

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

PROGRAMME DE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE

8ème PROMOTION : 2005/2006

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION**

**SUJET : EVALUATION DES COUTS DE LA PRISE EN
CHARGE DES INDIGENTS ET CAS SOCIAUX AU CENTRE
HOSPITALIER ABASS-NDAO DE DAKAR
POUR L'ANNEE 2005**

Par Ernest MALOLO JOMBE

**Economiste Analyste
malolojombe@yahoo.fr**

Sous la direction de

M. Amani KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé

*« Nos sociétés industrielles, socialistes ou capitalistes, sont des sociétés économiques.
L'économie est la forme essentielle du monde moderne et les problèmes économiques sont
nos préoccupations principales. Pourtant, le vrai sens de la vie est ailleurs.*

Tous le savent, tous l'oublie. Pourquoi ? »

Jean Pierre DUPUY et Paul DUMONCHEL,
(L'enfer des choses.)

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- ❖ **Dieu, le Père TOUT-PUISSANT, qui m'a donné l'énergie, l'abnégation et la foi nécessaires à la réalisation de mon rêve ;**
- ❖ **Feu mon père, Joseph JOMBE EWANGUE dont l'amour avait su combler mon enfance et mon adolescence ;**
- ❖ **Feu mon petit frère, Jean Paul EJENGUELE JOMBE, arraché accidentellement à notre affection et qui n'a pu voir l'aboutissement de ce travail pour lequel il m'avait tant encouragé ;**
- ❖ **Ma mère, Mme Veuve Fanny JOMBE qui a su supporter la dure épreuve de la séparation que lui a imposée ma formation ;**
- ❖ **Mon épouse, Madeleine MALOLO, nos enfants Fanny-Aimée ESSOMBE MALOLO, Marie Gisèle NDOUME MALOLO, Guy Ernest MALOLO, Emmanuel Roger EWANGUE MALOLO, Gilbert Victoire DOOH MALOLO, Arthur KALATI MALOLO, Germain Joseph DJOMBE MALOLO et Malick NJITAMBOUI DJOMBE ;**
- ❖ **Mon frère Emmanuel Roger EWANGUE JOMBE et son épouse , ma sœur Gisèle DJOMBE DJOMBE , mes neveux et nièces Junior JOMBE EWANGUE, Josépha NDOUME EWANGUE, Charité NDOLO EWANGUE, Fanny-Confort MONDJO EWANGUE, Patrick C. DOUMBE EWANGUE, Elisabeth Carole ESSOMBE, Thierry DIBOBE, Berthe NDOUME, Hervé MOUGNELE...**
- ❖ **La grande famille NDOUME EWANGUE et tous ses enfants, sous l'encadrement bienveillant de Mme Claire WANGA.**

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont en tout premier lieu à **Monsieur Urbain OLANGUENA AWONO**, Ministre de la Santé Publique du Cameroun, à qui je dois la formation à laquelle je rêvais sans cesse.

Ces remerciements s'adressent ensuite, d'une part à **Monsieur Laurent ESSO** qui m'a ouvert les voies de la vie professionnelle en me recrutant comme cadre d'appui à l'Université de Yaoundé, puis n'a cessé de m'encourager depuis lors, d'autre part au **Pr Gottlieb LOBE MONEKOSSO**, ancien ministre de la santé publique du Cameroun, qui m'a introduit dans le monde passionnant de la santé.

Je n'aurai de cesse de remercier mon père spirituel, le **Révérénd Pasteur, Docteur Simon Bolivar NJAMI NWANDI**, pour son soutien spirituel constant et son implication personnelle à la résolution de toute difficulté à laquelle j'aie été confronté, depuis qu'il m'a adopté.

Je remercie grandement **Monsieur Amani KOFFI**, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé qui, malgré ses multiples occupations, a accepté de diriger ce mémoire.

A la réalisation de mes études, j'associe, dans un sentiment d'affectueuse gratitude, le nom de **Dr Françoise NISSACK de l'OMS à Yaoundé**, pour son soutien actif et multiforme dans toutes les phases de mon itinéraire post universitaire.

Dans ce chapitre, je tiens également à exprimer toute ma gratitude à **Dr YAOU BOUBAKARI**, Inspecteur Général des services administratifs au ministère de la santé publique du Cameroun pour son concours singulier.

Dans cet élan, je ne saurais oublier **Son Excellence Emmanuel MBONJO EJANGUE**, Ambassadeur du Cameroun à Dakar, **M. Salomon EHODE**, Percepteur auprès de ladite Ambassade, **Dr MO MENA**, ancien Directeur de l'Institut Supérieur de Santé au CESAG et **Cousin Charles Michaux MOUKOKO NJOH**, pour leur remarquable sollicitude.

De même, je remercie très vivement le Docteur **Amadou Lamine THIAM**, Directeur du Centre Hospitalier ABASS-NDAO de Dakar qui m'a accordé les facilités nécessaires à mes recherches, ainsi qu'à ses principaux collaborateurs notamment :

- **Mme NDIAYE SENABA SOUBOU**, Chef du Service des Ressources Humaines ;
- **Mme DIOP Aminata SOW**, Chef du Service social ainsi que **Mmes TOURE NOUMOU THIAM** et **NABOU SALL**, Assistantes sociales en poste dans ce service ;
- **M. Amadou SARR**, Chef du Service du Contrôle de Gestion ;
- **M. PAPA BOUNA FALL**, Chef des Services administratif et financier ;

- **Dr Vahi ASSI**, Chef du Service de la Chirurgie et Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- **Dr Christine GANYE**, Chef du Service d'Accueil et des Urgences.

Ces remerciements vont tout autant à l'ensemble des personnes ressources (Médecins, Pharmaciens, Responsables et personnels des services administratifs, Majors des services) du Centre Hospitalier ABASS NDAO, qui ont bien voulu m'apporter leur très aimable collaboration.

Je ne saurais oublier ici l'ensemble des enseignants du Programme du DESS en Economie de la Santé, pour leur encadrement et surtout :

- **M. Moussa YAZI**, professeur d'analyse des coûts pour toutes ses critiques et ses conseils ;
- **Dr EL HADJI GUEYE**, pour sa sympathique collaboration ;
- **Pr. Hervé LAFARGE**, Maître de conférence à l'université de Paris Dauphine et enseignant associé au CESAG pour toutes ses suggestions ;
- **M. Mamadou Moustapha THIAM**, pour ses conseils.

A la réussite de ma formation, j'associe également les noms de **Mmes Fadimatou GUEYE et Khadidiatou MBENGUE**, Assistantes des Directeurs de l'Institut Supérieur de Management de la Santé et de comptabilité respectivement, pour leur permanente collaboration et leur amitié, ainsi que tous mes promotionnaires Economistes de la santé pour leur chaleur communicative et leurs conseils ô combien bénéfiques.

Dr BAYE Martina LUKONG, Chef de la Division de la Coopération au Ministère de la santé publique du Cameroun, **Mme Christine MENGUE MBOYONG et M. Martin BIMBI** du Ministère de la Santé Publique du Cameroun, **M. Jean Marie NJOCK** du Ministère de la Culture, **Mme Pauline ASSEMBE** de l'Université de Yaoundé I, merci pour vos encouragements et vos aides dont je garde un attachant souvenir.

Dr Jacques Narcisse DOUMBE et M. Salomon MBELLA MBELLA, soyez remerciés pour votre encadrement fraternel et votre disponibilité inoubliable.

Enfin, que tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à ma formation veuillent bien trouver ici l'expression de ma parfaite gratitude.

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition générale des charges entre centres d'analyse.....	64
Graphique 2: Répartition des charges de consultation d'indigents et cas sociaux au service de la chirurgie.....	65
Graphique 3: Répartition des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de la chirurgie.....	66
Graphique 4: Vue graphique des charges de consultation d'indigents et cas sociaux au service des urgences.....	67
Graphique 5: Vue graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service des urgences.....	68
Graphique 6: Vue graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de la médecine interne.....	69
Graphique 7: Vue graphique des charges de consultation des indigents et cas sociaux à la maternité .	70
Graphique 8: Illustration graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux à la maternité.....	71
Graphique 9: Illustration graphique des charges d'interventions de la maternité.....	72
Graphique 10: Illustration des charges de consultation d'indigents et cas sociaux en Anesthésie-réanimation.....	73
Graphique 11: Illustration graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service d'anesthésie-réanimation.....	74
Graphique 12: Illustration des charges de consultation d'indigents en néonatalogie.....	75
Graphique 13: Illustration graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de néonatalogie.....	76
Graphique 14: Illustration graphique des charges de consultation d'indigents au service de gastro-entérologie.....	78
Graphique 15: Illustration graphique des charges d'actes d'aide au diagnostic d'indigents et cas sociaux au service de gastro-entérologie.....	79
Graphique 16: Illustration graphique des charges de consultation d'indigents au service de cardiologie.....	79
Graphique 17: Illustration graphique des charges d'actes d'aide au diagnostic d'indigents et cas sociaux au service de cardiologie.....	80
Graphique 18: Illustration graphique des charges d'examens de radiologie et échographie.....	81
Graphique 19: Illustration graphique des charges d'examens de laboratoire en faveur des indigents et cas sociaux.....	81
Graphique 20: Illustration graphique de la répartition des coûts de prise en charge d'indigents entre les services.....	84
Graphique 21: Illustration graphique de la répartition du poids des coûts généraux de consultation d'indigents entre services.....	88
Graphique 22: Illustration graphique de la répartition du poids des coûts d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux entre services.....	89
Graphique 23: Illustration graphique de la répartition du poids des coûts des actes d'aide au diagnostic d'indigents et cas sociaux entre services techniques.....	91

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Dépenses prévisionnelles de fonctionnement de l'Etat et de la santé au Sénégal de 1970 à 2004	8
Tableau II : Présentation sommaire de l'évolution des taux des consultations curatives dans 494 postes de santé au Sénégal de 1992 à 1995	9
Tableau III: Couverture de la population par les formations sanitaires au Sénégal	12
Tableau IV: Répartition des formations sanitaires selon les régions.....	12
Tableau V: Répartition du personnel du CHAN selon le statut.....	38
Tableau VI: Présentation des ressources du CHAN en 2005	48
Tableau VII: Présentation des dépenses du CHAN en 2005	48
Tableau VIII: Présentation des consultations au CHAN en 2005.....	49
Tableau IX: Répartition des consultations des indigents et cas sociaux.....	50
Tableau X: Répartition des actes d'aide au diagnostic entre indigents et cas sociaux, et autres malades	50
Tableau XI: Répartition des hospitalisations au CHAN en 2005	51
Tableau XII: Répartition de la durée moyenne d'hospitalisation au CHAN en 2005	51
Tableau XIII: Répartition des proportions du temps entre prestations au sein des services.....	55
Tableau XIV: Imputation des aux consultations d'indigents et cas sociaux.....	56
Tableau XV: Imputation des rémunérations aux hospitalisations d'indigents et cas sociaux	56
Tableau XVI: Proportion des coûts salariaux liés aux actes d'aide au diagnostic en faveur des indigents et cas sociaux	57
Tableau XVII: Répartition des amortissements de bâtiments et aménagements, matériels, mobiliers et installations générales, et matériel médical	58
Tableau XVIII: Répartition de la consommation d'eau entre les centres principaux.....	59
Tableau XIX: Répartition de la consommation d'électricité entre les centres principaux	59
Tableau XX: Répartition de la consommation de téléphone entre les centres principaux.....	60
Tableau XXI: Répartition des charges de la buanderie entre les centres principaux.....	61
Tableau XXII: Répartition des charges de l'administration	62
Tableau XXIII: Répartition de l'ensemble des charges des centres principaux	63
Tableau XXIV: Répartition des coûts de la consultation des indigents et cas sociaux au service de la chirurgie.....	65
Tableau XXV: Répartition des coûts d'hospitalisation des indigents au service de la chirurgie	66
Tableau XXVI: Répartition des charges de consultation des indigents et cas sociaux au service des urgences.....	67
Tableau XXVII: Répartition des charges d'hospitalisation des indigents et cas sociaux au service des urgences.....	68

Tableau XXVIII: Répartition des charges d'hospitalisation des indigents et cas sociaux au service de la médecine interne.....	69
Tableau XXIX: Répartition des charges de consultation d'indigents et cas sociaux à la maternité.....	70
Tableau XXX: Répartition des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux à la maternité.....	71
Tableau XXXI: Répartition des charges d'interventions de la maternité en faveur des indigents et cas sociaux.....	72
Tableau XXXII: Répartition des charges de consultation d'indigents et cas sociaux en Anesthésie-réanimation.....	73
Tableau XXXIII: Répartition des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service d'anesthésie-réanimation.....	74
Tableau XXXIV: Répartition des charges de consultation d'indigents et cas sociaux au service de néonatalogie.....	75
Tableau XXXV: Répartition des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de néonatalogie.....	76
Tableau XXXVI: Consommation par le bloc opératoire des services de la réanimation et de la chirurgie pour les indigents et cas sociaux.....	77
Tableau XXXVII: Répartition des charges d'interventions chirurgicales des indigents.....	77
Tableau XXXVIII: Synthèse générale des coûts par prestation et par service.....	83
Tableau XXXIX: Présentation des coûts généraux de consultation.....	87
Tableau XL: Présentation des coûts généraux d'hospitalisation.....	89
Tableau XLI: Présentation des coûts généraux d'actes d'aide au diagnostic.....	90
Tableau XLII: Présentation schématique du recouvrement des coûts de consultation.....	92
Tableau XLIII: Présentation schématique du recouvrement des coûts d'hospitalisation.....	92
Tableau XLIV: Présentation schématique du recouvrement des coûts d'actes d'aide au diagnostic.....	93
Tableau XLV: Présentation sommaire du recouvrement des coûts d'intervention de la maternité.....	94
Tableau XLVI: Présentation schématique du recouvrement des coûts d'interventions chirurgicales du bloc opératoire.....	94

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
LISTES DES GRAPHIQUES	vi
LISTES DES TABLEAUX.....	vii
TABLE DES MATIERES.....	ix
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL.....	5
Chapitre 1: CONTEXTE DE L'ETUDE ET GENERALITES SUR LE SENEGAL.....	6
Section 1 : CONTEXTE HISTORIQUE ET ECONOMIQUE	6
1.1 Les méfaits de la conjoncture économique internationale et des politiques d'ajustement structurel.....	6
1.2 Les revers de l'Initiative de Bamako	9
Section 2 : CONTEXTE SANITAIRE.....	10
2.1 L'organisation sanitaire :	10
2.2 Le système de référence.....	10
2.3 La situation sanitaire	11
Section 3 : LE POIDS DEMOGRAPHIQUE.....	14
Section 4 : MECANISMES DE PRISE EN CHARGE DES MALADES AU SENEGAL	14
4.1 Cas des travailleurs du secteur privé : les Institutions de Prévoyance Maladie.....	15
4.2 Cas des travailleurs du secteur public : fonctionnaires et contractuels.....	15
4.3 Les assurances privées commerciales.....	15
4.4 Les mutuelles de santé	15
Chapitre 2: REVUE DE LA LITTERATURE	17
Section 1 : SUR LES CONCEPTS SOCIAUX.....	17
1.1: La pauvreté	17
1.2 L'équité.....	19
1.3 L'exclusion	20
Section 2 : SUR LES CONCEPTS DE COUT EN COMPTABILITE ET EN ECONOMIE.....	21
2.1. Notions de charges et coûts en comptabilité.....	21
2.2 La méthode de coût complet avec sections homogènes.....	23
2.3 Les différents concepts de coûts pour la prise de décision.	24
Section 3 : SUR LES EXPERIENCES D'ANALYSE DES COUTS ET DE PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS ET CAS SOCIAUX.....	26
3.1 Evocation des quelques travaux de recherche.....	26
3.2 Difficultés d'application des calculs économiques et comptables à l'hôpital.....	29
Chapitre 3 : METHODOLOGIE	31
Section 1 : COLLECTE DES DONNEES	31
Section 2 -METHODE DE CALCUL DES COUTS :	32
2.1 Identification des objets de coûts	32

2.2 Identification des charges incorporables aux objets de coûts	32
2.3 Identification des centres d'analyse	33
2.4 Choix des unités d'œuvre.....	33
Section 3 - SAISIE, TRAITEMENT, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES :	35
MODELE THEORIQUE.....	36
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL	37
Chapitre 4 : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE	38
Section 1 : PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER ABASS-NDAO (CHAN).....	38
1.1 Présentation générale	38
1.2 Historique.....	38
1.3 Statut juridique et missions	39
1.4 Organisation et fonctionnement.....	39
Section 2 : MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS ET CAS SOCIAUX AU CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO	45
2.1 Mécanismes d'identification et de gestion.....	45
2.2 Difficultés liées à la gestion des indigents et cas sociaux.....	46
Section 3 : ORGANISATION COMPTABLE ET FINANCIERE	46
3.1 Présentation de l'organisation.....	46
3.2 Le financement du CHAN pour l'année 2005	47
Section 4 : LES PRESTATIONS OFFERTES AUX MALADES.....	48
4.1 Les consultations.....	49
4.2 Les examens d'aide au diagnostic.....	50
4.3 Les hospitalisations	50
4.4 Les interventions.....	52
Chapitre 5 : RESULTATS ET ANALYSES DES DONNEES	53
Section 1 : RESULTATS DE L'APPLICATION DE LA METHODE DU COUT COMPLET AU CALCUL DES COUTS	53
1.1 Affectation des charges directes aux centres principaux ou opérationnels.....	53
1.2 Valorisation des charges indirectes :.....	57
Section 2 : DETERMINATION DES COUTS DES PRESTATIONS RELATIVES AUX INDIGENTS ET CAS SOCIAUX	64
2.1 Service de la chirurgie.....	64
2.2 Service des urgences	67
2.3 Détermination des coûts d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux à la médecine interne	69
2.4 Maternité.....	70
2.5 Service d'anesthésie- réanimation	73
2.6 Service de néonatalogie	75
2.7 Bloc opératoire : Interventions chirurgicales en faveur des indigents	77
2.8 Service de gastro-entérologie.....	78
2.9 Service de cardiologie.....	79
2.10 Détermination des coûts d'actes d'aide au diagnostic du service d'imagerie médicale	80

2.11 Détermination des coûts d'examens de laboratoire	81
Section 3 : SYNTHESE DES COUTS PAR SERVICE ET PAR PRESTATION	82
3.1 Ordre de grandeur des coûts des prestations par rapport au budget de l'hôpital.....	82
3.2 Ordre de grandeur des coûts d'indigents dans les services	83
Chapitre 6 : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS DES RESULTATS.....	85
ET RECOMMANDATIONS	85
Section 1 : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS DES RESULTATS	85
1.1 La durée moyenne d'hospitalisation des indigents et l'ampleur de la demande.	85
1.2 La structure des coûts et le poids supporté par chaque service.....	86
1.3 Le recouvrement des coûts.....	91
Section 2 : RECOMMANDATIONS.....	95
2.1 Pour la maîtrise des coûts.....	95
2.2 Pour l'allègement des charges.....	96
2.3 Pour l'accroissement des recettes de l'hôpital	96
CONCLUSION	98
BIBLIOGRAPHIE.....	100
ANNEXES	104

RESUME

En instaurant le partage des coûts entre les Etats et leurs populations, l'Initiative de Bamako lancée en 1987 a consacré le paiement direct dans les formations sanitaires publiques, limitant de ce fait l'accès aux soins de santé aux couches sociales les plus démunies dans les pays pauvres, notamment subsahariens.

Pour y pallier, le Gouvernement Sénégalais a installé des services sociaux dans les hôpitaux publics, afin d'identifier les indigents et autres cas sociaux éligibles à l'exonération partielle ou totale des frais. Dans ce cadre, des exonérations de 6.064.500 FCFA ont été accordées sur 10.791.500 FCFA dus par 221 malades enregistrés au service social du Centre Hospitalier ABASS-NDAO (CHAN) de Dakar en 2005. Seulement, institution motrice de la marie de Dakar dans la lutte contre la pauvreté à travers des tarifs faibles par rapport aux autres établissements de même catégorie, le CHAN est également engagé dans la réforme hospitalière qui exige l'amélioration de la qualité des soins dans une logique d'efficacité et d'autonomie de gestion. Or, qu'il paie ou non, tout malade consomme les ressources de l'hôpital qui doivent être rémunérées ou renouvelées, alors que les dépenses consenties au titre des indigents et cas sociaux sont difficilement compensées. Dès lors, au regard de la structure actuelle de ses coûts et de la tarification en vigueur, le CHAN peut-il raisonnablement et durablement concilier les objectifs de la réforme hospitalière avec sa mission de service social ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons fixé pour objectif général d'évaluer l'ampleur du coût de la prise en charge des malades concernés. A travers la méthode des coûts complets avec sections homogènes, nous avons spécifiquement calculé les coûts des différentes prestations servies à ces patients pour l'année 2005. De cette évaluation ayant porté sur 351 malades après enquête, il ressort que leur coût global est de 38.064.760FCFA, soit 8,03% des recettes de l'hôpital, ce qui n'est pas négligeable. Les hospitalisations (54,59%), les interventions chirurgicales (33,84%) et les consultations (7,89%) ont les coûts les plus importants, tandis que s'agissant des charges constitutives, les rémunérations, l'administration et les produits pharmaceutiques y pèsent à hauteurs respectives de 47,27%, 20,30% et 15,31%. Quant à la répartition par centre d'analyse, notre étude montre que 4 services supportent 86,25% des coûts des malades étudiés (Chirurgie : 35,47% ; Réanimation : 20,95% ; Bloc opératoire : 17,57% et Médecine interne : 12,26%). Cette étude montre par ailleurs que les coûts unitaires des prestations sont de loin supérieurs aux tarifs en vigueur, d'où des faibles taux de recouvrement, à l'exception des actes de la maternité, des examens de laboratoire, de radiologie et d'échographie. Dans ces conditions, il apparaît qu'avec sa structure actuelle des coûts, le CHAN ne peut valablement et durablement concilier ses missions de service social avec les exigences de la réforme hospitalière, sans un appui substantiel de ses principaux pourvoyeurs de ressources à savoir l'Etat, la mairie de Dakar, la Coopération luxembourgeoise, les bienfaiteurs et les malades non indigents. Malgré certaines limites (sous-évaluation du nombre de patients et aléas de la méthodologie entre autres), la présente étude conforte les travaux antérieurs du genre, tout en relativisant quelques points de leurs conclusions.

Les principales recommandations formulées tendent néanmoins à assurer au Centre hospitalier ABASS-NDAO, la maîtrise des coûts, l'allègement des charges et l'accroissement des recettes.

INTRODUCTION GENERALE

D'après le dictionnaire Le Grand Robert¹, le terme « indigent » dérive, vers 1265, du latin « indigens » (qui est dans le besoin), participe présent de « indigere » (manquer de). Il désigne l'état d'une personne qui manque de choses les plus nécessaires à la vie, ce qui lui confère les qualificatifs de « besogneux, malheureux, misérable, nécessiteux, pauvre ». Depuis le 14^{ème} siècle, ce mot désigne une personne sans ressources. Les conséquences de cet état peuvent s'illustrer sous deux dimensions : la dimension matérielle et la dimension sociale. Au plan matériel, l'indicateur économique est le revenu dont le manque expose à la précarité, la victime pouvant même être contrainte à renoncer aux biens les plus élémentaires. Au plan, social, il s'agit de l'isolement que provoque la rupture du lien entre l'individu et sa communauté. La combinaison de ces facteurs conduit à la marginalisation puis à l'exclusion sociale. Lutter contre la pauvreté, c'est donc lutter contre les facteurs de cette exclusion et l'accès aux soins de santé en est l'un des plus importants. Aussi, véritable fléau dans les pays subsahariens surtout depuis le milieu des années 1970, le phénomène de l'indigence, et donc de la pauvreté, est-il de nos jours une préoccupation majeure, raison pour laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a inscrit la pauvreté dans sa classification comme la maladie Z59.5 contre laquelle elle recherche un traitement².

Par cas sociaux, nous entendons d'une part les personnes bénéficiant régulièrement de la gratuité des services sociaux tels que les handicapés, les malades chroniques, les malades mentaux ou enfants abandonnés ; d'autre part, toute personne admise comme telle par l'hôpital. Dans la présente étude, nous ne distinguerons pas les indigents et cas sociaux, dans la mesure où tous constituent des coûts pour l'hôpital. Au Sénégal, la volonté d'assurer l'accès équitable aux soins de santé apparaît dans la loi fondamentale dont l'article 17 dispose que « l'Etat garantit aux familles (...) l'accès à la santé et au bien-être³ ». Dans cette optique, les formations sanitaires publiques accordent des facilités aux malades nécessiteux, à travers des services sociaux chargés d'identifier les indigents et cas sociaux dans ces établissements. Dans ce cadre, au cours de l'année 2005, le Service de l'action sociale du Centre Hospitalier ABASS NDAO (CHAN) de Dakar a enregistré 221 malades ayant bénéficié d'exonérations partielles ou totales des frais d'une valeur de 6.064.500 FCFA, soit 56,20% sur les 10.791.500 FCFA dus par ces patients. Ces données correspondent à 1% du total des malades hospitalisés dont la contribution aurait dû représenter 02,27% des recettes internes de l'hôpital. De prime abord, toutes ces proportions paraissent négligeables et laisseraient minimiser l'ampleur de la demande de soins adressée à cet hôpital par les indigents et cas

¹ Robert Paul. : Le Grand Robert de la langue française. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, deuxième édition, janvier 1996.

² D'après Ministère de la Santé Publique du Cameroun : *Stratégie sectorielle de santé 2001-2010* ; Edition 2002, p.48.

³ Constitution de l'Etat du Sénégal adoptée par référendum le 7 janvier 2001.

sociaux. En réalité, il s'agit essentiellement de malades internes. En observant la disproportion entre cet effectif et la contribution qui devait lui incomber, l'on peut s'interroger sur les manques à gagner et les coûts pour l'hôpital liés à ces patients. Comment se présente donc la réalité des coûts de la prise en charge des indigents et cas sociaux déclarés au CHAN en 2005? C'est le souci de lever un coin de voile sur cette question principale qui justifie la présente étude.

Le problème à la base de cette question naît des conséquences de l'Initiative de Bamako. Celle-ci, adoptée en 1987, a instauré le partage des coûts entre les Etats et leurs populations, consacrant ainsi la fin de la gratuité des soins de santé dans les hôpitaux publics des pays en développement, en l'occurrence subsahariens. Au Sénégal, la pauvreté frappe toujours la majorité de la population (52.5% en 2005⁴) et il n'existe pas de système généralisé de prise en charge du risque maladie. Dans ce contexte, de par sa spécificité, le Centre Hospitalier ABASS-NDAO apparaît comme un moyen de sauvetage pour les plus démunis. En effet, cet hôpital est une institution sociale de la mairie de Dakar, unique du genre dans le pays, avec les tarifs les plus bas à prestations identiques par rapport aux autres hôpitaux de la ville. Il est donc financièrement plus proche des couches les plus démunies, toutes choses restant égales par ailleurs. L'arrêté N°000899/VD/CAB/CT.JURI/SM/DASS/CHAN du Maire de Dakar du 15 mars 2006, portant organisation et fonctionnement de cet établissement dispose d'ailleurs en son article 41 que « le Centre Hospitalier ABASS-NDAO garantit pour tous un accès équitable aux soins »⁵.

Seulement, cet hôpital est intégré dans la réforme hospitalière décidée en 1998. Cette réforme visait « d'améliorer les performances des hôpitaux sur le plan de la gestion et de la qualité des soins », tout en conférant à ces établissements une « grande autonomie de gestion »⁶. C'est dire que, au même titre que les autres établissements publics de santé, le Centre Hospitalier ABASS-NDAO est confronté à un double défi :

- d'une part, l'efficacité médicale, c'est-à-dire « l'exigence sociale de maximiser simultanément la qualité des soins ou un résultat de santé (l'efficacité) et l'utilisation des ressources (la productivité) »⁷,
- d'autre part, la rationalité et la rigueur dans la gestion.

A l'évidence, ce double défi s'oppose à la vocation sociale du CHAN au regard des tarifs de ses prestations. De même, les recettes propres des hôpitaux financent essentiellement leur

⁴ Ministère de l'Economie et des Finances (DPS)/Banque Mondiale : *Deuxième Enquête Sénégalaise auprès des Ménages 2001/2002*

⁵ Mairie de Dakar : *Arrêté N°000899 du 15 mars 2006* du Maire de Dakar, portant organisation et fonctionnement de l'Etablissement public communal de santé hospitalier à statut spécial dénommé Centre Hospitalier ABASS NDAO (CHAN)

⁶ Ministère de la santé du Sénégal, Direction des Etablissements de santé : *Réforme hospitalière, Présentation, Lois et Décrets, 1998.*

⁷ POMEY Marie Pascal, POUILLIER Jean-Pierre et LEJEUNE Jean-Pierre (sd) : *Santé Publique : Etat des lieux, enjeux et perspectives*, Ellipses, 2000.

fonctionnement interne par le renouvellement du matériel, l'entretien des équipements et la motivation du personnel. Cependant, qu'il paie ou non, tout malade consomme les ressources qui doivent être rétribuées ou renouvelées, alors que les indigents et cas sociaux ne participent que très faiblement au financement. Pour sa part, le CHAN connaît depuis quelques temps un ralentissement d'activité. Il importe dès lors d'évaluer la part de coût imputable aux indigents et cas sociaux afin d'y pourvoir. Qu'ont-ils donc coûté à cet hôpital en 2005 ?

Cette question est d'autant plus préoccupante que la croissance démographique globale va de pair avec celle de ces cas et des faux indigents sont de plus en plus dépistés, sans qu'il soit possible de les démasquer en totalité. En outre, le retard avec lequel l'Etat rembourse les dépenses consenties au titre des indigents et cas sociaux est de nature à remettre en cause la pérennité de cette pratique à l'hôpital et compromettre la réalisation de ses missions. En effet, en cas de dysfonctionnement à l'hôpital ABASS-NDAO, les patients disposant de revenus élevés ou autres moyens de prise en charge se réfèrent à d'autres structures, d'où des manques à gagner éloignant de fait cet hôpital de l'objectif de rentabilité. Quant aux indigents, ils se retrouvent sans soins, ce qui est contraire à la vocation sociale de l'institution. En fin de compte, un mauvais fonctionnement du Centre Hospitalier ABASS-NDAO pénalise en premier lieu les indigents et cas sociaux. D'où le problème que nous formulons ainsi : avec sa structure actuelle des coûts, le Centre Hospitalier ABASS-NDAO peut-il véritablement remplir ses missions sociales sans préjudice à la qualité des prestations ? Cette problématique se ramène à l'adéquation entre d'un côté l'équilibre financier dans le cadre de l'autonomie de gestion prescrite par la réforme hospitalière, et de l'autre, l'équité d'accès aux soins fixée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme objectif majeur du système de santé, bien avant l'efficacité et l'efficience⁸.

Dès lors apparaissent les objectifs de notre étude, qui se déclinent en un objectif général assorti d'un but et des objectifs spécifiques. L'objectif général de la présente étude est donc d'évaluer l'ampleur du coût des soins fournis aux indigents et cas sociaux au Centre Hospitalier ABASS-NDAO au cours de l'année 2005, en vue de la gestion et de la prévision davantage éclairées de ses ressources. En ce qui concerne notre but, il est de contribuer à l'amélioration de la maîtrise des coûts de cet hôpital à travers l'isolement de la prise en charge des indigents et cas sociaux, afin de permettre à ses responsables et aux politiques de fixer une tarification compatible avec leurs missions. Enfin, nos objectifs spécifiques sont d'une part de calculer les coûts totaux et partant les coûts moyens des diverses prestations à savoir : les consultations, les hospitalisations, les examens divers et les interventions, d'autre part d'en dégager les taux de recouvrement.

⁸ MAJNONI d'INTIGNANO Béatrice : *Economie de la santé*, Presses Universitaires de France, 2001.

Ces objectifs définis, l'on peut à juste titre s'interroger sur la pertinence de notre étude, au regard de la faiblesse de la proportion des cas déclarés par rapport à la population de la ville de Dakar, ou même des malades reçus au Centre Hospitalier ABASS-NDAO. Le sujet ne manque pourtant pas d'intérêt. Tout d'abord, si la taille de la population peut s'accroître sans cesse, tel n'est pas le cas des ressources de l'entité micro économique qu'est l'hôpital. Ainsi, quelque petite que soit la taille des unités qui s'y trouvent, l'étude des coûts de ces unités est nécessaire à une meilleure connaissance de l'ensemble où interviennent par ailleurs de nombreux acteurs. Ensuite, le sujet est d'actualité et il peut valoriser le chercheur. Parlant des acteurs au sein de l'hôpital, il s'agit de l'Etat du Sénégal, des partenaires au financement et des responsables de l'hôpital. Pour l'Etat sénégalais et les partenaires, ce genre d'étude leur permet une meilleure appréciation des demandes d'allocation des ressources dans les hôpitaux. Pour les responsables du CHAN, elle leur permettra une meilleure connaissance des coûts et des effets possibles d'une prise en compte ou non des indigents et cas sociaux dans la tarification des différents actes et biens médicaux, en vue de l'amélioration de la productivité des services. En ce qui concerne l'actualité, elle porte sur l'équité, la réforme hospitalière, la promotion de la bonne gouvernance et la lutte contre la pauvreté. En effet, des études d'analyse des coûts dans certains hôpitaux y montrent le caractère négligeable du coût des indigents et la domination des coûts administratifs. En confirmant ou en infirmant cette tendance, notre étude apportera une contribution au débat actuel sur les causes de l'accroissement des charges des hôpitaux. De même, de nombreux pays sont engagés dans la réforme hospitalière. Des études de coûts sont donc nécessaires pour éclairer le choix des potentiels adhérents à cette réforme dans d'autres pays. Enfin, en notre qualité de chercheur, la présente étude nous offre l'opportunité de l'exercice d'évaluation des interventions sanitaires.

Pour le cas d'espèce, nous nous emploierons à vérifier l'hypothèse selon laquelle le coût de la prise en charge des indigents et cas sociaux ne serait pas négligeable par rapport aux recettes de l'hôpital. La première de notre étude sera consacrée au cadre conceptuel. Ici, nous présenterons le support théorique à travers la revue de la littérature tour à tour sur les coûts puis sur les études ayant trait à la prise en charge des indigents; ensuite nous nous pencherons sur la méthodologie appliquée au cas. Dans la seconde partie relative au cadre opérationnel, nous exposerons le cadre de nos investigations, les résultats de l'étude, les discussions qu'elle suscite et les recommandations qui en découlent.

PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL

« Seul l'inconnu épouvante les hommes. »

Antoine de Saint EXUPERY,
(Terre des hommes.)

Chapitre 1: CONTEXTE DE L'ETUDE ET GENERALITES SUR LE SENEGAL

Notre étude est réalisée dans un contexte général marqué par les efforts du Gouvernement du Sénégal tendant à relever le secteur de la santé après les séquelles des politiques d'ajustement structurel. Nous examinerons d'abord le contexte historico économique, ensuite le contexte socio-sanitaire, puis le contexte démographique avant d'exposer les mécanismes de prise en charge des malades.

Section 1 : CONTEXTE HISTORIQUE ET ECONOMIQUE

Nous nous situons ici dans le cadre de l'évolution globale, depuis la période des indépendances jusqu'à l'ère des programmes d'ajustement structurel (PAS) et de l'Initiative de Bamako (IB).

1.1 Les méfaits de la conjoncture économique internationale et des politiques d'ajustement structurel.

A l'instar des autres pays africains, l'accession du Sénégal à l'indépendance coïncide avec les « Trente Glorieuses », période après la Deuxième Guerre Mondiale allant de 1945 à 1975, au cours de laquelle s'observent une forte croissance économique dans les pays du Nord et une explosion des moyens mis en œuvre pour la santé dans ces pays⁹. Dans les pays du Sud, et particulièrement en Afrique subsaharienne, l'euphorie des indépendances et la bonne tenue des cours des matières premières sur le marché international, avaient fait adopter la gratuité des soins dans les services publics de santé, dans l'optique « santé pour tous ». A cette époque, l'on notait certes çà et là des sommes déboursées par les patients, mais le phénomène était marginal, ces sommes étant consacrées soit aux rémunérations occultes des personnels, soit à l'achat des produits manquant dans les formations sanitaires¹⁰. Tel fut également le cas au Sénégal.

Seulement, la décennie 1970 marque un tournant. Au plan international, l'on enregistre le bouleversement des économies des pays développées entraînant une forte dégradation de celles des pays en développement du fait de la combinaison de nombreux facteurs parmi lesquels :

- le décrochage du dollar américain décrété par le Président Richard NIXON en 1971,

⁹ POULLER Jean-Pierre : *La santé malade de ses comptes ?* Article in *Santé Publique : état des lieux, enjeux et perspectives* Ellipses, 2000 ; sd POMEY M-P ; POULLER J-P et LEJEUNE B., p.79.

¹⁰ Voir l'article de Alain LETOURMY intitulé « *santé et lutte contre l'exclusion et la pauvreté dans les pays en développement* » in *La lettre du collègue*, publication du Collège des Economistes de la santé, N°4, décembre 2003, page 7.

- la crise pétrolière de 1973 à la suite de la quatrième guerre Israélo-arabe, qui va entraîner l'alourdissement de la dette des pays non producteurs de pétrole,
- la détérioration des termes de l'échange au détriment des pays pauvres, consécutive à la chute continue des cours des matières premières notamment agricoles.

Ainsi donc, ces chocs exogènes se traduisent par le ralentissement de l'économie sénégalaise, le taux moyen de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) passant de 2,5% par an dans la période 1960-1970 à 1,8% en 1975-1980, pendant que sévit un déficit chronique des finances publiques et de la Balance des paiements. Le déficit des finances publiques passe de 0,6% du PIB en 1970 à 12,5% en 1981 tandis que la dette extérieure s'élève à 71,6% du PIB en 1981¹¹. C'est dans ce contexte que surviennent deux faits majeurs : d'une part, l'entrée du Sénégal dès 1979 dans deux décennies d'ajustement structurel ; d'autre part, l'avènement de l'Initiative de Bamako en 1987.

S'agissant des PAS, le Sénégal a servi de laboratoire africain aux politiques d'ajustement structurel du Fonds Monétaire International (FMI) et de la Banque Mondiale (BM).à travers cinq plans et programmes :

- de 1979 à 1980 : le Programme de stabilisation à court terme (PSCT) ;
- de 1980 à 1985 : le Plan à moyen terme de redressement économique et financier (PREF) ;
- de 1985 à 1992 : le Programme d'ajustement structurel à moyen terme et long terme (PAMLT) ;
- de 1993 à 1994 : le Plan d'urgence SAKHO-LOUM dit « plan mort-né » ;
- de 1994 à 1998 le Plan post dévaluation.

Ces plans et programmes s'avéreront néfastes pour les secteurs sociaux, en particulier l'éducation et la santé¹² dans la mesure où ces secteurs seront sacrifiés des financements au profit des secteurs économiques dits productifs. Les prévisions des dépenses de santé se conformeront d'ailleurs à ce principe, la part prévue du budget santé par rapport au budget national hors dette passant de 9,22% en 1970 à 04,89% en 2004, comme le montre le tableau 1 ci-dessous.

¹¹ PNUD : *Rapport national sur le développement humain au Sénégal, gouvernance et développement humain*, 2001.

¹² KASSE, M. : *Sénégal de la crise à l'ajustement structurel*, Editions Nouvelles du Sud, Paris 1991.

Tableau I.: Dépenses prévisionnelles de fonctionnement de l'Etat et de la santé au Sénégal de 1970 à 2004

Années	Dépenses prévisionnelles de fonctionnement en millions de Francs courants		
	Budget santé	Budget de l'Etat hors dette	Part du budget santé en %
1970	3 491	37 850	9,22
1971	3 556	39 000	9,12
1972	3 727	41 400	9,00
1973	3 794	44 000	8,62
1974	3 657	47 000	7,78
1975	4 103	47 000	8,73
1976	5 067	71 000	7,14
1977	5 247	79 000	6,64
1978	5 370	89 000	6,03
1979	6 134	101 470	6,05
1980	6 519	106 000	6,15
1981	6 691	115 644	5,79
1982	6 944	130 104	5,34
1983	8 277	151 453	5,47
1984	8 143	166 940	4,88
1985	9 136	186 393	4,90
1986	10 219	199 237	5,13
1987	10 938	206 203	5,30
1988	11 030	216 500	5,09
1989	10 868	226 780	4,79
1990	11 868	223 260	5,32
1991	12 994	226 000	5,75
1992	17 480	338 000	5,17
1993	11 850	225 400	5,26
1994	15 804	309 400	5,11
1995	16 706	280 377	5,96
1996	18 754	354 200	5,29
1997	19 879	257 100	7,73
1998	20 321	267 000	7,61
1999	23 212	295 600	7,85
2000	25 930	321 300	8,07
2001	29 332	373 900	7,84
2002	30 912	419 700	7,37
2003	35 344	639 100	5,53
2004	35 615	728 721	4,89

Source : Base de données des indicateurs sociaux du Sénégal, édition 2003-2004, (Extrait de p. 85).

Cette tendance se confirmera dans les réalisations effectives, par une baisse quasi continue des dépenses publiques de santé par tête, telle que l'illustrent les tableaux I, II et III de l'annexe 5.

De ces données, il ressort que les programmes d'ajustement structurel ont eu un impact négatif sur la situation sanitaire. Ces données rejoignent l'analyse du Professeur MOUSTAPHA KASSE¹³ qui révèle que « dans les années 1980, on a enregistré au Sénégal une baisse nette de près de 2% des dépenses réelles de santé publique par habitant. Selon la BM, de 1986-1987 à 1989-1990, les dépenses réelles de fonctionnement de la santé n'ont représenté que 89% des dépenses budgétisées, contre 97% pour l'ensemble du budget de l'Etat (...). La qualité des services en a souffert ». L'Initiative de Bamako qui survient dans la foulée aggravera une situation déjà précaire.

1.2 Les revers de l'Initiative de Bamako

Lancée en 1987 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), cette initiative visait l'amélioration de la qualité et une meilleure accessibilité aux soins, à travers la participation des populations au financement et une gestion communautaire des fonds générés par la vente des médicaments. En réalité, il s'est agi de l'instauration du recouvrement des coûts, c'est-à-dire du « partage des coûts »¹⁴ entre l'Etat et les populations. A l'heure de l'évaluation, il apparaît que l'IB, en consacrant le paiement direct, s'assimile plutôt à un système efficace de financement des formations sanitaires par les personnes nanties, et une barrière à l'accès aux soins pour les personnes démunies au moment où survient la maladie¹⁵. Ainsi, dans leur étude sur l'application de l'IB au Sénégal, DIALLO FALL et A. SARR rapportent que, pour 494 des 717 postes de santé que comptait ce pays en 1995, le taux d'utilisation des consultations curatives primaires a évolué en dents de scie¹⁶. Ces taux ont même baissé régulièrement d'un premier trimestre à l'autre de 1993 à 1995, comme on peut le constater au tableau 2 ci-dessous.

Tableau II.: Présentation sommaire de l'évolution des taux des consultations curatives dans 494 postes de santé au Sénégal de 1992 à 1995

	1992	1993	1994	1995
Semestre 1		36	29	24
Semestre 2	37	52	39	

Source : adapté de DIALLO F. et SARR A., 1997.

En un mot, les PAS et l'IB ont contribué à rendre plus difficile l'accès aux soins au Sénégal. A cet égard, il convient de présenter le contexte sanitaire.

¹³ KASSE, M. : *Cours de Politique nationale de développement*, Maîtrise en Sciences Economiques, Université CHEIKH ANTA DIOP, Dakar, année académique 2004/2005.

¹⁴ AUDIBERT M., MATHONNAT J. et De ROODENBEKE E. (sd) : *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu* ; Karthala, 2003

¹⁵ CREESE, A. and KUTZIN, J., *Lessons from cost recovery in health*, in *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* C. Colclough, Ed. 1997, Clarendon press: Oxford. P37-62.

¹⁶ DIALLO I. O. FALL et SARR A. : *L'Initiative de Bamako au Sénégal*, in *Innover dans les système de santé ; Expérience d'Afrique de l'Ouest*, J. BRUNET- JAILLY, Editor, Editions Karthala, Paris 1997; pp 209-218.

Section 2 : CONTEXTE SANITAIRE

Nous évoquerons ici l'organisation sanitaire du Sénégal, le système de référence en vigueur et la situation sanitaire.

2.1 L'organisation sanitaire :

D'une superficie de 196.000Km² répartie en 11 régions administratives dont celle de Dakar, le Sénégal a un système sanitaire de forme pyramidale à trois niveaux : un niveau de base, un niveau intermédiaire et un niveau central.

2.1.1 Le niveau de base :

A la base se trouve le niveau périphérique ou District sanitaire. C'est le niveau opérationnel. Il comprend les Cases de santé et Maternités rurales, les Postes de santé et les Centres de santé. Le Centre de santé est l'hôpital de District. Le District de santé comprend entre 15 et 20 Postes de santé urbains et/ou ruraux couvrant chacun une population de 5.000 à 10.000 habitants. Il est dirigé par un Médecin-chef de District, le Poste de santé par un Infirmier Chef de Poste.

2.1.2 Le niveau intermédiaire ou stratégique :

C'est la région médicale. Dirigée par un Médecin-chef de région placé sous l'autorité administrative du Gouverneur de région, son aire géographique correspond à celle de la région administrative. Elle sert d'appui au niveau opérationnel et de relais au niveau central.

2.1.3 Le niveau central :

C'est le sommet de la pyramide. Il comprend, outre le cabinet du Ministre, les directions et services rattachés.

2.2 Le système de référence

De la base au sommet, on note quatre niveaux d'intervention :

- 1) les Postes de santé pour les soins de base ;
- 2) les Centres de santé qui prennent en charge les cas que ne peuvent assurer les Postes de santé ;
- 3) les hôpitaux départementaux et régionaux qui assurent les soins de gynécologie, obstétrique, médecine interne, pédiatrie et éventuellement des spécialités médicales et chirurgicales ;
- 4) les hôpitaux nationaux qui constituent le dernier recours. Depuis la Réforme hospitalière, l'on parle d'Etablissements Publics de santé (EPS). Cette réforme prévoit la classification des EPS en trois catégories. Suivant leurs caractéristiques et leur

localisation, les EPS sont dénommés Centre Hospitalier National (CHN), Centre Hospitalier Régional (CHR) ou Centre Hospitalier Communal (CHC). Il convient cependant de relever que, malgré sa dénomination de Centre Hospitalier Communal, l'hôpital ABASS NDAO est un établissement de troisième niveau.

2.3 La situation sanitaire

Nous nous limiterons à une brève évocation des ressources et du profil épidémiologique.

2.3.1 Les ressources

En termes réels, les ressources d'un système de santé se résument aux ressources humaines et matérielles. Quant aux ressources financières, elles sont mises à la disposition des premières citées, en vue de la réalisation des objectifs du système¹⁷. En conséquence, nous ne parlerons ici que de ces deux types de ressources. Il faut néanmoins, souligner que les financements du système de santé proviennent de l'Etat, des collectivités locales, des populations et de la coopération internationale. L'irrégularité des comptes nationaux de la santé ne permet pas de disposer des données régulières et fiables, mais à titre indicatif, leurs proportions étaient les suivantes en 2001¹⁸ :

- Budget du Ministère de la santé : 42,8%
- Fonds de dotation décentralisés (FDD) : 4,4%
- Collectivités locales décentralisées : 2,6%
- Comités des santé : 12,7%
- Extérieur : 37,5%.

En 2006, les données financières peuvent se résumer ainsi :

- budget de la santé : 80.537.670.000 FCFA,
- part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat : 10,30%

2.3.1.1 Les infrastructures

Avec une population estimée à 11.113.793 habitants, le Sénégal compte actuellement 1.030 Postes de santé, 60 Centres de santé, 22 hôpitaux et 741 pharmacies privées. La capacité d'accueil globale est de 5.106 lits d'hospitalisation. Les ratios de couverture de la population se présentent comme suit :

¹⁷ LAFARGE Hervé : Cours d'Analyse des dispositifs de financement des systèmes de santé ; Programme de DESS en Economie de la Santé, CESAG, 2006.

¹⁸ LAFARGE H., *Ibid*

Tableau III. Couverture de la population par les formations sanitaires au Sénégal

Nature	Effectif pour une structure	
	Sénégal	Norme OMS
Hôpital	1/505.172 hbts	1/Région
Centre de santé	1/185.229 hbts	1/150.000 hbts
Poste de santé	1/10.790 hbts	1/10.000 hbts

Sources : Nos calculs.

Quant à la répartition des formations sanitaires selon les régions, elle se présente comme suit :

Tableau IV. Répartition des formations sanitaires selon les régions

REGIONS	Postes de santé		Centres de santé		Hôpitaux	
	Nbre	Ratio pop	Nbre	Ratio pop	Nbre	Ratio pop
DAKAR	119	19.063	15	151.236	8	283.568
DIORBEL	68	15.836	4	269.219	2	538.437
FATICK	72	8.737	6	104.839	1	629.036
KAOLACK	88	12.225	4	268.943	1	1.075.770
KOLDA	74	11.676	3	288.006	1	864.018
LOUGA	65	10.567	5	137.371	1	686.856
MATAM	53	8.328	3	147.124	1	441.371
ST-LOUIS	92	7.649	4	175.925	2	351.850
TAMBA	80	7.884	5	126.143	1	630.716
THIES	117	11.158	8	163.183	2	652.732
ZIGUINCHOR	93	4.790	3	148.488	2	222.732
TOTAL	921	10.997	60	168.797	22	460.355

Source: Annuaire statistique 2003¹⁹

De ces tableaux, on peut tirer les observations suivantes. Par rapport aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé, les postes de santé, présentent une couverture globalement satisfaisante. Cependant, des disparités régionales sont à relever. En effet, les régions de Dakar, Diourbel, Kaolack et Kolda ont des ratios nettement faibles. S'agissant des centres de santé, leur situation est particulièrement préoccupante dans les régions de Diourbel, Kaolack et Kolda, avec des ratios d'un centre de santé pour 269.219 habitants, 268.943 habitants et 288.006 habitants respectivement. Ces ratios sont largement inférieurs à la moyenne nationale et davantage à la norme d'un centre pour 150.000 habitants, fixée par l'OMS. Enfin, en ce qui concerne les hôpitaux, on peut parler d'une répartition géographique conforme à la norme de l'OMS. Toutefois, elle est davantage satisfaisante pour les régions de Dakar, Saint-Louis et Ziguinchor par rapport aux autres et particulièrement celles de Kaolack et Kolda déjà desservies en matière de centres de santé. Au vu de ces tableaux, on peut affirmer que la région de Ziguinchor offre la meilleure couverture en infrastructures

¹⁹ Ministère de la santé et de la prévention médicale, Annuaire statistique 2003, juillet 2005.

sanitaires, dans la mesure où elle a les meilleurs taux à tous les niveaux. Pour la région de Dakar, l'insuffisance des postes de santé est compensée par les hôpitaux et centres de santé. Examinons à présent les ressources humaines.

2.3.1.2 Les ressources humaines

A défaut de l'effectif global des personnels de la santé sur l'ensemble des secteurs public et privé, nous nous limitons aux données partielles de l'année 2006 qui font état de 891 Médecins dont 403 dans le privé ; 1.267 Infirmiers; 763 Sages-femmes; 96 pharmaciens et 85 chirurgiens dentistes, tous du secteur public.

2.3.2 Le profil épidémiologique :

Nous traiterons des causes principales de la morbidité et de la mortalité.

2.3.2.1 La morbidité

Au Sénégal, la morbidité est dominée par le paludisme simple avec 42,39% des cas, suivi des affections de la peau (8,04%), les Infections respiratoires aiguës (6,31%), les autres causes (4,54%), les diarrhées (4,05%), le paludisme grave (3,23%). La prévalence nationale actuelle du VIH/SIDA est de 0,7%, dont 0,9% chez les femmes et 0,4% chez les hommes.

2.3.2.2 La mortalité

La mortalité est aussi dominée par le paludisme. La forme grave est la première cause de mortalité avec 58,62% des cas de décès, suivie de la malnutrition (8,33%), les autres causes (7,99%), l'hypertension artérielle (6,03%), les accidents vasculaires cérébraux (4,25%), l'anémie (2,63%), les diarrhées (4,08%), les infections respiratoires aiguës simples (1,78%), la méningite (0,68%), les pneumopathies (0,68%) et le tétanos néo-natal (0,68%). Ces onze premières causes sont responsables de 95,75% des décès.

2.3.2.3 La prévention

Les données relatives à la prévention sont les suivantes en 2006 :

- Taux de prévalence contraceptive : 10,3%
- Couverture en consultation prénatale (au moins une consultation) : 92,9%
- Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié : 51,9%
- Proportion des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu un vaccin contre la rougeole : 73,5%

En 2006, les statistiques sur la mortalité sont les suivantes :

- Taux de mortalité infantile : 61‰,

- Taux de mortalité infanto-juvénile : 121‰,
- Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes) : 434,
- Taux de mortalité néonatale: 34,9‰.

Section 3 : LE POIDS DEMOGRAPHIQUE

Avec un taux moyen annuel de 2,3%, le Sénégal connaît une forte croissance démographique, surtout dans la région de Dakar. Selon les projections de la Division des enquêtes démographiques, la population Sénégalaise était 10 564 303 habitants en 2004²⁰ et des sources de ministère de la santé et de la prévention médicale, elle est actuellement estimée à 11 113 793 habitants. Or, en 2002, la région de Dakar abritait une population d'environ 2 268 542 habitants soit 22,4% sur les 10 127 809 que comptait alors le pays.²¹ Par ailleurs, en matière de pauvreté monétaire, cette région est la seule du Sénégal avec un Indicateur de pauvreté monétaire en dessous de la moyenne nationale²². Ce croît démographique et cette évolution de la pauvreté suscitent des inquiétudes quant à leur incidence sur la demande indigente adressée au CHAN, dans la mesure où, au 6 novembre 2006, ladite demande concernait déjà 251 malades²³, soit un accroissement de 13,57% par rapport à l'année 2005.. Il importe donc d'examiner les différents modes de prise en charge des malades au Sénégal.

Section 4 : MECANISMES DE PRISE EN CHARGE DES MALADES AU SENEGAL

Ce pays ne dispose pas encore d'un système général de prise en charge du risque maladie. Néanmoins, les travailleurs disposent de quatre mécanismes organisés et séparés de protection sociale. Il s'agit :

- des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) pour les travailleurs du secteur privé,
- des imputations budgétaires pour les fonctionnaires et contractuels de l'Etat,
- des assurances privées,
- des mutuelles de santé.

²⁰ Ministère de l'Economie et des Finances du Sénégal, Direction de la Prévision et des statistiques, Banque de données des indicateurs sociaux du Sénégal, 2003/2004

²¹ Ministère de l'économie et des finances, Direction de la prévision et de la statistique : *Résultats préliminaires du troisième recensement général de la population et de l'habitat*, 2002

²² PNUD : *Rapport national sur le développement humain au Sénégal*, 2001

²³ Source : Service social du CHAN.

4.1 Cas des travailleurs du secteur privé : les Institutions de Prévoyance Maladie

L'assurance maladie fonctionnant sous le régime des IPM est régie par la loi 75-50 du 3 avril 1975 et le décret 75-895 du 14 août 1975. Ces textes obligent tout employeur à créer ou s'affilier à une IPM²⁴. Celle-ci est un organisme chargé de servir des prestations par la prise en charge ou le remboursement partiel des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, des frais d'analyses médicales, d'hospitalisation et autres engagés par ses membres dans les limites du territoire sénégalais. Les IPM constituent l'une des trois branches chargées de la protection sociale des travailleurs à côté de la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) compétente pour les allocations familiales et de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) chargée de l'assurance vieillesse. Les contributions sont payées aux IPM à parts égales entre le travailleur et l'employeur à hauteur globale de 6% du salaire brut mensuel plafonné à 60.000FCFA, soit 3.600 FCFA par mois. Elles cessent avec l'admission à la retraite du travailleur. Les taux de prise en charge varient entre 50 et 80% des actes médicaux²⁵

4.2 Cas des travailleurs du secteur public : fonctionnaires et contractuels

Pendant leur période d'activité, ces travailleurs et leurs familles bénéficient d'un accès gratuit aux structures de soins créées ou agréées par l'Etat, et d'une prise en charge à hauteur de 80% des services des soins médicaux (consultations et hospitalisations) à l'exception des médicaments. Ces avantages demeurent valables pendant la retraite pour les fonctionnaires. Quant aux contractuels retraités ainsi que leurs familles, ils ont l'accès gratuit aux centres médicaux de l'IPRES qui prend en charge leurs frais de consultation et d'hospitalisation à concurrence de 80%²⁶.

4.3 Les assurances privées commerciales

Elles développent de plus en plus des produits d'assurance maladie individuelle. Ces produits restent l'apanage de quelques cadres, en raison de leurs coûts élevés.

4.4 Les mutuelles de santé

Elles se sont essentiellement développées dans la Région de Thiès. On en dénombre également parmi les corps de métiers ou groupes organisés. Cependant, leur impact reste faible, puisqu'elles ne couvrent actuellement qu'environ 9% de la population sénégalaise.

²⁴ DIOP Ousseynou : *Analyse des dépenses médicales des Institutions de Prévoyance Maladie au Sénégal : impact du risque moral* ; mémoire de DESS en Economie de la Santé, CESAG 2004.

²⁵ LETOURMY Aain : *Assurance maladie obligatoire au Sénégal : analyse et voies d'amélioration*. Rapport de mission Ministère de la santé et des Affaires sociales de la République du Sénégal et PDRH1/santé, 1996.

²⁶ MBAYE SENE : *Accessibilité aux soins de santé au Sénégal ; contribution des mutuelles de santé*, mémoire de fin d'études, Université de Laval, 2001.

En dehors de ces groupes, le reste des populations ne sont concernées par aucun régime de protection sociale, ce qui les rend vulnérables. Avant l'Initiative de Bamako, il était institué la délivrance des certificats d'indigence aux pauvres, ce qui leur conférait l'accès gratuit aux soins de santé. Cette pratique a été supprimée avec le recouvrement des coûts et est devenue marginale dans les formations sanitaires où les Assistantes sociales identifient des indigents de concert avec les autorités administratives.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2: REVUE DE LA LITTERATURE

La prise en charge des indigents et cas sociaux concerne les personnes sans ressources ou victimes d'un état ne leur permettant pas de financer leur santé. Cette prise en charge obéit donc à une politique de justice sociale, et d'équité c'est-à-dire, ce que la société considère comme juste compte tenu des moyens des uns et des autres. Cette stratégie vise donc à atténuer les méfaits de la pauvreté et ses conséquences parmi lesquelles la mise à l'écart de certaines personnes par rapport à la société connue sous l'appellation de « marginalisation ». Il s'agit en définitive d'une stratégie d'insertion sociale aux frais de l'Etat à travers ses structures. Ladite stratégie ayant un coût pour ces structures, il import de définir les concepts qui l'alimente. La présente revue de littérature sera alors articulée autour de trois points :

- les concepts sociaux à savoir la pauvreté, l'équité et l'exclusion;
- les concepts de coûts en comptabilité et en économie ;
- les expériences d'analyse des coûts et de prise en charge des indigents et cas sociaux.

Section 1 : SUR LES CONCEPTS SOCIAUX

1.1: La pauvreté

1.1.1.Définitions

Selon le Dictionnaire des sciences économiques et sociales²⁷, la pauvreté se définit aux niveaux absolu et relatif. La pauvreté absolue désigne « l'incapacité pour un individu de satisfaire ses besoins sociaux élémentaires (se nourrir, se vêtir, se loger, se chauffer et faire subsister sa famille) ». Elle évoque donc « un niveau de vie minimum, identique en tous lieux et en tous temps²⁸ ». Quant à la pauvreté relative, elle est définie en termes culturels et sociaux. Sont ainsi pauvres, les individus ou les familles dont les ressources matérielles, culturelles ou sociales sont si faibles qu'ils sont exclus des modes de vie minimaux acceptables là où ils vivent. La pauvreté relative considère donc, non seulement le minimum vital, mais aussi les manques indispensables pour une vie normale dans une société donnée²⁹.

A côté de ces définitions classiques, Patrick VALTRIANI propose le concept de « pauvreté contemporaine » qu'il définit comme la « situation des individus ou des ménages marqués par l'insuffisance des ressources, l'exclusion d'un mode de vie matériel et culturel dominant, la précarité du statut social. Cette situation (...) exprime l'existence de trois types de pauvreté :

²⁷ BREMOND J. Et GELEDAN A. : *Dictionnaire des sciences économiques et sociales*, Editions Belin, Paris 2002. P418-419.

²⁸ HULAUD-OUTY, I., Le FRANC S. et ISSAKA MAGA Y., *Thèmes sanitaires et sociaux*, Editions Lamarre, 2006.

²⁹ HULAUD-OUTY, I., Le FRANC S. et ISSAKA MAGA Y, *Ibid.*

monétaire, sociologique et psychologique et se manifeste par une insuffisance de capital économique (revenu, patrimoine, emploi), de capital culturel (éducation, formation), de capital social (relations), de capital psychophysiologique (santé) »³⁰. Pour sa part, le PNUD définit la pauvreté selon trois approches :

- 1) l'approche par le revenu qui définit un seuil de revenu à partir duquel on est considéré comme pauvre.
- 2) l'approche par les besoins essentiels qui intègre, outre la nourriture, les autres besoins élémentaires (santé, éducation...) et la possession d'un emploi ;
- 3) l'approche par les capacités qui met l'accent sur la capacité de l'individu à participer à la vie sociale (vêtements et logement décents, participation minimale à la vie sociale).

Ainsi définie, comment la pauvreté peut-elle se mesurer ? Nous évoquerons la mesure au plan général, puis nous rapporterons l'application de cette mesure au Sénégal.

1.1.2 Mesure de la pauvreté :

1.1.2.1 Au plan d'ensemble

Nous nous limiterons à la vision du PNUD, qui mesure la pauvreté à partir des notions de développement humain et de pauvreté humaine. La notion de développement humain se définit comme « le processus qui conduit à l'élargissement de l'éventail des possibilités offertes aux individus...L'objectif du développement doit être de permettre aux hommes de jouir d'une longue vie, d'être en bonne santé et d'exercer leur créativité, vérité simple mais oubliée dans la frénésie qui pousse à l'acquisition de biens matériels et à l'accumulation des richesses³¹ ». Quant à la pauvreté humaine, elle est « la négation des opportunités et des possibilités de choix les plus essentielles (longévité, santé, créativité) mais aussi conditions de vie décentes, dignité, respect de soi-même et des autres, accès à tout ce qui donne de la valeur à la vie³² ».

Le développement humain se mesure à l'aide de l'Indicateur de développement humain (IDH), qui est un indice composite mesurant la situation moyenne d'une aire géographique à travers trois dimensions (la santé, l'éducation et le revenu) de la manière suivante:

1. l'indication du niveau sanitaire et social est donnée par l'espérance de vie à la naissance ;
2. le niveau d'instruction est mesuré aux deux tiers (2/3) par le taux d'alphabétisation des adultes (nombre moyen d'années d'études) et au tiers

³⁰ VALTRIANI P., La Lutte contre la pauvreté, La Documentation française, coll. « Problèmes politiques et sociaux », juillet 1995.

³¹ PNUD : *Rapport mondial sur le développement humain*, 1992, Edition Economica 1992.

³² PNUD : *Rapport mondial sur le développement humain*, 1998, Edition Economica 1998.

(1/3) par le taux de scolarisation, toute catégories confondues (primaire, secondaire, supérieur) ;

3. le niveau de vie évalué par le PIB réel per capita en parité du pouvoir d'achat.

L'IDH est la moyenne arithmétique de ces trois critères gradués chacun de zéro à un. Pour interpréter l'IDH d'une aire géographique donnée, il faut prendre en compte la signification des valeurs extrêmes : la valeur zéro correspond au minima au cours des trente dernières années, la valeur un étant le maximum espéré pour les trente années suivantes.

1.1.2.2 Evolution récente de la pauvreté au Sénégal

En appliquant cette méthode, le PNUD a estimé à 0,423 l'IDH du Sénégal pour l'année 2001. Le Sénégal était ainsi classé parmi les pays à faible développement humain³³, à la 145ème position sur 162. En 2003, ce rang est passé à 157ème sur 177 pays et selon la Banque³⁴ Mondiale, cette position était la même en 2005. Par ailleurs, selon la deuxième Enquête Sénégalaise auprès des ménages (ESAM II)³⁵, la pauvreté concernerait toujours à ce jour, plus de la moitié de la population. Les projections fondées sur ladite enquête indiquent que l'incidence de la pauvreté estimée à 57,1% à l'époque s'établit à 55,8% en 2003 ; 54,0% en 2004 et 52,5% en 2005. Néanmoins, il importe de noter que l'objectif de l'IDH n'est pas de fournir une représentation exhaustive du développement humain, mais de mesurer le niveau de développement au-delà du revenu³⁶.

1.2 L'équité

D'après Claude SCHNEIDER-BUNNER, « l'équité n'est pas un concept majeur de l'économie³⁷ » et recouvre plusieurs approches. Ce concept est d'ailleurs resté longtemps négligé en économie³⁸. Dans son rapport sur les performances des systèmes de santé, l'OMS définit l'équité comme « la plus faible différence possible entre individus et entre groupes »³⁹. Cette notion relève donc d'une considération sociale et éthique. De même, dans un article intitulé « A la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au 21^{ème} siècle », A.-P.

³³ PNUD Sénégal 2001, Op.cit.

³⁴ Banque Mondiale : *Rapport sur le développement dans le monde 2005 : un meilleur climat de l'investissement pour tous.*

³⁵ Ministère de l'Economie et des Finances (DPS)/Banque Mondiale : *Enquête Sénégalaise auprès des Ménages 2001/2002.*

³⁶ ³⁶ PNUD : *Rapport mondial sur le développement humain, 2005 ; la coopération internationale à la croisée des chemins : l'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités.*

³⁷ SCHNEIDER-BUNNER Claude: *Santé et justice sociale: l'économie des systèmes de santé face à l'équité.* Economica, 1997.

³⁸ Béatrice MAJNONI, 2001, *Op. cit.*

³⁹ OMS: *Health for All in the 21th century*, Genève, 2000.

CONTANDRIOPOULOS et ses collaborateurs⁴⁰ définissent l'équité sur le plan général et l'illustrent dans le domaine de la santé. Au plan général, ils la considèrent comme un jugement moral sur l'affectation des ressources, le caractère équitable de la répartition de ces dernières n'ayant « rien d'absolu et se reposant sur ce que la population reconnaît comme juste ». L'équité reflète ainsi une préoccupation collective de justice entre les individus. Dans le domaine de la santé, ils considèrent que « l'équité s'exprime par des indicateurs comme le pourcentage de la population protégée par un régime d'assurance maladie et l'étendue de cette couverture, l'importance du paiement à effectuer au moment du recours à un service, l'existence de barrières géographiques, sociales, organisationnelles à l'accessibilité aux services ». Cette analyse se rapproche de celle de Béatrice MAJNONI⁴¹ pour qui « un système sera jugé équitable si d'une part, cela se traduit en termes de résultats sur la santé des populations et d'autre part, s'il assure au plus grand nombre, un égal accès aux structures, une charge financière juste et enfin une politique de prévention et d'éducation à la santé pour tous ». En termes de santé, l'auteur mesure le résultat par l'atténuation des inégalités entre les individus et les groupes et renseigne que « les inégalités de santé sont inversement proportionnelles aux inégalités de revenu : les mieux portants sont les plus riches et vice versa ». En terme de structures, l'équité se mesure à l'offre de soins par habitant, le critère géographique (le système est dit équitable s'il propose une offre équivalente en structures et personnels sur l'ensemble du pays). Financièrement, la renonciation aux soins pour des motifs financiers reflète l'inéquité du système. Enfin, l'auteur montre que plus l'éducation et le niveau de vie sont élevés, plus se fait sentir leur effet sur les morts évitables comme les accidents ou les maladies qui se soignent. En somme, l'équité est une notion complexe dont il faut intégrer différentes dimensions pour en apprécier la pertinence. Une absence d'équité peut cependant générer l'exclusion, voire la marginalisation

1.3 L'exclusion

Au sens large, cette notion se définit comme « un processus de mise à l'écart d'individus ou de groupes sociaux qui sont marginalisés par rapport aux standards de vie de la société dans laquelle ils vivent. Cela se traduit par des manques et des insuffisances en matière de revenu, mais aussi de droits fondamentaux... »⁴². Pour tout dire, « l'exclusion est définie comme un défaut d'intégration pour les individus, mais aussi comme le résultant d'un défaut de cohésion sociale »⁴³. Selon cette définition, trois temps marquent ce processus : la fragilité (perte d'emploi, maladie), la dépendance (vis-à-vis de l'aide sociale par exemple) et la rupture qui

⁴⁰ CONTANDRIOPOULOS A.-P., POUVOURVILLE G. de, POUILLIER J.-P. et CONTANDRIOPOULOS D. in *Santé Publique : Etat des lieux, enjeux et perspectives* (sd M.-P. POMEY et al) , p 662-663

⁴¹ Béatrice MAJNONI, 2001, *Op. cit.*

⁴² BREMOND Janine et GELEDAN Alain : *op.cit*

⁴³ HULAUD-OUTY I., LEFRANC S. Et ISSAKA MAGA Y. : *Thèmes sanitaires et sociaux*. Editions Lamarre, 2005, p69.

fait entrer la victime dans le monde des « sans » : sans abri, sans droits et sans possibilité de s'intégrer du fait d'une perte excessive de lien social. Cependant, l'exclusion peut aussi avoir des causes individuelles. Dans ce cas, elle est le résultat d'un certain nombre de ruptures qui interviennent dans la vie d'un individu. Ainsi, Robert Castel définit les exclus comme « des vulnérables qui étaient sur le fil et qui ont basculé ».⁴⁴ Le plus souvent, l'exclusion est la résultante d'un cumul de handicaps (absence de diplôme, de ressources, de logement stable). La prise en charge des indigents et cas dits sociaux participe donc de la lutte contre cette exclusion, en visant la réintégration des personnes intéressées dans leur communauté à travers le bénéfice de certains minima pour éviter la fracture sociale ou en atténuer les effets. Cependant ces minima ont un coût qu'il convient d'évaluer.

Section 2 : SUR LES CONCEPTS DE COUT EN COMPTABILITE ET EN ECONOMIE

Nous entendons par coût tout regroupement de charges comptables qu'il est pertinent d'opérer pour informer une prise de décision ou pour assurer le contrôle d'une partie ou de l'ensemble d'une organisation. Dans cette partie, nous évoquerons brièvement les notions usuelles de coûts en comptabilité et en économie, avant de présenter la méthode du coût complet. Enfin, nous indiquerons quelques coûts utilisés pour la prise de décision.

2.1. Notions de charges et coûts en comptabilité

Il existe différents critères permettant de classer les coûts. Les plus usités sont ceux de traçabilité et de sensibilité aux variations du niveau d'activité. La traçabilité signifie la possibilité de rattacher à un objet dont on veut mesurer le coût. Elle permet de distinguer les coûts directs et indirects. Quant à la sensibilité aux variations du niveau d'activité, elle fait distinguer les coûts variables des coûts fixes.

2.1.1. La notion de charge directe

C'est une charge dont il est facilement observable qu'elle a été encourue pour un objet de coût spécifique et peut donc lui être affectée sans ambiguïté.

2.1.2 La notion de charge indirecte

C'est une charge qui n'est pas associée spécifiquement et uniquement à un objet de coût (frais généraux). « Par définition, si une charge ne peut être considérée comme directe, elle est

⁴⁴ CASTEL R., *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris : Fayard, 1995.

nécessairement indirecte⁴⁵ ». L'attribution des charges aux objets de coût fait appel au concept d'unité d'œuvre.

2.1.3 La notion de charges supplétives

Non comptabilisées en comptabilité générale, ce sont des charges fixes qui sont prises en compte chaque fois qu'un facteur de production est utilisé gratuitement. C'est le cas de la rémunération des capitaux propres, ou du travail d'un exploitant individuel. C'est aussi le cas d'une consultation gratuite à l'hôpital. C'est le « coût d'opportunité » des économistes

2.1.4 La notion d'unité d'œuvre

« L'unité d'œuvre d'une activité ou d'un processus est une mesure de l'extrant de cette activité ou de ce processus servant à qualifier le travail effectué, c'est-à-dire à établir le volume d'une activité ou d'un processus. Elle permet donc de calculer un coût unitaire⁴⁶ ». Ce peut être :

- le temps (l'heure de travail),
- une unité physique (le mètre cube d'eau),
- un pourcentage ou une « clé » de répartition

2.1.5 Les notions de coûts variables et coûts fixes

Selon le comportement des coûts en fonction du niveau d'activité, l'on divise les coûts en deux catégories de charge : les charges variables et les charges fixes.

Les charges variables ou charges opérationnelles varient avec le volume de production. Une charge variable est constante par unité de produit. Toutefois, la charge cumulée varie en proportion directe avec la variation du niveau d'activité. Ainsi, en l'absence de produit, le coût variable est nul.

Les charges fixes ou charges de structure sont celles qui restent constantes pour une période de temps donnée et un niveau maximal d'activité déterminé. Une charge fixe existe donc indépendamment de l'utilisation d'un potentiel de production.

2.1.6 Le coût total d'un objet de coût

Il se définit comme la somme de ses charges variables et fixes.

⁴⁵ LECLERE Didier : *L'essentiel en comptabilité analytique ; Analyser les coûts pour bien décider*. 4^{ème} édition, Editions d'Organisation, 2004.

⁴⁶ YAZI, Mousa : *Cours d'Analyse des coûts*, DESS Economie de la santé, CESAG, 2006.

2.1.7 La notion de coût en économie

Les économistes sont avant tout intéressés par le coût social de la production, le coût assumé par la société lorsqu'elle utilise ses ressources pour produire un bien donné. Le coût social est plus fréquemment appelé coût d'opportunité de la production, c'est-à-dire le coût de la renonciation à une production concurrente⁴⁷. La différence par rapport à l'approche comptable tient à ce que, pour les économistes, les dépenses d'acquisition des ressources ne constituent que des coûts explicites ; il convient alors de tenir également compte des coûts implicites qui représentent les sommes qui auraient pu être gagnées dans le cas de meilleurs usages concurrents du temps et de l'argent.

2.2 La méthode de coût complet avec sections homogènes.

Le coût de revient se définit comme un ensemble de charges encourues pour réaliser un produit ou un service. Le coût complet incorpore toutes les charges telles que les consommations de matières et fournitures, la main d'œuvre, les charges indirectes variables et fixes, les quotes-parts des divers frais généraux (administratifs et autres). Traditionnellement, ce coût se calcule à partir de la méthode du coût direct⁴⁸, ce qui implique dans un premier temps l'affectation des charges directes sans ambiguïté, puis l'imputation des charges indirectes après un calcul intermédiaire en trois étapes :

- 1) la répartition des charges indirectes entre les centres d'analyse,
- 2) le traitement des cessions de prestation entre lesdits centres,
- 3) enfin l'imputation des charges des centres d'analyse aux produits.

Un centre d'analyse se définit comme une unité de regroupement et de traitement des charges indirectes correspondant à une activité technologiquement identifiable⁴⁹. Dans la pratique, les centres d'analyse ou sections homogènes correspondent aux différents services. On distingue les centres principaux et les centres auxiliaires. Les centres principaux sont ceux qui interviennent dans le processus par une fonction directement opérationnelle. Tel est le cas des services cliniques à l'hôpital. Les centres auxiliaires sont ceux dont l'essentiel de l'activité est consacré à d'autres centres. Ils ont un rôle plus fonctionnel. A l'hôpital, c'est le cas des magasins et de la pharmacie d'approvisionnement. Une classification plus complexe distingue les centres opérationnels (centres principaux), les centres de structure (centres auxiliaires dont l'activité est difficilement mesurable comme l'administration), les centres de service ou d'appui logistique (centres auxiliaires dont l'activité est plus mesurable).

⁴⁷ GOULD J.P. et FERGUSON C.E. : *Théorie micro économique*, Edition Economica, 1982.

⁴⁸ YAZI M. : *Op.cit.*

⁴⁹ Didier LECLERE, *Op.cit.*

Au plan méthodologique, le calcul du coût complet se fait en six étapes :

1. identification des objets de coût,
2. identification des coûts directs,
3. identification des centres d'analyse,
4. choix des unités d'œuvre par centre d'analyse,
5. détermination des taux d'imputation des charges indirectes,
6. imputation des coûts aux objets de coût.

2.3 Les différents concepts de coûts pour la prise de décision.

Bien qu'ils n'apparaissent pas tous dans la de gestion des organisations, les concepts développés sous cette rubrique sont importants pour la sélection de l'information comptable pertinente à la prise de décision. Si la présente évocation n'est du reste pas exhaustive, elle représente néanmoins les notions les plus utilisées en matière d'aide à la décision⁵⁰ et de contrôle. Nous nous bornerons à six notions essentielles pouvant intervenir dans la gestion des indigents. Il s'agit :

- du coût marginal,
- du coût différentiel,
- du coût d'opportunité,
- du coût de revient préétabli ou standard,
- des coûts perdus ou éteints,
- des coûts cachés,

2.3.1 Le coût marginal

En théorie économique, le coût marginal est le coût de la dernière unité produite. A la suite des économistes, les comptables ont repris les notions de coût marginal et de recette marginale. En effet, les décisions de gestion sont généralement des modifications apportées aux situations antérieures. Aussi, la seule information pertinente exploitable de la comptabilité de gestion est-elle constituée de variation des coûts ou de produits, donc de calcul à la marge⁵¹. En termes comptables, le coût marginal représente l'augmentation ou la diminution du coût total de production, lorsque le volume de production s'accroît ou se réduit d'une unité. Cependant, à court terme, les équipements restent fixes et le coût marginal se confond avec le coût variable. A long terme, la variation de la capacité de production entraîne celle des coûts fixes. La connaissance des coûts marginaux revêt une grande importance à

⁵⁰ DE RONGE Yves ., « Coûts », *Article in Encyclopédie des comptabilité, contrôle de gestion et audit* (sd Bernard COLASSE). *Economica*, 2000, pp.559-575

⁵¹ SAADA Toufik, BURLAUD Alain et SIMON Claude: *Comptabilité analytique et contrôle gestion*, Vuibert 3^{ème} éditions, 2005.

l'hôpital dans la mesure où elle permet aux gestionnaires d'envisager les effets de l'augmentation d'une charge sur le coût total. Ainsi l'on peut se demander quel peut être l'effet d'une journée d'hospitalisation supplémentaire d'un indigent ou d'un cas social sur les charges de l'hôpital, et prendre des mesures correctives en matières d'affectation des ressources ou de prévision des charges.

2.3.2 Le coût différentiel

Il se définit comme la différence de coûts entre deux options concurrentes. Le coût différentiel de deux stratégies sanitaires est égal à la différence de coûts entre ces deux stratégies.

2.3.3 Le coût d'opportunité

Défini antérieurement comme une renonciation, il n'apparaît nullement en comptabilité. Il représente néanmoins un indicateur pouvant orienter les décisions de gestion. En période de plein rendement, une journée d'hospitalisation supplémentaire d'un indigent ou d'un cas social entraîne un coût d'opportunité pour l'hôpital qui doit renoncer à interner un malade non indigent.

2.3.4 Le coût de revient préétabli ou standard

C'est un indicateur de gestion prévisionnelle et de contrôle. Il s'obtient en multipliant un standard de quantité par un standard de prix. En termes d'aide à la décision, nous pouvons citer les devis estimatifs ou les études de marché qui indiquent les prix et les quantités prévisionnelles sur lesquels se fondent les investisseurs. S'agissant du contrôle, les standards servent de norme pour l'évaluation des performances.

Claude COSSU⁵² distingue deux types de standard :

- le standard idéal qui représente l'optimum qui serait atteint dans les conditions parfaites aux plans technique et économique. Au plan technique, il s'agit de la productivité marginale, l'absence de pannes, de rebut, d'absentéisme. Sur le plan économique, il s'agit du plein emploi.
- le standard moyen qui est une moyenne ou une extrapolation de la performance réelle atteinte dans le passé. Il n'est, ni normatif, ni incitatif puisqu'il peut être atteint sans effort supplémentaire. Il est donc sans intérêt pour l'entreprise.

⁵² COSSU C. : « Standard ». *Article in Encyclopédie des comptabilité, contrôle de gestion et audit* (sd Bernard COLASSE). *Economica*, 2000, pp. 1094-1103

2.3.5 Les coûts perdus ou éteints ou sunk costs

Ce sont des coûts supportés dans le passé et qui sont étalés dans le temps (cas des amortissements ou des frais de recherche en développement). Ils apparaissent certes en comptabilité, mais ne doivent pas être pris en compte pour la prise de décision. Ils sont néanmoins importants à l'hôpital, compte tenu des équipements et installations acquis régulièrement. Leur connaissance est donc nécessaire pour une bonne estimation des coûts, étant donné qu'elle permet d'apprécier le poids relatif des autres charges dans la formation des coûts.

2.3.6 Les coûts cachés

Ils ne sont pas repris dans le système d'information. Ce sont des coûts liés à la régulation des dysfonctionnements (par exemple, coûts de reprise d'un cliché de radiographie de mauvaise qualité pour mauvais réglage de la machine), ou ceux liés à l'absentéisme. La maîtrise de ces coûts passe par celle de leurs inducteurs.

Section 3 : SUR LES EXPERIENCES D'ANALYSE DES COUTS ET DE PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS ET CAS SOCIAUX

3.1 Evocation des quelques travaux de recherche.

Dans le cadre du colloque de Dakar tenu en 1999 sur la compétitivité des économies⁵³ africaines, les participants ont abordé le problème de la pauvreté du continent africain comme étant une des conséquences de la marginalisation. Celle-ci peut être de deux natures : interne et externe. Parlant de la marginalisation interne, ils la lient à diverses causes parmi lesquelles le déficit de développement humain et la pauvreté, cette dernière recouvrant deux formes à savoir la pauvreté des revenus et la pauvreté humaine définie tantôt comme « la négation des opportunités et des possibilités de choix les plus essentielles...⁵⁴ ». Ils préconisent comme solution, la prise en charge du phénomène en vue de l'arrêter, puis l'inverser. Une des stratégies de cette prise en charge est la facilitation de l'accès aux soins de santé pour les malades les plus démunis à travers des dispositifs de gratuité à certaines personnes (femmes enceintes, jeunes enfants, personnes âgées, indigents officiellement reconnus)⁵⁵

De nombreuses études décrivent cette expérience. Cependant, tout en s'accordant sur l'intérêt que représente la prise en charge de cette catégorie de malades, les chercheurs ne sont pas

⁵³ SALL Alioune (sd): *La compétitivité future des économies africaines* ; Editions Karthala, 2000.

⁵⁴ Voir supra, cf. PNUD, 1998.

⁵⁵ LETOURMY, 2003, Op.,cit.

unanimement quant à l'impact de ces derniers sur les finances des hôpitaux. En effet, dans son étude sur « l'évaluation du coût de la prise en charge des indigents au niveau du CHU de FANN » à Dakar (Sénégal), MAKHTAR LOUM⁵⁶ rapporte qu'en 2001, le nombre d'indigents ayant bénéficié d'une exonération partielle ou totale de cet établissement a été de 327 dont 207 en consultation (soit 1% des consultations), 148 en hospitalisation (soit 3,94%) et 7 en interventions chirurgicales (soit 10%). Le coût global supporté par l'hôpital a été de 21.619.408 FCFA, soit 5,81% du total des recettes et 2,03% des dépenses ; ce coût révèle que 84% des frais d'hospitalisation des indigents sont assurés par l'hôpital qui soutient par ailleurs 11% des interventions chirurgicales du fait des indigents. Partant de la méthode de calcul des coûts complets, l'auteur constate que les tarifs de consultation pratiqués par l'hôpital sont très en deçà de ceux calculés par la comptabilité analytique, mais il reste circonspect quant à l'impact de ces charges sur les finances de l'hôpital. En revanche, dans son étude au CHU de YOPOUGON (Abidjan/Côte d'Ivoire) en 2002, MANI Brice Félicien⁵⁷ se démarque nettement de cette attitude de réserve et affirme que « la prise en charge des cas sociaux ne constitue pas un frein à la politique de recouvrement des coûts, elle n'est pas un facteur d'accroissement du manque à gagner des services cliniques » de cet hôpital. A l'opposé de cet auteur, ROUGHAYA MINT HABOTT⁵⁸ souligne « l'ampleur du manque à gagner » que subit le CHN de Nouakchott, en 2003 suite à la prise en charge des indigents, soit 30.941.398 Ouguiyas pour les consultations et 34.643.166 Ouguiyas pour les hospitalisations. De toutes les études d'analyse des coûts sus mentionnées, il ressort que les coûts administratifs constituent l'essentiel des charges des hôpitaux considérés. Ces études tendent également à attribuer à la dégradation avancée de l'état de santé des indigents, la cause principale de leur longue durée moyenne d'hospitalisation.

S'agissant du mode d'identification des indigents et de financement de leur prise en charge, des études menées en Guinée-Konakry⁵⁹ et au Cambodge⁶⁰ révèlent diverses approches qui montrent qu'un système rigoureux d'identification des indigents peut contribuer efficacement à l'amélioration de l'accès aux soins pour les plus pauvres. A ce niveau de l'analyse, la question fondamentale est de savoir qui est indigent, la revendication de ce statut ayant entraîné de nombreux cas de sélection adverse. Nous rapportons les définitions de Jean Marie de la ROQUE et de WIN HARDEMAN et collaborateurs.

⁵⁶ LOUM, Makhtar D.N., Evaluation du coût de la prise en charge des indigents au niveau du CHU FANN, Mémoire de DESS en Economie de la santé, ESAG, 2002.

⁵⁷ MANI BRICE F. : *Evaluation du coût de la prise en charge sanitaire des cas sociaux dans un CHU : cas du CHU de Yopougon/Abidjan/Côte de d'Ivoire*. Mémoire de DESS en Economie de la santé, CESAG 2004.

⁵⁸ MINT HABOTT R. : *Analyse des coûts de prise en charge des indigents dans les structures de santé publique, cas du Centre Hospitalier Nationale de Nouakchott*. Mémoire de DESS en Economie de la santé, CESAG 2003.

⁵⁹ DE LA ROQUE, M. and GALLAND, B. : *Le problème de l'équité et de l'accès à la Santé pour Tous : Etude sur l'identification et la prise en charge des situations de grande précarité en Guinée (Préfecture de Kissidougou)*, Centre International de développement et de recherche ; UNICEF. 1995

⁶⁰ HARDEMAN WIN et al : *Access to health care for all ? User fees plus a Health Equity Fund in SOTNIKUM, CAMBODIA*, in *Health policy and planning*, 19(1):22-32, Oxford University Press, 2004.

Jean Marie de la ROQUE a une vision plus restrictive de l'indigence. Dans son étude sur l'équité et l'exclusion des services de santé aux Grandes Comores, en Guinée-Konakry et en Ethiopie, il entend par indigence une forme d'exclusion permanente des services de santé pour motifs financiers. Cette assertion lui fait en outre distinguer l'exclusion saisonnière qui concerne les personnes en manque temporaire de revenus, de l'exclusion partielle qui caractérise les personnes disposant de revenus insuffisants à un moment donné. Le caractère restreint de cette définition tient au fait qu'elle se limite à l'aspect financier alors qu'au sens large, l'indigence découle de la pauvreté qui englobe aussi bien des aspects monétaires que non monétaires. Le lien social relève de ces derniers. Entre autres mérites cette étude montre néanmoins le rôle important que peuvent jouer les membres d'une communauté pour témoigner de la précarité des conditions de vie d'un individu (ce qui rapproche implicitement l'auteur de la perception large de l'exclusion). L'étude montre également les limites des systèmes d'exemption parmi lesquels :

- le manque d'équité du fait de la confidentialité qui entoure les exonérations pour éviter des demandes massives,
- le manque à gagner redouté par les services de santé,
- la sélection adverse dans la délivrance des certificats d'indigence.

De son côté, WIN HARDEMAN et collaborateurs présentent l'expérience d'un Fonds d'équité pour la santé confié à une Organisation Non Gouvernementale (ONG), chargée d'identifier les pauvres en vue de leur prise en charge à SOTNIKUM (Cambodge), en 2002. L'étude montre que deux ans plus tard, 16% des malades hospitalisés étaient pris en charge par le fonds. Cette étude identifie quatre types de contraintes majeures à l'accès aux soins de santé à savoir la contrainte financière, la contrainte géographique, la contrainte informationnelle et la contrainte de fonctionnement interne. Dans leurs conclusions, les auteurs estiment que ce mode d'identification des indigents est nettement efficace, une faible sélection adverse ayant été relevée.

Tout en reconnaissant aux études réalisées sur les indigents et cas sociaux dans les hôpitaux signalés de Dakar, Youpogon et Nouakchott un grand mérite notamment en ce qui concerne la détermination des coûts réels dont la méconnaissance est préjudiciable à une gestion rationnelle notamment des établissements publics de santé engagés dans la réforme hospitalière, ces travaux nous révèlent néanmoins deux limites. La première est relative à la portée explicative attribuée aux charges administratives dans la détermination des coûts de la prise en charge des indigents. En effet, les travaux évoqués se focalisent sur les consultations et les hospitalisations, prestations qui impliquent abondamment l'administration. La densité des charges administratives nous semble donc tout à fait justifiée dans ces évaluations. Par contre, tel ne serait forcément pas le cas ou alors, le poids de ces charges ne serait pas aussi déterminant pour les prestations telles que les interventions chirurgicales ou les examens

d'analyse médicale. Cette raison nous pousse à élargir le champ de notre étude à l'ensemble des prestations dont ont bénéficié les malades concernés par notre étude.

Deuxièmement, ces études sous estiment le coût de ces malades en n'intégrant pas les coûts d'opportunité que génère leur longue durée d'hospitalisation. Pour cette raison, nous allons essayer d'évaluer le manque à gagner supplémentaire que subirait l'hôpital en situation de plein emploi, pour l'hospitalisation qui nous paraît plus facile à évaluer. En tout état de cause, nous convenons avec ces auteurs et bien d'autres, que l'économie de la santé connaît des limites pour expliquer certaines réalités du système sanitaire. Il y a donc lieu de relever les difficultés rencontrées dans l'application des méthodes comptables et économiques dans les établissements hospitaliers.

3.2 Difficultés d'application des calculs économiques et comptables à l'hôpital

Parmi ces difficultés, l'on peut citer les spécificités des services de santé par rapport aux autres biens économiques et la complexité et l'indétermination du produit hospitalier,

3.2.1 Les spécificités des services de santé par rapport aux autres biens économiques

R.G.EVANS⁶¹ distingue trois caractéristiques des systèmes de santé qui les différencient nettement des autres biens économiques : l'incertitude, la présence d'externalités et le caractère aléatoire de l'apparition de la maladie.

1. L'incertitude :

L'incertitude naît de ce que « le niveau de traitement proposé par le médecin, l'effort de prévention du patient, la limitation des dépenses ou la révélation des capacités de production sont tous affectés par le caractère incertain de l'occurrence d'un seul événement : la maladie⁶², ». Pour EVANS, elle affecte aussi bien l'identification des problèmes de santé que l'efficacité du système à les résoudre, et ne se réduit que lorsque les patients délèguent aux professionnels reconnus, la responsabilité du diagnostic et du traitement. Ainsi, dans la logique du marché et donc de la rentabilité, il y a le risque d'un biais lié au comportement du praticien. C'est le cas dans la demande induite qui est une prescription du médecin dans son propre intérêt. L'incertitude relativise ainsi les résultats des calculs économiques.

⁶¹ EVANS R.G., *Strained mercy: the economics of canadian health care*, Butterworths, Toronto, 1984.

⁶² BEJEAN, S. (1994), Op.cit

Dans un article intitulé « Uncertainty and the welfare economics of medical care », l'économiste du bien-être Kenneth ARROW⁶³, attire également l'attention sur une double incertitude : sur la maladie et sur l'efficacité des soins. Il conclut entre autres que l'assurance maladie, bien que nécessaire pour augmenter le bien-être individuel, ne peut couvrir toute la population. L'Etat doit donc intervenir pour accroître le bien-être collectif.

2. La présence des externalités :

Les services de santé sont utiles non seulement pour les personnes qui les utilisent, mais aussi pour la société tout entière. Ne pas en tenir compte conduit à sous estimer l'efficacité des services de santé ou la portée d'une prestation. La vaccination en est une illustration.

3. Le caractère aléatoire de l'apparition de la maladie :

L'on ne saurait prévoir la date de survenue d'une maladie, encore moins ses conséquences. Pour prévoir cet aléa, le système d'assurance a été créé dans la santé, mais cette assurance n'a pas de caractère obligatoire.

3.2.2 La complexité et l'indétermination du produit hospitalier

Le produit hospitalier est essentiellement complexe et difficile à définir. Dans les années 1970 où prime l'analyse économique de l'hôpital en termes d'entreprise, la journée d'hospitalisation est utilisée comme mesure de l'output hospitalier. Cependant, le patient formule la demande d'une amélioration d'état de santé et non de journée d'hospitalisation. Cette mesure est par ailleurs hétérogène car n'étant pas identique dans les différents services. Un regroupement des patients par groupe homogènes a été imaginé en 1980 afin de ramener le produit hospitalier à un indicateur permettant d'évaluer le différentiel d'état de santé entre l'entrée et la sortie de l'hôpital. Cependant, E.LEVY fait remarquer que le malade soigné ne saurait constituer un produit.

Au-delà des aspects ci-dessus, il y a également le problème de la rationalité, la question étant de savoir si l'on peut être rationnel dans le marché des soins médicaux.

En définitive, donner une valeur monétaire à une intervention sanitaire comporte nécessairement un biais dans la mesure où les patients supposés engendrer les mêmes coûts ou payant les mêmes montants de frais ne bénéficient pas de la même satisfaction. Dans notre étude nous assimilerons les produits hospitaliers aux différentes prestations des centres principaux.

⁶³ ARROW K.J., Uncertainty and the welfare economics of medical care, American Economic Review, vol.53, 1963.

Chapitre 3 : METHODOLOGIE

Notre recherche ayant été une étude analytique de cas centrée sur l'évaluation des coûts, nous n'insisterons sur ce chapitre que sur les méthodes de collecte des données et de calcul utilisées.

Section 1 : COLLECTE DES DONNEES

Elle s'est faite à partir de l'observation directe, de la documentation de l'hôpital, et des entretiens.

1 -L'observation directe nous a emmené auprès des différents services pour la description des structures et le pointage des équipements disponibles.

2 -Les documents consultés ont été relatifs aux statistiques des malades, des charges et produits consommés, ainsi qu'à la gestion financière. Des tableaux statistiques conformes à nos besoins ont été préalablement confectionnés puis réadaptés au fur et à mesure de l'évolution de la collecte, compte tenu des informations disponibles.

- Ainsi, les données globales relatives aux prestations ont été essentiellement obtenues des registres des services techniques et des services financiers.
- Celles concernant les indigents et cas sociaux ont été obtenues auprès du service social et des différents services ayant reçu ces malades.
- Les informations concernant les effectifs globaux et celles relatives aux charges financières ont été fournies par le service des ressources humaines. Toutefois, les détails sur les postes de travail par service ont été recueillis par entretien auprès des Médecins-chefs de services et surveillants de service.
- Les statistiques relatives à la répartition des matières et fournitures ont été recueillies auprès du Comptable matières.
- Les informations concernant la gestion financière nous ont été fournies par le service du contrôle de gestion.
- L'évaluation de la puissance des appareils a été réalisée au service de la maintenance
- Les consommations respectives des différents services en produits et consommables médicaux ont été recueillies auprès du service de la pharmacie.

3 – S'appuyant sur les guides en annexe, nos entretiens ont été semi directionnels et menés auprès de certains responsables notamment :

- le chef du service social et ses collaboratrices,
- les médecins (chefs ou non) des principaux services ayant accueilli les indigents et cas sociaux,
- les surveillants (majors) desdits services.

Ces entretiens ont notamment porté sur les modalités d'identification des indigents et cas sociaux, les mécanismes de leur prise en charge, la répartition du temps de travail des

différents intervenants entre les prestations et entre catégories de patients, les causes de la durée de séjour des différents malades, la présentation des structures, l'intérêt de la comptabilité analytique pour l'hôpital et les difficultés d'évaluation des coûts des prestations.

Section 2 -METHODE DE CALCUL DES COUTS :

L'approche de calcul retenue a été le centre des coûts ; quant à la méthode de calcul des coûts, nous avons utilisé le coût complet, tandis que la méthode de comptabilité appliquée a été la comptabilité par sections homogènes. Nous dégageons ci-après les axes méthodologiques relatifs au calcul des coûts complets par section homogènes, tels que nous les avons appliqués.

2.1 Identification des objets de coûts

Il s'est agi des prestations dont a bénéficié la population cible. Ce sont :

- Les consultations,
- Les hospitalisations,
- Les actes d'aide au diagnostic (examens),
- Les interventions.

2.2 Identification des charges incorporables aux objets de coûts

Nous avons identifié les charges suivantes :

1. rémunération du personnel,
2. produits et consommables médicaux que nous avons désignés « produits pharmaceutiques »,
3. matériel, fournitures et produits d'entretien,
4. eau,
5. électricité,
6. téléphone,
7. administration,
8. nettoyage (jardinage et enlèvement des ordures),
9. blanchisserie,
10. alimentation du personnel
11. amortissement de matériel, mobilier et installations générales,
12. amortissement des bâtiments et aménagements,
13. amortissement du matériel médical

2.3 Identification des centres d'analyse

L'analyse a reposé sur une distinction entre centres principaux ou opérationnels et centres auxiliaires.

1. Les centres principaux retenus ont été les services ayant dispensé des prestations aux indigents et cas sociaux en 2005. Il s'agit :
 - 1) Du service de la chirurgie,
 - 2) Du service des urgences,
 - 3) Du service de la médecine interne,
 - 4) Du service de la cardiologie,
 - 5) Du service de gastro-entérologie,
 - 6) Du service de radiologie,
 - 7) Du laboratoire,
 - 8) De la maternité,
 - 9) De l'unité des soins intensifs et de réveil,
 - 10) De la crèche,
 - 11) Du bloc opératoire.

2. Les centres auxiliaires ont été :
 - 1) La pharmacie,
 - 2) L'administration,
 - 3) Le magasin du comptable matières,
 - 4) La cuisine,
 - 5) La buanderie,

2.4 Choix des unités d'œuvre

Pour notre étude, nous avons retenu les unités d'œuvre ainsi qu'il suit :

2.4.1 Unités d'œuvre des médicaments et produits pharmaceutiques

La pharmacie centrale tient un fichier mensuel valorisé des produits mis à la disposition des différents services. L'unité ici est donc la valeur des produits affectés.

2.4.2 Répartition de la rémunération entre les prestations

Ici également, nous retenons deux unités d'œuvre : la proportion de rémunération et la quote-part des indigents et cas sociaux.

Par rapport aux centres de coûts, les rémunérations constituent des charges directes. En revanche, à l'intérieur de ces centres, elles sont des charges indirectes par rapport aux prestations. L'unité d'œuvre retenue pour la rémunération est la répartition approximative du temps entre les prestations, arbitrairement fixée à l'issue des entretiens avec les médecins chefs de service et/ou les surveillants de service

2.4.3 Unité d'œuvre des charges de l'administration.

Les charges de l'administration seront équitablement réparties aux centres d'analyse. L'unité d'œuvre est la proportion égalitaire des charges.

2.4.4 Unité d'œuvre du magasin

A l'instar de la pharmacie, le magasin du comptable matières tient un fichier valorisé des sorties mensuelles de matériel. Nous utiliserons la valeur des matériels alloués par service.

2.4.5 Unité d'œuvre de la cuisine

Chaque membre des équipes de garde a deux repas par jour. La composition des équipes est connue et le coût d'un repas est de 1.000 FCFA. L'unité d'œuvre sera le coût journalier du repas.

2.4.6 Unités d'œuvre de la blanchisserie

La buanderie lave uniquement le linge du bloc opératoire et des lits d'hospitalisation. Comme unités d'œuvre nous retenons les proportions des malades opérés et hospitalisés.

2.4.7 Unité d'œuvre du jardinage et enlèvement des ordures

Cette charge sera répartie en proportions égales entre centres d'analyse.

2.4.8 Unité d'œuvre de la consommation d'eau

En l'absence de compteurs divisionnaires, nous adoptons comme unité d'œuvre la proportion d'eau consommée en affectant arbitrairement une proportion de 20% à la buanderie et les 80% restants entre les autres services, compte tenu des effectifs :

- ❖ de malades hospitalisés,
- ❖ de malades consultés,
- ❖ du personnel.

2.4.9 Unité d'œuvre de la consommation d'électricité

Nous retenons le KWH d'électricité au vu de la puissance des appareils électriques disponibles par service, obtenue au service de la maintenance.

2.4.10 Unité d'œuvre de la consommation du téléphone

Au CHAN, la consommation du téléphone est réglementée et chaque responsable dispose d'une dotation mensuelle fixe. En 2005, les quotas n'ont pas été respectés. Nous retiendrons comme unité d'œuvre la proportion théorique allouée.

2.4.11 Unité d'œuvre des amortissements

Les infrastructures et équipement faisant l'objet d'amortissements sont identifiés dans le budget de l'hôpital. L'unité d'œuvre retenue est donc le montant des amortissements pratiqués.

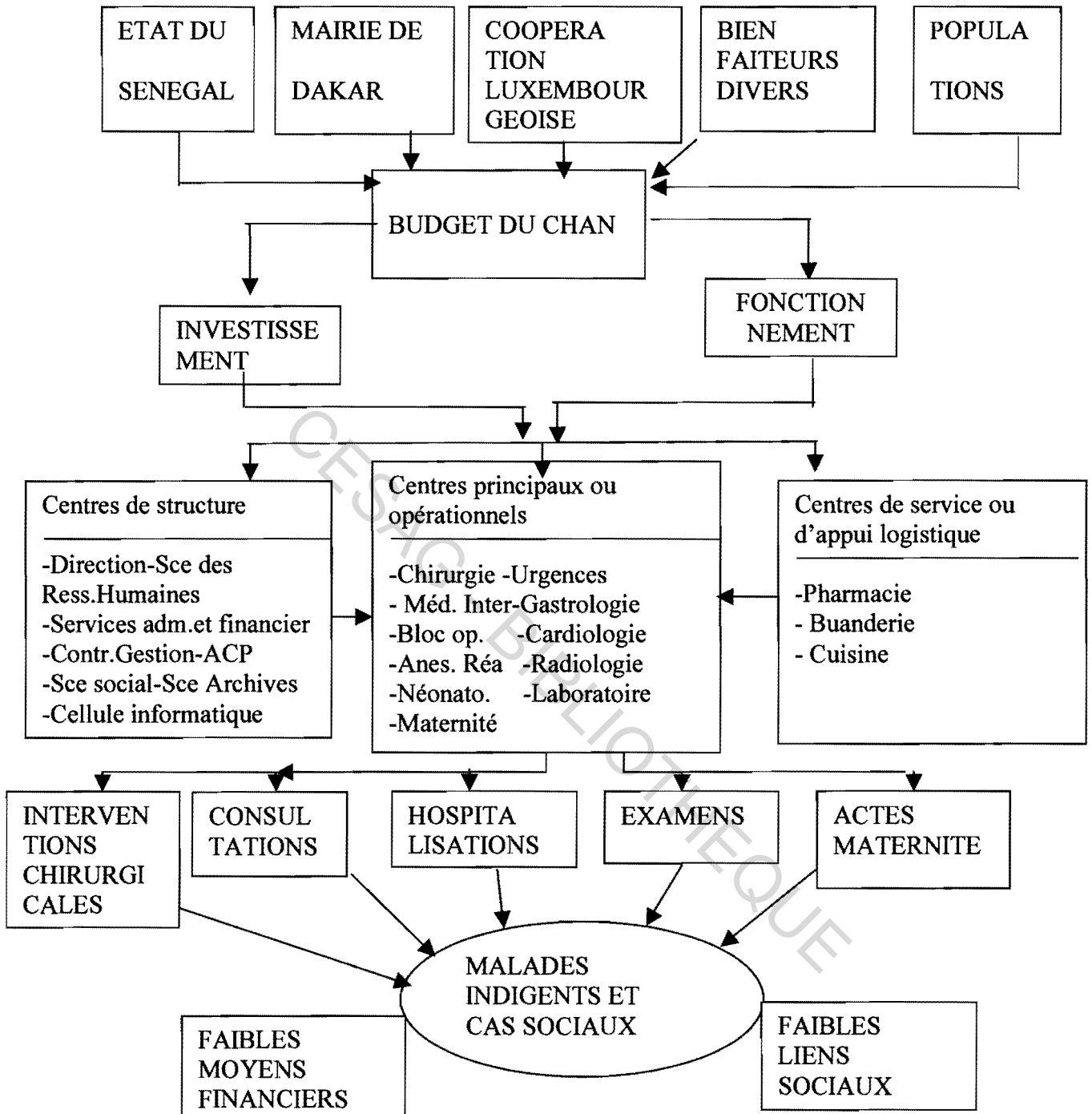
Section 3- SAISIE, TRAITEMENT, ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES :

Ils ont été effectués à l'aide des logiciels Word 2000 et Excel.

Au terme de la description ci-dessus, il convient à présent de présenter schématiquement le modèle de la prise en charge des indigents et cas sociaux, tel qu'il nous est apparu au Centre Hospitalier ABASS-NDAO, de la source de financement jusqu'au malade. Ce modèle comprend trois groupes de centre d'analyse :

- les centres principaux ou opérationnels,
- les centres de structure (services administratifs)
- les centres de service (pharmacie, buanderie, cuisine, magasin).

MODELE THEORIQUE



DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

« Le fait scientifique est conquis, construit et constaté. »

Gaston Bachelard, cité par R. QUIVY et L. V.CAMPENHOUDT,
(in Manuel de recherche en sciences sociales.)

Chapitre 4 : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

Section 1 : PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER ABASS-NDAO (CHAN)

1.1 Présentation générale

Baptisé en 1974 sous le nom d'un ancien médecin résident, le Centre Hospitalier ABASS NDAO est situé à l'Avenue Cheikh Anta Diop, angle Boulevard de la Gueule Tapée à Dakar. Il se trouve au centre des quartiers Gueule Tapée, Médina, Fass et Fann Hock, qui comptaient environ 820.000 habitants en 2002, selon les résultats préliminaires du recensement général de la population de l'époque. Au taux d'accroissement moyen annuel de 2,3% que connaît le Sénégal, cette population serait d'environ 898.082 habitants en 2006. Le CHAN compte actuellement une capacité de 152 lits et un effectif de 385 personnes de cinq statuts différents. La répartition de ce personnel selon le statut se présente comme suit, celle par spécialité professionnelle se trouvant au tableau IV de l'annexe 5.

Tableau V. Répartition du personnel du CHAN selon le statut

Statut	Nombre
Personnel Titulaire	293
Personnel Etatique	16
Personnel En détachement	2
Personnel Universitaire	7
Personnel de la municipalité de Dakar	64
TOTAL	385

Source : CHAN/Service des Ressources humaines.

1.2 Historique

L'histoire de cette formation hospitalière est intimement liée à celle de la mairie de Dakar. En effet, en 1935, M. Alfred GOUX alors Maire de Dakar, crée une maison de repos pour vieillards dénommée Centre de repos MANDEL, du nom d'un ancien gouverneur français de colonie. Ce centre sera inauguré le 10 avril 1939 par M. P. BOISSON, Gouverneur par intérim de l'ancienne Afrique Occidentale Française. En 1950, une maternité et un dispensaire sont construits sur le site. Des donateurs s'y signalent à partir de 1966.

- En 1966, le Rotary club finance un bâtiment qui abritera les services du centre antidiabétique, fonctionnel à partir de 1970 ;
- en 1974, le centre devient un hôpital municipal sous sa dénomination actuelle avec à sa tête un médecin-chef assurant les fonctions de Directeur. Les bâtiments de chirurgie-hommes et chirurgie-femmes ont vu le jour, grâce à El Hadji DJILY MBAYE ;

- en 1993, l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) construit et équipe le service de médecine interne ;
- en 1997, la coopération luxembourgeoise construit et équipe le service de maintenance hospitalière, le quartier opératoire et un service de crèche/néonatalogie

1.3 Statut juridique et missions

Sur le plan général, le CHAN est un établissement public de santé de troisième catégorie conformément à la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière au Sénégal et ses décrets d'application. Au plan spécifique, c'est un établissement public communal de santé à statut spécial dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par l'arrêté N° 000899 du 15 mars 2006, du Maire de la ville de Dakar. Par ce statut, le CHAN « est une Institution de la ville de Dakar (...) rattachée à la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale ». Sa mission initiale l'oriente vers le couple mère-enfant, à laquelle s'ajoute la réception des « malades, blessés et femmes enceintes en tenant compte de leurs aspects physiologiques ». En définitive, le CHAN obéit à une triple tutelle :

- la tutelle administrative assurée par la Mairie de Dakar,
- la tutelle technique assurée par le Ministère de la santé et de la prévention médicale ;
- la tutelle financière assurée par le Ministère de l'Economie et des finances.

1.4 Organisation et fonctionnement

L'hôpital est administré par un Conseil d'Administration et sa gestion courante assurée par un Directeur assisté des services administratifs et techniques ; il est en outre doté de deux organes consultatifs : la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement. Nous n'insisterons que sur les services techniques concernés par notre étude.

1.4.1 Organe délibérant : le Conseil d'Administration

Il se réunit au moins une fois par trimestre et comprend :

- le Maire de la ville de Dakar : Président ;
- trois personnalités qualifiées choisies par le Maire ;
- le Doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie
- le Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- un représentant du personnel ;
- un représentant des usagers ;
- un représentant des organismes de prévoyance sociale ;
- un représentant du ministère chargé de l'économie et des finances ;
- un représentant du ministère chargé de la santé ;

- un représentant du ministère chargé des collectivités locales.

1.4.2 Organes de gestion directionnelle :

1.4.2.1 Le Directeur

Il est nommé après avis consultatif du Conseil d'Administration, par arrêté du Maire de Dakar parmi les fonctionnaires de la hiérarchie « A » ou assimilés. Il est assisté par un chef des services administratif et financier et par les chefs des services techniques.

1.4.2.2 Les services administratif et financier

Sous l'autorité du Directeur, le Chef des services administratif et financier assure la gestion administrative, financière et comptable du service et travaille en étroite collaboration avec l'Agent Comptable Particulier. En cas d'empêchement du Directeur, il assure son intérim.

1.4.2.3 Le Contrôle de gestion

Le Contrôleur de gestion est chargé de faire régulièrement le point sur l'exécution du budget et sur la situation de la trésorerie du CHAN. Il présente trimestriellement un rapport sur la gestion de l'établissement et suit l'évolution des effectifs et de la masse salariale. Il est responsable du suivi des activités et du contrôle permanent de la gestion financière.

1.4.2.4 Le Service des ressources humaines

Nommé par le Directeur, le Chef du service des ressources humaines veille à la gestion du personnel. Il a sous son autorité le Chef de bureau du personnel et celui du bureau service social. Le bureau service social auquel incombent la réception et les modalités de prise en charge des indigents compte actuellement trois Assistantes sociales dont le Chef.

1.4.2.5 Le service de la maintenance

Nommé par le Directeur du CHAN, le Chef du service de la maintenance intervient dans tous les différents corps de métier, à l'entretien, à la réparation, à l'installation et au suivi de l'ensemble des équipements, machines et appareils de l'établissement.

1.4.2.6 L'Agence comptable particulière

L'Agent comptable particulier assure le recouvrement des recettes et l'exécution des dépenses. C'est à lui qu'incombent : la garde, la conservation et le maniement des fonds, valeurs et titres ainsi que la tenue de la comptabilité du CHAN.

1.4.2.7 Le service médical permanent

Il est assuré par un médecin résident, nommé par le Maire de Dakar sur proposition du Directeur de l'hôpital après avis de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), pour assurer la permanence. Il contrôle le service de garde.

1.4.2.8 Le service de chirurgie :

Il comprend la chirurgie-hommes et la gynécologie ou chirurgie-femmes. L'on y relève :

- une capacité de 46 lits répartis en 2 salles communes et 6 cabines,
- 6 bureaux dont 4 pour les Médecins et 2 pour les Surveillantes de service,
- une salle de garde,
- un effectif de 34 personnels dont 5 médecins chirurgiens, une Infirmière Diplômée d'Etat, 6 Infirmières Brevetées, une Secrétaire, 17 Aides infirmières, deux manœuvres et une fille de salle ;

Les activités des médecins sont constituées de :

- ❖ consultations : elles se déroulent à raison d'un jour par semaine et par médecin, pour les nouveaux malades ; les anciens malades disposent également d'un jour par semaine pour les contrôles post opératoires ;
- ❖ activités opératoires : elles sont réglées dans le cadre d'un programme élaboré chaque vendredi en réunion des chirurgiens et anesthésistes réanimateurs ;
- ❖ prise en charge des urgences opératoires : elle se fait en collaboration avec le service des urgences 24h sur 24 ;
- ❖ visites au lit des malades hospitalisés une fois par semaine, le vendredi.

La puissance totale des appareils et des lampes de ce service est estimée à 37 KW.

1.4.2.9 L'Unité des soins intensifs et de réveil (Anesthésie-Réanimation)

Elle est logée au sein du « quartier opératoire » et dirigée par un Médecin anesthésiste assurant également la supervision du bloc opératoire. Ce service assure les suivis pré et post opératoires directs. Il est doté d'une capacité de 7 lits répartis en deux salles :

- la salle de réveil : 2 lits
- la salle d'hospitalisation : 5 lits.

L'anesthésie est assurée par l'équipe composée du Médecin et 6 Techniciens en anesthésie.

Quant à la réanimation, elle utilise actuellement une secrétaire et 11 personnels techniques dont 2 Infirmiers Diplômés d'Etat, 7 Infirmiers Brevetés, 1 manœuvre et un instrumentiste.

Elle est équipée de différents appareils parmi lesquels :

- 2 aspirateurs,
- 6 scopes pour le relevé des constantes,

- 4 tensiomètres muraux,
- 1 Dynamag servant à assister les malades présentant des difficultés respiratoires
- 1 Négatoscope.

La puissance électrique globale des appareils et matériels de l'Unité des Soins Intensifs est évaluée à 98 KW.

1.4.2.10 Le Bloc opératoire

Le CHAN compte actuellement un bloc opératoire central et un bloc d'opération en ophtalmologie. Notre propos concerne le bloc central, qui comprend 4 salles dont une pour les césariennes et 3 pour les opérations programmées. Outre le Chef du service, il emploie :

- 1 IDE (surveillant de service)
- 12 Infirmiers Brevetés,
- 1 instrumentiste
- 1 manœuvre.

La puissance électrique globale des appareils et matériels est évaluée à 65 KW.

1.4.2.11 Le service des urgences

Porte d'entrée de l'hôpital, il accueille les cas d'urgence et traumatismes, ce qui lui confère un rôle d'interventions. Toutefois, nous ne nous intéresserons ici qu'aux consultations et hospitalisations. Ce service est doté de 4 lits, il utilise 16 personnels répartis ainsi :

- 2 médecins dont le Chef du service,
- 1 médecin interne,
- 2 IDE,
- 5 Infirmiers Brevetés
- 5 Aides infirmières
- 1 manœuvre.

La puissance électrique globale de ses appareils et matériels est évaluée à 10 KW.

1.4.2.12 Le service de gastro-entérologie

En plus des consultations, il réalise les examens de fibroscopie haute et fibroscopie basse. Il utilise 5 personnes dont un médecin, une secrétaire, un surveillant de service Infirmière Diplômée d'Etat, une Infirmière Brevétée et un manœuvre commun avec le service de Médecine Interne. Outre le bureau du Médecin et de la secrétaire, il dispose d'une salle de d'examen d'endoscopie équipée d'un appareil de fibroscopie haute, d'un appareil de fibroscopie basse, d'un aspirateur et d'un stérilisateur.

La puissance électrique globale de ses appareils et matériels est évaluée à 5 KW.

1.4.2.13 Le service de cardiologie et échographie

Il assure les consultations en cardiologie et réalise les électrocardiogrammes (ECG). Il est doté d'une salle d'électrocardiogramme et d'une salle de consultation faisant office de bureau du médecin. Le secrétariat est commun avec celui du service de gastro-entérologie et le service utilise en plus du médecin, deux aides infirmières. La puissance électrique globale de ses appareils et matériels est évaluée à 7 KW.

1.4.2.14 La maternité

La maternité reçoit les femmes pour besoins d'accouchement et consultations gynécologiques. Elle dispose de quatre salles pour accouchements, gardes, réceptions, consultations et accueil des bébés. La capacité globale est de 65 lits dont 8 en salle d'accouchement, 10 à l'unité « Grossesses pathologiques », 20 à l'unité « Opérées récentes », 20 à l'unité « Suite des couches normales et pathologiques », et 7 dans les cliniques (salles individuelles).

S'agissant du personnel, il comprend 60 personnes dont 15 Sages-femmes, 12 Infirmières, 24 aides infirmières et 7 manœuvres. La puissance électrique globale des appareils et matériels de la maternité est évaluée à 40 KW.

1.4.2.15 Le service de néonatalogie (crèche)

Supervisé par un Professeur, le service de néonatalogie assure les consultations des enfants de 0 à 15 ans et les hospitalisations aux nouveaux-nés. Il mène également des activités de vaccination. D'une capacité de 25 berceaux et 4 couveuses, il dispose de trois bureaux et d'une salle d'hospitalisation, une salle de couveuses, une biberonnerie, une salle de réanimation, et une d'attente. Les équipements sont constitués de 4 couveuses, 1 pousse seringue électrique, 1 poupinel, 4 appareils de photo thérapie, 4 lampes d'examen pour réchauffage des bébés, 2 tables de réanimation, 1 aspirateur et un dispositif pour oxygène mural. Quant au personnel, il comporte outre le Professeur, 3 médecins pédiatres, 1 Major Sage-femme, 5 équipes de 2 infirmières chacune, 1 équipe de 10 Infirmières et aides infirmières dont 1 IDE, 1 agent sanitaire et 8 aides infirmières, 1 secrétaire et une fille de salle. La puissance électrique des appareils et matériels du service est évaluée à 36 KW.

1.4.2.16 Le service de médecine interne

Ce service reçoit des malades de pathologies très diversifiées, en particulier les diabétiques. Il est d'ailleurs dirigé par le responsable du centre antidiabétique Marc SANKALE qui, bien que partie de l'organigramme du CHAN, est intimement lié à l'Université dont il est un centre

d'application et de recherche. Le service de médecine interne est consacré aux hospitalisations. Il comporte un effectif de 36 personnels dont 1 professeur, 4 Médecins parmi lesquels 3 Assistants et 1 Faisant office d'Interne (F.O.I). La capacité d'accueil est de 34 lits répartis en 8 cabines individuelles à 12.000F/jour, 7 cabines communes de 2 lits à 6.000F/jour et 4 cabines communes de 3 lits à 3.000F/jour dont une sert de salle de réanimation. L'essentiel du matériel est constitué de 2 poupinels, 2 aspirateurs à l'intention des malades présentant des difficultés respiratoires et 1 pousse-séringue électrique pour les diabétiques. La puissance totale des appareils et des lampes de ce service est estimée à 85 KW.

1.4.2.17 Le laboratoire

Il se distingue par quatre branches : la bactériologie, la parasitologie, la sérologie et l'hématologie. La puissance électrique globale des appareils et matériels du service de laboratoire est évaluée à 70 KW.

1.4.2.18 Le service d'imagerie médicale

Il comprend la radiologie et l'échographie. Son effectif est de 8 personnes dont 1 médecin, 3 manipulateurs de radiologie et 2 infirmiers. La puissance électrique globale de ses appareils est évaluée à 58 KW.

Les médecins chefs de service sont nommés par le Maire de la ville de Dakar sur proposition du Directeur après avis consultatif de la CME

1.4.2.19 Le service de la pharmacie

Le service de la pharmacie est dirigé par un pharmacien gérant responsable aussi bien au plan technique qu'administratif. Il assure l'approvisionnement des différents services en produits et consommables médicaux. La pharmacie comporte un bloc « IB » vendant exclusivement des produits essentiels dans l'esprit de l'Initiative de Bamako. La puissance électrique globale des appareils et matériels du service de pharmacie est évaluée à 12 KW.

1.4.2.20 Le service des soins infirmiers

Nommé par le Directeur parmi les Infirmiers Diplômés d'Etat, le Chef du service des soins infirmiers assiste le Directeur dans la surveillance des services et veille à la discipline générale dans l'hôpital.

1.4.2.21 AUTRES SERVICES :

Ces services n'étant pas concernés par notre étude, nous les citons à titre indicatif. Il s'agit du service d'ophtalmologie dirigé par un Professeur de l'Université, du centre de planning familial et du service de la santé maternelle et infantile.

1.4.3 Les organes consultatifs

Ce sont la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE). La CME se compose de l'ensemble des chefs des services médicaux, pharmaceutiques, d'odontologie et de trois représentants des corps de médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes élus par leurs pairs. Elle est présidée par un membre élu parmi les chefs de service. Entre autres activités, elle établit le rapport annuel relatif à l'évaluation technique et économique des prestations de soins. Quant au CTE, il regroupe les représentants de chaque catégorie de personnel désignés par leurs pairs. Il est présidé par le Directeur et se réunit au moins deux fois par an.

Section 2 : MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS ET CAS SOCIAUX AU CENTRE HOSPITALIER ABASS NDAO

2.1 Mécanismes d'identification et de gestion

En principe, l'identification s'opère à la suite des actions concomitantes du service social et de la préfecture de résidence des malades. L'enquête du service social évalue les moyens du requérant en vue de son admission éventuelle au bénéfice des exonérations. Par la suite, l'intéressé est envoyé auprès de la préfecture qui après des opérations internes, délivre le certificat d'indigence valable pour six mois. Sur la base des enquêtes et du certificat ci-dessus, le service social détermine le taux d'exonération à accorder au patient. Les handicapés bénéficient de la gratuité des soins. Pour les autres malades, les exonérations vont de 25 à 75%, voire 100% dans les cas extrêmes s'agissant des interventions. Quant aux hospitalisations, les remises sont fonction du nombre de jours. Le dossier du malade assorti d'un bulletin d'exonération est alors soumis à la signature du Directeur de l'hôpital avant paiement effectif de la somme à payer. Cependant, de nombreux indigents et cas sociaux échappent à cette procédure, d'où des charges supplétives pour l'hôpital. Si certains de ces cas sont réorientés vers le service social qui procède à la régularisation des écritures, tel n'est pas le cas pour de nombreux autres. Ceci nous amène à mentionner d'autres difficultés rencontrées dans la prise en charge des indigents et cas sociaux au CHAN.

2.2 Difficultés liées à la gestion des indigents et cas sociaux

Nous nous limiterons aux difficultés logistiques et au comportement des malades.

2.2.1 Les difficultés logistiques

Elles sont éprouvées par le service social qui ne dispose pas d'un moyen permanent de transport en vue d'enquêtes promptes et efficaces. De ce fait, en cas de descente sur le terrain, les Assistantes sociales utilisent tantôt le véhicule de liaison ou celui du Directeur de l'hôpital, tantôt une ambulance et très souvent aussi leurs propres moyens. Dans ce dernier cas, les coûts peuvent aller jusqu'à 5.000 FCFA par déplacement, ce qui est de nature à retarder le travail et partant la prise en charge. Le suivi et l'identification de ces malades nécessitent également des frais de téléphone entraînant souvent le recours aux moyens personnels des assistantes sociales.

2.2.2. Le comportement des malades

Bon nombre de malades admis en hospitalisation suivant le principe qui est de « sauver d'abord la vie », ne font constater leur état d'indigence qu'à la sortie, ce qui retarde les procédures. D'un autre côté, des personnes disposant pourtant d'un niveau de vie décent se font passer pour indigents pour bénéficier de la gratuité des soins. Si certains sont démasqués au moment des enquêtes, tel n'est pas le cas pour tous et il n'est pas aisé d'en estimer le nombre. Ces abus rejoignent les cas des malades échappant au contrôle du service social pour alourdir les coûts réels, mais non comptabilisés, liés aux indigents et cas sociaux au CHAN.

Section 3 : ORGANISATION COMPTABLE ET FINANCIERE

Elle est définie dans l'article 63 de l'arrêté portant organisation et fonctionnement de l'hôpital. Nous exposerons la présentation de l'organisation puis la situation de l'année 2005.

3.1 Présentation de l'organisation

Le budget annuel comprend de deux grandes parties : le fonctionnement et l'investissement.

3.1.1 Le budget de fonctionnement :

Ses ressources proviennent

- des dotations de l'Etat

- des dotations des collectivités locales (notamment la ville de Dakar)
- des recettes propres y compris celles obtenues à la suite de la fourniture des prestations aux personnels de l'Etat ou des collectivités
- des dons et legs acceptés par le Conseil d'Administration
- du financement extérieur au titre de la coopération internationale
- des emprunts
- des subventions

Quant aux dépenses du budget de fonctionnement, elles portent sur les dépenses permanentes, les dépenses de fonctionnement, les dépenses de personnel, les frais financiers et les dotations aux amortissements et aux provisions

3.1.2 Le budget d'investissement

Ses ressources sont constituées par les réserves, les reprises sur amortissements et provisions, les dotations ou subventions d'équipement et les emprunts.

S'agissant des dépenses, elles concernent l'équipement des installations, l'extension de l'activité, le renouvellement des équipements et l'investissement proprement dit.

3.2 Le financement du CHAN pour l'année 2005

Les ressources et les dépenses du CHAN pour l'année 2005 figurent respectivement aux tableaux 9 et 10 ci-dessous. Les investissements ont coûté 774.374.198 FCFA, soit 30,78% du total des dépenses, contre 1.741.075.688 FCFA, soit 69,22% pour le fonctionnement. Du tableau 10, il se dégage que l'Etat est le premier financeur de l'hôpital avec 33,46% des apports, suivi par la coopération luxembourgeoise avec 24,13% et les recettes internes (23,07%), avant la Mairie de Dakar (14,99%). A propos des recettes internes, il importe de relever qu'elles proviennent en grande partie de la maternité (6,03%) et du laboratoire (5,54%) qui en génèrent près de la moitié, avant le service de la chirurgie (2,91%).

Pour ce qui est des dépenses, l'on peut noter qu'en 2005, les charges de personnel (42,48%) et les charges liées aux services extérieurs (10,64%) en ont absorbé plus de la moitié (53,12%), les médicaments et produits pharmaceutiques venant en troisième position avec 9,67%.

Tableau VI. Présentation des ressources du CHAN en 2005

SOURCES DE RECETTES		MONTANTS (FCFA)	%
N°	RECETTES INTERNES		
1	MATERNITE	124 055 200	6,03%
2	URGENCES	22 010 000	1,07%
3	PLANNING	760 000	0,04%
4	CRECHE	15 317 200	0,75%
5	SMI (VACCINATION)	4 185 300	0,20%
6	MEDECINE INTERNE	32 377 500	1,57%
7	CHIRURGIE	59 878 615	2,91%
8	ANESTHESIE-REANIMATION	12 634 000	0,61%
9	CARDIOLOGIE	10 190 000	0,50%
10	LABORATOIRE	113 957 300	5,54%
11	RADIOLOGIE-ECHOGRAPHIE	20 956 100	1,02%
12	GASTROENTEROLOGIE	14 419 000	0,70%
13	OPHTALMOLOGIE	1 260 000	0,06%
14	PHARMACIE (IB)	42 208 000	2,05%
	TOTAL DES RECETTES INTERNES	474 208 215	23,07%
15	RECETTES D'INVESTISSEMENT	15 000 000	0,73%
16	SUBVENTION ETAT DU SENEGAL	687 880 650	33,46%
17	SUBVENTION PROJET SEN014	496 180 306	24,13%
19	SUBVENTION VILLE DE DAKAR	308 169 854	14,99%
20	REPORT A NOUVEAU	74 420 531	3,62%
	TOTAL DES RESSOURCES	2 055 859 556	100,00%

Source : Extrait du rapport annuel de gestion au 31 décembre 2005.

Tableau VII. Présentation des dépenses du CHAN en 2005

N°	LIBELLES	MONTANTS	%
1	INVESTISSEMENT	774 374 198,00	30,78%
	FONCTIONNEMENT		
1	CHARGES DE PERSONNEL	1 068 616 332,00	42,48%
2	MEDICAMENTS ET PRODUITS PHARMACEUTIQUES	243 151 645,00	9,67%
3	AUTRES CHARGES ET SERVICES EXTERIEURS	267 676 624,00	10,64%
4	PROVISIONS ET CHARGES EXCEPTIONNELLES	66 631 087,00	2,65%
5	DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS	95 000 000,00	3,78%
6	TOTAL FONCTIONNEMENT	1 741 075 688,00	69,22%
	TOTAL BUDGET	2 515 449 886,00	100,00%

Source : Extrait du rapport annuel de gestion au 31 décembre 2005.

Section 4 : LES PRESTATIONS OFFERTES AUX MALADES

- Le Centre Hospitalier ABASS NDAO dispense aux malades quatre types de prestation à savoir les consultations, les actes d'aide au diagnostic, les actes d'hospitalisation et les actes d'intervention.

4.1 Les consultations

4.1.1 Consultations globales

Elles sont effectuées dans dix services. Elles concernent les nouveaux malades et ceux faisant l'objet des contrôles de routine après hospitalisation avec ou sans intervention chirurgicale. Le nombre total de consultations s'élève à 34.567 réparties comme suit.

Tableau VIII. Présentation des consultations au CHAN en 2005

N°	SERVICES	NOMBRE	%
1	CHIRURGIE	3 689	10,67%
2	URGENCES	9 047	26,17%
3	MATERNITE	11 473	33,19%
4	ANESTHESIE-REA	927	2,68%
5	NEONATOLOGIE	2 298	6,65%
6	GASTROENTEROLOGIE	434	1,26%
7	CARDIOLOGIE	728	2,11%
8	OPHTALMOLOGIE	213	0,62%
9	PLANNING FAMILIAL	730	2,11%
10	SANTE MATERNELLE ET INF.	5 030	14,55%
	TOTAL	34 569	100%

L'on constate que la maternité (33,19%), le service de la santé maternelle et infantile (14,55%), la crèche (6,65%) et le service de planning familial (2,11%) qui accueillent les femmes et les enfants, couches les plus sensibles, totalisent à eux seuls 56,5% des consultations. D'où l'intérêt d'examiner les proportions d'indigents et cas sociaux dans ces consultations.

4.1.2 Consultations des indigents et cas sociaux

Des dix services effectuant les consultations, les activités de sept relatives aux indigents et cas sociaux ont été rapportées au service social en 2005. L'on y note 28.594 consultations dont 351 (1,23%) en faveur de cette catégorie de malades portées à notre connaissance. En réalité, il n'existe pas de statistiques en tant que telles sur les consultations externes des malades indigents qui sont pourtant très nombreuses. Il convient alors de noter que :

- les médecins font quotidiennement l'objet de multiples interventions pour la consultation d'indigents ou cas sociaux que par humanisme ou solidarité professionnelle, ils n'arrivent ni à décliner, ni à dénombrer. Les données qui suivent sont donc très partielles et ne reflètent pas la réalité à l'intérieur des services ;
- les consultations de la chirurgie sont une estimation recueillie lors de nos entretiens. Elles comprennent aussi bien les malades hospitalisés qu'externes.
- les consultations des services de la maternité, d'anesthésie-réanimation, de gastro entérologie et de cardiologie ne concernent que les malades hospitalisés. Faute

d'informations précises sur ces deux derniers services, nous avons égalé le nombre de consultations à celui d'examens.

Tableau IX. Répartition des consultations des indigents et cas sociaux

SERVICES	TOTAL	Indlqts+cas soc	%
CHIRURGIE(H. ET F.)	3 689	207	5,61%
URGENCES	9 047	59	0,65%
MATERNITE-GYNECO	11 473	46	0,40%
ANESTHESIE-REA	927	13	1,40%
NEONATOLOGIE	2 298	8	0,35%
GASTROLOGIE	434	15	3,46%
CARDIOLOGIE	726	3	0,41%
TOTAL	28 594	351	1,23%

4.2 Les examens d'aide au diagnostic

Leur total s'élève à 49.726 dont 254, soit 0,51% pour les indigents et cas sociaux. A l'exception de la radiologie et de l'échographie, ces données portent sur les malades internes. Les analyses médicales sont majoritaires, avec un total d'environ 200 actes d'une valeur globale de 845.000FCFA, pour 40 malades, soit un tarif moyen de 4.225.FCFA. Cependant, en termes de proportion par rapport à la demande globale ce sont les examens d'endoscopie qui viennent en tête avec 2,67% d'indigents et cas sociaux.

Tableau X. Répartition des actes d'aide au diagnostic entre indigents et cas sociaux, et autres malades

ACTES	Indigents et cas sociaux		Autres malades		TOTAL
	NOMBRE	PROPORTION	NOMBRE	PROPORTION	
ANALYSES MED.	200	0,46%	43567	99,54%	43767
RADIO.-ECHOGRAPH.	36	0,88%	4050	99,12%	4086
ECG	3	0,23%	1309	99,77%	1312
ENDOSCOPIE	15	2,67%	546	97,33%	561
TOTAL	254	0,51%	49472	99,49%	49726

4.3 Les hospitalisations

4.3.1 Répartition des hospitalisations

Les hospitalisations concernent les services de chirurgie, maternité, accueil et urgences, médecine interne, anesthésie-réanimation et néonatalogie. En 2005, l'on a dénombré 23.934 journées d'hospitalisation dont 1.334 pour les indigents, soit 5,57% répartis comme suit.

Tableau XI. Répartition des hospitalisations au CHAN en 2005

SERVICES	JOURNEES H.	Indigents et cas sociaux		Autres malades	
		J.H	PROPORTION	J.H	PROPORTION
CHIRURGIE	6 339	590	9,31%	5 749	90,69%
MATERNITE	6 809	296	4,35%	6 513	95,65%
URGENCES	1 030	36	3,56%	994	96,44%
MED. INTERNE	5 800	282	4,86%	5 518	95,14%
ANESTHESIE-REA	400	60	15,00%	340	85,00%
NEONATOLOGIE	3 556	70	1,97%	3 486	98,03%
TOTAL	23 934	1 334	5,57%	22 600	94,43%

De ce tableau, il ressort que le service d'anesthésie-réanimation la plus grande proportion d'indigents et cas sociaux, suivi de la chirurgie. Ces deux services totalisent d'ailleurs 650 sur les 1334 journées d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux, soit près de la moitié. Ce phénomène s'explique par la forte demande de ces cas pour les interventions chirurgicales. Compte tenu de l'importance d'une hospitalisation de par les coûts directs et indirects qu'elle génère, il nous semble intéressant d'examiner la différence de durée moyenne d'hospitalisation entre la population à l'étude et les autres malades, cette différence ayant une incidence sur les coûts pour l'hôpital.

4.3.2 Etude des différences des durées moyennes d'hospitalisation entre indigents et cas sociaux d'une part, et autres malades d'autre part.

La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) s'obtient en divisant le nombre de journées d'hospitalisation (JH) par l'effectif des malades hospitalisés (MH). Le tableau 12 montre qu'en 2005, la durée moyenne d'hospitalisation au CHAN a été de 2,42 jours. Dans tous les services, celle des indigents et cas sociaux est de loin supérieure à celle des autres malades. Dans l'ensemble, la moyenne est de 9,14 jours pour les indigents et cas sociaux contre 2,33 jours pour les autres malades. Le tableau 12 montre les détails de ces différences.

Tableau XII. Répartition de la durée moyenne d'hospitalisation au CHAN en 2005

SERVICES	INDIGENTS			NON INDIGENTS			TOTAL		
	J.H.	M.H	DMH	J.H.	M.H	DMH	J.H	M.H	DMH
CHIRURGIE	590	57	10,35	5 821	742	7,85	6 339	799	7,93
MATERNITE	296	46	6,43	6 513	7 053	0,92	6 809	7 099	0,96
URGENCES	36	6	6,00	994	251	3,96	1 030	257	4,01
MED. INTERNE	282	17	16,59	5 518	584	9,45	5 800	601	9,65
ANEST.-REA.	60	13	4,62	340	147	2,31	400	160	2,50
NEO NATOLOGIE	70	7	10,00	3 486	949	3,67	3 556	956	3,72
TOTAL	1 334	146	9,14	22 672	9 726	2,33	23 934	9 872	2,42

Source : Notre étude

4.4 Les interventions

Les interventions comportent les actes de la maternité (accouchements, curages, curetages, césariennes, épisiotomies), et les actes chirurgicaux. Ces derniers se répartissent en deux groupes à savoir, les interventions d'urgence et les interventions programmées. Les interventions portent d'une part sur la gynéco obstétrique, d'autre part sur les cas divers de chirurgie.

En 2005, l'on dénombre 7.805 actes d'intervention dont 108 en faveur des indigents et cas sociaux. Ces 108 cas se répartissent en 24 actes de la maternité n'engageant pas le bloc opératoire et 86 interventions chirurgicales du bloc opératoire. Il faut toutefois relever de nombreuses interventions réalisées au service des urgences tels les pansements et les sutures ayant globalement rapporté 4.065.000 FCFA en 2005. Ces actes ne sont pas concernés dans la présente étude.

Chapitre 5 : RESULTATS ET ANALYSES DES DONNEES

« Je ne suis pas un pays des DIALLOBE distinct, face à un occident distinct...

Je suis devenu les deux. »

CHEIKH Hamidou KANE

(L'Aventure Ambiguë)

Section 1 : RESULTATS DE L'APPLICATION DE LA METHODE DU COUT COMPLET AU CALCUL DES COUTS

L'application de la méthode du coût complet passe par l'affectation sans ambiguïté des charges directes au centre d'analyse, tandis que l'imputation des charges indirectes s'opère à l'issue des calculs intermédiaires tenant compte des unités d'œuvre. Nous allons donc dans un premier temps affecter les charges directes, avant de procéder à la valorisation des charges indirectes qui sera suivie de leur imputation aux objets de coût. La répartition complète des proportions d'indigents par service et par prestation ayant servi aux différentes répartitions des charges figure au tableau V de l'annexe 5.

1.1 Affectation des charges directes aux centres principaux ou opérationnels

Comme charges directes, avons retenu :

- Les fournitures, matériel de bureau et produits d'entretien désignés simplement par « matières et fournitures » ;
- Les produits et consommables médicaux que nous appellerons « produits pharmaceutiques » ;
- Les charges salariales que nous désignerons « rémunérations ».

Dans l'ensemble, ces charges portées dans les tableaux qui vont suivre se présentent ainsi :

- Matières et fournitures : 8.414.808 FCFA ;
- Produits pharmaceutiques : 131.259.979 FCFA ;
- Rémunérations : 288.432.242 FCFA.

1.1.1 Affectation des matières et fournitures

La comptabilité matières tient un fichier des sorties trimestrielles du magasin, valorisées au coût d'achat. Les données de l'année 2005 n'étaient pas disponibles au moment de notre collecte. Cependant, selon le comptable matières, elles sont sensiblement les mêmes que celles de l'année en cours. Nous avons donc estimé la consommation des matières et fournitures de 2005 sur la base des données partielles de l'année 2006. La consommation globale en matières et fournitures des services ayant assuré des prestations aux indigents et

cas sociaux est évaluée à 8.414.808 FCFA. La maternité en consomme la plus grande partie avec 2.433.800 F, soit 28,92%, suivie du laboratoire avec 2.014.664 F (23,94%), du service du laboratoire avec 1.014.100 F (12,05%) et du service de néonatalogie qui consomme 1.013.132 F, soit 12,04%. Le détail des consommations des différents services en matières et fournitures figure au tableau VI de l'annexe 5.

1.1.2 Affectation des produits pharmaceutiques

La pharmacie centrale tient un fichier des sorties mensuelles et valorisées de produits alloués aux différents services. En 2005, les services ayant accueilli les indigents et cas sociaux ont consommé des produits pharmaceutiques d'une valeur de 137.551.694 FCFA. Les plus grands consommateurs en sont le laboratoire avec 36.850.747 FCFA, soit 26,79%, la maternité avec 27.605.592 FCFA, soit 20,07%, et la réanimation avec 15.661.292 FCFA, soit 11,39%. La répartition générale par service figure au tableau VII de l'annexe 5.

1.1.3 Affectation des rémunérations aux centres d'analyse

A l'instar des charges précédentes, la rémunération sera affectée directement aux centres d'analyse. Cependant, cette charge nécessitant de savoir « qui a fait quoi⁶⁴ », nous allons ensuite la répartir entre les objets de coûts, que sont les différentes prestations. C'est dire que les rémunérations sont directes aux centres d'analyse et indirectes par rapport aux prestations.

1.1.3.1 Affectation générale des rémunérations

Les centres principaux de l'étude ont eu des rémunérations d'une valeur de 288.432.242 F. De cette somme, les plus grandes parts sont revenues aux services de la chirurgie (115.574.836 FCFA soit 40,07%), de la médecine interne (45.862.799 FCFA soit 15,90%) et de l'anesthésie- réanimation (26.012.015 FCFA soit 9,01%), d'où 187.449.650 FCFA (64,98% des rémunérations pour ces trois services). Le tableau VIII de l'annexe 5 montre les détails de ces affectations.

1.1.3.2 Imputation des rémunérations des centres d'analyse aux prestations

A défaut des rémunérations par catégorie professionnelle, nous nous sommes contentés des évaluations globales de temps consacré aux prestations par service.

⁶⁴ Didier LECLERE : Op.cit.

1.1.3.2.1 Répartition des proportions de temps entre prestations

Les proportions du temps annuel consacrées à chaque acte ont été estimées à l'issue des entretiens avec les médecins ou leurs collaborateurs directs pour ceux qui étaient indisponibles. Nous nous sommes également servi des registres des services pour évaluer le volume des activités. Pour chaque prestation, la part salariale est égale au produit de la rémunération globale par la proportion de temps y consacrée. Le coût lié aux indigents et cas sociaux a été obtenu en multipliant la part salariale de la prestation par la proportion des indigents. Le tableau 13 qui suit montre la répartition des proportions de temps que nous avons estimées par prestation à l'intérieur des différents services. L'on peut y relever que le service des urgences dispose de la plus grande proportion de temps consacrée aux consultations (60%), tandis que l'anesthésie-réanimation a la plus faible (15%).

Tableau XIII.: Répartition des proportions du temps entre prestations au sein des services

SERVICES	CONSULTATION	HOSPITALISATION	INTERVENTIONS	EXAMENS	TOTAL
CHIRURGIE	25%	40%	35%	0%	100%
URGENCES	60%	40%	0%	0%	100%
MEDECINE INTERNE	0%	100%	0%	0%	100%
MATERNITE	35%	32,50%	32,50%	0%	100%
ANESTHESIE-REA.	15%	50%	35%	0%	100%
NEONATOLOGIE	50%	50%	0%	0%	100%
GASTROENTEROLOGIE	50%	0%	0%	50%	100%
CARDIOLOGIE	50%	0%	0%	50%	100%
BLOC OPERATOIRE	0%	0%	100%	0%	100%
RADIOLOGIE-ECHOGR.	0%	0%	0%	100%	100%

Source : Notre étude.

1.1.3.2.2. Imputation des rémunérations aux consultations d'indigents et cas sociaux

L'exploitation des données du tableau 9 permet de déterminer les rémunérations imputables à la consultation des indigents et cas sociaux. Elles sont estimées à 1.929.361,08 FCFA, soit 3,09% des salaires liés à cette prestation et 0,95% des salaires des services assurant les consultations. La confrontation du tableau 14 qui le révèle avec le précédent montre que, bien que le service des urgences consacre la plus grande partie de son temps aux consultations et celui de la réanimation la plus faible, c'est ce dernier qui a la charge salariale la plus importante.

Tableau XIV. Imputation des rémunérations aux consultations d'indigents et cas sociaux

SERVICES	REMUNER.	CONSU	PART CONSUL.	INDGTS ET C.S	COUT INDIG.ET C.S
CHIRURGIE	115 574 836	25%	28 893 709	5,61%	1 620 937,07
URGENCES	12 780 998	60%	7 668 599	0,65%	49 845,89
GASTRO	7 847 831	50%	3 923 916	3,46%	135 767,48
CARDIO	5 465 566	50%	2 732 783	0,41%	11 204,41
MATERNITE	18 878 397	35%	6 607 439	0,40%	26 429,76
ANEST-REA	26 012 015	15%	3 901 802	1,40%	54 625,23
NEONATO	17 457 849	50%	8 728 925	0,35%	30 551,24
TOTAL	204 017 492		62 457 172		1 929 361,08

Source : Notre étude.

1.1.3.2.3. Imputation des rémunérations aux hospitalisations des indigents et cas sociaux

La part de rémunération supportée par l'hospitalisation des indigents et cas sociaux est évaluée à 9.104.694,61 FCFA, correspondant à 7,28% des charges liées aux hospitalisations et 3,85% des charges salariales de l'ensemble des services intéressés. Avec 4.304.006,89 FCFA, le service de chirurgie a la charge salariale la plus élevée consommée par les indigents et cas sociaux, suivi du service de la médecine interne. Le tableau 15 le décrit.

Tableau XV. Imputation des rémunérations aux hospitalisations d'indigents et cas sociaux

SERVICES	REMUNERATI ONS	HOSPITALI SATION	PART HOSPITALISA	INDIGTS ET C.S	COUT INDI.ET CAS S.
CHIRURGIE	115 574 836	40,0%	46 229 934	9,31%	4 304 006,89
URGENCES	12 780 998	40,0%	5 112 399	3,56%	182 001,41
MED. INTER	45 862 799	100,0%	45 862 799	4,86%	2 228 932,03
MATERNITE	18 878 397	32,5%	6 135 479	4,35%	266 893,34
ANEST-REA	26 012 015	50,0%	13 006 008	15,00%	1 950 901,13
NEONATO	17 457 849	50,0%	8 728 925	1,97%	171 959,81
TOTAL	236 566 894		125 075 544		9 104 694,61

Source : Notre étude.

1.1.3.2.4. Imputation des rémunérations aux actes d'aide au diagnostic des indigents et cas sociaux.

La part de rémunération supportée par les actes d'aide au diagnostic d'indigents et cas sociaux est évaluée à 243.784,20 FCFA, correspondant à 0,66% du total de cette charge pour l'ensemble des malades au titre de ladite prestation dans les services étudiés. Tant en valeur absolue qu'en valeur relative, la charge salariale la plus élevée due aux indigents et cas sociaux s'observe en Gastro entérologie comme on peut le constater au tableau 16.

Tableau XVI. Proportion des coûts salariaux liés aux actes d'aide au diagnostic en faveur des indigents et cas sociaux

SERVICES	REMUNERATIONS	EXAMS	PART EXAM	INDIGTS	COUT INDIG.ET CAS SOC.	Proportion
GASTRO	7 847 831	50%	3 923 915,50	2,67%	104 768,54	1,34%
ECG	5 465 566	50%	2 732 783,00	0,23%	6 285,40	0,12%
RAD. ECHO	5 465 566	100%	5 465 566,00	0,88%	48 096,98	0,88%
LABO	18 398 538	100%	18 398 538,00	0,46%	84 633,27	0,46%
TOTAL	37 177 501		30 520 802,50		243 784,20	0,66%

Source : Notre étude.

1.1.3.2.5. Imputation des rémunérations aux actes d'intervention de la maternité en faveur des indigents et cas sociaux.

Les rémunérations globales de la maternité s'élèvent à 18.878.397 FCFA. Les interventions en absorbent 32,50%, soit 6.135.479,02 FCFA couvrant 7.015 accouchements et actes connexes (curages, curetages, épisiotomies et césariennes), dont 24, soit 0,34% pour les indigents et cas sociaux. Le coût salarial de ces derniers actes est donc de 20.860,63 FCFA. Ladite prestation n'intéresse que la maternité et ne nécessite donc pas de tableau statistique.

1.1.3.2.6. Imputation des rémunérations aux actes d'interventions chirurgicales en faveur des indigents et cas sociaux.

Les actes d'intervention chirurgicale consomment les salaires des personnels du bloc opératoire, de la réanimation et de la chirurgie dans les proportions définies au tableau 13 ci-dessus. Les interventions en faveur des indigents ont été de 28 césariennes et 56 opérations chirurgicales, soit 84 cas représentant 10,63% des 790 enregistrés en 2005. La part salariale liée aux indigents et cas sociaux est évaluée à 6.830.013,63 FCFA. Le service de la chirurgie en détient le plus grand poids avec 4.299.961,77 FCFA représentant 3,77% de la charge salariale de ce service. Intégralement consacrées aux interventions chirurgicales, les rémunérations du bloc imputables aux indigents et cas sociaux ont été évaluées à 1.562.274 FCFA. Celles du service d'anesthésie-réanimation, quant à elles ont été évaluées à 967.777 FCFA. Toutes ces données sont présentées au tableau IX de l'annexe 5.

1.2 Valorisation des charges indirectes :

1.2.1 Valorisation des amortissements

Tout matériel ou équipement subit de l'usure et perd de sa valeur au cours du temps. Les amortissements ont pour but de constater cette usure. Au cours de l'année 2005, le CHAN a constitué des amortissements d'une valeur globale de 95.697.724 FCFA répartis en deux

groupes à savoir les immobilisations incorporelles pour 910.788 FCFA et les immobilisations corporelles pour 95.697.129 FCFA.

Pour en faciliter l'affectation, nous avons préféré les scinder en trois groupes ainsi qu'il suit :

- amortissements de bâtiments et aménagements,
- amortissements de matériel divers, mobilier et installations générales,
- amortissements du matériel médical.

En ce qui concerne leur répartition, nous avons affecté directement aux centres de coût les charges en rapport direct avec leur fonctionnement, tandis que les amortissements à caractère général ont été répartis équitablement entre tous les centres principaux, y compris ceux non impliqués dans notre étude. Les charges globales d'amortissements imputables à nos centres d'analyse s'élèvent à 70.855.130,60 FCFA dont 33.715.423 FCFA pour les bâtiments et aménagements à caractère administratif, 23.656.475,37 FCFA pour les matériels, mobiliers et installations à caractère général et 13.483.232 FCFA pour le matériel médical. L'amortissement du bâtiment de la lingerie (1.292.800 FCFA), a été incorporé parmi les charges de ce centre de service. Les tableaux X, XI et XII de l'annexe 5 présentent les clés de répartition des amortissements entre prestations dans les services et le tableau 17 ci-dessous récapitule ces amortissements. Il fait ressortir que les bâtiments et le matériel médical absorbent les plus grandes charges y relatives.

Tableau XVII. Répartition des amortissements de bâtiments et aménagements, matériels, mobiliers et installations générales, et matériel médical

SERVICES	BAT.ET AMEN.	MAT., MOB., INST.GEN	MAT. MEDIC.	TOTAL
CHIRURGIE	4 757 501	2 150 588,67	35 548,00	6 943 637,60
URGENCES	8 136 376	2 150 588,67	0,00	10 286 964,60
MED. INTERNE	8 245 285	2 150 588,67	0,00	10 395 873,60
GASTRO	739 501	2 150 588,67	5 375 541,00	8 265 630,60
CARDIO	739 501	2 150 588,67	4 355 708,00	7 245 797,60
RADIO	1 323 426	2 150 588,67	0,00	3 474 014,60
LABO	1 323 426	2 150 588,67	3 716 435,00	7 190 449,60
ANES. REA.	739 501	2 150 588,67	0,00	2 890 089,60
BLOC OPERAT.	739 501	2 150 588,67	0,00	2 890 089,60
NEO NATO.	739 501	2 150 588,67	0,00	2 890 089,60
MATERNITE	6 231 905	2 150 588,67	0,00	8 382 493,60
TOTAL	33 715 423	23 656 475,37	13 483 232,00	70 855 130,60

Source : Reconstitution à partir des « Etats financiers 2005 ».

1.2.2 Valorisation des charges d'eau des sections principales :

Le montant de la consommation d'eau s'élève à 22.212.615FCFA. La quote-part de la buanderie a été antérieurement estimée à 20%, soit 4.442.523 FCFA. Nos centres principaux en ont absorbé 60%, soit 13.327.509 FCFA et l'administration 10%, soit 2.221.261,5 FCFA.

Tableau XVIII. Répartition de la consommation d'eau entre les centres principaux

SERVICES	Proportions	MONTANTS
CHIRURGIE	15%	3 331 892,25
URGENCES	4%	888 504,60
MED. INTERNE	10%	2 221 261,50
MATERNITE	15%	3 331 892,25
ANEST-REANIMATION	2%	444 252,30
BLOC OPERATOIRE	3%	666 378,45
NEONATOLOGIE	2%	444 252,30
GASTROENTEROLOGIE	2%	444 252,30
CARDIOLOGIE	2%	444 252,30
RADIOLOGIE	2%	444 252,30
LABORATOIRE	3%	666 378,45
TOTAL	60%	13 327 569,00

Source : Notre étude

1.2.3 Valorisation des charges d'électricité des sections principales :

La puissance totale des appareils et matériels du CHAN est de 636 KW. En 2005, le montant de la consommation globale d'électricité s'élevait à 27.325.828 FCFA. Les centres principaux en ont disposé à hauteur de 80,35%, soit 21.955.185 CFA. Parallèlement, l'administration totalisant 65 KW, soit 10,22% de la puissance électrique globale, a une part estimée à 2.792.733,99FCFA. Au regard de leurs puissances électriques décrites antérieurement, la répartition de la consommation des différents services s'établit comme indiqué au tableau 19.

Tableau XIX. Répartition de la consommation d'électricité entre les centres principaux

SERVICES	A REPARTIR	NBRE DE KW	Proportion	COUT A REPARTIR	MONTANT
CHIRURGIE	636	37	5,82%	27 325 828	1 589 710,12
URGENCES	636	10	1,57%	27 325 828	429 651,38
MED. INTER.	636	85	13,36%	27 325 828	3 652 036,76
MATERNITE	636	40	6,29%	27 325 828	1 718 605,53
ANEST.-REA	636	98	15,41%	27 325 828	4 210 583,56
NEONATO	636	36	5,66%	27 325 828	1 546 744,98
BLOC OPER.	636	65	10,22%	27 325 828	2 792 733,99
GASTRO.	636	5	0,79%	27 325 828	214 825,69
CARDIO	636	7	1,10%	27 325 828	300 755,97
RADIO	636	58	9,12%	27 325 828	2 491 978,03
LABO	636	70	11,01%	27 325 828	3 007 559,69
TOTAL	636	511	80,35%	27 325 828	21 955 185,70

Source : Notre étude

1.2.4 Valorisation des charges de téléphone des sections principales :

Les quotes-parts mensuelles du téléphone sont allouées à des utilisateurs précis. Nous pouvons donc évaluer la consommation optimale annuelle des centres principaux et de l'administration à 19.020.000 FCFA, avec 9.060.000 FCFA (47,63%) pour les premiers et 9.960.000 FCFA (52,37%) pour la seconde. En 2005, la charge téléphonique globale s'élevait à 13.075.077 FCFA. N'ayant pu obtenir la répartition exacte de cette consommation, nous l'avons estimée à partir des quotas théoriques. Ceci correspond à 6.847.417,83 FCFA pour l'administration. Les parts respectives des services figurent au tableau 20 ci-dessous.

Tableau XX. Répartition de la consommation de téléphone entre les centres principaux

SERVICES	Théorique à répartir	Dû théorique	PROPORTION	Réel à répartir	CONSOM.
CHIRURGIE	19 020 000	2 460 000	12,93%	13 075 077	1 691 098,29
URGENCE	19 020 000	1 320 000	6,94%	13 075 077	907 418,59
MED. INTERNE	19 020 000	900 000	4,73%	13 075 077	618 694,50
MATERNITE	19 020 000	1 440 000	7,57%	13 075 077	989 911,19
NEONATO	19 020 000	1 020 000	5,36%	13 075 077	701 187,09
ANESTH. REA	19 020 000	900 000	4,73%	13 075 077	618 694,50
BLOC OPER.	19 020 000	0	0,00%	13 075 077	0,00
GASTRO	19 020 000	420 000	2,21%	13 075 077	288 724,10
CARDIO	19 020 000	0	0,00%	13 075 077	0,00
RADIO	19 020 000	0	0,00%	13 075 077	0,00
LABO	19 020 000	600 000	3,15%	13 075 077	412 463,00
TOTAL	19 020 000	9 060 000	47,63%	13 075 077	6 228 191,25

Source : Notre étude.

1.2.5 Valorisation des charges de nettoyage (jardinage et enlèvement des ordures) des sections principales :

La dépense globale à ce titre s'élevait à 5.826.845 FCFA. Une répartition équitable de cette charge en établit les quotes-parts à 388.456,33 CFA, y compris l'administration.

1.2.6 Valorisation des charges de la buanderie des sections principales :

La buanderie est chargée de la propreté du linge du bloc opératoire et celui des salles d'hospitalisation. En 2005, les charges de la buanderie ont été :

- ❖ Les salaires du personnel que nous n'avons pas pu scinder de l'ensemble de ceux de l'administration,
- ❖ Les produits de nettoyage d'une valeur de 561.600 FCFA,
- ❖ La consommation d'eau que nous avons évaluée à 4.442.523 FCFA,
- ❖ L'amortissement du bâtiment à 456.660 FCFA,

- ❖ L'amortissement d'une machine à laver à 1.292.800 FCFA,
- ❖ La consommation d'électricité que nous aurions voulu isoler, mais qui reste incorporée dans celle de l'administration.

Nous avons imputé les charges de la buanderie aux centres principaux à hauteur de 8% (proportion des malades opérés) pour le bloc opératoire. Quant au reste, il a été réparti aux autres services au prorata des journées d'hospitalisation. Ces estimations donnent 540.286,64 FCFA pour le bloc opératoire et 6.213.296,36 FCFA pour l'ensemble des autres services dont les parts respectives se présentent comme indiqué au tableau 21.

Tableau XXI. Répartition des charges de la buanderie entre les centres principaux

SERVICES	JOURNEES D'HOSPITALIS	PROPOR.	A REPARTIR	MONTANT
BLOC OP.		8,00%	6 753 583,00	540 286,64
CHIRURGIE	6 339	26,49%	6 213 296,36	1 645 612,34
URGENCES	1 030	4,30%	6 213 296,36	267 389,29
MED.INTER	5 800	24,23%	6 213 296,36	1 505 687,26
MATERNITE	6 809	28,45%	6 213 296,36	1 767 624,92
ANES. REA.	400	1,67%	6 213 296,36	103 840,50
NEONATO.	3 556	14,86%	6 213 296,36	923 142,05
TOTAL	23 934			6 753 583,00

Source : Notre étude.

1.2.7 Valorisation des charges d'alimentation du personnel des sections principales :

Quatre-vingt-dix repas sont servis quotidiennement aux équipes de garde et aux personnels d'astreinte à raison de 70 pour les services hospitaliers et 20 pour les services administratifs, soit 32.850 repas par an. Le coût du repas est de 1.000 FCFA, d'où un coût de 32.850.000 FCFA dont 25.550.000 FCFA pour les services hospitaliers et 7.300.000 FCFA pour l'administration. La répartition des charges de restauration figure au tableau XIII en annexe 5.

1.2.8 Valorisation et répartition des charges de l'administration entre les sections principales :

Pour l'année 2005, les charges globales de l'administration se sont élevées à 280.844.510,65 FCFA, soit 18.722.967,38 FCFA imputables à chacun des quinze centres principaux de l'hôpital, y compris ceux ne faisant pas partie de l'étude. Les charges de l'administration sont présentées au tableau 22. Ce dernier montre qu'en 2005, les charges administratives les plus significatives au Centre Hospitalier ABASS-NDAO ont été les rémunérations (44,33%), les impôts et taxes indirectes (14,09%), les charges de logiciel (9,09%), les carburants et

lubrifiants (8,84%), puis dans une moindre mesure les honoraires (2,63%), les autres charges externes (2,61%) et l'alimentation du personnel (2,60%).

Tableau XXII. Répartition des charges de l'administration

CHARGES	MONTANT
REMUNERATIONS	124 490 576,00
MATERIELS, FOURNIT. ET PRODUITS	7 604 336,00
EAU	2 221 261,50
ELECTRICITE	2 792 733,99
TELEPHONE	6 847 417,83
NETTOIEMENT	388 456,33
ALIMENTATION DU PERSONNEL	7 300 000,00
LOGICIEL	25 532 676,00
CARBURANTS ET LUBRIFIANTS	24 838 070,00
TRANSPORT DES PLIS	63 260,00
ENTRETIEN ET REPARATION VEHICULES	2 219 339,00
ASSURANCES	287 275,00
ETUDES, RECHERCHE ET DOCUMENTATION	4 323 390,00
PUBLICITE ET RELATIONS PUBLIQUES	3 053 490,00
FRAIS POSTAUX ET ASSIMILES	185 417,00
FRAIS BANCAIRES	645 937,00
HONORAIRES	7 400 000,00
FRAIS DE FORMATION DU PERSONNEL	1 615 000,00
MISSIONS, RECEPTIONS ET REPRESENTATIONS	809 740,00
AUTRES CHARGES EXTERNES	7 325 230,00
VIGNETTES, TIMBRES, TAXES ET VISITES TECH.	184 000,00
IMPOTS ET TAXES INDIRECTES	39 573 073,00
ŒUVRES SOCIALES	5 738 832,00
FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRA.	5 150 000,00
AUTRES CHARGES EXCEPTIONNELLES	255 000,00
TOTAL	280 844 510,65

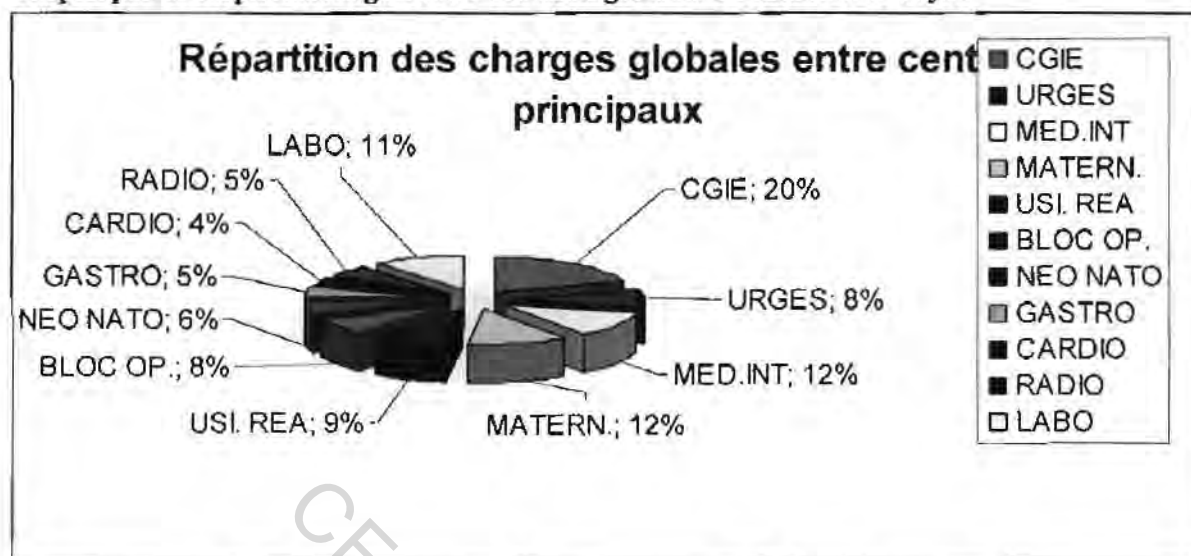
Aux termes des valorisations qui précèdent, il convient d'établir une récapitulation des charges des centres principaux.

1.2.9 Récapitulation des charges des sections principales :

La récapitulation du tableau 23 montre que, le service de la chirurgie a le plus grand poids avec 20%, des charges d'indigents, suivi du service de médecine interne et de la maternité (12% chacun). Pour les charges spécifiques, la rémunération est la première avec 288.432.242 FCFA, soit 36,54%, loin devant les charges administratives qui totalisent 205.952.641 FCFA (26,09%) et les produits pharmaceutiques d'une valeur globale de 137.551.694 FCFA (17,43%). Le graphique 3 illustre le tableau 23 qui suit.

Le graphique 1 résume ces données ainsi qu'il suit.

Graphique 1: Répartition générale des charges entre centres d'analyse



Après la répartition des charges entre les centres principaux, nous allons à présent procéder à l'imputation de ces charges aux objets de coûts que sont les prestations. Quasi subjective, ladite répartition se fera à partir des grilles que nous avons élaborées en fonction des liens qu'établissent les prestataires entre charges et prestations. Ces grilles figurent dans les tableaux XIV à XXVI de l'annexe 5. Nous procéderons service par service.

Section 2 : DETERMINATION DES COÛTS DES PRESTATIONS RELATIVES AUX INDIGENTS ET CAS SOCIAUX

2.1 Service de la chirurgie

Nous évaluerons tour à tour les coûts de consultation et d'hospitalisation. Quant aux interventions chirurgicales elles seront traitées dans le cadre du bloc opératoire.

2.1.1 Détermination des coûts de consultation.

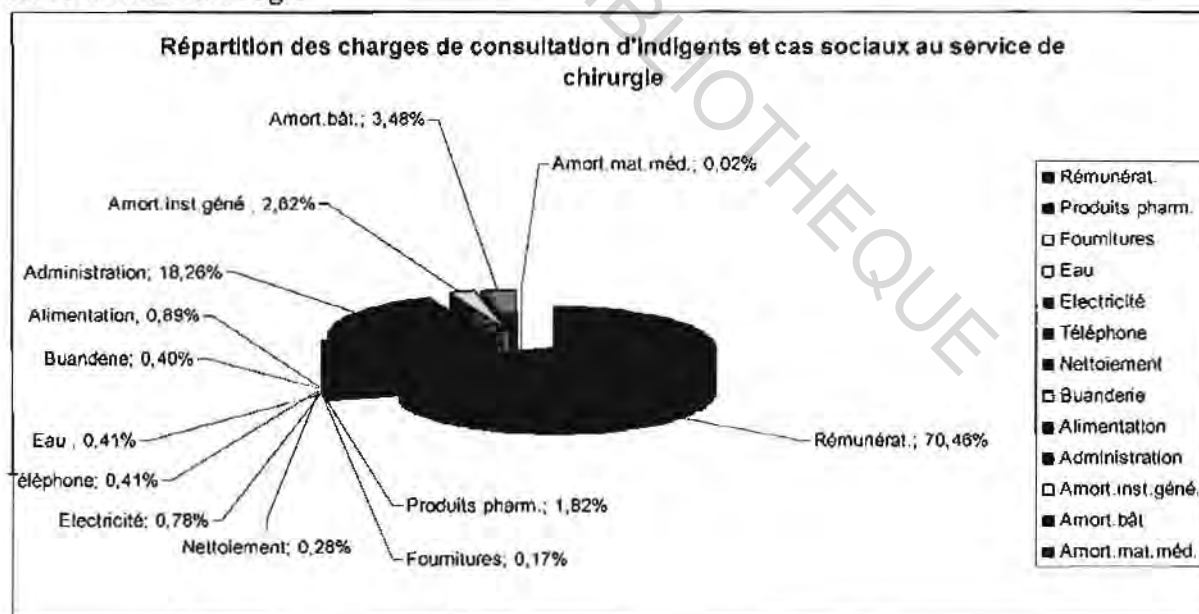
Le coût global des consultations de la chirurgie est évalué à 41.007.760,20 FCFA, soit 26,38% des coûts de ce service. La proportion des indigents et cas sociaux y est de 5,61% et le coût de leur consultation de 2.300.535,35 FCFA. Les rémunérations (70,46%) et les charges administratives (18,26%) constituent l'essentiel (88,72%) de ce coût. Le service ayant connu 207 consultations d'indigents et cas sociaux, le coût moyen d'une consultation s'établit à 11.113,70 FCFA. Ces données figurent au tableau 24 qui résume le graphique 2 qui le suit.

Tableau XXIV. Répartition des coûts de la consultation des indigents et cas sociaux au service de la chirurgie

Charges	A répartir	% des consult.	Coût consultation.	% des Indigts et cas soc.	Coût indigts et cas sociaux	% des indigts et cas soc.
Rémunérations	115 574 836	25	28 893 709,00	5,61	1 620 937,07	70,46
Produits pharm.	3 722 629	20	744 525,80	5,61	41 767,90	1,82
Fournitures	354 700	20	70 940,00	5,61	3 979,73	0,17
Eau	3 331 892	5	166 594,60	5,61	9 345,96	0,41
Electricité	1 589 710	20	317 942,00	5,61	17 836,55	0,78
Téléphone	1 691 096	10	169 109,60	5,61	9 487,05	0,41
Nettoiemnt	388 456	30	116 536,80	5,61	6 537,71	0,28
Buanderie	1 645 612	10	164 561,20	5,61	9 231,88	0,40
Alimentation	1 460 000	25	365 000,00	5,61	20 476,50	0,89
Administration	18 722 967	40	7 489 186,80	5,61	420 143,38	18,26
Amort.inst.géné.	2 150 589	50	1 075 294,50	5,61	60 324,02	2,62
Amort.bât.	4 757 501	30	1 427 250,30	5,61	80 068,74	3,48
Amort.mat.méd.	35 548	20	7 109,60	5,61	398,85	0,02
Total	155 425 536		41 007 760,20		2 300 535,35	100
Nbre Consultation	3 689			207	11 113,70	

Le graphique 2 illustre le tableau ci-dessus.

Graphique 2: Répartition des charges de consultation d'indigents et cas sociaux au service de la chirurgie



Source : Notre étude.

2.1.2. Détermination des coûts d'hospitalisation.

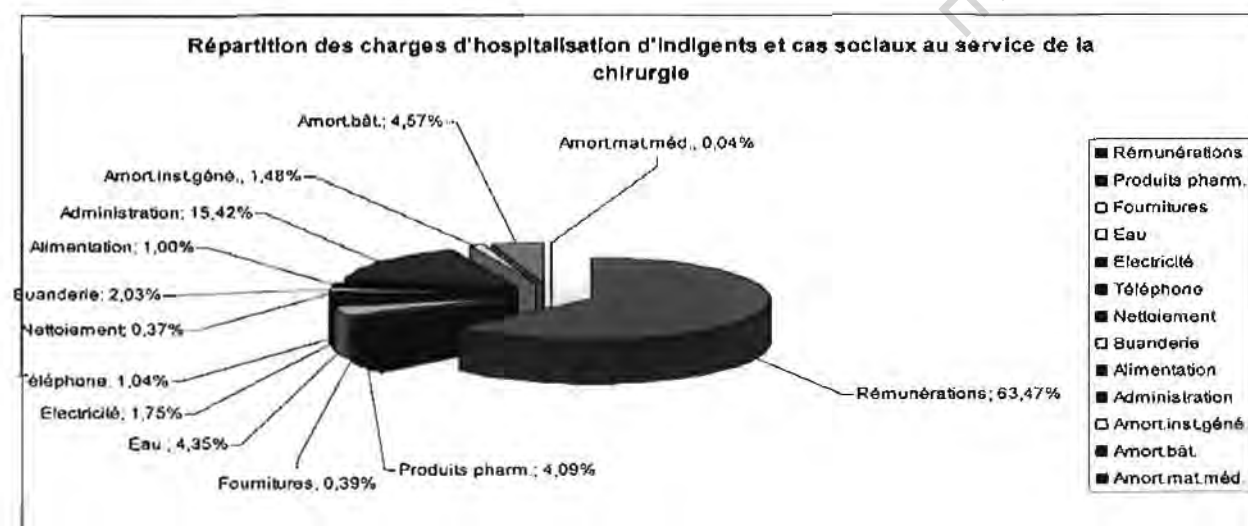
Le coût global des charges d'hospitalisation s'élève à 72.840.590 FCFA. Les indigents et cas sociaux y représentent les 9,31%, soit 6.781.458,93 FCFA. De ce coût, les rémunérations et l'administration absorbent 78,89% des charges contre 4,09% aux produits pharmaceutiques.

Le coût moyen de chacune des 590 journées d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux observées est de 11.494 FCFA. Le tableau 25 présente ces données illustrées au graphique 3.

Tableau XXV. Répartition des coûts d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de la chirurgie

Charges	A répartir	% des Hospitali	Coût des hospitalisations	% des indigts et cas s.	Coût des indigts et cas sociaux	Part des indigts et cas soc.
Rémunérations	115 574 836	40	46 229 934,40	9,31	4 304 006,89	63,47
Produits pharm.	3 722 629	80	2 978 103,20	9,31	277 261,41	4,09
Fournitures	354 700	80	283 760,00	9,31	26 418,06	0,39
Eau	3 331 892	95	3 165 297,40	9,31	294 689,19	4,35
Electricité	1 589 710	80	1 271 768,00	9,31	118 401,60	1,75
Téléphone	1 691 096	45	760 993,20	9,31	70 848,47	1,04
Nettoiemnt	388 456	70	271 919,20	9,31	25 315,68	0,37
Buanderie	1 645 612	90	1 481 050,80	9,31	137 885,83	2,03
Alimentation	1 460 000	50	730 000,00	9,31	67 963,00	1,00
Administration	18 722 967	60	11 233 780,20	9,31	1 045 864,94	15,42
Amort.inst.géné.	2 150 589	50	1 075 294,50	9,31	100 109,92	1,48
Amort.bât.	4 757 501	70	3 330 250,70	9,31	310 046,34	4,57
Amort.mat.méd.	35 548	80	28 438,40	9,31	2 647,62	0,04
Total	155 425 536		72 840 590,00		6 781 458,93	100
Journée d'hospital.	6 339			590	11 494,00	

Graphique 3: Répartition des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de la chirurgie



Sources : Notre étude.

2.2 Service des urgences

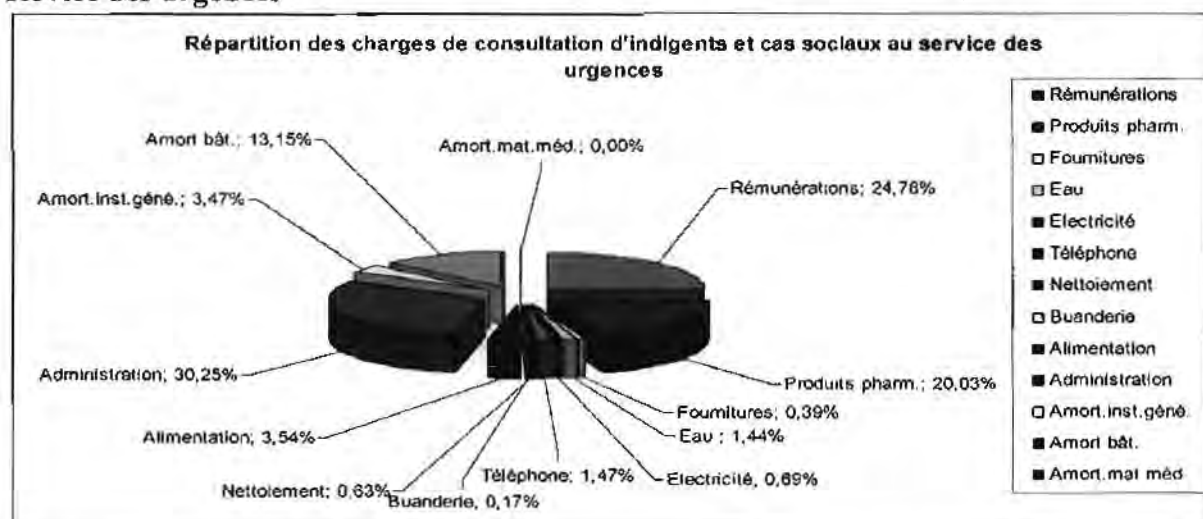
2.2.1 Détermination des coûts de consultation

Le coût global des consultations au service des urgences est évalué à 30.948.196,40 FCFA, soit 51,70% des coûts de ce service. Le coût des 59 indigents et cas sociaux (0,65 %) est de 201.163,28 FCFA, d'où un coût unitaire de 3.409,55FCFA. L'administration arrive en tête avec 30,25%, suivie des rémunérations (24,78%) et des produits pharmaceutiques (20,03%).

Tableau XXVI. Répartition des charges de consultation des indigents et cas sociaux au service des urgences

Charges	A répartir	% des Consult	Coût consultation.	% des indi et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	% des indigts et cas sociaux
Rémunérations	12 780 998	60	7 668 598,80	0,65	49 845,89	24,78
Produits pharm.	12 397 476	50	6 198 738,00	0,65	40 291,80	20,03
Fournitures	602 004	20	120 400,80	0,65	782,61	0,39
Eau	888 504	50	444 252,00	0,65	2 887,64	1,44
Electricité	429 651	50	214 825,50	0,65	1 396,37	0,69
Téléphone	907 419	50	453 709,50	0,65	2 949,11	1,47
Nettoiemnt	388 456	50	194 228,00	0,65	1 262,48	0,63
Buanderie	267 389	20	53 477,80	0,65	347,61	0,17
Alimentation	2 190 000	50	1 095 000,00	0,65	7 117,50	3,54
Administration	18 722 967	50	9 361 483,50	0,65	60 849,64	30,25
Amort.inst.géné.	2 150 589	50	1 075 294,50	0,65	6 989,41	3,47
Amort.bât.	8 136 376	50	4 068 188,00	0,65	26 443,22	13,15
Amort.mat.méd.	0	0	0,00	0,65	0,00	0,00
Total	59 861 829		30 948 196,40		201 163,28	100
Nbre consultations	9 047			59	3 409,55	

Graphique 4: Vue graphique des charges de consultation d'indigents et cas sociaux au service des urgences



Source : Notre étude

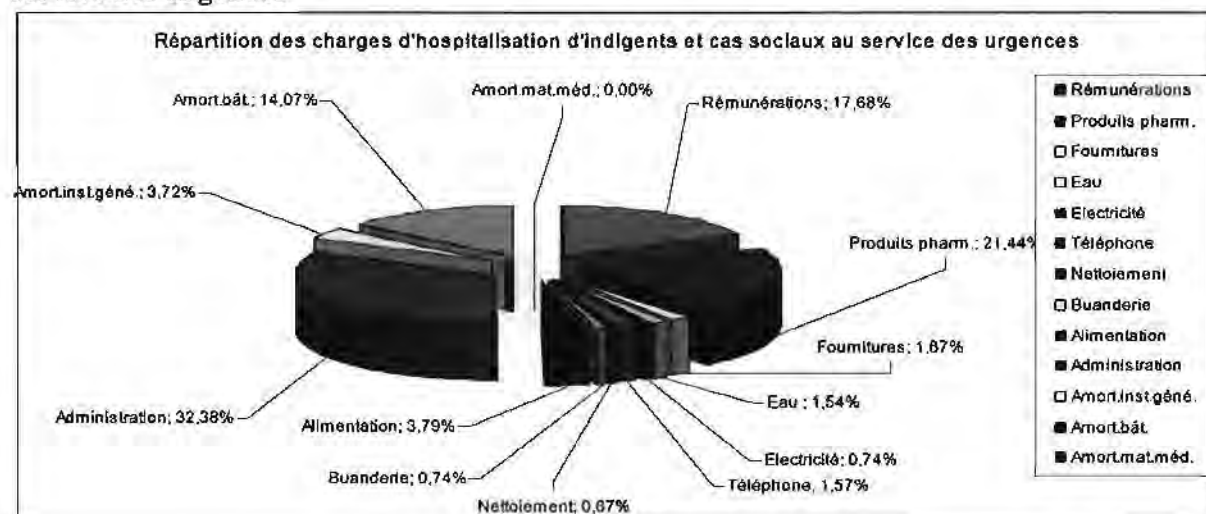
2.2.2 Détermination des coûts d'hospitalisation

Le coût global des hospitalisations au service des urgences est évalué à 28.913.633 FCFA, soit 48,30% des coûts de ce service qui a enregistré 36 journées d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux, ce qui représente 3,56% du volume de cette prestation, correspondant de ce fait à un coût de 1.029.325,32 FCFA. Il en découle un coût unitaire de 28.592,37 FCFA par journée d'hospitalisation. Bien que les charges administratives soient les plus importantes avec un poids relatif de 32,38%, il convient de noter l'importance des produits pharmaceutiques pour ce service qui accueille de nombreux cas de traumatisme. Le tableau ci-après, repris par son graphique illustratif présente ces différentes données.

Tableau XXVII. Répartition des charges d'hospitalisation des indigents et cas sociaux au service des urgences

Charges	A répartir	% des hospit.	Coût hospitalisation	% des Indigts et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	% indigts et cas sociaux
Rémunérations	12 780 998	40	5 112 399	3,56	182 001,41	17,68
Produits pharm.	12 397 476	50	6 198 738	3,56	220 675,07	21,44
Fournitures	602 004	80	481 603	3,56	17 145,07	1,67
Eau	888 504	50	444 252	3,56	15 815,37	1,54
Electricité	429 651	50	214 826	3,56	7 647,79	0,74
Téléphone	907 419	50	453 710	3,56	16 152,06	1,57
Nettoiemnt	388 456	50	194 228	3,56	6 914,52	0,67
Buanderie	267 389	80	213 911	3,56	7 615,24	0,74
Alimentation	2 190 000	50	1 095 000	3,56	38 982,00	3,79
Administration	18 722 967	50	9 361 484	3,56	333 268,81	32,38
Amort.inst.géné.	2 150 589	50	1 075 295	3,56	38 280,48	3,72
Amort.bât.	8 136 376	50	4 068 188	3,56	144 827,49	14,07
Amort.mat.méd.	0	0	0	3,56	0,00	0,00
Total	59 861 829		28 913 633		1 029 325,32	100
Jnées d'hospitalisa	1 030					
						36
						28 592,37

Graphique 5: Vue graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service des urgences



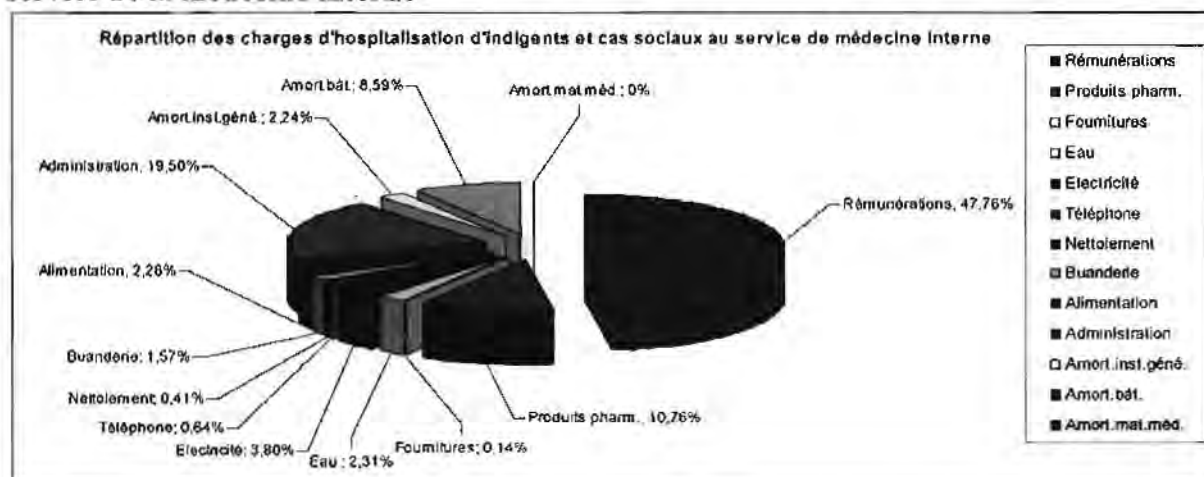
2.3 Détermination des coûts d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux à la médecine interne

Le service de médecine interne ne délivre que l'activité d'hospitalisation. Celle-ci a été réalisée pour un coût global de 96.028.787 FCFA couvrant 5800 journées d'hospitalisation dont 282 pour le compte des indigents, soit 4,86% du volume de ce service. Le coût des indigents et cas sociaux est estimé à 4.666.999,05 FCFA. Le coût unitaire qui en découle est estimé à 16.549,64 FCFA. D'un montant de 2.228.932,03 FCFA (47,76%), les rémunérations sont ici la charge la plus élevée, loin devant l'administration (19,50%) et les produits pharmaceutiques (10,76%). Le tableau 28 et son graphique 6 illustratif le montrent.

Tableau XXVIII. Répartition des charges d'hospitalisation des indigents et cas sociaux au service de la médecine interne

Charges	A répartir	% hospit.	Coût hospitalis.	% Indigts et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	%
Rémunérations	45 862 799	100	45 862 799	4,86	2 228 932,03	47,76
Produits pharm.	10 335 510	100	10 335 510	4,86	502 305,79	10,76
Fournitures	135 500	100	135 500	4,86	6 585,30	0,14
Eau	2 221 262	100	2 221 262	4,86	107 953,33	2,31
Electricité	3 652 037	100	3 652 037	4,86	177 489,00	3,80
Téléphone	618 695	100	618 695	4,86	30 068,58	0,64
Nettoient	388 456	100	388 456	4,86	18 878,96	0,40
Buanderie	1 505 687	100	1 505 687	4,86	73 176,39	1,57
Alimentation	2 190 000	100	2 190 000	4,86	106 434,00	2,28
Administration	18 722 967	100	18 722 967	4,86	909 936,20	19,50
Amort.inst.géné.	2 150 589	100	2 150 589	4,86	104 518,63	2,24
Amort.bât.	8 245 285	100	8 245 285	4,86	400 720,85	8,59
Amort.mat.méd.	0	100	0	4,86	0,00	0,00
Total	96 028 787		96 028 787		4 666 999,05	100
Journées d'hospit	5 800			282	16 549,64	

Graphique 6: Vue graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de la médecine interne



2.4 Maternité

Ici, nous évaluerons les consultations, les hospitalisations et les interventions.

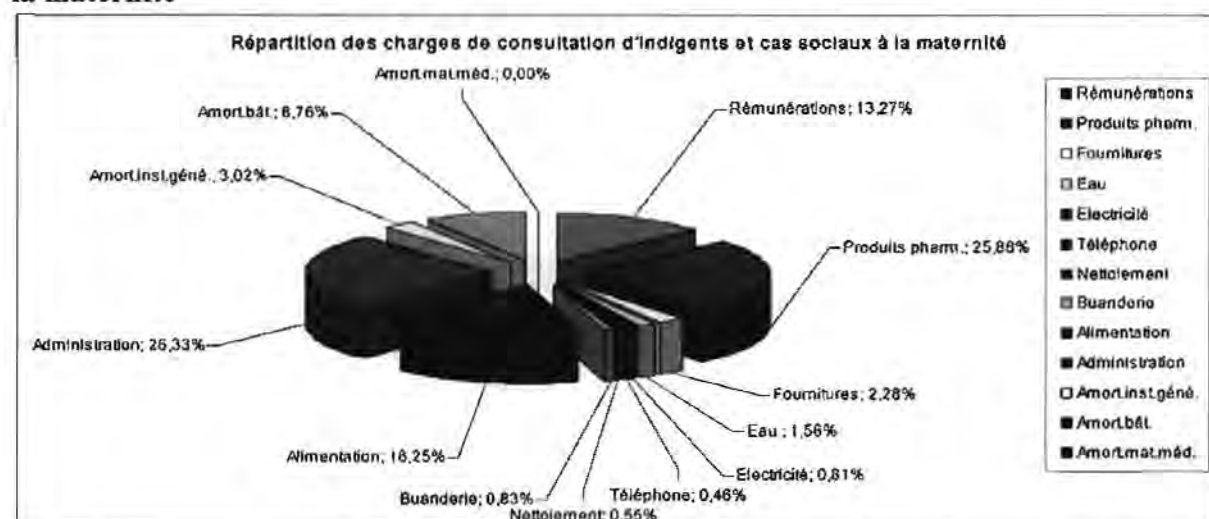
2.4.1 Détermination des coûts de consultation d'indigents à la maternité

Les 98.089.740 FCFA de coût de la maternité ont été consommés à hauteur de 21.336.116,45 FCFA pour les consultations, soit 21,75%. Les indigents et cas sociaux en faisant de 0,40%, ont coûté 85.344,47 FCFA. Avec 26,33% et 25,88% respectivement, l'administration et les produits pharmaceutiques y absorbent les 52,21%, puis l'alimentation du personnel et les rémunérations 29,52%. Le coût moyen de la consultation est de 1.855,31 FCFA. Toutefois, avec 11,78 %, les coûts éteints (amortissements) ne sont du reste pas négligeables.

Tableau XXIX. Répartition des charges de consultation d'indigents et cas sociaux à la maternité

Charges	A répartir	% consult.	Coût consultation.	% Indigts et cas s	Coût indigts et cas sociaux	%
Rémunérations	18 878 397	15	2 831 759,55	0,40	11 327,04	13,27
Produits pharm.	27 605 592	20	5 521 118,40	0,40	22 084,47	25,88
Fournitures	2 433 800	20	486 760,00	0,40	1 947,04	2,28
Eau	3 331 892	10	333 189,20	0,40	1 332,76	1,56
Electricité	1 718 606	10	171 860,60	0,40	687,44	0,81
Téléphone	989 911	10	98 991,10	0,40	395,96	0,46
Nettoiemnt	388 456	30	116 536,80	0,40	466,15	0,55
Buanderie	1 767 625	10	176 762,50	0,40	707,05	0,83
Alimentation	13 870 000	25	3 467 500,00	0,40	13 870,00	16,25
Administration	18 722 967	30	5 616 890,10	0,40	22 467,56	26,33
Amort.inst.géné.	2 150 589	30	645 176,70	0,40	2 580,71	3,02
Amort.bât.	6 231 905	30	1 869 571,50	0,40	7 478,29	8,76
Amort.mat.méd.	0	0	0,00		0,00	0,00
Total	98 089 740		21 336 116,45		85 344,47	100
Nbre consultations	11 473			46	1 855,31	

Graphique 7: Vue graphique des charges de consultation des indigents et cas sociaux à la maternité



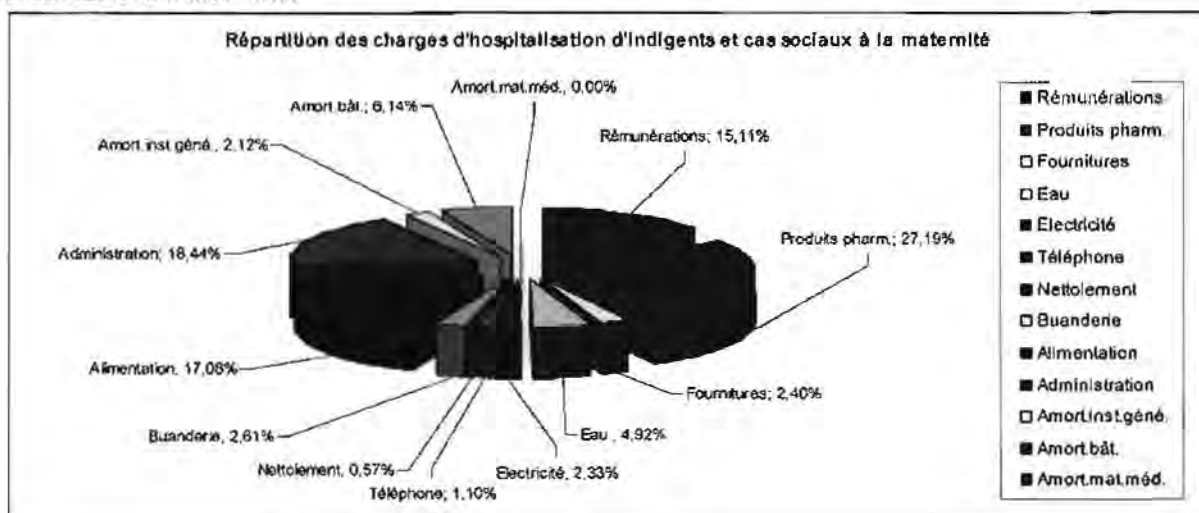
2.4.2 Détermination des coûts d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux à la maternité

Le coût des hospitalisations à la maternité est de 40.611.897,28 FCFA, soit 41,40% des coûts de ce service. La prise en charge des indigents et cas sociaux hospitalisés y représente 1.766.617,53 FCFA, soit 4,35% des hospitalisations et 1,80% des coûts totaux du service. Le coût moyen de la journée d'hospitalisation est de 5.968,30 FCFA. On constate que les produits pharmaceutiques sont en tête des charges, avec 27,19%, contre 18,44% pour l'administration, 17,08% des charges d'alimentation et 15,11% en ce qui concerne les charges salariales. Le tableau 30 illustre ces propos.

Tableau XXX. Répartition des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux à la maternité

Charges	A répartir	% hospitalisation	Coût hospitalisation.	% Indigts et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	%
Rémunérations	18 878 397	32,5	6 135 479,03	4,35	266 893,34	15,11
Produits pharm.	27 605 592	40,0	11 042 236,80	4,35	480 337,30	27,19
Fournitures	2 433 800	40,0	973 520,00	4,35	42 348,12	2,40
Eau	3 331 892	60,0	1 999 135,20	4,35	86 962,38	4,92
Electricité	1 718 606	55,0	945 233,30	4,35	41 117,65	2,33
Téléphone	989 911	45,0	445 459,95	4,35	19 377,51	1,10
Nettoiemnt	388 456	60,0	233 073,60	4,35	10 138,70	0,57
Buanderie	1 767 625	60,0	1 060 575,00	4,35	46 135,01	2,61
Alimentation	13 870 000	50,0	6 935 000,00	4,35%	301 672,50	17,08
Administration	18 722 967	40,0	7 489 186,80	4,35	325 779,63	18,44
Amort.inst.géné.	2 150 589	40,0	860 235,60	4,35	37 420,25	2,12
Amort.bât.	6 231 905	40,0	2 492 762,00	4,35	108 435,15	6,14
Amort.mat.méd.	0	0,0	0,00	4,35	0,00	0,00
Total	98 089 740		40 611 897,28		1 766 617,53	100
Journées d'hospita	6 809			296,00	5 968,30	

Graphique 8: Illustration graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux à la maternité



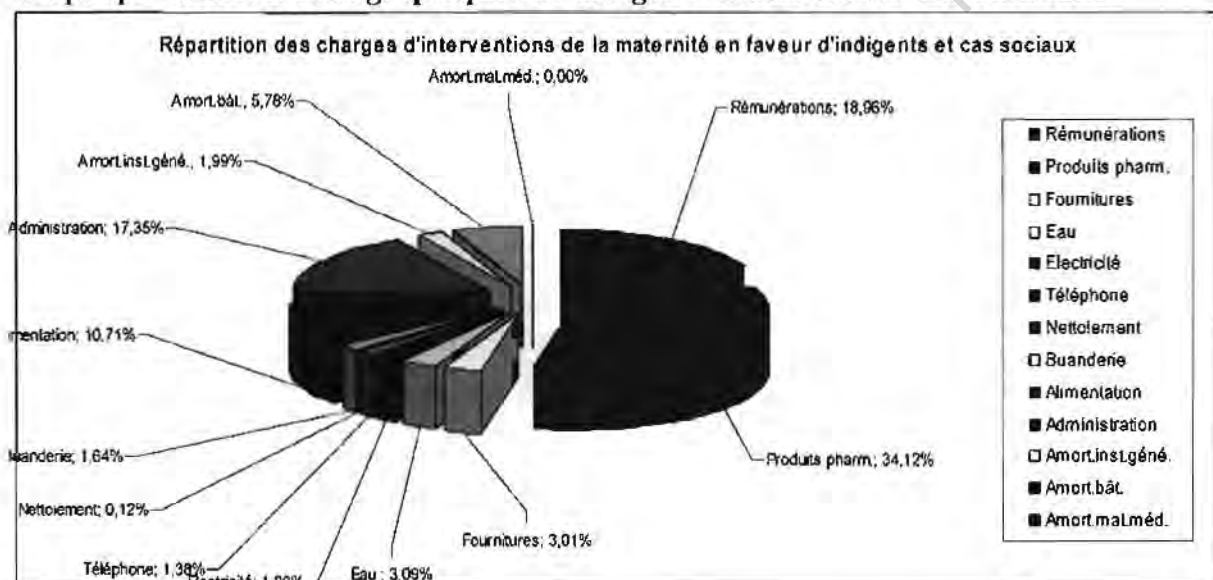
2.4.3 Détermination des coûts des interventions de la maternité

Les actes visés ici sont des interventions ne nécessitant pas le bloc opératoire. Il s'agit des accouchements, curetages, curages et épisiotomies. La maternité en a assuré 7015 en 2005, pour un coût évalué à 32.366.046,88 FCFA dont 0,34% (110.044,56 FCFA) pour les indigents et cas sociaux. Ces malades représentent ainsi 0,11% des coûts de la maternité. Le coût de revient d'un acte s'établit à 4.585,19 FCFA. Les produits pharmaceutiques (34,12%), les charges salariales (18,96%), l'administration (17,35%) et l'alimentation (10,71%) en constituent les principaux supports. Le tableau 31 et le graphique 9 le montrent.

Tableau XXXI. Répartition des charges d'interventions de la maternité en faveur des indigents et cas sociaux

Charges	A répartir	% Intervent.	Coût Intervention.	% Indigts et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	%
Rémunérations	18 878 397	32,5	6 135 479,03	0,34	20 860,63	18,96
Produits pharm.	27 605 592	40	11 042 236,80	0,34	37 543,61	34,12
Fournitures	2 433 800	40	973 520,00	0,34	3 309,97	3,01
Eau	3 331 892	30	999 567,60	0,34	3 398,53	3,09
Electricité	1 718 606	35	601 512,10	0,34	2 045,14	1,86
Téléphone	989 911	45	445 459,95	0,34	1 514,56	1,38
Nettoyement	388 456	10	38 845,60	0,34	132,08	0,12
Buanderie	1 767 625	30	530 287,50	0,34	1 802,98	1,64
Alimentation	13 870 000	25	3 467 500,00	0,34	11 789,50	10,71
Administration	18 722 967	30	5 616 890,10	0,34	19 097,43	17,35
Amort.inst.géné.	2 150 589	30	645 176,70	0,34	2 193,60	1,99
Amort.bât.	6 231 905	30	1 869 571,50	0,34	6 356,54	5,78
Amort.mat.méd.	0	0,00	0,00	0,34	0,00	0,00
Total	98 089 740		32 366 046,88		110 044,56	100
Actes et coûts unit	7 015			24	4 585,19	

Graphique 9: Illustration graphique des charges d'interventions de la maternité



2.5 Service d'anesthésie- réanimation

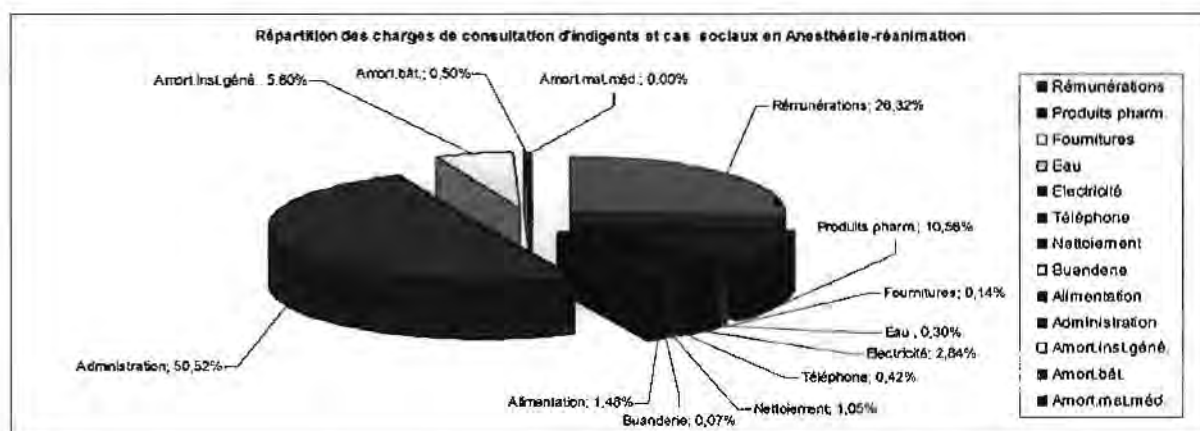
2.5.1 Détermination des coûts de consultation

En 2005, le coût global du service d'anesthésie-réanimation est de 71.454.764 FCFA. La consultation en constitue les 17,66%, avec 14.824.680,75 FCFA. Les indigents et cas sociaux représentent 1,40%, soit 207.545,53 FCFA, équivalents à 0,29% du coût global du service et les charges dominantes sont administratives (50,52%), les rémunérations (26,32%) et les produits pharmaceutiques (10,56%). Le coût de revient de la consultation est de 15.965,04FCFA. Le tableau 32 reprend ces résultants qu'illustre le graphique 10

Tableau XXXII. Répartition des charges de consultation d'indigents et cas sociaux en Anesthésie-réanimation

Charges	A répartir	% consult.	Coût consultation.	% Indigts et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	%
Rémunérations	26 012 015	15	3 901 802,25	1,40	54 625,23	26,32
Produits pharm.	15 661 292	10	1 566 129,20	1,40	21 925,81	10,56
Fournitures	212 572	10	21 257,20	1,40	297,60	0,14
Eau	444 252	10	44 425,20	1,40	621,95	0,30
Electricité	4 210 584	10	421 058,40	1,40	5 894,82	2,84
Téléphone	618 695	10	61 869,50	1,40	866,17	0,42
Nettoiemnt	388 456	40	155 382,40	1,40	2 175,35	1,05
Buanderie	103 841	10	10 384,10	1,40	145,38	0,07
Alimentation	2 190 000	10	219 000,00	1,40	3 066,00	1,48
Administration	18 722 967	40	7 489 186,80	1,40	104 848,62	50,52
Amort.inst.géné.	2 150 589	40	860 235,60	1,40	12 043,30	5,80
Amort.bât.	739 501	10	73 950,10	1,40	1 035,30	0,50
Amort.mat.méd.	0	0	0	1,40	0	0
Total	71 454 764		14 824 680,75		207 545,53	100
Consult et coûts u.	927			13	15 965,04	

Graphique 10: Illustration des charges de consultation d'indigents et cas sociaux en Anesthésie-réanimation



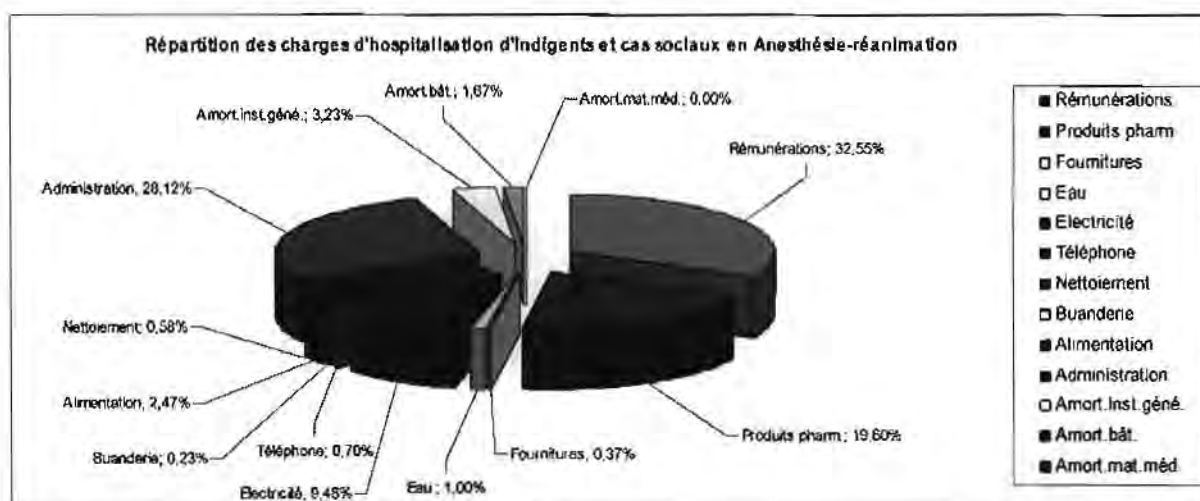
2.5.2 Détermination des coûts d'hospitalisation

Le coût global des hospitalisations du service d'anesthésie-réanimation s'élève à 39.954.934,05 FCFA. Celui des indigents et cas sociaux est de 5.993.240,11 FCFA pour 60 journées d'hospitalisation, soit 8,39% des charges du service. Le coût moyen de la journée d'hospitalisation y est de 99.887,34 FCFA. Les éléments les plus significatifs de ce coût sont les rémunérations (32,55%), les produits pharmaceutiques (19,60%), les charges administratives (28,112) et l'électricité (9,43%).

Tableau XXXIII. Répartition des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service d'anesthésie-réanimation

Charges	A répartir	% hospitalisations	Coût hospitalisation.	% Indigts et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	%
Rémunérations	26 012 015	50	13 006 007,50	15	1 950 901,13	32,55
Produits pharm.	15 661 292	50	7 830 646,00	15	1 174 596,90	19,60
Fournitures	212 572	70	148 800,40	15	22 320,06	0,37
Eau	444 252	90	399 826,80	15	59 974,02	1,00
Electricité	4 210 584	90	3 789 525,60	15	568 428,84	9,48
Téléphone	618 695	45	278 412,75	15	41 761,91	0,70
Nettoisement	388 456	60	233 073,60	15	34 961,04	0,58
Buanderie	103 841	90	93 456,90	15	14 018,54	0,23
Alimentation	2 190 000	45	985 500,00	15	147 825,00	2,47
Administration	18 722 967	60	11 233 780,20	15	1 685 067,03	28,12
Amort.inst.géné.	2 150 589	60	1 290 353,40	15	193 553,01	3,23
Amort.bât.	739 501	90	665 550,90	15	99 832,64	1,67
Amort.mat.méd.	0	0	0,00	15	0,00	0
Total	71 454 764		39 954 934,05		5 993 240,11	100
Journ hosp et cou	400			60,00	99 887,34	

Graphique 11: Illustration graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service d'anesthésie-réanimation



2.6 Service de néonatalogie

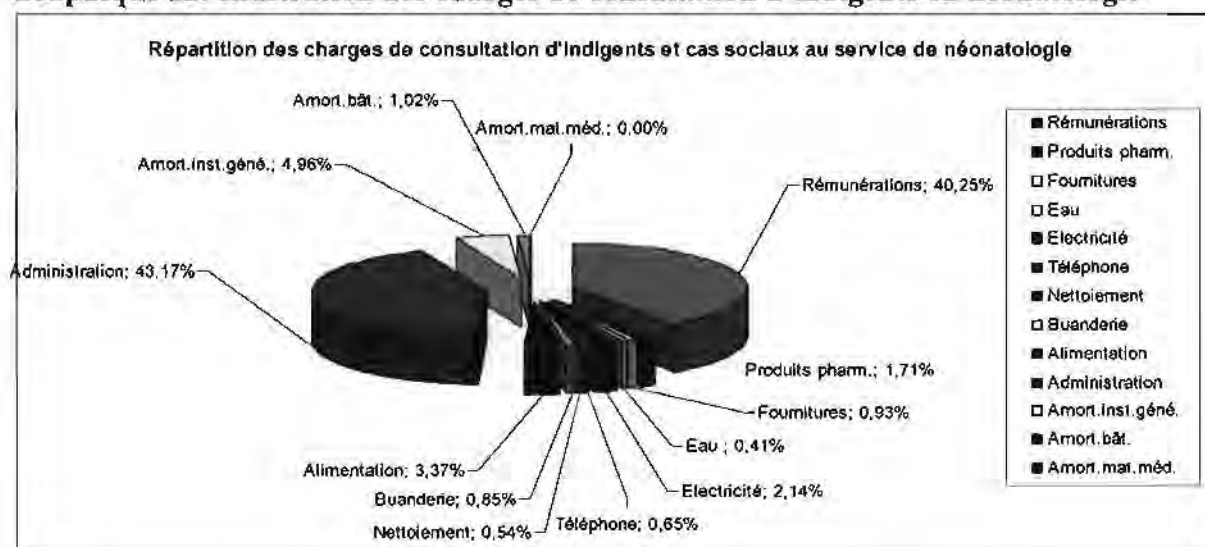
2.6.1 Détermination des coûts de consultation

Ce service a enregistré 8 cas de consultation d'indigents et cas sociaux sur les 229 enregistrés. Le coût des consultations est globalement de 21.686227,90 FCFA, soit 44,02% des charges du service où le coût d'une consultation revient à 9.487,72FCFA. Ce coût est dominé par l'administration (43,17%) et les rémunérations (40,25%). Le tableau 34 et le graphique 12 le montrent.

Tableau XXXIV. Répartition des charges de consultation d'indigents et cas sociaux au service de néonatalogie

Charges	A répartir	%	Coût consultation.	% Indigts et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	%
Rémunérations	17 457 849	50	8 728 924,50	0,35	30 551,24	40,25
Produits pharm.	3 717 722	10	371 772,20	0,35	1 301,20	1,71
Fournitures	1 013 132	20	202 626,40	0,35	709,19	0,93
Eau	444 252	20	88 850,40	0,35	310,98	0,41
Electricité	1 546 745	30	464 023,50	0,35	1 624,08	2,14
Téléphone	701 187	20	140 237,40	0,35	490,83	0,65
Nettoiemment	388 456	30	116 536,80	0,35	407,88	0,54
Buanderie	923 142	20	184 628,40	0,35	646,20	0,85
Alimentation	1 460 000	50	730 000,00	0,35	2 555,00	3,37
Administration	18 722 967	50	9 361 483,50	0,35	32 765,19	43,17
Amort.inst.géné.	2 150 589	50	1 075 294,50	0,35	3 763,53	4,96
Amort.bât.	739 501	30	221 850,30	0,35	776,48	1,02
Amort.mat.méd.	0	0	0	0,35	0,00	0
Total	49 265 542		21 686 227,90		75 901,80	100
Consult et cout uni	2 298			8	9 487,72	

Graphique 12: Illustration des charges de consultation d'indigents en néonatalogie



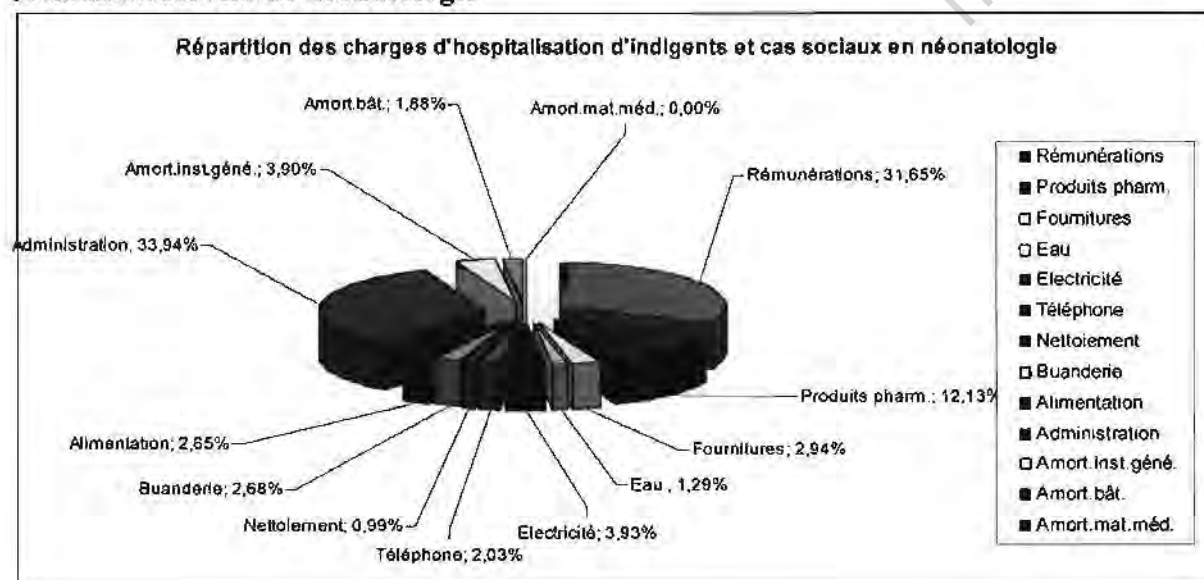
2.6.2 Détermination des coûts d'hospitalisation

Avec 27.579.314,10 FCFA les hospitalisations représentent 55,98% du coût global en néonatalogie. La part des indigents et cas sociaux y est de 543.312,49 FCFA, c'est-à-dire 1,10%. La journée d'hospitalisation revient à 7.761,61 FCFA pour l'hôpital. L'administration avec 33,94% des charges, les rémunérations avec 31,65% et les produits pharmaceutiques (12,94%) constituent 78,53% de ce coût.

Tableau XXXV. Répartition des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de néonatalogie

Charges	A répartir	% hospitalisations	Coût hospitalisations.	% Indigts et cas sociaux	Coût indigts et cas sociaux	%
Rémunérations	17 457 849	50	8 728 924,50	1,97	171 959,81	31,65
Produits pharm.	3 717 722	90	3 345 949,80	1,97	65 915,21	12,13
Fournitures	1 013 132	80	810 505,60	1,97	15 966,96	2,94
Eau	444 252	80	355 401,60	1,97	7 001,41	1,29
Electricité	1 546 745	70	1 082 721,50	1,97	21 329,61	3,93
Téléphone	701 187	80	560 949,60	1,97	11 050,71	2,03
Nettoieement	388 456	70	271 919,20	1,97	5 356,81	0,99
Buanderie	923 142	80	738 513,60	1,97	14 548,72	2,68
Alimentation	1 460 000	50	730 000,00	1,97	14 381,00	2,65
Administration	18 722 967	50	9 361 483,50	1,97	184 421,22	33,94
Amort.inst.géné.	2 150 589	50	1 075 294,50	1,97	21 183,30	3,90
Amort.bât.	739 501	70	517 650,70	1,97	10 197,72	1,88
Amort.mat.méd.	0	0	0	1,97	0,00	0
Total	49 265 542		27 579 314,10		543 312,49	100
Journ hosp et c.u	2 298			70	7 761,61	

Graphique 13: Illustration graphique des charges d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux au service de néonatalogie



2.7 Bloc opératoire : Interventions chirurgicales en faveur des indigents

Les opérations chirurgicales absorbent 100% des ressources du bloc, qui mobilise également les services de la réanimation et de la chirurgie à travers les produits pharmaceutiques, les fournitures et le personnel. Les proportions de ces charges figurent au tableau 36 qui montre des coûts d'indigents et cas sociaux de 6.192.233 FCFA pour ces deux services, sur les 12.880.846 FCFA calculés pour les trois centres concourant à cette prestation.

Tableau XXXVI. Consommation par le bloc opératoire des services de la réanimation et de la chirurgie pour les indigents et cas sociaux

CHARGES	REANIMATION			CHIRURGIE			COUT INDIGT ET C.S (10,63%)		
	A répartir	% In terv.	Montants	A répartir	% in terv.	Montants	REANIMA TION	CHIRUR GIE	TOTAL
Rémunérations	26 012 015	35	9 104 205	115 574 836	35	40 451 193	967 777	4 299 962	5 267 739
Produits pharma.	15 661 292	40	6 264 517	0	0	0	665 918	0	665 918
Fournitures	212 572	20	42 514	0	0	0	4 519	0	4 519
Téléphone	618 695	45	278 413	1 691 096	45	760 993	29 595	80 894	110 489
Alimentation	2 190 000	45	985 500	1 460 000	25	365 000	104 759	38 800	143 558
Total	44 694 574		16 675 149	118 725 932		41 577 186	1 772 568	4 419 655	6 192 223

Quant à l'ensemble des charges, le tableau 37 en décrit la répartition : les ressources du bloc n'en couvrent que les 51,93%, soit 62.922.133 FCFA des 121.174.466 FCFA nécessaires.

Tableau XXXVII. Répartition des charges d'interventions chirurgicales d'indigents et cas sociaux

Charges	CHIRURGI E	REANIM.	BLOC OPERAT.	TOTAL A REPARTIR	% INDIGE NTS	MONTANT S INDIGENTS	%
Rémunérations	40 451 191	9 104 205	14 696 847	64 252 243	10,63	6 830 013	53,02
Produits pharm.	0	6 264 517	19 020 274	25 284 791	10,63	2 687 773	20,87
Fournitures	0	42 514	1 014 100	1 056 614	10,63	112 318	0,87
Eau	0	0	666 378	666 378	10,63	70 836	0,55
Electricité	0	0	2 792 734	2 792 734	10,63	296 868	2,30
Téléphone	760 993	278 413	0	1 039 406	10,63	110 489	0,86
Nettoisement	0	0	388 456	388 456	10,63	41 293	0,32
Buanderie	0	0	540 287	540 287	10,63	57 433	0,45
Alimentation	365 000	985 500	2 190 000	3 540 500	10,63	376 355	2,92
Administration	0	0	18 722 967	18 722 967	10,63	1 990 251	15,45
Amort.inst.géné.	0	0	2 150 589	2 150 589	10,63	228 608	1,77
Amort.bât.	0	0	739 501	739 501	10,63	78 609	0,61
Amort.mat.méd.	0	0	0	0	10,63	0	0,00
Total	41 577 184	16 675 149	62 922 133	121 174 466		12 880 846	100
Nbre d'indigents et coût unitaire						84	153 343

Les contributions du service de la chirurgie et de la réanimation sont respectivement de 41.577.188 FCFA et 16.675.3149 FCFA. Le coût de revient d'une intervention chirurgicale

est de 153.343 FCFA. Les rémunérations (53,02%) et les produits pharmaceutiques (20,87%) dominent ce coût devant l'administration (15,45%).

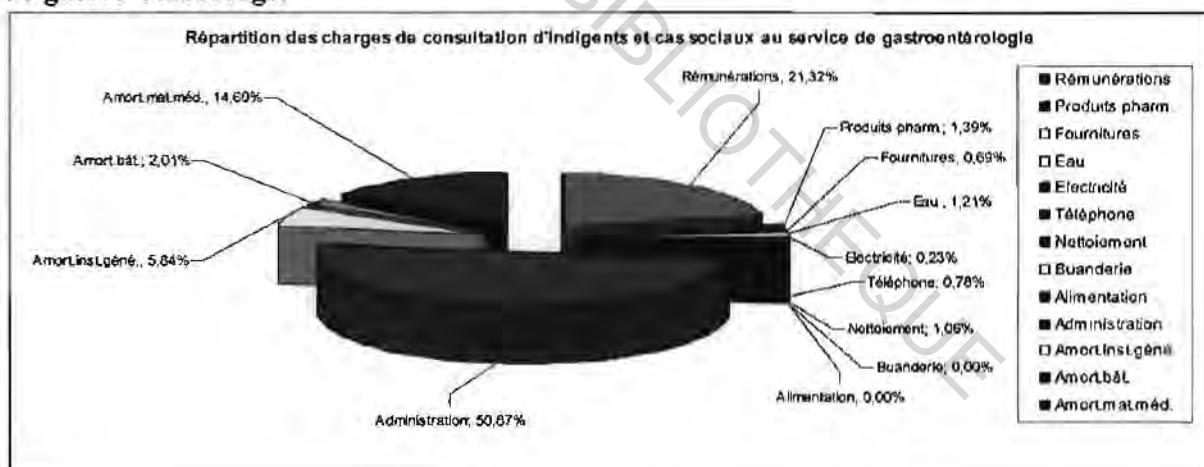
2.8 Service de gastro-entérologie

Le service de gastro-entérologie dispense deux prestations que sont les consultations et les examens d'endoscopie. Nous en avons évalué les coûts à tour de rôle.

2.8.1 Détermination des coûts de consultation

Le coût global des consultations du service de gastro-entérologie s'élève à 18.403.463,10 FCFA, soit 48,60% des coûts de ce service. Les indigents y représentent 0,35%, c'est-à-dire 64.412,12 FCFA et le coût moyen d'une consultation revient à 4.276,14 FCFA. Les constituants essentiels de ce coût sont les charges administratives (50,87%), les rémunérations (21,32%) et les amortissements de 22,45% dont 14,60% pour le matériel médical. Le graphique 14 résume ces statistiques détaillées au tableau XXVII de l'annexe 5.

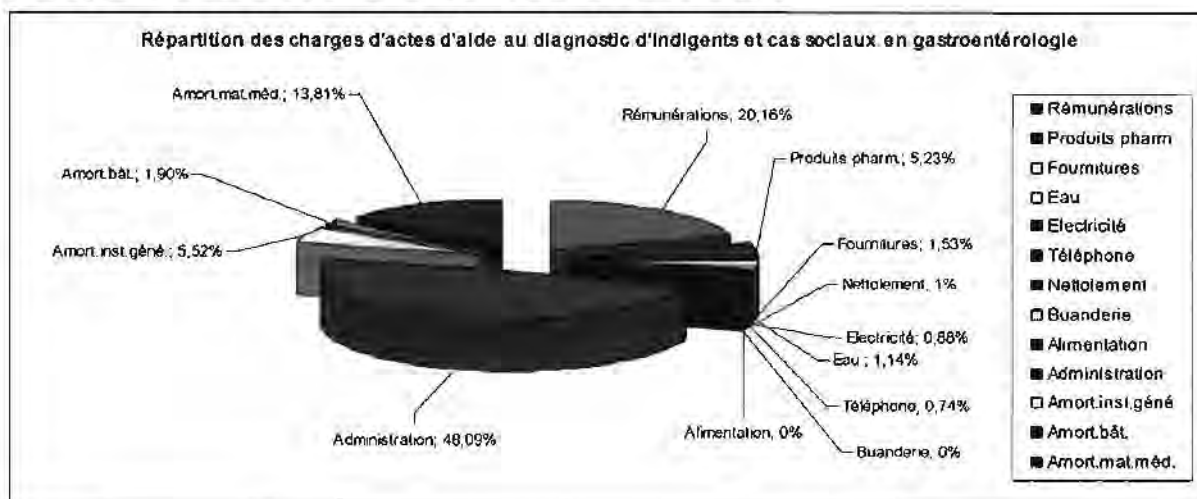
Graphique 14: Illustration graphique des charges de consultation d'indigents au service de gastro-entérologie



2.8.2 Détermination des coûts d'actes d'aide au diagnostic

Le coût global des actes d'aide au diagnostic du service de gastro-entérologie s'élève à 19.464.760,9 FCFA, soit 51,40% des coûts de ce service. Les indigents et cas sociaux y représentent 2,67%, c'est-à-dire 519.709,12 FCFA et le coût moyen d'un examen d'endoscopie revient à 34.647,27 FCFA. Les constituants essentiels de ce coût sont les charges administratives (48,09%), les rémunérations (20,16%), les produits pharmaceutiques (5,22%) et les amortissements de 21,23% dont 13,81% pour le matériel médical. Le graphique 15 résume ces statistiques détaillées au tableau XXVIII de l'annexe 5.

Graphique 15: Illustration graphique des charges d'actes d'aide au diagnostic d'indigents et cas sociaux au service de gastro-entérologie



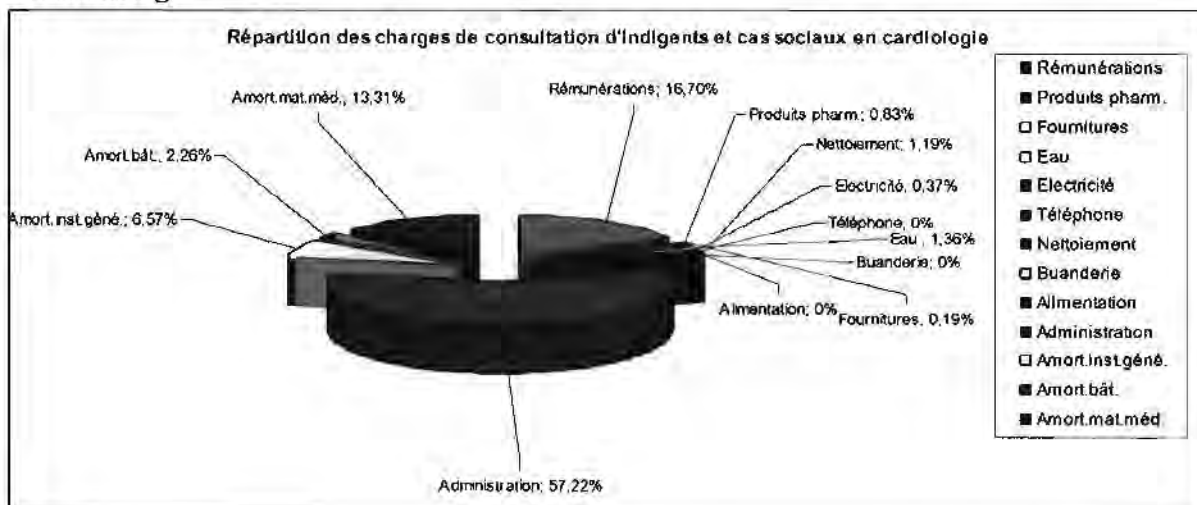
2.9 Service de cardiologie

A l'instar du service précédent, celui de cardiologie dispense les consultations et les examens. Il s'agit ici des électrocardiogrammes.

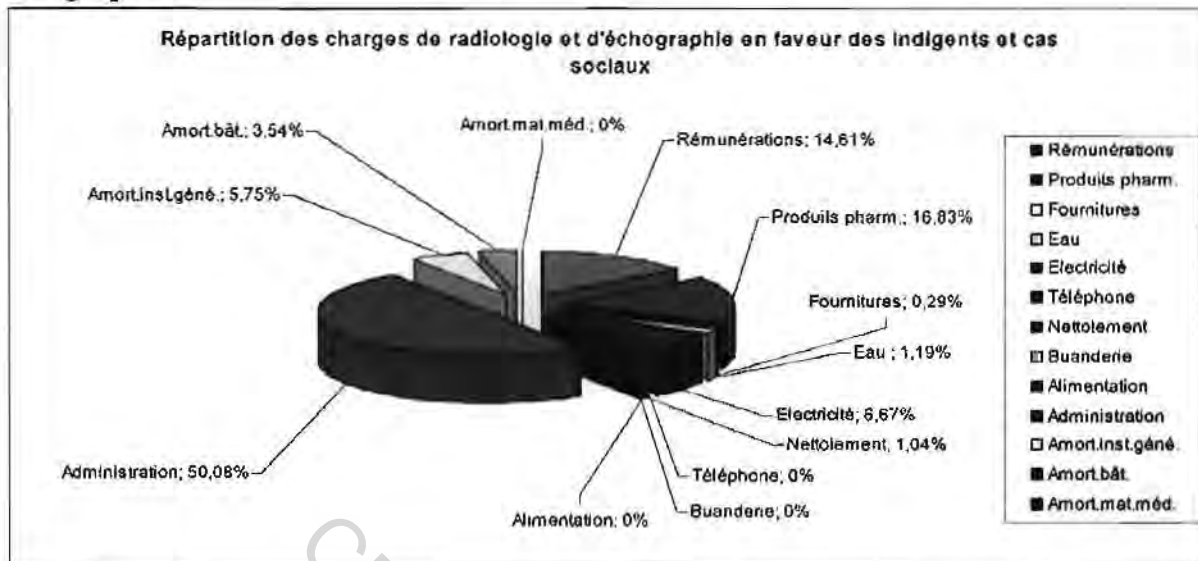
2.9.1 Détermination des coûts de consultation

Le coût global des consultations du service de cardiologie s'élève à 16.360.022,7 FCFA, soit 49,06% des coûts de ce service. Les indigents et cas sociaux y représentent 0,41%, c'est-à-dire 67.076,09 FCFA et le coût moyen d'une consultation revient à 12.358,7 FCFA. Ce coût est dominé par les charges administratives (57,22%), les rémunérations (16,70%) et les amortissements de 22,14% dont 13,31% pour le matériel médical. Le graphique 16 résume ces statistiques détaillées au tableau XXIX de l'annexe 5.

Graphique 16: Illustration graphique des charges de consultation d'indigents au service de cardiologie



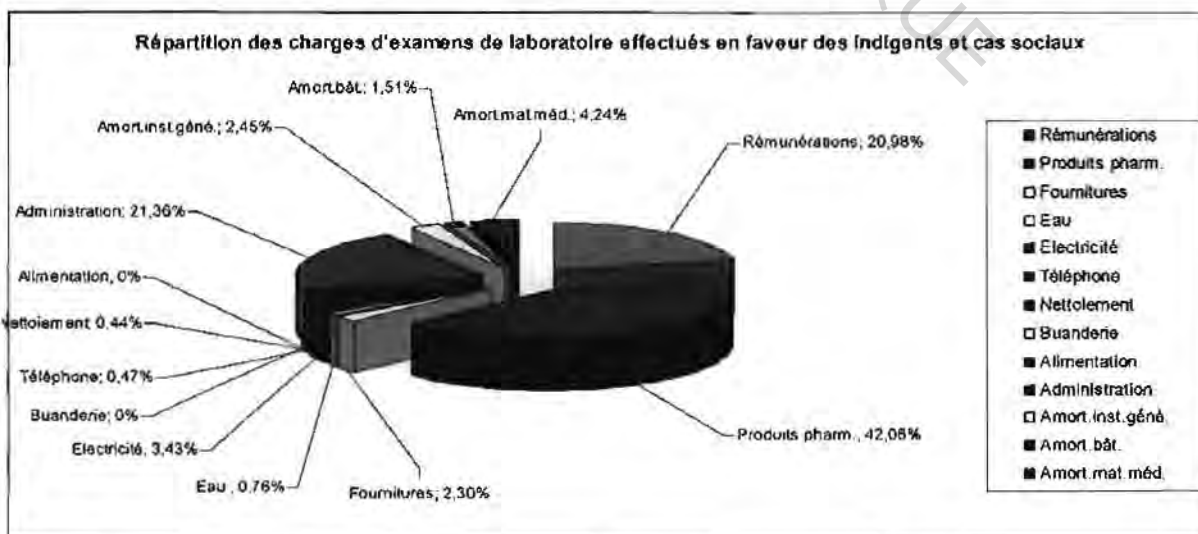
Graphique 18: Illustration graphique des charges d'examens de radiologie et échographie



2.11 Détermination des coûts d'examens de laboratoire

Le coût global du service de laboratoire est de 87.643.223 FCFA. La part des indigents y est de 0,46%, soit 403.158,83 FCFA et le coût moyen d'un examen de laboratoire est de 2015,79 FCFA. Les charges saillantes ici sont les produits pharmaceutiques (42,05%), les rémunérations (20,98%), l'administration (21,36%) et les amortissements de 8,20%. Le graphique 19 résume ces statistiques détaillées au tableau XXXII de l'annexe 5.

Graphique 19: Illustration graphique des charges d'examens de laboratoire en faveur des indigents et cas sociaux



Une fois déterminés les coûts des différentes prestations par service, nous pouvons à présent en faire la synthèse, dans le but de dégager les ordres de grandeur des prestations et des services.

Section 3 : SYNTHESE DES COÛTS PAR SERVICE ET PAR PRESTATION

Cette synthèse résumée au tableau 38, montre d'abord que le coût réel des indigents et cas sociaux s'élève à 38.064.761 FCFA en 2005. Il représente 1,85% des ressources du CHAN, de 2.055.859.556 FCFA et 8,03% de ses recettes internes. Si ce coût paraît négligeable par rapport aux ressources de l'hôpital, il ne l'est pas du tout par rapport aux recettes internes. Or, celles-ci jouent un rôle fondamental dans le fonctionnement de l'hôpital et le maintien d'un climat social serein en son sein. Notre synthèse établit ensuite, d'une part le poids de chaque prestation fournie aux indigents et cas sociaux par rapport aux ressources, d'autre part la charge de coût supporté par chaque service.

3.1 Ordre de grandeur des coûts des prestations par rapport au budget de l'hôpital

1) Hospitalisations :

Avec 20.780.953 FCFA, elles constituent le premier objet de coût d'indigent et cas sociaux pour l'hôpital dont elles absorbent 1,01% du budget. Par ailleurs, elles représentent 54,59% des coûts des prestations fournies à ces malades. Tous services confondus, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation revient à 15.578 FCFA.

2) Interventions chirurgicales :

Avec 12.880.846 FCFA, elles constituent le second objet de coût d'indigent et cas sociaux pour l'hôpital dont elles absorbent 0,93% du budget. Par ailleurs, elles représentent 33,84% des coûts des prestations fournies à ces malades. Tous genres confondus, le coût moyen d'une intervention chirurgicale revient à 153.343 CFA.

3) Consultations :

Elles arrivent en troisième position avec 3.001.979 FCFA, soit 7,89% des prestations d'indigents et cas sociaux et 0,15% du budget. Le coût moyen d'une consultation s'établit à 8.553 FCFA, tous genres confondus.

4) Actes d'aide au diagnostic :

Le coût global de tous les actes d'aide au diagnostic (endoscopie, électrocardiogrammes, imagerie médicale et examens de laboratoires) pour les indigents et cas sociaux s'élève à 1.290.938 FCFA, soit 3,39% des coûts de ces malades et 0,06% du budget du CHAN en 2005.

En rapportant cette somme à l'effectif des 254 bénéficiaires, il s'en suit un coût moyen de 5.083 FCFA, indépendamment de la nature de l'acte.

5) Actes d'intervention de la maternité :

Ils s'avèrent l'objet le moins coûteux avec 110.045 FCFA, soit 0,29% des coûts de la population en étude et 0,01% du budget de l'hôpital.

3.2 Ordre de grandeur des coûts d'indigents dans les services

Par rapport aux différentes prestations fournies aux indigents et cas sociaux, la répartition du poids supporté par les services concernés est la suivante :

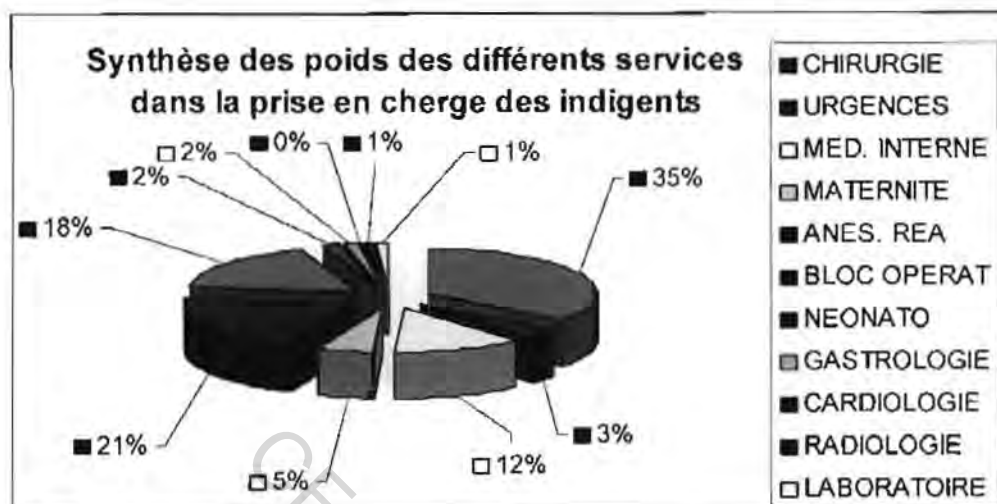
- 1) Service de la chirurgie : 35,47% ;
- 2) Réanimation : 20,95% ;
- 3) Bloc opératoire : 17,57% ;
- 4) Médecine interne : 12,26% ;
- 5) Maternité : 5,15% ;
- 6) Accueil et urgences : 3,23% ;
- 7) Néonatalogie : 1,63% ;
- 8) Gastro-entérologie : 1,53% ;
- 9) Laboratoire : 1,06% ;
- 10) Radiologie : 0,86% ;
- 11) Cardiologie : 0,28%.

Le tableau 38 et le graphique 20 résument tout ce qui précède.

Tableau XXXVIII. Synthèse générale des coûts par prestation et par service

SERVICES	Consultations	Hospitalisations	Actes de la maternité	Interventions chirurg.	Examens	TOTAL	%
CHIRURGIE	2 300 535	6 781 459	0	4 419 655	0	13 501 649	35,47
URGENCES	201 163	1 029 325	0	0	0	1 230 489	3,23
MED. INTERNE	0	4 666 999	0	0	0	4 666 999	12,26
MATERNITE	85 344	1 766 618	110 045	0	0	1 962 007	5,15
ANES. REA	207 546	5 993 240	0	1 772 568	0	7 973 354	20,95
BLOC OPERAT	0	0	0	6 688 623	0	6 688 623	17,57
NEONATO	75 902	543 312	0	0	0	619 214	1,63
GASTROLOGIE	64 412	0	0	0	519 709	584 121	1,53
CARDIOLOGIE	67 076	0	0	0	39 073	106 149	0,28
RADIOLOGIE	0	0	0	0	328 997	328 997	0,86
LABORATOIRE	0	0	0	0	403 159	403 159	1,06
TOTAL	3 001 979	20 780 953	110 045	12 880 846	1 290 938	38 064 761	100
%	7,89%	54,59%	0,29%	33,84%	3,39%	100%	
% BUDGET	0,15%	1,01%	0,01%	0,63%	0,06%	1,85%	

Graphique 20: Illustration graphique de la répartition des coûts de prise en charge d'indigents entre les services



Chapitre 6 : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

Erare humanum est (l'erreur est humaine)

Maxime latine

Nos commentaires et discussions porteront tour à tour sur :

- la durée moyenne d'hospitalisation des indigents et le volume de la demande,
- la structure des coûts et le poids supporté par chaque service,
- les taux de recouvrement.

Quant aux recommandations, elles partiront essentiellement de nos observations et analyses.

Section 1 : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS DES RESULTATS

1.1 La durée moyenne d'hospitalisation des indigents et l'ampleur de la demande.

1.1.1 La durée moyenne d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation des indigents vaut 3,8 fois la moyenne générale et 3,92 fois celle des non indigents. Ce résultat confirme ceux des études réalisées au CHU de FANN, au CHU de Yopougon et au CHN de Nouakchott, selon lesquels la durée de séjour des indigents est de loin supérieure à celle des non indigents. Cependant, notre étude étend l'explication de ce phénomène au-delà du cadre clinique. En effet, selon nos sources, la durée de séjour des indigents et cas sociaux au CHAN s'explique surtout par les procédures administratives d'identification et de prise en charge financière de ces malades dont le statut d'indigence ne se découvre qu'au moment du règlement des frais. Ce retard de dépistage entraîne celui des enquêtes et partant allonge la durée de séjour des malades déjà guéris. A partir de la moyenne calculée, nous pouvons estimer à 983 le nombre de journées supplémentaires liées à l'état d'indigence ou cas social, entraînant pour l'hôpital un manque à gagner de 2.949.000 FCFA au tarif de 3.000 F en vigueur. En termes de coûts, ce supplément correspond à 15.313.174 FCFA au regard du coût moyen calculé de la journée d'hospitalisation.

1.1.2 L'ampleur de la demande

Le rapport officiel fait état de 221 cas d'indigents. Cependant, si généralement les indigents hospitalisés sont référés au service social pour exonération partielle ou totale des frais, il en va autrement des consultations. Ainsi, le nombre de 221 autant que notre estimation de 351,

nous paraît de loin en deçà de l'effectif réel. Nous commenterons par objet de coût, l'accent étant mis sur ceux où sont pressentis les plus grands écarts par rapport à la réalité.

1.1.2.1 Les consultations

Le service social n'enregistre des cas de consultation que de manière incidente, dans le cadre des prises en charge globales. De nombreux indigents adoptent l'attitude du passager clandestin en évitant les paiements. Ils se rendent, auprès des médecins, soit directement, soit avec l'aide d'un personnel. Dans l'un et l'autre cas, le médecin rend service par solidarité ou par sympathie et le cas n'est pas toujours enregistré. En tout état de cause, les médecins rencontrés avouent « aider » toute l'année, beaucoup de patients, formalité. Le nombre de consultations traité est donc sous estimé. Cette difficulté explique que les seuls services de la chirurgie et des urgences où nous avons pu obtenir des estimations minimales, totalisent 75,78% des cas de consultation étudiés.

1.1.2.2 Les hospitalisations

Le nombre de journées d'hospitalisations comporte également un biais lié à la qualité des informations communiquées au service social. En effet, afin de limiter la durée de séjour et des coûts supplémentaires, il arrive que les indigents bénéficient des remises des journées d'hospitalisation à partir des services hospitaliers, avant l'étude du service social. Cependant, compte tenu de la difficulté d'évaluer ce biais, nous nous sommes contentés des données officielles, tout en restant conscients que les journées non évaluées avaient un coût.

1.1.2.3 Les Actes d'intervention des services en dehors du bloc opératoire

De ces actes, nous n'avons retenu que ceux de la maternité qui sont par ailleurs sous estimés. En effet, le 24 cas recensés sont ceux ayant été suivis d'une hospitalisation au service de la chirurgie. Or, de nombreuses interventions réalisées dans des services ne nécessitent pas d'hospitalisation. Il en est ainsi notamment à la maternité et au service des urgences. Par manque de temps nous exigeant de restreindre la portée de notre étude, nous n'avons pu les prendre en compte. Cependant, les actes locaux du service des urgences ont rapporté 4.065.000 FCFA en 2005, et des indigents en ont bénéficié.

1.2 La structure des coûts et le poids supporté par chaque service

Cette partie vise à dégager la tendance générale des coûts par prestation et en fonction de leur poids pour les différents services. Nos résultats confirment l'importance des rémunérations et

des charges administratives, relevée dans les études précédentes. Nous procéderons par objet de coût.

1.2.1 Analyse des consultations

La structure des charges de consultation est résumée au tableau 47, qui montre que leur coût global s'élève à 3.001.979 FCFA et le service de la chirurgie en totalise 76,63%. Cette prédominance s'explique par le fait que nous avons regroupé le service de gynécologie dénommé « chirurgie - femmes » et celui dit « chirurgie - hommes ». La structure des coûts montre qu'avec 59,70%, les charges de rémunération dominent les consultations, suivies de l'administration avec 23,73%, soit moins de la moitié, et des amortissements (7,7%). La cardiologie présente le coût de consultation le plus élevé avec 22.359 FCFA et la maternité le coût le plus bas avec 1.855 FCFA. Le tableau 39 qu'illustre le graphique 21 présente ces résultats.

Tableau XXXIX. Présentation des coûts généraux de consultation

Charges	CHIRUR GIE	URGEN CES	MATER NITE	ANES. REA	NEO NATO	GASTRO	CAR DIO	TOTAL	%
Rémunérations	1 620 937	49 846	11 327	54 625	30 551	13 734	11 204	1 792 225	59,70
Produits pharm.	41 768	40 292	22 084	21 926	1 301	890	556	128 817	4,29
Fournitures	3 980	783	1 947	298	709	446	126	8 288	0,28
Eau	9 346	2 888	1 333	622	311	777	911	16 187	0,54
Electricité	17 837	1 396	687	5 895	1 624	150	247	27 836	0,93
Téléphone	9 487	2 949	396	866	491	505	0	14 694	0,49
Nettoieinent	6 538	1 262	466	2 175	408	680	796	12 326	0,41
Buanderie	9 232	348	707	145	646	0	0	11 078	0,37
Alimentation	20 477	7 118	13 870	3 066	2 555	0	0	47 085	1,57
Administration	420 143	60 850	22 468	104 849	32 765	32 765	38 382	712 222	23,73
Amort.inst.géné.	60 324	6 989	2 581	12 043	3 764	3 764	4 409	93 873	3,13
Amort.bât.	80 069	26 443	7 478	1 035	776	1 294	1 516	118 612	3,95
Amort.mat.méd.	399	0	0	0	0	9 407	8 929	18 735	0,62
Total	2 300 535	201 163	85 344	207 546	75 902	64 412	67 076	3 001 979	100
%	76,63%	6,70%	2,84%	6,91%	2,53%	2,15%	2,23%	100%	
Nbre Indigents	207	59	46	13	8	15	3	351	
Coût unitaire	11 114	3 410	1 855	15 965	9 488	4 294	22 359	8 553	

Graphique 21: Illustration graphique de la répartition du poids des coûts généraux de consultation d'indigents entre services

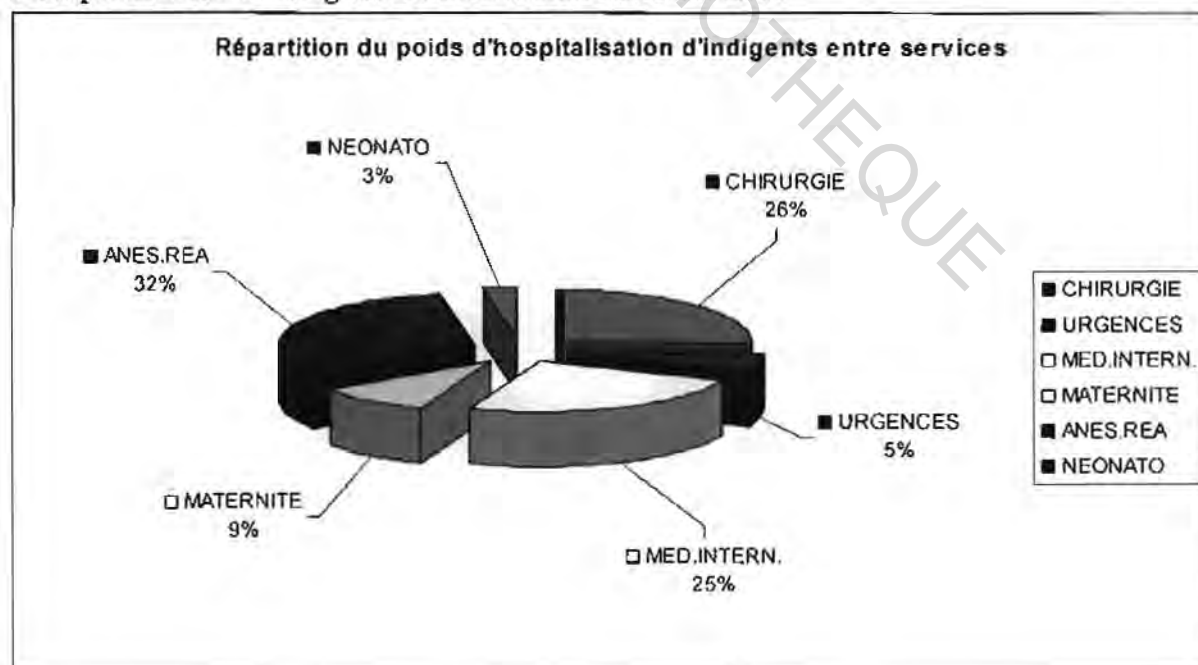


1.2.2 Analyse des hospitalisations

La structure des charges d'hospitalisation est résumée au tableau 48, qui montre que leur coût global s'élève à 20.780.953 FCFA et le service de la chirurgie en totalise encore la part la plus grande avec cette fois 32,63%. Les rémunérations en constituent aussi la part relative la plus importante (43,81%), tandis que les coûts de l'administration et des amortissements restent proches de ceux relatifs à la consultation. L'importance des produits pharmaceutiques s'accroît en hospitalisation. Le coût de la journée d'hospitalisation le plus fort s'observe à la réanimation (99.887FCFA) et le plus faible à la maternité (5.968 FCFA). Le tableau 41 et le graphique illustratif 22 résument ces commentaires.

Tableau XL. Présentation des coûts généraux d'hospitalisation

Charges	CHIRUR GIE	URGEN CES	MED. INTER	MATER NITE	ANES.REA	NEO NATO	TOTAL	%
Rémunérations	4 304 007	182 001	2 228 932	266 893	1 950 901	171 960	9 104 695	43,81
Produits pharm.	277 261	220 675	502 306	480 337	1 174 597	65 915	2 721 092	13,09
Fournitures	26 418	17 145	6 585	42 348	22 320	15 967	130 784	0,63
Eau	294 689	15 815	107 953	86 962	59 974	7 001	572 396	2,75
Electricité	118 402	7 648	177 489	41 118	568 429	21 330	934 414	4,50
Téléphone	70 848	16 152	30 069	19 378	41 762	11 051	189 259	0,91
Nettoyement	25 316	6 915	18 879	10 139	34 961	5 357	101 566	0,49
Buanderie	137 886	7 615	73 176	46 135	14 019	14 549	293 380	1,41
Alimentation	67 963	38 982	106 434	301 673	147 825	14 381	677 258	3,26
Administration	1 045 865	333 269	909 936	325 780	1 685 067	184 421	4 484 338	21,58
Amort.inst.géné.	100 110	38 280	104 519	37 420	193 553	21 183	495 066	2,38
Amort.bât.	310 046	144 827	400 721	108 435	99 833	10 198	1 074 060	5,17
Amort.mat.méd.	2 648	0	0	0	0	0	2 648	0,01
Total	6 781 459	1 029 325	4 666 999	1 766 618	5 993 240	543 312	20 780 953	100
%	32,63%	4,95%	22,46%	8,50%	28,84%	2,61%	100,00%	
Nbre Jnées Hosp.	590	36	282	296	60	70	1 334	
Coût unitaire	11 494	28 592	16 550	5 968	99 887	7 762	15 578	

Graphique 22: Illustration graphique de la répartition du poids des coûts d'hospitalisation d'indigents et cas sociaux entre services


1.2.3 Analyse des actes d'aide au diagnostic

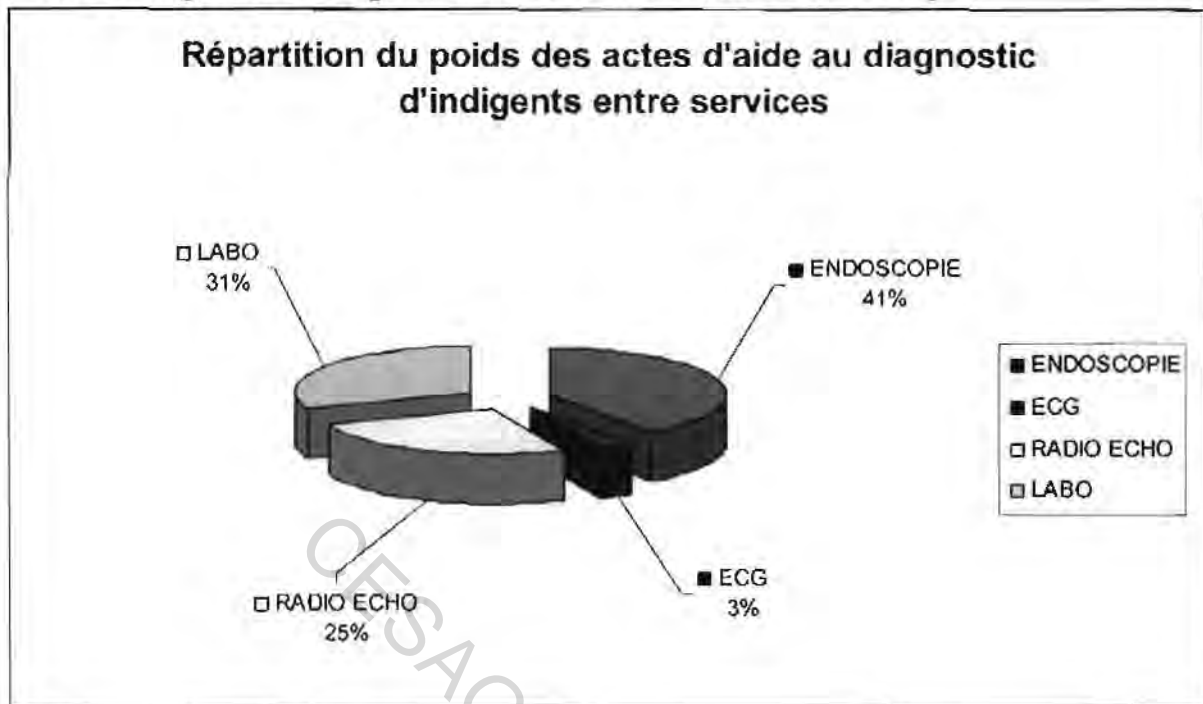
La structure des charges d'aide au diagnostic est résumée au tableau 41, qui montre que leur coût global s'élève à 1.290.938 FCFA. Les examens d'endoscopie y ont la plus grande part avec 40,26% et la moyenne la plus élevée avec 34.647 FCFA. Ceux de laboratoire arrivent en deuxième position, aussi bien en proportion globale (31,23%) qu'en termes de coût unitaire (2.016FCFA). Les charges administratives constituent 40% des charges de ces actes, suivis des produits pharmaceutiques (19,62%) et des rémunérations (18,88%).

Le fait le plus remarquable de cette répartition est que, bien que les examens de laboratoire possèdent la plus forte demande, ce sont les électro cardiogrammes de l'ordre de plus de 13 fois inférieurs en volume qui présentent les coûts totaux les plus élevés.

Tableau XLI. Présentation des coûts généraux d'actes d'aide au diagnostic

Charges	ENDOSCOPIE	ECG	RADIO+ECHO	LABO	TOTAL	%
Rémunérations	104 769	6 285	48 097	84 592	243 743	18,88
Produits pharm.	27 147	1 247	55 367	169 513	253 275	19,62
Fournitures	7 936	165	942	9 267	18 311	1,42
Eau	5 931	511	3 909	3 065	13 416	1,04
Electricité	4 589	553	21 929	13 835	40 906	3,17
Téléphone	3 854	0	0	1 897	5 752	0,45
Nettoieement	5 186	447	3 418	1 787	10 838	0,84
Buanderie	0	0	0	0	0	0
Alimentation	0	0	0	0	0	0
Administration	249 952	21 531	164 762	86 126	522 371	40,46
Amort.inst.géné.	28 710	2 473	18 925	9 893	60 001	4,65
Amort.bât.	9 872	850	11 646	6 088	28 457	2,20
Amort.mat.méd.	71 763	5 009	0	17 096	93 868	7,27
Total	519 709	39 073	328 997	403 159	1 290 938	100
%	40,26%	3,03%	25,49%	31,23%	100%	
Nbre Actes	15	3	36	200	254	
Coût unitaire	34 647	13 024	9 139	2 016	5 082	

Graphique 23: Illustration graphique de la répartition du poids des coûts des actes d'aide au diagnostic d'indigents et cas sociaux entre services techniques



1.3 Le recouvrement des coûts

Nous définissons le taux de recouvrement comme le rapport du tarif fixé ou moyen par le coût calculé pour 100 prestations. L'étude montre que dans l'ensemble, les tarifs pratiqués par le CHAN se situent largement en deçà des coûts réels. Le fait le plus frappant est que, à prestations semblables, les plus grands pourvoyeurs de recettes internes, à savoir la maternité (26,16%) et le laboratoire (24,03%) ont également les coûts unitaires les plus faibles et les meilleurs taux de recouvrement des coûts.

1.3.1 Recouvrement des coûts de consultation

Le tableau 42 montre qu'en dehors de la maternité qui a un taux de recouvrement de 161,70% et du service de gastro-entérologie où il est de 69,86%, toutes les autres consultations se font à un recouvrement inférieur à 50%, le taux le plus faible apparaissant en cardiologie (13,42%). Ces faibles taux s'expliquent par la faiblesse des frais exigés aux patients et confirment la vocation sociale et de proximité du CHAN. Pour combler les écarts notés, un soutien extérieur substantiel s'avère nécessaire, d'autant plus que l'hôpital vit actuellement un réel ralentissement d'activités. Les services de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cardiologie méritent une attention particulière.

Tableau XLII. Présentation schématique du recouvrement des coûts de consultation

Tarifs et taux de recouvrement	CHIRURGIE	URGENCES	MATERNITE	ANES.REA	NEONATO	GASTRO	CARDIO
Tarif fixé ou moyen dû (1)	3 000	1 500	3 000	5 000	3 000	3 000	3 000
Coût calculé (2)	11 113,70	3 409,55	1 855,31	15 965,04	9 487,72	4 294,14	22 358,70
Ecart: (1)-(2)	-8 113,70	-1 909,55	1 144,69	-10 965,04	-6 487,72	-1 294,14	-19 358,70
Taux de recouvrement (1)/(2)	26,99%	43,99%	161,70%	31,32%	31,62%	69,86%	13,42%

1.3.2 Recouvrement des coûts d'hospitalisation

Le tableau 43 montre qu'en dehors de la maternité qui présente un taux de recouvrement de 50,27%, tous les autres services ont des taux inférieurs à 40%. Cette situation est préjudiciable au fonctionnement de l'hôpital et en l'absence d'un appui des pouvoirs publics et des partenaires, peut conduire à un quasi arrêt des activités sensibles notamment de chirurgie, particulièrement sollicitées au CHAN. Un accent particulier devrait être mis sur les services des urgences, de médecine interne et de la réanimation dont les taux de recouvrement sont respectivement de 17,49%, 18,13% et 20,02%.

Tableau XLIII. Présentation schématique du recouvrement des coûts d'hospitalisation

Tarifs et taux de recouvrement	CHIRURGIE	URGENCES	MEDECINE INTERNE	MATERNITE	ANESTHESIE REA	NEO NATO
Tarif fixé ou moyen dû (1)	3 000	5 000	3 000	3 000	20 000	3 000
Coût calculé (2)	8 167,52	28 592,37	16 549,64	5 968,30	99 887,34	7 761,61
Ecart: (1)-(2)	-5 167,52	-23 592,37	-13 549,64	-2 968,30	-79 887,34	-4 761,61
Taux de recouvrement (1)/(2)	36,73%	17,49%	18,13%	50,27%	20,02%	38,65%

1.3.3 Recouvrement des coûts d'actes d'aide au diagnostic

A l'inverse des consultations et des hospitalisations, les actes d'aide au diagnostic présentent des taux plus satisfaisants, à l'exception des examens d'électrocardiogramme (38,39%). En particulier, avec un recouvrement à 209,59%, les examens de laboratoire confirment leur place déterminante en tant que source de recettes interne du CHAN. Compte tenu de la demande et de la faiblesse des coûts de production, ces résultats peuvent être améliorés par des investissements ciblés.

Tableau XLIV. Présentation schématique du recouvrement des coûts d'actes d'aide au diagnostic

Tarifs et taux de recouvrement	ENDOSCOPIE	RADIO+ECHO	ECG	LABO
Tarif fixé ou moyen dû (1)	25 000	10 805	5 000	4 225
Coût calculé (2)	34 647,27	9 138,81	13 024,30	2 015,79
Ecart: (1)-(2)	-9 647,27	1 666,19	-8 024,30	2 209,21
Taux de recouvrement (1)/(2)	72,16%	118,23%	38,39%	209,59%

1.3.4 Recouvrement des coûts d'actes d'aide au diagnostic

L'étude montre qu'avec 365,07%, les actes d'intervention locale de la maternité présentent le meilleur taux de recouvrement du CHAN. Dans l'ensemble, les rémunérations de la maternité sont les plus faibles en proportion dans différents objets de coût. Les résultats de ce service peuvent s'expliquer par une utilisation intensive de la main d'œuvre. L'investissement dans ce facteur de production par un renforcement des capacités peut en améliorer le rendement et partant la production globale, compte tenu de la fermeture actuelle de la maternité de l'hôpital Aristide Le Dantec. En revanche, le coût des examens de radiologie et d'échographie doit être relativisé puisque ces deux services étaient jumelés en 2005 et nous n'avons pas suffisamment intégré les charges spécifiques d'échographie.

Tableau XLV. Présentation sommaire du recouvrement des coûts d'intervention de la maternité

Tarifs et taux de recouvrement	Accouchements et actes connexes
Tarif fixé ou moyen dû (1)	16 739
Coût calculé (2)	4 585,19
Ecart: (1)-(2)	12 153,81
Taux de recouvrement (1)/(2)	365,07%

1.3.5 Recouvrement des coûts d'actes d'interventions chirurgicales du bloc opératoire

Le coût moyen calculé d'une intervention chirurgicale est de 153.343 FCFA et le tarif moyen pratiqué de l'ordre de 27.500 FCFA, soit un recouvrement de 17,93%. Cette prestation vitale possède par ailleurs la proportion de la demande d'indigents la plus élevée (10,63%). Ainsi, toute difficulté rencontrée par les services qui y concourent est fortement préjudiciable pour ces malades, vu les tarifs pratiqués ailleurs. Ces services requièrent donc un grand soutien.

Tableau XLVI. Présentation schématique du recouvrement des coûts d'interventions chirurgicales du bloc opératoire

Tarifs et taux de recouvrement	Interventions chirurgicales du bloc opératoire
Tarif fixé ou moyen dû (1)	27 500
Coût calculé (2)	153 343,40
Ecart: (1)-(2)	-125 843,40
Taux de recouvrement (1)/(2)	17,93%

En définitive, le coût de la prise en charge des indigents et cas sociaux au Centre Hospitalier ABASS-NDAO n'est pas négligeable. Entre les montants payés par ces malades (4.727.000 FCFA) et les coûts réels (38.064.761 FCFA), l'écart de 33.337.761 FCFA représente 1,62%

par rapport aux ressources globales, mais 7,03% par rapport aux recettes de l'hôpital. Ces données étant des sous évaluations en raison de nombreux cas non pris en compte, il y a lieu d'envisager des mesures efficaces pour une gestion plus rationnelle de l'hôpital en général, celle des indigents et cas sociaux en particulier.

Section 2 : RECOMMANDATIONS.

Compte tenu du coût élevé de la prise en charge des malades ne participant que faiblement ou pas du tout au financement de l'hôpital, les résultats de la présente étude nous inspirent les recommandations dans trois directions visant à :

- maîtriser les coûts,
- alléger les charges et
- accroître les ressources de l'hôpital.

2.1 Pour la maîtrise des coûts

- L'hôpital est une entité micro économique dont la gestion rationnelle requiert une maîtrise des coûts. Celle-ci nécessite un instrument de gestion prévisionnelle non encore disponible au Centre Hospitalier ABASS-NDAO. Il importe donc d'y instaurer un système de comptabilité analytique, pour permettre des demandes de dotation en adéquation avec les besoins réels de l'hôpital.
- La maîtrise des coûts passe par une maîtrise des effectifs. Or, de nombreux indigents et « cas sociaux » échappent au circuit formel et notamment au suivi du service social, ce qui empêche toute évaluation conséquente des coûts réels liés à leurs soins. Il y a donc lieu de réglementer le circuit des malades depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'à l'accès aux médecins, afin de réduire le phénomène des prestations informelles et incontrôlées.
- Le suivi physique des malades indigents et cas sociaux devrait être accompagné d'un suivi statistique à différents niveaux ; d'où la nécessité d'enregistrer systématiquement tous les indigents et cas sociaux lors de chaque prestation.
- Le personnel de l'hôpital contribue dans une large mesure au non paiement des prestations par des malades. A cet égard, il convient de sensibiliser le personnel sur les travers d'une utilisation abusive des faveurs aux personnes tierces.
- Enfin, le service social joue un rôle essentiel dans le suivi et la gestion des indigents et cas sociaux. Il convient donc de renforcer les capacités de ce service par l'installation des logiciels informatiques appropriés pour lui permettre de produire des documents et analyses aux fins de gestion.

2.2 Pour l'allègement des charges

Il est évident que plus les charges de l'hôpital sont élevées, plus coûteuses le sont ses prestations et dans ces conditions, en l'absence d'un appui financier extérieur subséquent, il est obligé de suspendre ses prestations à défaut d'accroître les tarifs pour maintenir la qualité de ses soins. Ainsi, certains services sensibles du CHAN ont connu récemment un arrêt d'activités préjudiciable aux indigents et cas sociaux. De même, le long séjour hospitalier avéré des indigents est apparu comme une cause de consommation supplémentaire des ressources. Des actions pourraient donc être menées à trois niveaux :

- Au niveau de l'Etat, compte tenu de ses tarifs suffisamment bas, le CHAN peut être défiscalisé, d'autant plus que le coût des indigents et cas sociaux (38.064.761 FCFA) et équivalent aux charges liées aux impôts et taxes indirectes (39.573.073 FCFA).
- Au niveau de la coopération internationale, le CHAN pourrait rechercher un parrainage de ses services les plus sensibles, notamment la chirurgie, la réanimation et le bloc opératoire. Le (s) parrain (s) pourrai(en)t financer ou apporter en nature des médicaments ou toute autre ressource rentrant dans le cadre des interventions chirurgicales d'indigents et cas sociaux, atténuant ainsi leurs coûts pour l'hôpital.
- Au niveau de l'hôpital, au plan général, il est nécessaire de mettre en place un mécanisme interne de dépistage précoce des indigents afin de réduire leur durée d'hospitalisation et les charges supplémentaires en cas d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale. A cet égard, l'instauration d'une caution préalable pourrait permettre de repérer les malades ayant des difficultés de paiement.

Sur un plan spécifique, nous recommandons vivement de renforcer et de diversifier les moyens d'intervention du service social aux fins d'enquêtes promptes pour réduire la durée d'hospitalisation des malades et démasquer à temps les faux indigents.

2.3 Pour l'accroissement des recettes de l'hôpital

Le fonctionnement harmonieux du CHAN dépend de ses sources de financement à savoir l'Etat, la Mairie de Dakar, la coopération luxembourgeoise et les populations. Nos résultats nous inspirent des recommandations à trois niveaux : l'Etat, la mairie et l'hôpital.

- Au niveau de l'Etat : Il est impérieux que l'Etat donne au CHAN des allocations budgétaires tenant suffisamment compte de sa vocation d'instrument de lutte contre la pauvreté et de promotion de l'équité d'accès aux soins. Une dotation annuelle couvrant les coûts liés aux indigents et cas sociaux devrait être prévue en marge du budget de fonctionnement de l'hôpital, et faire l'objet d'une évaluation périodique. A défaut, l'Etat pourrait mettre en place une procédure spéciale ou simplifiée, pour permettre à l'hôpital de rentrer dans ses frais sans délais.

- Au niveau de la mairie : le CHAN étant une institution spéciale de la mairie, nous recommandons de celle-ci l'instauration et le reversement à l'hôpital, d'une taxe de solidarité municipale pour appuyer son action en faveur des indigents et cas sociaux.
- Au niveau de l'hôpital, des efforts sont nécessaires pour couvrir en partie les déficits nés de la prise en charge des indigents et cas sociaux. A cet effet, nous recommandons de :
 - Renforcer les capacités du personnel par la formation, notamment des services de la maternité et du laboratoire qui sont les plus grands pourvoyeurs des recettes afin de maintenir ou d'accroître leur productivité,
 - Accroître l'investissement au service du laboratoire pour améliorer sa capacité de production,
 - Elaborer une grille de référence assortie des prestations qui ne sauraient être exonérées, pour inciter aux paiements,
 - Lutter contre le phénomène du « passager clandestin » au CHAN,
 - Sensibiliser par l'information et la communication, le personnel et les populations solvables, sur le fait que **l'indigence est un état accidentel et non une vertu à promouvoir.**

CONCLUSION

« Ce que j'ai fait, je te le jure (...), jamais aucune bête ne l'aurait fait. »

Antoine de Saint EXUPERY

(Terre des hommes.)

Notre question de départ portait sur l'adéquation entre les moyens et les objectifs assignés au Centre Hospitalier ABASS NDAO de Dakar, établissement social de la municipalité appelé à lutter contre la pauvreté par la promotion de l'équité d'accès aux soins de santé, lié en même temps par les contraintes de la réforme hospitalière. Pour nous prononcer sur cette question, nous avons mené une étude analytique de cas. Celle-ci a consisté en une évaluation des coûts des différentes prestations assurées aux malades indigents et cas sociaux reçus dans cet hôpital au cours de l'année 2005. Cette évaluation menée avec la méthode des coûts complets avec sections homogènes a permis de dégager les principaux résultats ci-après :

1. Le coût global de la prise en charge d'indigents et cas sociaux est évalué à 38.064.760 FCFA, soit 1,85% du budget global et 8,03% des recettes de l'hôpital. Cette dernière proportion renforcée par le phénomène des prestations non enregistrées, nous fonde à affirmer que le coût de la prise en charge des patients soumis à l'étude n'est pas négligeable par rapport aux recettes internes de l'hôpital, ce qui confirme l'hypothèse de départ. Ce coût se répartit comme suit entre les prestations par ordre de grandeur décroissante :
 - 1) hospitalisations : 20.780.953 FCFA, soit 54,59% des coûts équivalents à 1,01% du budget de l'hôpital tandis que le coût moyen de la journée d'hospitalisation s'élève à 13.637,86 FCFA;
 - 2) interventions chirurgicales : 12.880.846 FCFA, soit 33,84% des coûts équivalents à 0,63% du budget de l'hôpital ; le coût moyen d'une intervention chirurgicale s'élevant à 153.343 FCFA ;
 - 3) consultations : 3.001.979 FCFA, soit 7,89% des coûts équivalents à 0,15% du budget de l'hôpital ; le coût moyen d'une consultation étant de 8.553 FCFA;
 - 4) actes d'aide au diagnostic : 1.290.938 FCFA, soit 3,39% des coûts équivalents à 0,06% du budget de l'hôpital. Les coûts moyens de ces actes sont de 34.647 FCFA pour l'endoscopie, 13.024 FCFA pour l'électrocardiogramme, 9.039 FCFA pour la radio et 2016 FCFA pour le laboratoire ;
 - 5) actes d'intervention de la maternité : 110.044,56 FCFA, soit 0,29% des coûts et 0,01% du budget de l'hôpital, le coût moyen étant de 4.585 FCFA.
2. S'agissant de la structure des coûts, les charges dominantes sont :
 - 1) les rémunérations avec 17.991.536 FCFA, soit 47,27%,
 - 2) l'administration avec 7.728.279 FCFA, soit 20,30%,

- 3) les produits pharmaceutiques avec 5.828.500 FCFA représentant 15,31% des coûts ;
 - 4) les amortissements : 2.301.086 FCFA, soit 5,15% des coûts.
3. En ce qui concerne les coûts supportés par les services, la chirurgie a la plus grande partie avec 35,47%, suivie de la réanimation (20,95%), du bloc opératoire (17,57%) et de la médecine interne (12,26%).
 4. Les coûts unitaires des prestations sont généralement de loin supérieurs aux tarifs fixés, ce qui implique de faibles taux de recouvrement des coûts, à l'exception des actes de la maternité, des examens de laboratoire et des examens de radio et échographie qui présentent des taux respectifs de 365,07%, 209,59% et 118,07%. Dans ces conditions, le Centre Hospitalier ABASS-NDAO ne peut raisonnablement concilier les exigences de la réforme hospitalière avec son statut d'établissement destiné aux pauvres, sans un appui substantiel de ses financeurs, à savoir les pouvoirs publics (Etat et mairie de Dakar), les partenaires extérieurs, les bienfaiteurs et les malades non indigents.
 5. Il est assez difficile de connaître le nombre exact d'indigents et cas sociaux reçus au CHAN, ainsi que celui des prestations effectivement reçues par ces malades, de nombreux cas échappant au service social.

Nos résultats confirment ceux des études antérieures en ce qui concerne la faiblesse des recouvrements des coûts et la primauté des charges salariales. Le faible recouvrement des coûts rend difficile l'application des exigences de la réforme hospitalière dans la mesure où l'hôpital ne saurait maintenir son fonctionnement et la qualité de ses soins sans une augmentation substantielle de ses tarifs. En revanche, ces résultats relativisent le poids des charges administratives, tout en révélant celui non négligeable des produits pharmaceutiques dans la formation des coûts. Ces réalités nouvelles s'expliquent par la prise en compte des prestations telles que les divers examens et les interventions, jusqu'ici reléguées au second plan par les précédentes études.

Notre travail comporte néanmoins des limites. L'une d'elles tient à l'imprécision de certaines données estimées en l'absence des statistiques officielles qui ne présentent déjà pas d'harmonie entre les différents services. Une autre limite est inhérente aux imperfections de la méthode des coûts complets, notamment la subjectivité des unités d'œuvre. De même, il y a lieu de relever les aléas de l'application du calcul économique au domaine de la santé. Nées des principales conclusions sus énumérées, les différentes recommandations formulées tendent à permettre au Centre Hospitalier ABASS-NDAO : une plus grande maîtrise des coûts, un allègement substantiel des charges et un réel accroissement des ressources, pour une prise en charge des indigents et cas sociaux plus efficace et plus efficiente.

BIBLIOGRAPHIE

I-Ouvrages

1. AUDIBERT M., MATHONNAT J. et De ROODENBEKE E. (sd) : *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu* ; Karthala, 2003.
2. Banque Mondiale : *Rapport sur le développement dans le monde 2005 : un meilleur climat de l'investissement pour tous*.
3. BEJEAN S., *Economie du système de santé du marché à l'organisation*. Economica, 1994.
4. BREMOND J. Et GELEDAN A. : *Dictionnaire des sciences économiques et sociales*, Editions Belin.
5. CASTEL R., *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris : Fayard, 1995
6. CONTANDRIOPOULOS A.-P., POUVOURVILLE G. de, POUILLIER J.- P. et CONTANDRIOPOULOS D., A la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au xxième siècle, in *Santé Publique : Etat des lieux, enjeux et perspectives*, . (sd M.-P. POMEY et al) Ellipses, 2000, pp 662-663
7. COSSU C. : « Standard ». in *Encyclopédie des comptabilité, contrôle de gestion et audit* (sd Bernard COLASSE). Economica, 2000, pp. 1094-1103.
8. CREESE, A. and KUTZIN, J., *Lessons from cost recovery in health, in Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* C. Colclough, Ed. 1997, Clarendon press: Oxford.
9. DE RONGE Y., « Coûts », in *Encyclopédie des comptabilité, contrôle de gestion et audit* (sd Bernard COLASSE). Economica, 2000, pp.559-575.
10. DIALLO I. O. FALL et SARR A. : *L'Initiative de Bamako au Sénégal, in Innover dans les système de santé ; Expérience d'Afrique de l'Ouest*, J. BRUNET- JAILLY, Editor, Editions Karthala, Paris 1997; pp 209-218.
11. EVANS R.G., *Strained mercy: the economics of canadian health care*, Butterworth, Toronto, 1984.
12. GOULD J.P. et FERGUSON C.E. : *Théorie micro économique*, Edition Economica, 1982.

13. HULAUD-OUTY I., LEFRANC S. Et ISSAKA MAGA Y. : *Thèmes sanitaires et sociaux*. Editions Lamarre, 2005, p69.
14. KASSE, M. : *Sénégal de la crise à l'ajustement structurel*, Editions Nouvelles du Sud, Paris 1991.
15. LECLERE Didier : *L'essentiel en comptabilité analytique ; Analyser les coûts pour bien décider*. 4^{ème} édition, Editions d'Organisation, 2004.
16. MAJNONI d'INTIGNANO Béatrice : *Economie de la santé*, Presses Universitaires de France, 2001.
17. Ministère de la Santé Publique du Cameroun : *Stratégie sectorielle de santé 2001-2010* ; Edition 2002, p.48.
18. PNUD : *Rapport mondial sur le développement humain*, 1992, Edition Economica 1992.
19. PNUD : *Rapport mondial sur le développement humain*, 1998, Edition Economica 1998.
20. PNUD : *Rapport national sur le développement humain au Sénégal, gouvernance et développement humain*, 2001.
21. PNUD : *Rapport mondial sur le développement humain*, 2005 ; *la coopération internationale à la croisée des chemins : l'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités*.
22. POULLER Jean-Pierre : *La santé malade de ses comptes ?* in *Santé Publique : Etat des lieux, enjeux et perspectives.*, (sd POMEY M.-P et al) Ellipses, 2000, p.79
23. ROBERT P. : *Le Grand Robert de la langue française. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, deuxième édition, janvier 1996.
24. SAADA Toufik, BURLAUD Alain et SIMON Claude: *Comptabilité analytique et contrôle gestion*, Vuibert 3^{ème} éditions, 2005.
25. SALL Alioune (sd): *La compétitivité future des économies africaines* ; Editions Karthala, 2000.
26. SCHNEIDER-BUNNER Claude: *Santé et justice sociale: l'économie des systèmes de santé face à l'équité*. Economica, 1997.
27. VALTRIANI P., *La Lutte contre la pauvreté*, La Documentation française, coll. « Problèmes politiques et sociaux », juillet 1995

II -Etudes et rapports

1. DE LA ROQUE, M. and GALLAND, B. : *Le problème de l'équité et de l'accès à la Santé pour Tous : Etude sur l'identification et la prise en charge des situations de grande précarité en Guinée (Préfecture de Kissidougou)*, Centre International de développement et de recherche ; UNICEF. 1995
2. DIOP Ousseynou : *Analyse des dépenses médicales des Institutions de Prévoyance Maladie au Sénégal : impact du risque moral* ; mémoire de DESS en Economie de la Santé, CESAG 2004.
3. HARDEMAN WIN et al: Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in SOTNIKUM, CAMBODIA, in *Health policy and planning*, 19(1):22-32, Oxford University Press, 2004.
4. LETOURMY A. : *Assurance maladie obligatoire au Sénégal : analyse et voies d'amélioration*. Rapport de mission Ministère de la santé et des Affaires sociales de la République du Sénégal et PDRH1/santé, 1996
5. LOUM Makhtar D.N.: *Evaluation du coût de la prise en charge des indigents au niveau du CHU de FANN Dakar* ; mémoire de DESS en Economie de la santé, CESAG 2002.
6. MANI Brice Félicien : *Evaluation du coût de la prise en charge sanitaire des cas sociaux dans un Centre Hospitalier Universitaire : cas du CHU de YOPOUGON/Abidjan/Côte d'Ivoire* ; mémoire de DESS en Economie de la santé, CESAG 2004.
7. MBAYE SENE : *Accessibilité aux soins de santé au Sénégal ; contribution des mutuelles de santé*, mémoire de fin d'études, Université de Laval, 2001.
8. Ministère de l'Economie et des Finances du Sénégal, Direction de la Prévision et des Statistiques, Banque des Données sur les Indicateurs Sociaux du Sénégal 2003/2004
9. Ministère de l'Economie et des Finances du Sénégal, Direction de la Prévision et des Statistiques /Banque Mondiale : *Deuxième Enquête Sénégalaise auprès des Ménages 2001/2002*.
10. Ministère de l'économie et des finances, Direction de la prévision et de la statistique : *Résultats préliminaires du troisième recensement général de la population et de l'habitat, 2002*
11. Ministère de la santé et de la prévention médicale, Annuaire statistique 2003, juillet 2005.

12. MINT HABOTT Roughaya : *Analyse des coûts de prise en charge des indigents dans les structures de santé publique : cas du Centre Hospitalier National de Nouakchott* ; mémoire de DESS en Economie de la santé, CESAG 2004
13. OMS: *Health for All in the 21st century*, Geneva, 2000.

III-Articles

1. ARROW K.J., Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, vol.53, 1963.
2. LETOURMY A., « *Santé et lutte contre l'exclusion et la pauvreté dans les pays en développement* ». Article in *La lettre du collègue*, publication du Collège des Economistes de la santé, N°4, décembre 2003, page 7.

IV-Notes de cours

1. KASSE, M. : *Cours de Politique nationale de développement*, Maîtrise en Sciences Economiques, Université CHEIKH ANTA DIOP, Dakar, année académique 2004/2005.
2. LAFARGE Hervé : *Cours d'Analyse des dispositifs de financement des systèmes de santé* ; Programme de DESS en Economie de la Santé, CESAG, 2006.
3. YAZI, Moussa : *Cours d'Analyse des coûts*, DESS Economie de la santé, CESAG, 2006.

V- Documents juridiques

1. Mairie de Dakar : *Arrêté N°000899 du 15 mars 2006* du Maire de Dakar, portant organisation et fonctionnement de l'Etablissement public communal de santé hospitalier à statut spécial dénommé Centre Hospitalier ABASS NDAO (CHAN)
2. Ministère de la santé du Sénégal, Direction des Etablissements de santé : *Réforme hospitalière, Présentation, Lois et Décrets, 1998.*
3. République du Sénégal : *Constitution de l'Etat du Sénégal adoptée par référendum le 7 janvier 2001*

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES RENCONTREES A L'HOPITAL.

N°s	NOMS ET PRENOMS, FONCTIONS	CONTACTS
1	Dr AMADOU LAMINE THIAM : Directeur de l'Hôpital	Pour mémoire
2	Mme NDIAYE SENABA SOUBOU : Chef du Service des Ressources Humaines	651 66 29
3	Mme DIOP AMINATA SOW : Chef du Service Social	640 73 55
4	M. AMADOU SARR : Chef du Service du Contrôle de Gestion	648 99 93
5	M. PAPA BOUNA FALL : Chef des Services Administratif et Financier	644 44 47
6	Mme TOURE NOUMOU THIAM : Assistante Sociale	655 21 03
7	Mme NABOU SALL : Assistante Sociale	593 89 81
8	Dr VAHI ASSI : Chef du Service de la Chirurgie	633 44 62
9	Dr CHRISTINE GANYE : Chef du Service d'Accueil et des Urgences	Pour mémoire
10	Dr YACINE NDOYE : Chef du Service de l'Anesthésie et de la Réanimation	646 02 73
11	Dr LAMINE NDIAYE : Chef du Service de la Pharmacie	550 55 20
12	Dr PAPA IBRAHIMA SEYE : Chef du Service de Néonatalogie	653 15 13
13	Dr AMADOU NDIAYE : Chef du Service de Laboratoire	649 86 04
14	Dr AMADOU TALL : Médecin Chirurgien	668 81 04
15	Dr PROSPER BAMPOKY : Chef du Service de Gynécologie	849 78 82
16	Mme VIRGINIE FAYE : Chef du Service des Statistiques et des Archives	531 46 96
17	M. GABRIEL MANE : Chef du Service de la Maintenance	641 90 42
18	Mme MARIE YANDE D. DIENE : Surveillante (Major), Service de Chirurgie - Hommes	553 62 33
19	M. ZACHARIA COLY : Surveillant (Major) du Service d'Accueil et des Urgences	634 43 04
20	Mme MBACKE FATOU DIOP : Surveillante (Major) du Sce d'Anesthésie-Réani	557 67 45
21	M. ABDOULAYE NDOYE : Surveillant (Major) du Service de la Pharmacie	655 19 58
22	Mme DIAW FATOU FALL : Surveillante (Major) du Service de Médecine Interne	550 01 10
23	Mme DIOUF NDEYE MAREM : Surveillante (Major) du Service de Chirurgie-femmes	849 78 25
24	Mme NDEYE YANCINE FAYE : Maîtresse – Sage-femme en service à la maternité	649 55 04
25	Mme SOW ROKHAYA DIOGUE : Surveillante (Major) du Service de Gastro-entérologie	579 67 49
26	Mme AICHA SOW : Surveillante (Major) du Service de Radiologie	Pour mémoire
27	Mme KALMY KA : Aide Infirmière au Service de cardiologie	579 67 49
28	M. ABOUBAKHRY ATHIE : Chef de la Division Finances et facturation	544 52 60
29	M. ALADJI MADIO LAM : Econome	555 06 26
30	M. MOUSTAHA DIAGNE : Comptable Matières	544 53 58
31	M. MAMADOU DIOUF : Aide- Comptable à la Direction	533 31 49
32	M. JEAN MALOU CAMARA : Agent Administratif à la Division de la facturation	555 38 29
33	Mme ELISABETH NDIAYE : Secrétaire de Direction	Pour mémoire

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE SERVICE DE L'ACTION SOCIALE

NOTA :(1) =Rayer la mention inutile

1 -IDENTIFICATION DES INDIGENTS

1 – 1 Qui identifie les indigents reçus au CHAN (1)?

- Le service de l'Action sociale de l'hôpital
- Ministère (A préciser)
- Autre service administratif (A préciser)
- Autre organisation (A préciser)

1 –2 Si c'est le CHAN, comment procédez-vous ?

- Enquête : (1)
- Interview (1)
- Autre méthode :(A préciser)

2-MODALITES D'INTERVENTION DU SERVICE SOCIAL

2–1 Quels sont les moyens d'intervention du service (1)?

- Véhicule de service :
- Moto :
- Autre : (A préciser)

2 –2 Qui fixe le degré de prise en charge (totale ou partielle) ? : A préciser

.....

2–3 Si c'est le service social, sur quelles bases ? A préciser :

.....
.....

2 – 4 Vous arrive-t-il de renvoyer des patients indigents pour défaut de services compétents pour leur cas au CHAN ? OUI/NON

Si non, passer à la question I I– 5.

Si oui, préciser la forme de rejet :

Rejet pur et simple (1)

Réorientation vers un autre hôpital (1)

Autre forme A préciser.....

2 –5 Vous est-il arrivé de découvrir une erreur après avoir pris en charge un non indigent pour un indigent ?

3- GESTION DES INDIGENTS PRIS EN CHARGE

3- 1 Effectif des indigents reçus, par âge ou tranche d'âge

3 – 2 Répartition du personnel du service social du CHAN par poste et catégorie

3- 3 Activités et moyens mis en œuvre par le service social en faveur des indigents avant, pendant et après l'accès à l'hôpital : (à préciser).....
.....

3 – 4 Répartition des indigents consultés par service

3 - 5 Répartition des indigents hospitalisés par service

3 – 6 Répartition des actes chirurgicaux en faveur des indigents par service

**4- REPARTITION DES BIENS MEDICAUX ET ACTES MEDICO-TECHNIQUES
SERVIS AUX INDIGENTS**

4 – 1 Examens labo (nombre et coût par type)

4- 2 Echographie

4 – 3 Radio

4 – 4 Autres

JE VOUS REMERCIE

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DES MEDECINS, CHEFS DE SERVICE OU NON

1 – IDENTIFICATION DU SERVICE.....

2 – GRADE ET FONCTON :.....

3 – REPARTITION DE VOTRE TEMPS PARMIS LES ACTIVITES QUOTIDIENNES

	ACTIVITES	% DE TEMPS
1	CONSULTATIONS	
2	HOSPITALISATIONS	
3	ACTES CHIRURGICAUX	
4	ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE	
5	AUTRES	
TOTAL		

4 – SI VOUS ETES INFORME DE L'ETAT D'INDIGENCE D'UN PATIENT, CELA INFLUENCE-T-IL VOTRE TEMPS DE TRAVAIL SUR LUI ? OUI-NON

5 – SI NON, PASSER A LA QUESTION VI
 SI OUI, DITES SI EN PLUS (+) OU EN MOINS (-)

	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	OPERATIONS CHIRURGICALES
INFLUENCE EN PLUS (+)			
INFLUENCE EN MOINS (-)			

6 – D'APRES VOTRE EXPERIENCE, COMMENT SE REPARTIT VOTRE TEMPS DE TRAVAIL ENTRE UN MALADE INDIGENT ET UN NON INDIGENT ?

	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	CHIRURGIE
INDIGENTS			
JNON INDIGENTS			
TOTAL	100%	100%	100%

7- LES DIFFERENTS PERSONNELS PARTICIPENT-ILS AUX PRESTATIONS SUIVANTES ? SIGNE (+) SI OUI ET (-) SI NON

PERSONNELS	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENT.
IDE			
IB			
AIDES INF			
AUTRES			

8 -SI OUI, COMMENT SE REPARTIT LEUR TEMPS ENTRE LES DIFFERENTES PRESTATIONS ?

PERSONNELS	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENT.	TOTAL
MEDECIN				
IDE				
IB				
Techniciens en anesthésie				
Autres				
TOTAL				100%

9- VOS DIFFICULTES ET PROPOSITIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS

JE VOUS REMERCIE

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES SURVEILLANTS POUR LA DESCRIPTION DES SERVICES

1-PERSONNEL (Effectif par catégorie professionnelle)

2-CAPACITE D'ACCUEIL :

2-1 Nombre de salles d'hospitalisation (salles communes et individuelles)

2-2 Nombre de lits par salle

2-3 Coût de la journée d'hospitalisation par salle

3-EQUIPEMENT DU SERVICE

3-1 AUTRES SALLES DISPONIBLES (consultation, garde, soins, attente)

3-2 MATERIELS ET EQUIPEMENTS TECHNIQUES (nombre et état de fonctionnement)

4-PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS

4-1 Reconstitution du circuit du malade, de son arrivée à sa sortie du service

4-2 Difficultés spécifiques liées aux indigents (en consultation ou hospitalisation)

4-3 Quelle différence entre indigents et non indigents dans le temps de suivi ?

4-4 Propositions pour meilleure prise en charge des indigents

JE VOUS REMERCIE

ANNEXE 5 : PRESENTATION DES TABLEAUX ANNEXES

Tableau annexe I: Dépenses de fonctionnement du budget général et du budget de la santé en Francs constants par habitant de 1969 à 2004 (Francs constants de 1996)

Année budgétaire	Dépenses du budget général en Francs constants		Dépenses du budget sanitaire en Francs constants	
	Total (millions de FCFA) Base 100=1996	Par habitant en FCFA Base 100=1996	Total (millions de FCFA) Base 100=1996	Par habitant en FCFA Base 100=1996
1969/1970	254201	57838	23446	5335
1970/1971	250795	55672	22867	5076
1971/1972	260188	56348	23423	5073
1972/1973	248568	52518	21433	4529
1973/1974	238207	49102	18535	3821
1974/1975	183210	36844	15994	3216
1975/1976	250028	49055	17844	3501
1976/1977	259959	49703	17266	3301
1977/1978	269268	50169	16247	3027
1978/1979	294346	53442	17794	3231
1979/1980	276239	48876	16989	3006
1980/1981	287132	49507	16613	2864
1981/1982	284401	47785	15179	2550
1982/1983	296183	48495	16187	2650
1983/1984	287205	45826	14009	2235
1984/1985	282444	43916	13844	2153
1985/1986	275955	41813	14154	2145
1986/1987	284956	42075	15115	2232
1987/1988	309183	44728	15752	2279
1988/1989	328115	46195	15724	2214
1989/1990	317558	43511	16881	2313
1990/1991	325779	43443	18731	2498
1991/1992	491879	63849	25438	3302
1992/1993	331719	41920	17440	2204
1993/1994	402306	49500	20550	2528
1994/1995	295512	35403	17608	2109
1995/1996	357298	41682	18918	2207
1996/1997	253815	28835	19625	2230
1997/1998	261045	28883	19868	2198
1998/1999	286188	30766	22473	2416
1999/2000	308747	32220	24917	2600
2000/2001	354938	36208	27844	2840
2001/2002	383915	38560	28276	2840
2002/2003	580816	57349	32121	3172
2003/2004	662438	62705	32376	3065

Source : Base de données des indicateurs sociaux du Sénégal, Edition 2003-2004.

Tableau annexe II: Evolution des dépenses globales de fonctionnement de l'Etat et du budget de la santé au Sénégal en Francs constants de 1969/1970 à 2003/2004

Année budgétaire	Dépenses générales (millions)	Dépenses sanitaires (millions)
	Base=1996	Base=1996
1969/1970	254201	23446
1970/1971	250795	22867
1971/1972	260188	23423
1972/1973	248568	21433
1973/1974	238207	18535
1974/1975	183210	15994
1975/1976	250028	17844
1976/1977	259959	17266
1977/1978	269268	16247
1978/1979	294346	17794
1979/1980	276239	16989
1980/1981	287132	16613
1981/1982	284401	15179
1982/1983	296183	16187
1983/1984	287205	14009
1984/1985	282444	13844
1985/1986	275955	14154
1986/1987	284956	15115
1987/1988	309183	15752
1988/1989	328115	15724
1989/1990	317558	16881
1990/1991	325779	18731
1991/1992	491879	25438
1992/1993	331719	17440
1993/1994	402306	20550
1994/1995	295512	17608
1995/1996	357298	18918
1996/1997	253815	19625
1997/1998	261045	19868
1998/1999	286188	22473
1999/2000	308747	24917
2000/2001	354938	27844
2001/2002	383915	28276
2002/2003	580816	32121
2003/2004	662438	32376

Tableau annexe III: Evolution comparée des dépenses par tête, globales de l'Etat et celles de santé au Sénégal de 1969/1970 à 2003/2004

Année budgétaire	Dépenses globales par habitant en FCFA (Base 100=1996)	Dépenses de santé par habitant en FCFA (Base 100=1996)
1969/1970	57838	5335
1970/1971	55672	5076
1971/1972	56348	5073
1972/1973	52518	4529
1973/1974	49102	3821
1974/1975	36844	3216
1975/1976	49055	3501
1976/1977	49703	3301
1977/1978	50169	3027
1978/1979	53442	3231
1979/1980	48876	3006
1980/1981	49507	2864
1981/1982	47785	2550
1982/1983	48495	2650
1983/1984	45826	2235
1984/1985	43916	2153
1985/1986	41813	2145
1986/1987	42075	2232
1987/1988	44728	2279
1988/1989	46195	2214
1989/1990	43511	2313
1990/1991	43443	2498
1991/1992	63849	3302
1992/1993	41920	2204
1993/1994	49500	2528
1994/1995	35403	2109
1995/1996	41682	2207
1996/1997	28835	2230
1997/1998	28883	2198
1998/1999	30766	2416
1999/2000	32220	2600
2000/2001	36208	2840
2001/2002	38560	2840
2002/2003	57349	3172
2003/2004	62705	3065

Tableau annexe IV : Répartition du personnel par poste de travail et par spécialité.

Personnel Administratif	Effectif constaté	Effectif Théorique
<i>Directeur</i>	1	1
<i>Chef SAF</i>	1	1
<i>Contrôleur de gestion</i>	1	1
<i>Chef service ressources humaines</i>	1	1
<i>referent projet</i>	1	
<i>Assistante sociale</i>	3	2
<i>Comptables</i>	14	13
<i>archiviste</i>	1	1
<i>conseillers aux aff communales</i>	1	1
<i>Aide comptable</i>	3	3
<i>Employés administratifs</i>	21	0
<i>Secrétaire de direction</i>	3	3
<i>Secrétaires médicales</i>	5	8
<i>secretaires</i>	11	11
<i>standardistes</i>	5	3
<i>Aide social</i>	1	1
<i>informaticiens</i>	6	05
Sous-total	79	
Personnel soignant		
<i>Surveillant de services de soins</i>	1	1
<i>Sages-femmes DE</i>	16	21
<i>Techniciens infirmiers Anesthé-DE</i>	1	05
<i>Infirmières DE</i>	11	15
<i>Infirmières brevetées</i>	32	42
<i>Agents sanitaires</i>	17	17
<i>Aides infirmiers</i>	99	99
<i>Fille de salle ASH</i>	1	1
Sous-total	178	
Personnel médico technique		
<i>Préparateurs en pharmacie</i>	1	1
<i>Aide-préparateurs en pharmacie</i>	1	1
<i>Aides-manipulateurs de radiologie</i>	3	5
<i>technicien de labo</i>	6	8
<i>Techniciens sup. en ophtalmol</i>	5	5
<i>Techniciens supérieurs en biologie</i>	4	6
<i>Laborantins d'analyses médicales</i>	2	4
Sous-total	22	
Personnels des services généraux		
<i>Agents d'hygiene</i>	2	2
<i>Techniciens sup. en maintenance</i>	2	2
<i>Techniciens en maintenance</i>	2	2

<i>Ouvriers qualifiés</i>	8	8
<i>Agents de service intérieur (ASI)</i>	32	37
<i>Agents mortuaires</i>	2	2
<i>Gardiens</i>	12	16
<i>Chauffeurs</i>	8	8
<i>Cuisiniers</i>	7	7
Sous total	75	
<i>Personnel médical</i>		
<i>Chefs de service</i>	12	12
<i>Médecins adjoints</i>	17	17
<i>Médecins Assistants</i>	3	3
<i>Sous total</i>	32	
TOTAL	385	

Tableau Annexe V : Répartition des proportions d'indigents par service et par prestation.

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	5,71%	9,31%	0,00%	0,00%
Urgences	0,65%	3,56%	0,00%	0,00%
Méd. Interne	0,00%	4,86%	0,00%	0,00%
Maternité	0,40%	4,35%	0,34%	0,00%
Anes. Réa	1,40%	15,00%	0,00%	0,00%
Bloc opérat	0,00%	0,00%	10,63%	0,00%
Néonato	0,35%	1,97%	0,00%	0,00%
Gastro-Endo	3,46%	0,00%	0,00%	2,67%
Cardio-ECG	0,41%	0,00%	0,00%	0,23%
Radio-Echo	0,00%	0,00%	0,00%	0,88%
Labo	0,00%	0,00%	0,00%	0,46%

Tableau annexe VI: Coûts des matières et fournitures consommées par les centres principaux

SERVICES	MONTANTS EN FCFA
CHIRURGIE	354 700
URGENCES	602 004
MEDECINE INTERNE	135 500
MATERNITE	2 433 800
ANESTHESIE-REANIMATION	212 572
NEONATOLOGIE	1 013 132
GASTRO ENTEROLOGIE	424 600
CARDIOLOGIE	102 640
RADIOLOGIE-ECHOGRAPHIE	107 096
LABORATOIRE	2 014 664
BLOC OPERATOIRE	1 014 100
TOTAL	8 414 808

Source : Comptabilité matières

Tableau VII: Coûts des produits pharmaceutiques consommés par les centres principaux

SERVICES	MONTANTS EN FCFA
CHIRURGIE	3 722 629
URGENCES	12 397 476
MEDECINE INTERNE	10 335 510
MATERNITE	27 605 592
ANESTHESIE-REANIMATION	15 661 292
NEO NATOLOGIE	3 717 722
GASTRO ENTEROLOGIE	1 270 937
CARDIOLOGIE	677 800
RADIOLOGIE-ECHOGRAPHIE	6 291 715
LABORATOIRE	36 850 747
BLOC OPERATOIRE	19 020 274
TOTAL	137 551 694

Source : Service de la pharmacie

Tableau annexe VIII: Coûts des rémunérations des centres d'analyse

SERVICES	REMUNERATIONS EN FCFA
CHIRURGIE	115 574 836
URGENCES	12 780 998
MEDECINE INTERNE	45 862 799
MATERNITE	18 878 397
ANESTHESIE-REANIMATION	26 012 015
NEONATOLOGIE	17 457 849
GASTRO ENTEROLOGIE	7 847 831
CARDIOLOGIE	5 465 566
RADIOLOGIE-ECHOGRAPHIE	5 465 566
LABORATOIRE	18 389 538
BLOC OPERATOIRE	14 696 847
TOTAL	288 432 242

Source : Service des Ressources Humaines

Tableau annexe IX: Répartition des rémunérations liées aux actes d'intervention chirurgicale en faveur des indigents et cas sociaux

SERVICES	REMUNERATION	INTERVENT.	PART REMUN	INDIGENTS	COÛT IND.	%
CHIRURGIE	115 574 836	35%	40 451 192,60	10,63%	4 299 961,77	3,72%
ANEST.-REA	26 012 015	35%	9 104 205,25	10,63%	967 777,02	3,72%
BLOC OPERA	14 696 847	100%	14 696 847,00	10,63%	1 562 274,84	10,63%
TOTAL	156 283 698		64 252 244,85		6 830 013,63	5,91%

Source : Notre étude

Tableau annexe X : Clés de répartition des charges d'amortissements des installations générales

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	50%	50%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd. Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	30%	40%	30%	0%
Anes. Réa	40%	60%	50%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	50%	50%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XI: Clés de répartition des charges d'amortissements des bâtiments

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	30%	70%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd. Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	30%	40%	30%	0%
Anes. Réa	10%	90%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	30%	70%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XII : Clé de répartition des charges d'amortissements du matériel médical

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	20%	80%	0%	0%
Urgences	0%	0%	0%	0%
Méd. Interne	0%	0%	0%	0%
Maternité	0%	0%	0%	0%
Anes. Réa	0%	0%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	0%	0%
Néonato	0%	0%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	0%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XIII: Répartition des charges de la restauration entre les centres principaux

SERVICES	PAR JOUR	NBRE ANNUEL	COÛT UNIT.	MONTANT
CHIRURGIE	4	1 460	1 000	1 460 000
URGENCES	6	2 190	1 000	2 190 000
MEDECINE INTER.	6	2 190	1 000	2 190 000
MATERNITE	38	13 870	1 000	13 870 000
ANES. REA	6	2 190	1 000	2 190 000
BLOC OPERAT.	6	2 190	1 000	2 190 000
NEO NATO	4	1 460	1 000	1 460 000
TOTAL	70	25 550		25 550 000

Tableau annexe XIV: Clés de répartition des consommations d'eau

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	5%	95%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd. Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	10%	60%	30%	0%
Anes. Réa	10%	90%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	20%	80%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XV : Clés de répartition des produits pharmaceutiques à l'intérieur des services

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	20%	80%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd. Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	20%	40%	40%	0%
Anes. Réa	10%	50%	40%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	10%	90%	0%	0%
Gastro-Endo	20%	0%	0%	80%
Cardio-ECG	20%	0%	0%	80%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XVI : Clés de répartition des fournitures par prestation

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	20%	80%	0%	0%
Urgences	20%	80%	0%	0%
Méd.Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	20%	40%	40%	0%
Anes. Réa	10%	70%	20%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	20%	80%	0%	0%
Gastro-Endo	30%	0%	0%	70%
Cardio-ECG	30%	0%	0%	70%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XVII : Clés de répartition des consommations d'eau

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	5%	95%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd.Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	10%	60%	30%	0%
Anes. Réa	10%	90%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	20%	80%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XVIII : Clés de répartition des consommations d'électricité

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	20%	80%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd.Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	10%	55%	35%	0%
Anes. Réa	10%	90%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	30%	70%	0%	0%
Gastro-Endo	20%	0%	0%	80%
Cardio-ECG	20%	0%	0%	80%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XI X : Clés de répartition des consommations du téléphone

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	10%	45%	45%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd.Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	10%	45%	45%	0%
Anes. Réa	10%	45%	45%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	20%	80%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XX : Clés de répartition des charges du nettoyage

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	30%	70%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd.Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	30%	60%	10%	0%
Anes. Réa	40%	60%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	30%	70%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XXI : Clés de répartition des charges de la buanderie

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	10%	90%	0%	0%
Urgences	20%	80%	0%	0%
Méd.Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	10%	60%	30%	0%
Anes. Réa	5%	95%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	20%	80%	0%	0%
Gastro-Endo	0%	0%	0%	0%
Cardio-ECG	0%	0%	0%	0%
Radio-Echo	0%	0%	0%	0%
Labo	0%	0%	0%	0%

Tableau annexe XXII : Clés de répartition des charges d'alimentation

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	25%	50%	25%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd. Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	25%	50%	25%	0%
Anes. Réa	10%	45%	45%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	50%	50%	0%	0%
Gastro-Endo	0%	0%	0%	0%
Cardio-ECG	0%	0%	0%	0%
Radio-Echo	0%	0%	0%	0%
Labo	0%	0%	0%	0%

Tableau annexe XXIII : Clés de répartition des charges administratives

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	40%	60%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd. Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	30%	40%	30%	0%
Anes. Réa	40%	60%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	50%	50%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XXIV : Clés de répartition des charges d'amortissements des installations générales

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	50%	50%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd. Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	30%	40%	30%	0%
Anes. Réa	40%	60%	50%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	50%	50%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XXV: Clés de répartition des charges d'amortissements des bâtiments

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	30%	70%	0%	0%
Urgences	50%	50%	0%	0%
Méd. Interne	0%	100%	0%	0%
Maternité	30%	40%	30%	0%
Anes. Réa	10%	90%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	100%	0%
Néonato	30%	70%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	100%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XXVI : Clé de répartition des charges d'amortissements du matériel médical

SERVICES	CONSULTATIONS	HOSPITALISATIONS	INTERVENTIONS	EXAMENS
Chirurgie	20%	80%	0%	0%
Urgences	0%	0%	0%	0%
Méd. Interne	0%	0%	0%	0%
Maternité	0%	0%	0%	0%
Anes. Réa	0%	0%	0%	0%
Bloc opérat	0%	0%	0%	0%
Néonato	0%	0%	0%	0%
Gastro-Endo	50%	0%	0%	50%
Cardio-ECG	50%	0%	0%	50%
Radio-Echo	0%	0%	0%	0%
Labo	0%	0%	0%	100%

Tableau annexe XXVII : Répartition des charges de consultations d'indigents en gastro

Charges	A répartir	% Examens.	Coût Examens	% Indigts	Coût indigts	%
Rémunérations	7 847 831	50%	3 923 915,50	2,67%	104 768,54	20,16%
Produits pharm.	1 270 937	80%	1 016 749,60	2,67%	27 147,21	5,22%
Fournitures	424 600	70%	297 220,00	2,67%	7 935,77	1,53%
Eau	444 252	50%	222 126,00	2,67%	5 930,76	1,14%
Electricité	214 826	80%	171 860,80	2,67%	4 588,68	0,88%
Téléphone	288 724	50%	144 362,00	2,67%	3 854,47	0,74%
Nettoyement	388 456	50%	194 228,00	2,67%	5 185,89	1,00%
Buanderie	0	0%	0,00	2,67%	0,00	0,00%
Alimentation	0	0%	0,00	2,67%	0,00	0,00%
Administration	18 722 967	50%	9 361 483,50	2,67%	249 951,61	48,09%
Amort. inst. gén.	2 150 589	50%	1 075 294,50	2,67%	28 710,36	5,52%
Amort. bât.	739 501	50%	369 750,50	2,67%	9 872,34	1,90%
Amort. mat. méd.	5 375 541	50%	2 687 770,50	2,67%	71 763,47	13,81%
Total	37 868 224		19 464 760,90		519 709,12	100,00%

Tableau annexe XXVIII : Répartition des charges d'actes d'aide au diagnostic d'indigents et cas sociaux au service de gastro entérologie.

Charges	A répartir	% Examens.	Coût Examens	% Indigts	Coût indigts	%
Rémunérations	7 847 831	50%	3 923 915,50	2,67%	104 768,54	20,16%
Produits pharm.	1 270 937	80%	1 016 749,60	2,67%	27 147,21	5,22%
Fournitures	424 600	70%	297 220,00	2,67%	7 935,77	1,53%
Eau	444 252	50%	222 126,00	2,67%	5 930,76	1,14%
Electricité	214 826	80%	171 860,80	2,67%	4 588,68	0,88%
Téléphone	288 724	50%	144 362,00	2,67%	3 854,47	0,74%
Nettoiemnt	388 456	50%	194 228,00	2,67%	5 185,89	1,00%
Buanderie	0	0%	0,00	2,67%	0,00	0,00%
Alimentation	0	0%	0,00	2,67%	0,00	0,00%
Administration	18 722 967	50%	9 361 483,50	2,67%	249 951,61	48,09%
Amort.inst.géné.	2 150 589	50%	1 075 294,50	2,67%	28 710,36	5,52%
Amort.bât.	739 501	50%	369 750,50	2,67%	9 872,34	1,90%
Amort.mat.méd.	5 375 541	50%	2 687 770,50	2,67%	71 763,47	13,81%
Total	37 868 224		19 464 760,90		519 709,12	100,00%

Tableau annexe XXIX: Répartition des charges de consultations d'indigents et cas sociaux au service de cardiologie.

Charges	A répartir	% consult.	Coût consultation.	% Indigts	Coût indigts	%
Rémunérations	5 465 566	50%	2 732 783,00	0,41%	11 204,41	16,70%
Produits pharm.	677 800	20%	135 560,00	0,41%	555,80	0,83%
Fournitures	102 640	30%	30 792,00	0,41%	126,25	0,19%
Eau	444 252	50%	222 126,00	0,41%	910,72	1,36%
Electricité	300 756	20%	60 151,20	0,41%	246,62	0,37%
Téléphone	0	50%	0,00	0,41%	0,00	0,00%
Nettoiemnt	388 456	50%	194 228,00	0,41%	796,33	1,19%
Buanderie	0	0%	0,00	0,41%	0,00	0,00%
Alimentation	0	0%	0,00	0,41%	0,00	0,00%
Administration	18 722 967	50%	9 361 483,50	0,41%	38 382,08	57,22%
Amort.inst.géné.	2 150 589	50%	1 075 294,50	0,41%	4 408,71	6,57%
Amort.bât.	739 501	50%	369 750,50	0,41%	1 515,98	2,26%
Amort.mat.méd.	4 355 708	50%	2 177 854,00	0,41%	8 929,20	13,31%
Total	33 348 235		16 360 022,70		67 076,09	100,00%

Tableau annexe XXX : Répartition des charges d'actes d'aide au diagnostic d'indigents et cas sociaux au service de cardiologie.

Charges	A répartir	% Examens.	Coût Examens	% Indigts	Coût indigts	%
Rémunérations	5 465 566	50%	2 732 783,00	0,23%	6 285,40	16,09%
Produits pharm.	677 800	80%	542 240,00	0,23%	1 247,15	3,19%
Fournitures	102 640	70%	71 848,00	0,23%	165,25	0,42%
Eau	444 252	50%	222 126,00	0,23%	510,89	1,31%
Electricité	300 756	80%	240 604,80	0,23%	553,39	1,42%
Téléphone	0	50%	0,00	0,23%	0,00	0,00%
Nettoient	388 456	50%	194 228,00	0,23%	446,72	1,14%
Buanderie	0	0%	0,00	0,23%	0,00	0,00%
Alimentation	0	0%	0,00	0,23%	0,00	0,00%
Administration	18 722 967	50%	9 361 483,50	0,23%	21 531,41	55,11%
Amort.inst.géné.	2 150 589	50%	1 075 294,50	0,23%	2 473,18	6,33%
Amort.bât.	739 501	50%	369 750,50	0,23%	850,43	2,18%
Amort.mat.méd.	4 355 708	50%	2 177 854,00	0,23%	5 009,06	12,82%
Total	33 348 235		16 988 212,30		39 072,89	100,00%

Tableau annexe XXXI : Répartition des charges d'examens de radiologie et d'échographie en faveur d'indigents et cas sociaux au service d'imagerie médicale.

Charges	A répartir	% Examens.	Coût Examens	% Indigts	Coût indigts	%
Rémunérations	5 465 566	100%	5 465 566,00	0,88%	48 096,98	14,62%
Produits pharm.	6 291 715	100%	6 291 715,00	0,88%	55 367,09	16,83%
Fournitures	107 096	100%	107 096,00	0,88%	942,44	0,29%
Eau	444 252	100%	444 252,00	0,88%	3 909,42	1,19%
Electricité	2 491 978	100%	2 491 978,00	0,88%	21 929,41	6,67%
Téléphone	0	100%	0,00	0,88%	0,00	0,00%
Nettoient	388 456	100%	388 456,00	0,88%	3 418,41	1,04%
Buanderie	0	0%	0,00	0,88%	0,00	0,00%
Alimentation	0	0%	0,00	0,88%	0,00	0,00%
Administration	18 722 967	100%	18 722 967,00	0,88%	164 762,11	50,08%
Amort.inst.géné.	2 150 589	100%	2 150 589,00	0,88%	18 925,18	5,75%
Amort.bât.	1 323 426	100%	1 323 426,00	0,88%	11 646,15	3,54%
Amort.mat.méd.	0	0%	0,00	0,88%	0,00	0,00%
Total	37 386 045		37 386 045,00		328 997,20	100,00%

Tableau annexe XXXII : Répartition des charges d'examens de laboratoire en faveur d'indigents et cas sociaux

Charges	A répartir	% Examens.	Coût Examens	% Indigts	Coût indigts	%
Rémunérations	18 389 538	100%	18 389 538,00	0,46%	84 591,87	20,98%
Produits pharm.	36 850 747	100%	36 850 747,00	0,46%	169 513,44	42,05%
Fournitures	2 014 664	100%	2 014 664,00	0,46%	9 267,45	2,30%
Eau	666 378	100%	666 378,00	0,46%	3 065,34	0,76%
Electricité	3 007 560	100%	3 007 560,00	0,46%	13 834,78	3,43%
Téléphone	412 463	100%	412 463,00	0,46%	1 897,33	0,47%
Nettoisement	388 456	100%	388 456,00	0,46%	1 786,90	0,44%
Buanderie	0	0%	0,00	0,46%	0,00	0,00%
Alimentation	0	0%	0,00	0,46%	0,00	0,00%
Administration	18 722 967	100%	18 722 967,00	0,46%	86 125,65	21,36%
Amort.inst.géné.	2 150 589	100%	2 150 589,00	0,46%	9 892,71	2,45%
Amort.bât.	1 323 426	100%	1 323 426,00	0,46%	6 087,76	1,51%
Amort.mat.méd.	3 716 435	100%	3 716 435,00	0,46%	17 095,60	4,24%
Total	87 643 223		87 643 223,00		403 158,83	100,00%

actes laboratoire

Hématologie-Hémostase(HH)

Numérotation formule nfs	HH1	3 000
Vitesse de sédimentation VS	HH2	1 000
Test d'Emmel TE	HH3	1 000
Groupe sanguin	HH4	2 000
Réticulocytes	HH5	3 000
Temps de saignement	HH6	2 000
Temps de coagulation	HH7	4 000
Fibrinémie	HH8	2 500
Produits dégradation fibrine	HH9	3 000
Myélogramme	HH10	10 000
Temps de Howelle	HH11	2 000
Taux de prothrombine	HH12	4 000

Biochimie-hormonologie (BH)

Amylasémie	BIOHOR1	4 000
Amylasurie	BIOHOR2	4 000

Coproculture	BACPA4	3 000
KAOP	BACPA5	1 500
Chlamydiae	BACPA6	6 000
LCR	BACPA7	3 000
Prélèvement pus	BACPA8	3 000
Prélèvement gorge	BACPA9	3 000
Prélèvement auriculaire	BACPA10	3 000
Prélèvement oculaire	BACPA11	3 000
Prélèvement sonde	BACPA12	3 000
Spermogramme	BACPA13	9 000
Compte d'Addis	BACPA14	3 000
BK	BACPA15	15 000
Sérologie parasito	BACPA16	10 000

Immuno-Sérologie(IS)

BVW-RPR-VDRL	IMMSER1	2 000
TPHA	IMMSER2	2 000
ASLO	IMMSER3	3 000
CRP	IMMSER4	3 000
Sérologie amibienne	IMMSER5	10 000
HIV	IMMSER6	6 000
PSA	IMMSER7	10 000
Waalser-Rose	IMMSER8	3 000
Antistrepto B	IMMSER9	3 000
Widal et Félix	IMMSER10	6 000
Sérologie toxoplasmose (latex)	IMMSER11	12 000
Sérologie rubéole (IgG et IgM)	IMMSER12	12 000
Béta HCG	IMMSER13	5 000
Chlamydiae (IE)	IMMSER14	5 000
Test de grossesse-Wide	IMMSER15	5 000
Ag Hbs	IMMSER16	6 000
Ag Hbe	IMMSER17	10 000
Ag Hbc	IMMSER18	10 000
Mononucléose infectueuse (MNI)	IMMSER19	6 000

Anatomie-Pathologie

Pièce opératoire	ANAPAT1	10 000
Pièce opératoire extemporanée	ANAPAT2	15 000

Cytologie (Cyto)

	Frottis cervico-vaginal	CYTO1	20 000
Mycologie (Mycq)	Mycologie (Mycq)	MYCO1	6 000
	Alpha-amylase	BIOHOR3	4 000
	ApoA-Apo B	BIOHOR4	10 000
	Ferritine	BIOHOR5	6 000
	Fer sérique	BIOHOR6	2 000
	PAL	BIOHOR7	3 000
	PAC	BIOHOR8	3 000
	Glycémie	BIOHOR9	1 500
	Azotémie	BIOHOR10	1 500
	Créatinémie	BIOHOR11	2 000
	Alpha foeto-protéine	BIOHOR12	10 000
	Lactate DH	BIOHOR13	4 000
	CK	BIOHOR14	4 000
	Clairance créatinine	BIOHOR15	4 000
	Urines (albu,sucre,corps,ceto.)	BIOHOR16	1 000
	Protéines 24h	BIOHOR17	2 000
	Microalbuminurie	BIOHOR18	3 000
	Glycosurie 24h	BIOHOR19	2 000
	Albuminémie	BIOHOR20	6 000
	Protidémie	BIOHOR21	2 000
	Electrophorèse des protéines	BIOHOR22	6 000
	Magnésium	BIOHOR23	2 000
	Gamma GT	BIOHOR24	6 000
	Electrophorèse de l'hémoglobine	BIOHOR25	6 000
	Ionogramme sanguin	BIOHOR26	3 000
	Ionogramme urinaire	BIOHOR27	3 000
	Transaminases (TO-TGP)	BIOHOR28	6 000
	Bilirubine directe-indirecte	BIOHOR29	4 000
	Acide urique	BIOHOR30	2 000
	Calcium	BIOHOR31	2 000
	Phosphore	BIOHOR32	2 000
	Cholesterol total	BIOHOR33	2 000
	HDL cholesterol	BIOHOR34	2 000
	LDL cholesterol	BIOHOR35	2 000
	Triglycérides	BIOHOR36	2 000
	Lipides totaux	BIOHOR37	2 000
	Hémoglobine glycotysée	BIOHOR38	6 000
	Progesterone	BIOHOR39	10 000
	Oestradiol	BIOHOR40	10 000
	Catécholamines	BIOHOR41	6 000
	T3	BIOHOR42	10 000
	T4	BIOHOR43	10 000
	TSH	BIOHOR44	10 000
	FSH	BIOHOR45	10 000
	Prolactine	BIOHOR46	10 000
	Forfait biologique diabétologie	BIOHOR47	1 500
	Forfait analyses en médecine	BIOHOR48	7 000
	Prélèvement vaginal	BACPA1	3 000
	ECBU-uroculture	BACPA2	3 000
	Goutte épaisse (GE)	BACPA3	1 500

Vaccination SMI

Vaccination SMI	VACCPEV VACC2	1 000
	INFIR1	1 500

FIBROSCOPIE

fibro gastrique hospitalisé	fibro gastrique hospitalisé	FIBROH	10 000
fibro gastrique externe	fibro gastrique externe	FIBROE	15 000
coloscopie	coloscopie	COLO	30 000
anu-rectoscopie	anus-rectoscopie	ANREC	10 000

accouchement normal	accouchement normal	ACCNOR	15 000
accouchement forceps	accouchement forceps	ACCFOR	30 000
césarienne	césarienne	CESAR	30 000
accouchement privé	accouchement privé	ACCPRIV	100 000
anesthésie péridurale	anesthésie péridurale	ANPER1	75 000
Kit accouchement normal	Kit accouchement normal	KITACC1	5 000
Kit accouchement forceps	Kit accouchement forceps	KITACC2	10 000
Kit accouchement césarienne	Kit accouchement césarienne	KITACC3	20 000

Consultation simple

Consultation sage-femme	Consultation sage-femme	CSF	1 500
Consultation ophtalmologie	Consultation ophtalmologie	COPH	5 000
Consultation VPA	Consultation VPA	CVPA	5 000
consultation urgence jour	consultation urgence jour	CUGJ	2 500
consultation urgence nuit	consultation urgence nuit	CURGN	3 000
consultation planning	consultation planning		1 500

Consultation spécialisés

Cs médecine	Cs médecine	CSMED	5 000
Cs chirurgie	Cs chirurgie	CSCHI	5 000
Cs gynécologie-maternité	Cs gynécologie-maternité	CSGYOB	5 000
Cs néonatalogie	Cs néonatalogie	CSNEON	5 000
Cs pédiatrie	Cs pédiatrie	CSPED	5 000
Cs ophtalmologie	Cs ophtalmologie	CSOPH	5 000
Cs cardiologie	Cs cardiologie	CSCARD	5 000

ACTES RADIOLOGIES

Rx fémur	Rx fémur	RXMINF1	3 500
Rx cheville	Rx cheville	RXMINF2	2 500
Rx calcaneum	Rx calcaneum	RXMINF3	2 500
Rx blondeaux	Rx blondeaux	RXMINF4	5 000
Rx bassin	Rx bassin	RXMINF5	5 000
Rx jambe	Rx jambe	RXMINF6	3 000
Rxhanche	Rxhanche	RXMINF7	3 500
Rx genou	Rx genou	RXMINF8	2 500
Rx épaule	Rx épaule	RXMSUP1	2 500
Rx coude	Rx coude	RXMSUP2	2 500
Rx poignet	Rx poignet	RXMSUP3	2 500
Rx avant-bras	Rx avant-bras	RXMSUP4	2 500
Rx main	Rx main	RXMSUP5	2 500
Rx doigt	Rx doigt	RXMSUP6	2 500
Rx temporo-maxillaire	Rx temporo-maxillaire	RXTET	5 000
Rx sinus	Rx sinus	RXTET	5 000

Rx os du nez	Rx os du nez	RXTET	5000
Rx crâne face+profil	Rx crâne face+profil	RXTET	5000
Rx crâne de face	Rx crâne de face	RXTET	5000
Rx dentaire simple	Rx dentaire simple	RXDENT	5000
Rx panoramique dentaire	Rx panoramique dentaire	RXPAN	0
Rx poumons face+profil	Rx poumons face+profil	RXPFP	6000
Rx poumons face+profil	Rx poumons face+profil	RXPFP	3000
Rx rachis cervico-dorsal	Rx rachis cervico-dorsal	RXRACD	8500
Rx rachis dorso-lombaire	Rx rachis dorso-lombaire	RXRADL	10000
Rx lombaire	Rx lombaire	RXLOMB	5000
Rx rachis lombo-sacré	Rx rachis lombo-sacré	RXRALS	5000
Rx abdomen sans préparation	Rx abdomen sans préparation	RXASP	5000
Rx transit TOGD	Rx transit TOGD	RXTOGD	0
Rx cholangiographie	Rx cholangiographie	RXCHO	0
Rx urétrographie	Rx urétrographie	RXURET	0
Rx cystographie	Rx cystographie	RXCYS	0
Rx uréthro-cystographie	Rx uréthro-cystographie	RXUCYS	0
Rx urographie intraveineuse UIV	Rx urographie intraveineuse UIV	RXUIV	0
Rx hystérogaphie	Rx hystérogaphie	RXHYST	0
Radio hystéro-salpingographie	Radio hystéro-salpingographie	RXHYSAL	0

Actes échographiques

Echographie générale hospitalisé	Echographie générale hospitalisés	ECHGEH	10000
Echographie générale externes	Echographie générale externes	ECHGEE	15000
Echographie-doppler hospitalisés	Echographie-doppler hospitalisés	ECHDOH	15000
Echographie-doppler externes	Echographie-doppler externe	ECHDOE	20000

Actes chirurgicaux

Chir 10	Chir 10	OP1010	10 000
Chir 15	Chir 15	OP15	15 000
Chir 20	Chir 20	OP20	20 000
Chir 25	Chir 25	OP25	25 000
Chir 30	Chir 30	OP30	30 000
Chir 40	Chir 40	OP40	40 000
Chir 50	Chir 50	OP50	50 000
Chir 60	Chir 60	OP60	60 000
Chir 70	Chir 70	OP70	70 000
Chir 80	Chir 80	OP80	80 000

HOSPITALISATION

HOSPITALISATION

journée médecine	journée 1ère categorie	JMED1	8 000
	journée 2ère categorie	JMED2	6 000
	journée 3ère categorie	JMED3	3 000
journée chirurgie (H/F)	1ère catégorie	JCHI1	8 000
	2è catégone	JCHI2	3 000
journée maternité	journée "clinique"	JMAT1	25 000
	journée hôpital	JMAT2	3 000
journée néonatalogie	journée hôpital	JNN	3 000
	journée soins intensifs	JNNSI	5 000
journée pédiatrie	journée pédiatrie	JPED	3 000
	journée soins intensifs	JPEDSI	5 000
journée urgence-porte	journée hôpital	JURG	5 000
journée réanimation			

journée ophtalmologie	journée hôpital	JREA	5 000
	journée 1ère catégorie	JOPH1	8 000
	journée 2è catégorie	JOPH2	5 000

CESAG - BIBLIOTHEQUE