente la structure financière du CHNMFT. Notre première interrogation concernait l'identification des sources de revenus du centre. En effet, les ressources de la structure proviennent de l'état, des tiers usagers, des partenaires. Nous avons alors présenté les variations des différents postes des avoirs en vue d'en connaître le niveau d'engagement des charges financières. D'après les ratios calculés, nous avons remarqué que la trésorerie du CHNMFT, n'est pas très serrée. Il existe une marge de manœuvre à court terme permettant de couvrir les charges prioritaires comme les charges de personnel. Mais il y a un état de fait qui est surtout inquiétant : c'est le niveau des charges. Les coûts de productions dépassent la production elle-même. Pourtant, tout semble normal, personne ou presque n'est outré. Alors, revenons un peu aux statuts des EPSH. En effet, l'état en réalisant la réforme hospitalière voulait encourager une gestion responsable des hôpitaux. Or, dans ces milieux, dès que les émoluments dus au personnel sont honorés, il n'y a plus de problème. Une entreprise qui se veut pérenne ne fonctionne pas à la façon de gérer des situations et non de régler des problèmes. Il faut entre autres, des mécanismes d'amortissement, des réserves et des provisions. Ceux-ci sont particulièrement importants dans une entreprise du fait de leurs fonds présentant une sorte d'autofinancements invisibles utiles pour de nouvelles installations. En d'autres termes, il s'agit ici des réemplois immédiats des fonds d'amortissements, de réserves et de provisions pour acheter de nouveaux outillages, c'est-à-dire pour le renouvellement des immobilisations. Nous savons bien qu'il ne peut y avoir un autofinancement intégral du fait de la mission de service publique qui est assigné aux EPSH, mais il faut reposer tous les engagements à incidences financière sur des bases professionnelles et objectifs et non sur des considérations compassionnelles. Ensuite la participation de l'état viendra renforcer une santé financière que seul le mode de gestion peut garantir. Sur ce point l'absence d'un projet d'établissement (PE) depuis l'ouverture de la structure en 2005, rend sa gestion plus énigmatique. Le PE est le document dans lequel est inscrite toute une orientation quinquennale comportant des objectifs, identifiant les acteurs, déterminant les moyens.

Il est fait pour tous les acteurs avec leur implication de sorte à écarter d'emblée les incompréhensions et du coup permettre un pilotage guidée avec une déclinaison claire de la stratégie d'entreprise. Il y a aussi au sein de la structure, l'absence d'un partenariat fort, prospectif et engagé. En 5 ans ce volet n'a drainé que 646.431.494 de Francs CFA dont, plus de 95% en nature sous forme de dons de matériel parfois obsolète ou amorti ou tout simplement ne correspondant pas aux besoins prioritaires en matière d'équipement de la structure.

4.1.2. Analyse des dettes du CHNMFT

Notre première surprise est de voir le CHNMFT ne pas avoir recours aux emprunts bancaires. Parallèlement, il supporte des dettes importantes à caractère fiscale (60% des dettes totales), sociales et des dettes aux fournisseurs. Par ailleurs, au regard des sources de financement, nous savons que l'état est le principal pourvoyeur de fonds des hôpitaux. Ensuite, il rembourse les montants facturés par le plan sésame, les imputations budgétaires, la CMU, les césariennes. Il subventionne les mutuelles de santé dans le cadre de la CMU et appuie les hôpitaux en les intégrant dans des programmes visant le financement de la santé tels que les CPOM avec l'appui des partenaires. A la fin, les hôpitaux ne paie pas leurs obligations fiscales. Les dettes du CHNMFT s'élèvent à 45.7049.200 de Francs CFA en 2014, ce qui est supérieur à la subvention de fonctionnement que lui donne l'état, même si l'on remarque que la tendance est à la baisse.

4.1.3. Analyse sur le personnel

En 5 ans, l'activité du centre a quasiment doublé, alors que le personnel n'a que très peu évolué. L'hôpital avait-il vraiment besoin de tout ce personnel il y a 5 ans ? Déjà, la question du recrutement s'invite à juste titre au débat sur la responsabilité des gestionnaires d'hier dans les situations d'aujourd'hui. Nous pouvons voir le nombre important de contractuels (185 en 2014) s'opposant à la faible représentation des étatiques (83 en 2014). Pour un EPS, un tel rapport dans la configuration statutaire du personnel est plutôt inhabituel, voire anormale. Ensuite, il est capital de mesurer l'impact que cela peut avoir sur les finances, avec une enveloppe de charge de personnel très lourde. Il faut cependant saluer la présence beaucoup de spécialistes au niveau de la structure et les investissements sur le personnel en vue de former des compétences conforme aux besoins de la boîte en matière de ressources humaines.

4.1.4. Analyse des activités

Seule structure de niveau 3 implantée en dehors de la capitale, le CHNMFT voit ses nombres de patients augmenter tous les jours. Situé au centre-ouest du pays, elle reçoit des malades de toutes les localités et régions environnantes.

Ce phénomène pèse inévitablement sur les activités qui s'accroissent à un rythme infernal. Ensuite le relèvement du plateau technique a influé sur les prestations chirurgicales et d'aide au diagnostic qui connaissent un développement perpétuel. Par ailleurs la politique de formation engagée ces dernières années porte ses fruits en bonifiant davantage la qualité de service. Par conséquent, les patients fréquentent de plus en plus le centre. Pour être complet, l'activité hospitalière est soutenue et le contact des usagers est régulier. Cependant, il faut noter une enveloppe de prise en charge des cas sociaux de 50 millions en moyenne par an. La ville de Touba est une agglomération à deux vitesses. Autant il y a une frange de la population qui est nantie, autant un autre pan vit dans une pauvreté parfois extrême. A cela s'ajoute la prise en charge des « ndongos daaras » les « ndongos daaras » à Touba sont des enfants élèves apprenant le coran et l'enseignement du fondateur du Mouridisme Cheikh Ahmadou Bamba MBACKE. Ils sont souvent des centaines sous la responsabilité de leur guide et enseignant qui ne peut assurer leur prise en charge. Dès lors le CHNMFT a mis en place une politique de gratuité des soins pour cette tranche vulnérable qui, pour la quasi-totalité est originaire des autres villes et villages du pays.

Ceci produit certainement un impact dans les activités, mais surtout au niveau économique où il y a un manque à gagner non négligeable.

4.1.5. Etude comparative sur quelques EPS3

En comparant les subventions des EPS3 cités dans le tableau 9, nous constatons que, sur une période de 5 années, l'hôpital Le Dantec a obtenu 9.624 millions de francs CFA, Fann 5.855 millions, Albert Royer 5.085 millions, Abbas NDAO 3.988 millions et Fawzaini 2.274 millions. Cela témoigne des disparités énormes qui existent dans le partage des enveloppes destinées à la subvention de fonctionnement. Prenons le cas d'Albert Royer comparé à celui de Fawzaïni. Le premier cité est un hôpital d'enfants dont l'activité quoique importante est en deçà de celle de Fawzaini, le personnel est moins nombreux, le rapport étatiques et contractuels moins inquiétant. Pourtant en 5 ans Albert Royer a bénéficié de 1.708 millions de plus de subvention de fonctionnement que Fawzaini. Le chiffre de Le Dantec a presque quadruplé celui de Fawzaïni. Celui d'Abass NDAO est encore de loin plus conséquent que les 400 millions annuels du CHNMFT. Nous nous demandons alors de savoir les critères sur lesquels, est basée la répartition des budgets de fonctionnement des hôpitaux. En tout état de cause, ils semblent plus opaques qu'objectifs. Si la volonté de tous est un système de santé performant, nous devons commencer par corriger les inégalités et définir les critères de sélections homogènes autours desquels tous les acteurs se reconnaîtront.

4.1.6. Analyse de synthèse

Au terme de cette étude, nous connaissons la situation financière du CHNMFT. La réflexion qui a été conduite dans le diagnostic de ces cinq années concernées par notre étude a embrassé de nombreuses perspectives afin de sortir de cette tendance déficitaire que le centre a connue. Malgré l'appréciation plutôt positive de notre système hospitalier par la population, l'impression que nous en tirons est que la façon dont il est financé et fonctionne aujourd'hui le mène dans des situations d'incertitude. Le budget de fonctionnement ne suffit plus pour assurer les dépenses générales de l'établissement. Le financement du CHNMFT, de toute évidence, est sérieusement problématique au regard des divergences entre revenus et coûts. L'ajustement, à posteriori de la part du budget global (fermé) attribué à l'hôpital, est source d'incertitude financière. Cela place les gestionnaires devant des défis d'autant plus difficiles que les mécanismes d'établissement du budget du CHNMFT sont devenus extrêmement complexes. L'éventail actuel des sources de revenus pour le centre est réduit. Les deux principales sources de financement sont l'état et les prestations facturées. Elles ne suffisent plus à assurer le bon fonctionnement de l'institution, étant donné que la tarification sur les activités médicales et paramédicales, est encadrée par l'état et ne tient pas compte des impératifs auxquels il soumet l'hôpital à savoir la prise en charge des cas sociaux, dispenser des soins de qualité et accessibles à tous sans discrimination. Par ailleurs, la configuration statutaire du personnel du CHNMFT constitue un véritable talon d'Achille pour un financement adéquat. Pour résumer, nonobstant les performances notées dans l'évolution des recettes, les défis restent entiers et demande une gestion axée sur l'efficacité, l'efficience et la pérennité.

4.2. Recommandations

Les difficultés constatées dans le financement du CHNMFT au cours de l'étude avec les résultats auxquels nous avons abouti, nous permettent naturellement de formuler un certain nombre de recommandations pour d'une part, tirer le plus grand profit de l'étude et d'autre part, attirer l'attention des décideurs pour prendre toutes les dispositions utiles afin d'éviter d'être confrontés à telles difficultés à l'avenir.

4.2.1. A l'endroit de l'Etat

Nous suggérons à l'Etat du Sénégal :

➤ **Dans le cadre d'une réforme en profondeur du financement** de son système de santé, de se doter d'une politique exhaustive et rigoureuse qui régira ce financement. On devra y trouver des éléments relatifs aux sources de revenus, à l'équité du financement,

➤ à l'équité dans l'utilisation des ressources, à la transparence, à la responsabilité des établissements et des citoyens, à la qualité et à l'efficacité administratives, pour ne mentionner que ces quelques éléments.

➤ **De nouvelles modalités d'allocation des ressources :** Un élément central de cette politique serait sans doute le mode d'allocation des ressources. Sans représenter une source de financement additionnelle, l'ajustement du mode actuel d'allocation des ressources contribuerait certainement à assurer un investissement des fonds disponibles plus conforme à la fois aux besoins de la population et aux activités réelles des établissements, donc plus efficient. Au cours des dernières années, on a souvent décrié le mode d'allocation des ressources. Ce mode d'allocation ne tient compte en réalité, ni des activités réalisées par les établissements, ni des besoins de la population du territoire desservi par ces établissements. Alors que cette distribution des ressources doit tenir compte des réalités propres aux diverses populations desservies et des besoins particuliers des diverses clientèles. Mais on doit continuer de faire évoluer l'allocation des ressources en développant, dans les secteurs de services qui s'y prêtent, un outil qui permettrait une analyse plus raffinée des coûts réels des activités accomplies. Car le constat est que pour le CHNMFT, en 10 ans la subvention d'exploitation n'a pas évolué.

➤ **Encourager des contrats de performances :** cela devra assurer aux établissements un budget lié plus directement aux services produits et aux activités réalisées. Les établissements auraient alors intérêt à accroître leur niveau d'activité, ainsi que la performance qui lui est reliée, et de s'assurer qu'ils fournissent un service de qualité. Afin de continuer à faire évoluer le mode d'allocation budgétaire aux établissements vers une formule à la fois plus souple et plus appropriée, nous proposons qu'une modalité soit mise au point concernant l'allocation des ressources. Elle conjuguera de manière équilibrée et équitable les avantages de l'approche populationnelle et ceux d'une budgétisation par épisode de soins ou par séquence de services. Par ailleurs, nous recommandons que cette nouvelle formule d'allocation des ressources s'accompagne d'un nouveau calendrier de budgétisation. Établir un calendrier pluriannuel de budgétisation (sur trois ans, par exemple voir même couvrant les projets d'établissements) remédiera aux tâtonnements et aux incertitudes qu'entraîne l'actuel mode d'allocation annuel et permettrait une planification à la fois plus efficiente et plus souple des dépenses et des investissements.

➤ **Un partage clair et efficient des responsabilités et des rôles :** Une politique de financement devra nécessairement s'attarder sur la gestion des ressources confiées aux établissements. Or, on ne peut aborder cette question en faisant abstraction de l'ensemble des rôles et des responsabilités des différents acteurs du réseau de la santé en matière de

gouvernance et de gestion. Là encore, dans une perspective de plus grande efficacité, le temps est venu de procéder à une révision des façons de faire. À l'échelle nationale, le système de santé pourrait faire montre d'une plus grande cohérence. La performance de l'ensemble du système serait certainement améliorée si ses grandes composantes ou ses principaux acteurs : ministère, directions, services, centres... s'entendaient sur des objectifs communs et resserraient leur collaboration au sein d'une stratégie collective pour les atteindre.

4.2.2. A l'endroit des autorités de la Commune de Touba Mosquée, des ONG, associations et dahiras

Nous savons tous que les structures de niveau 3 ne bénéficient pas des fonds de dotations des collectivités locales. Cependant l'hôpital Matlaboul Fawzaïni revêt un caractère spécial. Seul EPS3 implanté hors de la capitale, il est construit par des tiers réunis autour d'un idéal pour participer à l'essor de la cité sainte. Depuis que sa gestion est confiée à l'état, il existe un semblant de retrait de toutes ces forces qui peuvent constituer un bloc partenarial fort et participer activement au financement de l'institution.

C'est pourquoi nous proposons sous l'impulsion du conseil communal, qu'un cadre de réflexion soit mis en place et dont la seule raison d'être est, après avoir réunis tous ces acteurs cités en haut, de mobiliser les moyens nécessaires au fonctionnement correct de l'hôpital. Il ne s'agira pas seulement de rendre disponible et sécuriser des ressources financières. Mais au-delà, il leur reviendra de fournir ou de faire fournir du matériel et des ressources humaines à l'hôpital en inscrivant dans leur budget des lignes spécifiquement conçues pour le CHNMFT. Ils doivent aussi dans leurs communications œuvrer à l'appropriation de la structure par les populations de tous bords.

4.2.3 A l'endroit des managers du CHNMFT

Pour avoir une lecture prospective des ambitions et objectifs du CHNMFT, nous pensons qu'il urge de publier un projet d'établissement. Il faut en outre:

- Redynamiser le partenariat et associer toutes les composantes communales au financement du CHNMFT. Pour ce faire, il faut créer en interne, bien sûr en intégrant des personnes ressources externes, une unité en charge du partenariat avec lequel il sera conclu un contrat de performance arrêté sur des objectifs clairs et bien définis.

- Faire des communications à l'échelle de la région sur les activités, les ressources et les contraintes. Cela peut faire évoluer la conception erronée qu'ont certaines personnes sur l'hôpital.

- Réaliser des économies pour rompre avec la spirale des déficits en pesant sur le volet des dépenses plutôt que la hausse des recettes.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

Ce travail que nous finissons a porté sur « **La Problématique du Financement des Etablissements Publics de Santé : Cas du Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaini de Touba** »

Notre volonté majeure à travers cette étude est d'interpeller l'ensemble des acteurs (Etat, collectivités locales, autorités hospitalières et partenaires), sur la nécessité d'adopter une bonne politique de financement en faveur des hôpitaux.

Notre préoccupation à travers cette confrontation, était d'analyser la politique et la structure de financement, son affectation et surtout apprécier sa part dans les dépenses réalisées.

Concrètement, nous nous sommes posés en substance les questions suivantes :

- Quelles sont les sources de financement du CHNMFT ?
- Comment ces financements sont-ils affectés ?
- Sont-ils suffisants pour satisfaire aux besoins immédiats du CHNMFT ?

A partir de ce moment, il nous fallait donc comprendre la structure financière de notre institution d'étude. L'entretien avec le directeur a posé les bases d'une orientation conceptuelle de nos objectifs. Dès lors, investir le champ d'investigation devenait aisé. Cependant le travail en question n'est pas de tout repos. La question des fonds nécessaires au fonctionnement du système de santé ne peut se limiter à son aspect strictement financier. Elle soulève d'autres questions qui concernent les dimensions cliniques et organisationnelles du système, sa gouvernance, l'autonomie de sa gestion et, en fin de compte, les finalités qu'on lui attribue. C'est l'ensemble de ces questions qui sont entrées en ligne de compte dans une réflexion sur le financement du système de santé, puisque la réponse apportée à chacune d'entre elles contribuera à assurer un système plus dynamique et plus performant. La politique conduite depuis des années vise à soutenir les établissements en difficulté en injectant régulièrement et sans fin des allocations de ressources complémentaires et payant les dettes à la place de certains hôpitaux. Ceux qui sont efficaces et qui font des efforts sur les ressources s'en trouvent pénalisés. Il est temps d'inverser cette logique infernale. Il faut conduire une démarche « promotionnelle » et non plus « compassionnelle ». Il convient de motiver les meilleurs et non de soutenir ceux en difficulté.

Notre système de santé est malade de la dette et pourtant modifier une culture institutionnelle est l'une des choses les plus difficiles auxquelles une organisation peut être confrontée. Comment faire en sorte que les autorités d'un hôpital soient des gestionnaires dont le but est d'optimiser les ressources ? En effet, plutôt que de gérer des dépenses, il faut produire de la santé. Aujourd'hui il, est temps de se rendre à l'évidence qu'une budgétisation incitative est la

solution. En matière de gestion, les hôpitaux constituent de loin l'administration où il y a le plus de problèmes. Le temps est maintenant venu d'administrer un traitement de choc à cette pathologie que constitue la problématique du financement des institutions sanitaires. Aussi pour financer la santé, aucun acteur ne doit être négligé ni oublié. Explorer davantage les opportunités du partenariat peut être un déclic. Essayons.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- BLALOCK.T, *Avantages de la méthode*, Archives Br, Heart. J, London, 1948.
- CLARC. C, *Journal canadien de recherche en marketing*, 15^e édition, Montréal, 1996.
- CLELAND D. C. & WRKING, *L'analyse des systèmes et techniques avancés de management*, éd. EME, Paris, 1979.
- CROZET Yves, *Analyse économique de l'Etat*, 2^{ème} éd., Armand COLIN, Collection«Cursus », Série « Economie », PARIS, 1997.
- COHEN E., *Dictionnaire de gestion*, éd. Economica, Paris, 1994.
- DALSACE A., *Le bilan, sa structure, ses éléments*, 2^e éd., P.U.F., Paris, 1983.
- DARBELET M. & LAUGINE J. M., *Economie d'entreprise*, éd. Faucher, Paris, 1932.
- DE KERVASDOUÉ Jean, *La Santé intouchable : Enquête sur une crise et ses remèdes*, JCLATTÈS, PARIS, mars 1996, 294 p.
- DE ROSNAY, *Le macroscope*, éd. Points - Seuil, Paris, s.d.
- DEPALLES G., *Gestion financière de l'entreprise*, 7^e éd, SIREY, Paris, 1988.
- EMONO. M, *Organisation des entreprises*, Cours inédit, G2 ISC - Kisangani, 1990,
- GENEREUX J., *Introduction à la politique économique*, éd. le Seuil, Paris, 1993.
- GIRODDET J., *Dictionnaire : le tour de mot*, éd. Bordas, Paris, 1985.
- GUEYRAUD D. et al. *Comprendre la vie économique*, éd. Foucher, Paris, 1976
- LAFFONT Jean-Jacques, MORTIMORT David, *The theory of incentives, the*
- LATREYTE J., *Finance d'entreprise*, éd. Economica, Paris, 1983.
- LAURENT. P, *Pour l'entreprise : création et responsabilité*, éd. du centurium, Paris, 1985.
- LE BOLLOCH. et LE FIBLEC., *Economie I^{ère}*, éd. Bertrand Lacoste, Paris, 1996.
- B. MARTORY et al. *Op. Cit.*, 1985
- MARTORY B. et PESQUEUX Y., *Economie d'entreprise*, éd. Nathan, Paris, 1986.
- MAZARS.R, *Le calcul et le contrôle du prix réel*, «Ce qu'il faut savoir», éd. Delmas, Paris, 1974.
- MONTOUSSÉ Marc, *Théories économiques*, BRÉAL, Collection « Amphi », PARIS, 1999, 254 p.
- PALIER Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, Presses Universitaires de France, collection *Que sais-je ?*, mai 2004.
- PERRIER L, *Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en oncologie pédiatrique*, Thèse Sciences Éco, Université LYON II, 2001.

PONGERE. J, *Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Revue française de sociologie 9^e édition, 1993.

POPPER. J et KARL, *Discours et débats autour de la scientificité des entretiens de recherche*, Sociologie et sociétés, Montréal, 1993.

RUDELLI J.P., *Principe et pratique de gestion financière*, éd. Delmas, Paris, 1974.

SALANIE Bernard, *Théorie des contrats, Economica, Collection « Economie et Statistiques avancées »*, Série : Ecole Nationale de la Statistique et de l'Administration économique et Centre d'Etudes des Programmes Economiques, PARIS, 1994.

VERHULST A.P, *Cours d'économie de l'entreprise*, éd. CRP, Kinshasa, 1984.

VERNIMMEN P., *Finance d'entreprises : Analyse et gestion*, éd. Dalloz, Paris, 1988.

Revue Documentaire

- *Rapports de gestion du CHNMFT de Touba ;* Années 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
- *Etats financiers annuels du CHNMFT ;* Années 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
- *Documents budgétaires du CHNMFT ;* Années 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
- *Annuaire Statistiques du SNIS ;* Années 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
- *Rapports annuels du service social du CHNMFT ;* années 2010, 2011, 2012, 2013, 2014

Mémoires

Bitey. M ; *Analyse du financement des EPS de santé Hospitaliers : équité dans la répartition de la subvention d'exploitation*, CESAG, Dakar, 2008-2009.

BANCE. D, *Problématique de l'autonomie administrative et financière des hôpitaux au Burkina Faso : cas du CHU pédiatrique Charles De Gaulle ;* mémoire de fin d'études, Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature du Burkina Faso – Administration des hôpitaux et des services de santé ; 2009-2010.

Webographie

- <http://www.sante.gouv.sn> ; *sur la Réforme hospitalière au Sénégal*
- www.Googlemap.com; *Carte satellitaire de Touba, 2012*
- <http://fr.wikipedia.org>; *sur la définition du financement*
- www.sencartepostale.sn; *carte du Sénégal*

ANNEXES

ANNEXES 1: Détails des postes de résultat des années 2010, 2011 et 2012

		1	
ANNEES	2012	2011	2010
INDICATIONS		1	
STRUCTURE DU CAPITAL A LA CLOTURE DE L'EXERCICE (2)			
Capital social			
Actions ordinaires			
Actions à dividendes prioritaires (A.D.P.) sans droit de vote			
Actions nouvelles à émettre			
par conversion d'obligations			
par exercice de droits de souscription			
OPERATIONS ET RESULTATS DE L'EXERCICE (3)			
Chiffres d'affaires hors taxes	810.87	695	618
	2. 537	106	511
		418	144
Résultat des activités ordinaires (R.A.O.) hors dotations et reprises (exploitation et financière)	149 054 441	143 951 988	147 627 985
Participations des travailleurs aux bénéfices			
Impôt sur le résultat			
Résultat net(4)	-101 422 599	-116 077 189	-171 358 680
RESULTAT PAR ACTION			
Résultat distribué (5)			
Dividende attribué à chaque action			
PERSONNEL ET POLITIQUE SALARIALE			

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

Effectif moyen des travailleurs au cours de l'exercice (6)	317	305	302
Effectif moyen de personnel extérieur			
Masse salariale distribuée au cours de l'exercice (7)	835	1	799
	920	102	597
	083	462	615
		148	
Avantages sociaux versés au cours de l'exercice (8) {sécurité sociale, œuvres sociales}	31 117	51	26
	828	747	710
		790	217
Personnel extérieur facturé à l'entreprise (9)	52 749	52	53
	816	749	029
		816	212

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

Annexe 2: Détails des postes de résultats 2013 et 2014

Réf	N° Compte	Intitulé détail des postes de résultat 2014 2013	Exercice N	Exercice N - 1
		C H A R G E S		
RA	60111100	Achat produits pharmacie IB		
RA	60111500	Achat implants orthopédiques		
RA	601	TOTAL RA	-	-
RB	60310000	Variation de stock de marchandises	3 326 800	- 8 955 502
RE	60411000	Médicaments	106 986 616	60 609 519
RE	60411100	Produits de radio		4 360 000
RE	60411200	Réactif et produit de labo	56 368 049	42 267 250
RE	60413000	Produits sanguins		
RE	60414100	Denrées alimentaires	32 112 850	36 321 500
RE	60414200	Pains	5 819 000	4 830 925
RE	60414310	Viandes de bœufs et de moutons	18 924 480	20 877 940
RE	60414320	Poulets et produits dérivés		
RE	60414400	Poissons	19 449 360	19 405 830
RE	60414600	Laits et produits dérivés	56 000	
RE	60414700	Couscous et farine de mil		
RE	60414810	Autres produits alimentaires	3 069 000	
RE	60414830	Collation banque de sang		
RE	60414900	Légumes frais	4 301 900	5 073 500
RE	60421000	Achats de gaz médicaux	472 148	180 000
RE	60422000	Gaz en bouteille	5 091 674	4 599 959
RE	60423000	Achat de carburant, lubrifiant	34 966 200	34 942 200
RE	60424000	Autres combustibles	72 000	
RE	60430000	Achat produit d'entretien	7 341 989	7 287 500
RE	60461100	Matériel d'électricité	1 088 500	5 899 600
RE	60461200	Autres fournitures de quincaillerie	155 100	1 783 350
RE	60461300	Matériel de menuiserie	1 192 450	1 159 440
RE	60461400	Matériel de plomberie	373 750	3 676 000
RE	60461500	Matériel de peinture		62 000
RE	60461600	Matériel de froid	330 000	3 895 000
RE	60461700	Matériel de maçonnerie	371 200	958 010
RE	60461900	Autres fournitures de maintenance	115 300	322 000
RE	60470000	Fourniture de bureau	5 680 600	6 650 127
RE	60471000	Consommables informatiques	2 708 000	5 423 076
RE	60480000	Imprimés	10 577 800	12 811 201
RE	60520000	Electricité	227 105 741	1 687 672
RE	60560000	Fournitures hospitalières		1 409 000
RE	60560100	Achat de petit mat. Et outillage	268 000	1 066 700
RE	60560200	Draps, blouses, champs, tenues	2 768 430	6 111 102
RE	60570000	Achat d'étude et prestation de service	1 247 320	321 020
RE	60580000	Achat de travaux	95 000	158 500
RE	60800000	Achat d'emballages	4 247 898	2 944 914
RE	604-8	TOTAL RE	553 356 355	297 094 835

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RH	60330000	Variation de stock d'autres approv	- 831 701	- 6 717 728
RI	61800000	Autres frais de transport		105 000
RI	61810000	Frais de voyage	3 200 560	
RI	61830000	Transport admiratif	897 000	758 000
RI	618	TOTAL RI	4 097 560	863 000
RJ	62220000	Loyer bâtiments	9 270 000	6 455 000
RJ	62230000	Location diverses	165 138	
RJ	62300000	Contrat de maintenance		
RJ	62410000	Entretien et réparation bien immobilier	20 674 806	42 639 370
RJ	62420000	Entretien et réparation bien mobilier	3 618 575	9 304 673
RJ	62430000	Frais de maintenance		
RJ	62430100	Maintenance mat médical		
RJ	62431000	Réparation		
RJ	62480300	Entretien espace vert et désherbage		
RJ	62520000	Assurance auto	217 051	303 773
RJ	62650000	Documentation		
RJ	62681000	Frais d'impression et de reluire		
RJ	62700000	Publicité et relations publiques		3 741 480
RJ	62710000	Annonces et insertions	2 267 670	
RJ	62810000	Frais de téléphone	2 683 110	3 557 800
RJ	62840000	Telecom& internet	24 000	7 500
	62	TOTAL 62	38 920 350	66 009 596
RJ	63100000	Frais bancaire	1 020 934	1 324 039
RJ	63230000	Rémunération transitaires	6 876 720	
RJ	63240000	Honoraires intermédiaires	9 808 680	5 569 580
RJ	63250000	Frais d'actes et de contentieux	2 253 075	
RJ	63300000	Frais de formation du personnel	2 680 000	1 985 000
RJ	63830000	Frais de réception		
RJ	63831000	Frais organisation Magal	33 152 770	56 529 850
RJ	63840000	Frais de mission	2 462 500	6 230 000
RJ	63	TOTAL 63	58 254 679	71 638 469
RJ	62-63	TOTAL RJ	97 175 029	137 648 065
RK	64130000	Contributions forfaitaires	10 777 173	10 700 938
RK	64500000	Tva supp non déductible	21 744 627	24 240 813
RK	64620000	Droit de timbre	62 850	45 640
RK	64	TOTAL RK	32 584 650	34 987 391
RL	65110000	Pertes sur créances clients	60 892 237	
RL	65811000	Remboursement frais de session	9 525 600	5 885 700
RL	65812000	Frais de dépouillement		2 703 950
RL	65820000	gratuités du service social	5 344 996	6 298 050
RL	65890000	Autres charges	185 539	12 014

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RL	65940000	Charges provisionnées clts		
RL	65	TOTAL RL	75 948 372	14 899 714
RP	66111000	Salaires versés	700 033 423	497 107 863
RP	66120000	primes gratification (resp, ACP, repas)	109 417 127	76 772 082
RP	66180000	Heures sup. (gardes, astreinte...)	91 929 000	29 082 500
RP	66280000	Autre rém.direct (stagiaire, vact)	32 191 501	27 054 629
RP	66312000	Indemnités spéciale (transp.pers)	11 072 500	10 318 500
RP	66313000	Indemnité de logement	19 350 000	15 000 000
RP	66380000	autres indemnité et avantages	97 548 330	25 120 000
RP	66380100	Motivation (primes d'intéressement)	215 144 340	186 861 950
RP	66382000	Motivation Nationale	120 000 000	96 000 000
RP	66410000	Charges sociales	63 119 509	31 101 121
RP	66710100	Main d'œuvre temporaire		
RP	66721000	Frais de gardiennage	25 200 000	25 060 000
RP	66721100	Frais de nettoyage	23 100 000	24 150 000
RP	66830000	Œuvres sociales		
RP	66831000	Fonds social	6 520 000	6 184 550
RP	66832000	Organisation fête de fin d'année	2 000 000	1 500 000
RP	66840000	Médecine du travail		
RP	66	TOTAL RP	1 516 625 730	1 051 313 195
SA	67450000	Intérêt débiteur		
SA	67820000	Perte sur versement	10 000	
SA	67	TOTAL SA	10 000	-
RS	68120000	Dot. amort. immo. incorp	4 923 559	
RS	68130000	Dot. amort. immo. corp	180 171 732	162 284 776
RS	681	TOTAL RS	185 095 291	162 284 776
SL	83100000	Charges HAO constatées	2 368 073	
6		TOTAL GENERAL DES CHARGES	2 469 756 159	1 683 417 746
		PRODUITS		
TA	70111100	Vente Pharmacie IB		
TA	70111500	Vente implants		
TA	701	TOTAL TA	-	-
TD	70610100	Recettes au comptant	820 949 950	684 712 770
TD	70610200	Recettes à terme	101 320 025	46 341 675
TD	70610300	Recettes sésame	56 052 500	62 741 000
TD	70610400	Recettes césarienne	32 895 000	52 360 000
TD	70610500	Recettes sésame IPRES	37 150 125	6 129 625
TD	70610600	Recettes hémodialyses	16 880 000	

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

TD	706	TOTAL TD	1 065 247 600	852 285 070
TH	70770000	Cotisation cuisine	2 520 000	3 970 000
TH	70781000	Prdts accessoires Cahier de Charges	1 627 500	620 000
TH	70782000	Dépôt PNA	69 685 269	20 574 724
TH	707	TOTAL TH	73 832 769	25 164 724
TK	71811000	Subvention Etat	430 367 676	416 209 821
TK	71811200	Subvention électricité	226 255 559	
TK	71812000	Subvention Etat - Motivation nation	120 000 000	96 000 000
TK	71813000	Subvention Etat - Magal	11 050 000	22 100 000
TK	71814000	Subvention indirect Etat	364 312 000	
TK	71830000	Subvention versée par des tiers	23 429 325	900 000
TK	718	TOTAL TK	1 175 414 560	535 209 821
TL	75890000	Autres produits	807 624	
UA	77840000	Ecart favorable de caisse		
UL	83100000	Charges HAO constatées		
UL	84100000	Produits HAO constatés	2 407 635	1 323 100
UL	88100000	Subv équilibre Etat		82 326 666
		TOTAL UL	2 407 635	83 649 766
UM	86500000	Reprise de l'amorti, sur subvention	82 584 536	56 976 777
		TOTAL GENERAL DES PRODUITS	2 400 294 724	1 553 286 158
UZ	13	Résultat	- 69 461 435	- 130 131 588

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

Annexes 3 Situation des dettes en 2010

MONTANT BRUT	ANALYSE PAR ECHANCES			
	A UN AN AU PLUS		A PLUS D'UN AN ET A DEUX ANS AU PLUS	A PLUS DE DEUX ANS
		DONT ECHUES		
1 168 000	1 168 000	1 168 000	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
1 168 000	1 168 000	1 168 000	0	0
230 009 744	230 009 744	230 009 744	0	0
0	0	0	0	0
230 009 744	230 009 744	230 009 744	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
231 177 744	231 177 744	231 177 744	0	0

Annexe 4: Situations des dettes en 2011

ECHEANCES DES CREANCES A LA CLOTURE DE L'EXERCICE								
						Exercice du : 01/01/11 au 31/12/11		
CREANCES	MONTANT BRUT	ANALYSE PAR ECHANCES				AUTRES ANALYSES		
		A UN AN AU PLUS		A PLUS D'UN AN ET A DEUX ANS AU PLUS	A PLUS DE DEUX ANS	MONTAN TS EN DEVISES	MONTANTS ENVERS LES ENTREPRISES LIEES	MONTANTS REPRE- SENTES PAR EFFETS
CREANCES DE L'ACTIF IMMOBILIS E (I)	1 168 000	1 168 000	1 168 000	0	0	0	0	0
Prêts ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
Créances rattachées à	0	0	0	0	0	0	0	0

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

des participations								
Autres immobilisations financières	1 168 000	1 168 000	1 168 000	0	0	0	0	0
CREANCES DE L'ACTIF CIRCULANT (II)	258 574 476	258 574 476	258 574 476	0	0	0	0	0
Fournisseurs	0	0	0	0	0	0	0	0
Clients et comptes rattachés	258 554 476	258 554 476	258 554 476	0	0	0	0	0
Personnel	0	0	0	0	0	0	0	0
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	0	0	0	0	0	0	0	0

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

Etat	0	0	0	0	0	0	0	0
Organismes internationaux	0	0	0	0	0	0	0	0
Associés et groupe	0	0	0	0	0	0	0	0
Débiteurs divers	20 000	20 000	20 000	0	0	0	0	0
Créances H.A.O.	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges constatées d'avance	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL (I) + (II)	259 742 476	259 742 476	259 742 476	0	0	0	0	0

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

Années 5: Situation des dettes du CHNMFT en 2012

Dénomination sociale de l'entreprise : CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATHLABOUL FAWZAINI DE TOUBA								
				Sigle usuel : C.H.N.M.F.T				
Adresse : TOUBA		Exercice clos le : 31/12/12						
N° d'identification fiscale :						Durée (en mois) : 12		
				Exercice du: 01/01/12 au 31/12/12				
TABLEAU 7 : ECHEANCES DES DETTES A LA CLOTURE DE L'EXERCICE								
DETTES	MONTANT BRUT	ANALYSE PAR ECHANCES				AUTRES ANALYSES		
		A UN AN AU PLUS		A PLUS D'UN AN ET A DEUX ANS AU PLUS	A PLUS DE DEUX ANS	MONTANTS EN DEVOIRS ENTREPRISES	MONTANTS EN DEVOIRS ENTREPRISES	MONTANTS REPRESENTES PAR EFFETS
			DONT ECHUES					

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

DETTES FINANCIERES ET RESSOURCES ASSIMILEES								
Emprunts obligataires convertibles (1)	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres emprunts obligataires (1)	0	0	0	0	0	0	0	0
Emprunts et dettes des établissements de crédit (1)	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres dettes financières (1) (2)	700 000				700 000			
TOTAL (I)	700 000	0	0	0	700 000	0	0	0
Dettes de crédit - bail immobilier	0	0	0	0	0	0	0	0
Dettes de crédit - bail mobilier	0	0	0	0	0	0	0	0
Dettes sur contrats assimilés	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL (II)	0	0	0	0	0	0	0	0

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

DETTES DU PASSIF								
CIRCULANT								
Fournisseurs et comptes rattachés	286159 024	286 159 024	28615904	0	0	0	0	0
Clients	6 396 780	6 396 780	6 396 780	0	0	0	0	0
Personnel	31 393 980	31 393 980	31 393980	0	0	0	0	0
Sécurité sociale et organismes sociaux	34 289 013	34 289 013	34289 013	0	0	0	0	0
Etat	240 121814	240 121 814	24012184	0	0	0	0	0
Organismes internationaux	0	0	0	0	0	0	0	0
Associés et groupe	0	0	0	0	0	0	0	0
Créditeurs divers	2 360 000	2 360 000	2 360 000	0	0	0	0	0
Dettes H.A.O.	69 456 814	69 456 814	69456 814	0	0	0	0	0
Produits constatés d'avance	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL (II)	670 177425	670 177 425	67017745	0	0	0	0	0
TOTAL (I + II + III)	670877 425	670 177 425	67017745	0	700 000	0	0	0

Annexe 6 : Situation des dettes en 2013

CREANCES	MONTANT BRUT	ANALYSE PAR ECHANCES				AUTRES ANALYSES		
		A UN AN AU PLUS		A PLUS D'UN AN ET A DEUX ANS AU PLUS	A PLUS DE DEUX ANS	MONTANTS EN DEVIS	MONTANTS ENVERSES ENTREPRISES	MONTANTS REPRESENTES PAR EFFETS
			DONT ECHUES					
CREANCES DE L'ACTIF IMMOBILISE (I)	1 168 000	1 168 000	1 168 000	0	0	0	0	0
Prêts ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
Créances rattachées à des participations	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres immobilisations financières	1 168 000	1 168 000	1 168 000	0	0	0	0	0
CREANCES DE L'ACTIF CIRCULANT (II)	251 350 938	251 350 938	251 350 938	0	0	0	0	0
Fournisseurs	1 812 701	1 812 701	1 812 701	0	0	0	0	0

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

Clients et comptes rattachés	246 133 514	246 133 514	246 133 514	0	0	0	0	0
Personnel	3 254 723	3 254 723	3 254 723	0	0	0	0	0
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	0	0	0	0	0	0	0	0
Etat	0	0	0	0	0	0	0	0
Organismes internationaux	0	0	0	0	0	0	0	0
Associés et groupe	0	0	0	0	0	0	0	0
Débiteurs divers	150 000	150 000	150 000	0	0	0	0	0
Créances H.A.O.	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges constatées d'avance	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL (I) + (II)	252 518 938	252 518 938	252 518 938	0	0	0	0	0

Annexes 7: Etats d'exécution du budget en 2014

LETTRES	COMPTES	INTITULE	Prévisions 2014	Réalisations	%	Ecarts
		CHARGES				
RA	60111100	Achat produits pharmacie IB		0		0
RA	60111500	Achat implants orthopédiques		0		0
				0		0
RA	601	TOTAL RA	0	0		0
				0		0
RB	60310000	Variation de stock de marchandises		3 326 800		3 326 800
				0		0
RE	60411000	Médicaments	100 000 000	106 986 616	107%	6 986 616
RE	60411100	Produits de radio		0		0

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RE	60411200	Réactif et produit de labo	65 000 000	56 368 049	87%	-8 631 951
RE	60413000	Produits sanguins			0%	0
RE	60414100	Denrées alimentaires	36 000 000	32 112 850	89%	-3 887 150
RE	60414200	Pains	6 000 500	5 819 000	97%	-181 500
RE	60414310	Viandes de bœufs et de moutons	21 000 000	18 924 480	90%	-2 075 520
RE	60414320	Poulets et produits dérivés	3 000 000	0	0%	-3 000 000
RE	60414400	Poissons	21500000	19 449 360	90%	-2 050 640
RE	60414600	Laits et produits dérivés		56 000		56 000
RE	60414700	Couscous et farine de mil		0		0
RE	60414810	Autres produits alimentaires	3 500 000	3 069 000	88%	-431 000
RE	60414830	Collation banque de sang		0		0
RE	60414900	Légumes frais	4 800 000	4 301 900	90%	-498 100
RE	60421000	Achats de gaz	5 000 000	472 148	9%	-4 527

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMF

		médicaux				852
RE	60422000	Gaz en bouteille	5 500 000	5 091 674	93%	-408 326
RE	60423000	Achat de carburant, lubrifiant	35 000 000	34 966 200	100%	-33 800
RE	60424000	Autres combustibles		72 000		72 000
RE	60430000	Achat produit d'entretien	9 527 500	7 341 989	77%	-2 185 511
RE	60461100	Matériel d'électricité	6 000 000	1 088 500	18%	-4 911 500
RE	60461200	Autres fournitures de quincaillerie	2 000 000	155 100	8%	-1 844 900
RE	60461300	Matériel de menuiserie	1 500 000	1 192 450	79%	-307 550
RE	60461400	Matériel de plomberie	4 000 000	373 750	9%	-3 626 250
RE	60461500	Matériel de peinture	1 000 000	0	0%	-1 000 000
RE	60461600	Fournitures de froid	4 000 000	330 000	8%	-3 670 000
RE	60461700	Fournitures de maçonnerie	1 500 000	371 200	25%	-1 128 800
RE	60461900	Autres fournitures de maintenance	1 500 000	115 300	8%	-1 384 700

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RE	60470000	Fourniture de bureau	8 000 000	5 680 600	71%	-2 319 400
RE	60471000	Consommables informatiques	7 000 000	2 708 000	39%	-4 292 000
RE	60480000	Imprimés	15 000 000	10 577 800	71%	-4 422 200
RE	60520000	Electricité	52 000 000	227 105 741	437%	175 105 741
RE	60560000	Fournitures hôtelières	5 011 000	0	0%	-5 011 000
RE	60560100	Achat de petit mat. Et outillage	3 000 000	268 000	9%	-2 732 000
RE	60560200	Draps, blouses, champs, tenues	3 000 000	2 768 430	92%	-231 570
RE	60570000	Achat d'étude et prestation de service	1 700 000	1 247 320	73%	-452 680
RE	60580000	Achat de travaux	500 000	95 000	19%	-405 000
RE	60800000	Achat d'emballages	5 000 000	4 247 898	85%	-752 102
RE	604-8	TOTAL RE	437 539 000	553 356 355	126%	115 817 355
RH	60330000	Variation de stock d'autres approv		-831 701		-831 701

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RI	61800000	Autres frais de transport		0		0
RI	61810000	Voyages et déplacement	4 000 000	3 200 560	80%	-799 440
RI	61830000	Transport administratif	1 000 000	897 000	90%	-103 000
						0
RI	618	TOTAL RI	5 000 000	4 097 560		-902 440
RJ	62220000	Loyer bâtiments	9 940 000	9 270 000	93%	-670 000
RJ	62230000	Location diverses	300 000	165 138	55%	-134 862
RJ	62300000	Contrat de maintenance		0		0
RJ	62410000	Entretien et réparation bien immobilier	26 770 000	20 674 806	77%	-6 095 194
RJ	62420000	Entretien et réparation bien mobilier	8 000 000	3 618 575	45%	-4 381 425
RJ	62430000	Frais de maintenance		0		0
RJ	62430100	Maintenance mat médical		0		0
RJ	62431000	Réparation		0		0

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RJ	62480300	Entretien espace vert et désherbage		0		0
RJ	62520000	Assurance automobiles	573 804	217 051	38%	-356 753
RJ	62650000	Documentation	125 000	0	0%	-125 000
RJ	62810000	Frais de téléphone		0		0
RJ	62701000	Publicité et relations publiques	6 600 000	2 267 670	34%	-4 332 330
RJ	62710000	Annonces et insertions				0
RJ	62810000	Frais de téléphone	18 000 000	2 683 110	15%	-15 316 890
RJ	62840000	Telecom& internet		24 000		24 000
RJ	62	TOTAL 62	70 308 804	38 920 350	55%	-31 388 454
RJ	63100000	Frais bancaire	3 000 000	1 020 934	34%	-1 979 066
RJ	63230000	Rémunération transitaires	10 000 000	6 876 720	69%	-3 123 280
RJ	63240000	Honoraires intermédiaires	13 000 000	9 808 680	75%	-3 191 320
RJ	63250000	Frais d'actes et de contentieux	3 000 000	2 253 075	75%	-746 925

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RJ	63280000	Frais divers				0
RJ	63300000	Frais de formation du personnel	6 000 000	2 680 000	45%	-3 320 000
RJ	63830100	Frais de réception		0		0
RJ	63831000	Frais organisation Magal	33 000 000	33 152 770	100%	152 770
RJ	63840000	Frais de mission	4 000 000	2 462 500	62%	-1 537 500
				0		0
RJ	63	TOTAL 63	72 000 000	58 254 679	81%	-13 745 321
RJ	62-63	TOTAL RJ	142 308 804	97 175 029	68%	-45 133 775
				0		0
RK	64130000	Contributions forfaitaires	11 500 000	10 777 173	94%	-722 827
RK	64500000	Tva facturée		21 744 627		21 744 627
RK	64600000	Droits d'enregistrement				0
RK	64620000	Droit de timbre		62 850		62 850

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RK	64	TOTAL RK	11 500 000	32 584 650	283%	21 084 650
RL	65110000	Pertes sur créances clients		60 892 237		60 892 237
RL	65811100	Jeton de présence et autres rén. adm	10 350 000	9 525 600	92%	-824 400
RL	65811200	Frais de dépouillement		0		0
RL	65820000	Gratuité du service social	6 500 000	5 344 996	82%	-1 155 004
RL	65800000	Autres charges		185 539		185 539
RL	65940000	Charges provisionnées clts		0		0
RL	65	TOTAL RL	16 850 000	75 948 372	451%	59 098 372
RP	66111000	Salaires versés	692 603 196	700 033 423	101%	7 430 227
RP	66120000	Primes & gratification (resp, ACP, repas)	110 220 000	109 417 127	99%	-802 873
RP	66180000	Heures sup. (gardes, astreinte...)	93 273 000	91 929 000	99%	-1 344 000
RP	66280000	Autre rém. Direct (stagiaire, vact)	32 000 000	32 191 501	101%	191 501

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RP	66312000	Indemnités spéciale (transp. pers)	11 692 000	11 072 500	95%	-619 500
RP	66313000	Indemnité de logement	19 800 000	19 350 000	98%	-450 000
RP	66380000	Autres ind et avantages	97 839 000	97 548 330	100%	-290 670
RP	66380100	Primes d'intéressement (Motivation)	216 500 000	215 144 340	99%	-1 355 660
RP	66382000	Motivation Nationale	96 000 000	120 000 000	125%	24 000 000
RP	66410000	Charges sociales	86 854 000	63 119 509	73%	-23 734 491
RP	66710100	Main d'œuvre temporaire		0		0
RP	66721000	Frais de gardiennage	33 000 000	25 200 000	76%	-7 800 000
RP	66721100	Frais de nettoyage	35 000 000	23 100 000	66%	-11 900 000
RP	66831000	Fond social	8 800 000	6 520 000	74%	-2 280 000
RP	66830000	Œuvres sociales		0		0
RP	66832000	Organisation fête de fin d'année	1 500 000	2 000 000	133%	500 000

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

RP	66840000	Prise en charge externe du personnel	2 000 000	0	0%	-2 000 000
RP	66	TOTAL RP	1 537 081 196	1 516 625 730	99%	-20 455 466
SA	67450000	Intérêt débiteur		0		0
SA	67820000	Perte sur versement		10 000		10 000
						0
SA	67	TOTAL SA		10 000		10 000
						0
RS	68120000	Dot.amort.immo.incor p		4 923 559		4 923 559
RS	68130000	Dot.amort.immo.corp	125 000 000	180 171 732	144%	55 171 732
RS	681	TOTAL RS	125 000 000	185 095 291	148%	60 095 291
SL	831	Charges HAO constatées		2 368 073		2 368 073
		TOTAL GENERAL DES CHARGES	2 275 279 000	2 469 756 159	109%	194 477 159
		PRODUITS		0		0

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

TA	70111100	Vente Pharmacie IB		0		0
TA	70111500	Vente implants		0		0
TA	701	TOTAL TA	0	0		0
TD	70610100	Recettes au comptant	815 000 000	820 949 950	101%	5 949 950
TD	70610200	Recettes à terme	40 000 000	101 320 025	253%	61 320 025
TD	70610300	Recettes sésame	25 000 000	56 052 500	224%	31 052 500
TD	70610400	Recettes césarienne	40 000 000	32 895 000	82%	-7 105 000
TD	70610500	Sésame IPRES	5 000 000	37 150 125	743%	32 150 125
TD	70610600	Recettes hémodialyses		16 880 000		16 880 000
TD	706	TOTAL TD	925 000 000	1 065 247 600	115%	140 247 600
TH	70770000	Cotisation cuisine		2 520 000		2 520 000
TH	70782000	Prdts accessoires bénéfice dépôt vte	60 000 000	69 685 269	116%	9 685 269
TH	707	TOTAL TH	61 500	73 832 769	120%	12 332

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

			000			769
TK	71811000	Subvention Etat	403 417 000	430 367 676	107%	26 950 676
TK	71812000	Subvention Etat - Motivation nation	96 000 000	120 000 000	125%	24 000 000
TK	71811200	prise en charge électricité	64 000 000	226 255 559	354%	162 255 559
TK	71811300	prise en charge téléphone				0
TK	71813000	Subvention Etat - Magal	11 050 000	11 050 000	100%	0
	71814000	Subvention indirect Etat	364 312 000	364 312 000	100%	0
TK	71830000	Subvention versée par des tiers	100 000 000	23 429 325	23%	-76 570 675
				0		0
TK	718	TOTAL TK	1 038 779 000	1 175 414 560	113%	136 635 560
TL	75890000	Autres produits		807 624		807 624
	84500000	Dons et libéralités	100 000 000			-100 000 000
UL	8410000	Produits HAO		2 407 635		2 407

Problématique du financement des hôpitaux du Sénégal : cas du CHNMFT

		constatés				635
UL	88100000	Sub; équilibre Etat	150 000 000	0	0%	-150 000 000
	TOTAL UL		150 000 000	2 407 635	2%	-147 592 365
						0
UM	86500000	Reprise des amort, sur subvention		82 584 536		82 584 536
		TOTAL GENERAL DES PRODUITS	2 275 279 000	2 400 294 724	105%	125 015 724
UZ	13	Résultat		-69 461 435		-69 461 435