

INSTITUT SUPERIEUR EN MANAGEMENT DE LA SANTE

**DIPLÔME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE
(DSES)**

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

THEME :

**ANALYSE DES COÛTS POUR LA PERENNISATION
DU PROJET CURATIF DE L'ASAPSU
(ABIDJAN/ CÔTE D'IVOIRE)**



CESAG
**Centre Africain d'Etudes
Supérieures en Gestion**

Présenté par : Dr KOFFI N'goran Paulin

Février 2007

**Encadreur : Mr KOUADIO BENIE Marcel
Enseignant Associé au CESAG**

M0122DSES07

2



INSTITUT SUPERIEUR EN MANAGEMENT DE LA SANTE

DIPLÔME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES

EN ECONOMIE DE LA SANTE

(DSES)

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

THEME :

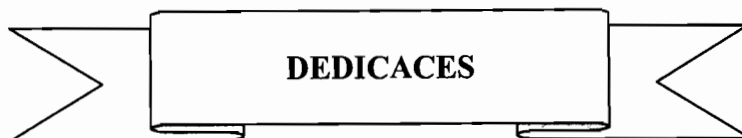
ANALYSE DES COÛTS POUR LA PERENNISATION
DU PROJET CURATIF DE L'ASAPSU
(ABIDJAN/ CÔTE D'IVOIRE)



Présenté par : Dr KOFFI N'goran Paulin

Février 2007

Encadreur : Mr KOUADIO BENIE Marcel
Enseignant Associé au CESAG



Au seigneur tout puissant

Qui a permis que cette formation se déroule dans de bonnes conditions et qui puisse nous ouvrir des lendemains meilleurs.

A feu mon père

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi pendant ta vie sur terre. Repose en paix

A ma mère

Je te suis reconnaissante pour toute l'affection et la tendresse que tu as pour moi.
Merci pour ton soutien indéfectible.

A mes frères et sœurs

Merci pour votre soutien durant toute cette formation que le seigneur vous le rende aux centuple.

A mes amis du Sénégal

Dr DAGO Charles, KOUAM Eric, LOBA Franck et à tous ceux dont ma mémoire fait défaut qui m'ont soutenu durant tout mon séjour.



REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent particulièrement à :

Monsieur **Mo MENA**, ex Directeur de l'Institut supérieur de la santé pour avoir permis de mener à bien notre formation

Monsieur **AMANI Koffi**, actuel directeur de l'Institut Supérieur en Management de la Santé pour sa disponibilité et ses conseils

Monsieur **KOUADIO BENIE Marcel**, pour avoir accepté de nous encadrer dans le cadre de la rédaction de notre mémoire.

Tous les enseignants de l'Institut, pour la qualité des enseignements dispensés et de l'ambiance conviviale qui a prévalu durant les séances de formation.

Tout le personnel de l'institut, pour leur appui au déroulement de notre formation

Madame Annick **MADY**, de nous avoir accepté dans son projet pour mener à bien notre étude.

Tout le personnel de l'ASAPSU pour leur disponibilité et leur collaboration durant l'étude.

Toute la communauté ivoirienne du CESAG

L'ensemble des stagiaires de la septième promotion du DSES.



TABLE DES MATIERES

SIGLE ET ABREVIATIONS.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES FIGURES.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
Première partie : Cadre conceptuel et méthodologique	
Chapitre 1 : Cadre conceptuel de l'étude.....	4
I.1- Question de coût et de pérennité	4
I.2- Concepts et mesure des coûts des programmes de santé.....	7
I.2-1 Les concepts de l'analyse des coûts	7
I.2-2 Les méthodes de calcul des coûts	9
I.3- Processus de collecte des données.....	11
I.3-1- Les entretiens au niveau du siège.....	11
I.3-2- Les entretiens au niveau des centres	11
I.3-3- Le traitement des données.....	11
Chapitre 2 : Méthodologie d'estimation des coûts.....	12
II.1- Les objectifs de l'étude.....	12
II.1.1 Objectif général.....	12
II.1.2 Objectifs spécifiques.....	12
II.2- Méthodologie d'estimation des coûts.....	12
II.3 Le champs de l'étude.....	15
Deuxième partie : Les résultats et les analyses de l'étude	
Chapitre 3 : Analyse des charges et des recettes.....	18
III.1- Les charges au niveau du siège.....	18
III.1-1- Les charges du projet curatif au niveau du siège de l'ASAPSU.....	18
III.1-2- Répartition des charges du projet curatif dans les centres de santé.....	20
III.2- Calcul du coût dans les centres de santé.....	21
III.2-1- La structure générale des coûts dans les centres de santé.....	21
III.2-2- Les différences entre établissement.....	22
III.3- Les résultats du recouvrement des coûts.....	25

III.3-1- Le recouvrement des coûts dans les centres par les recettes des prestations.....	25
III.3-2- L'apport des bénéfices des pharmacies dans le recouvrement des coûts	28
III.3-3- Les mécanismes internes de financement des consultations.....	30
III.4- Les déterminants du recouvrement des coûts.....	31
III.4-1- L'importance du volume d'activité dans la réduction des coûts unitaires.....	31
III.4-2- L'importance des demandes de soins dans le niveau général de recouvrement de coût.....	33
Chapitre 4: Les conditions pour la pérennisation.....	37
IV.1- Les conditions économiques de pérennisation.....	37
IV.1-1- Les nouvelles ressources mobilisables par les centres de santé.....	38
IV.1-2- La recherche d'un modèle de financement.....	43
IV.2- Les recommandations pour la pérennisation.....	51
IV.2-1 Le modèle de financement à adopter.....	49
IV.2-2 Les mesures à mettre en place au sein des centres de santé.....	52
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55
ANNEXES.....	57

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMU : Assurance maladie universelle.

ASAPSU : Association de soutien à l'autopromotion sanitaire urbain

ASC : Association de santé communautaire

CI : Côte d'Ivoire

CCFD : Comité Catholique de Financement et de Développement

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPN : Consultations prénatales

DRS : Direction régionale de la santé

DTC : Diphtérie- Tétanos- Coqueluche

F CFA : Unité monétaire de l'union Economique et Monétaire Ouest Africaine

FSU COM : Formation sanitaire urbaine communautaire

Hab/Km² : Habitant par kilomètre carré

IB : Initiative de BAMAKO.

IST : Infection sexuellement transmissible

INS : Institut National de statistiques

NOVIB : Organisme de financement de Oxfam international basé aux Pays Bas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations unies pour la lutte contre le SIDA.

Oxfam : Organisme international de lutte contre la pauvreté.

PIB : Produit Intérieur Brut.

PMA : Paquet Minimum d'Activité.

PNDS : Programme National de Développement Sanitaire.

PSP : Pharmacie de la Santé Publique.

PVRH : Programme de Valorisation des Ressources Humaines.

RASS : Rapport sur la situation sanitaire.

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience acquise

SSP : Soins de santé Primaires

UE : Union Européenne

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'Enfance

USD : Unité monétaire des Etats Unis

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Evolution de la population dans les 4 communes.....	16
Tableau n°2 : Les charges directes du projet curatif.....	18
Tableau n°3 : Le coût annuel des charges d'investissements directes (F CFA).....	18
Tableau n°4 : clés de répartition des charges indirectes du siège de l'A.S.A.P.S.....	19
Tableau n°5 : Tableau de répartition des charges indirectes.....	20
Tableau n°6 : Coût de construction et d'équipement des centres de santé (F CFA).....	21
Tableau n°7 : Amortissement dans les centres de santé.....	21
Tableau n°8 : La structure des coûts dans les 5 centres de santé.....	23
Tableau n°9 : Effectifs du personnel dans les centres de santé (décembre 2005).....	23
Tableau n°10 : Grille des tarifs dans les centres de santé (F CFA).....	25
Tableau n°11 : Répartition des recettes dans les centres de santé.....	26
Tableau n°12 : Répartition des malades selon le poste de consultation.....	26
Tableau n°13 : Taux de recouvrement dans les centres de santé.....	27
Tableau n°14 : Evolution de la fréquentation des centres de santé.....	28
Tableau n°15 : Les bénéficiaires des pharmacies des centres de santé en 2004.....	29
Tableau n°16 : Les résultats du recouvrement des coûts avec les bénéficiaires de la pharmacie.....	29
Tableau n°17 : Le coût unitaire et le taux de recouvrement moyens de chaque prestation.....	30
Tableau n°18 : La part de chaque service dans l'ensemble de l'activité, des charges et des recettes.....	30
Tableau n°19 : Les charges de fonctionnement, d'amortissement, et du siège dans les centres.....	31
Tableau n°20 : Le coût unitaire des prestations par centre de santé.....	33
Tableau n°21 : Nombre d'actes par personnel soignant et par jour.....	33
Tableau n°22 : Résultat analytique entre les charges et les recettes.....	38
Tableau n°23 : Nombre moyen de patients vu par jour.....	39
Tableau n°24a : Ressources supplémentaires générées par la hausse des prix des consultations curatives.....	39
Tableau n°24b : Ressources supplémentaire générés par la hausse d'activité des CPN et consultations gynécologiques.....	40
Tableau n°25a : Besoin de financement pour les consultations curatives	40
Tableau n°25b : Besoin de financement pour les CPN et consultations gynécologiques.....	41

Tableau n°26 : Besoin total de financement dans les centres de santé (F CFA).....	41
Tableau n°27 : Le besoin de financement des vaccinations dans les centres de santé	42
Tableau n°28 : Les productivités du personnel soignant selon le taux de croissance de l'activité retenu.....	44
Tableau n°29 : Les prix d'équilibre des consultations dans l'hypothèse d'un développement autonome des activités, sans augmentation de la fréquentation.....	46
Tableau n°30 : Les prix d'équilibre des consultations, hors charges d'amortissement du bâtiment et de l'équipement et sans augmentation de la fréquentation.....	47
Tableau n°31 : Les prix d'équilibre des consultations, hors charges d'amortissement du bâtiment et de l'équipement avec une augmentation de 500 Frs et un niveau de fréquentation constant.....	48
Tableau n°32 : Les prix d'équilibre des consultations, hors charge d'amortissement du bâtiment et de l'équipement, avec subvention de la vaccination et niveau de fréquentation constant.....	49
Tableau n°33 : Les prix d'équilibre des consultations hors charges d'amortissement du bâtiment et de l'équipement avec subvention des vaccinations et augmentation de la fréquentation.....	50



LISTE DES FIGURES

Graphique n°1 : Structure générale des coûts dans les centres de santé.....	22
Graphique n°2 : Relation entre les charges dans les centres de santé.....	24
Graphique n°3 : Proportion des prestations dans les recettes.....	27
Graphique n°4 : La relation entre le volume d'activité et le niveau des coûts unitaires.....	32
Graphique n°5 : Comparaison entre le tarif moyen des consultations curatives et le coût unitaire moyen.....	34
Graphique n°6 : Relation entre le niveau d'activité et le besoin de financement pour la vaccination.....	35
Graphique n°7 : Relation entre niveau d'activité et besoin de financement pour les soins infirmiers.....	36

BIBLIOTHEQUE



LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Budget initial du projet curatif.....	I
Annexe 2 : Cadre logique du projet curatif.....	II
Annexe 3: Répartition des coûts du siège dans les centres.....	IV
Annexe 4 : Calcul du coût unitaire dans les centres de santé.....	V
Annexe 5: Clé de répartition des charges du siège dans les centres.....	VI
Annexe 6: Compte d'exploitation 2004 des centres de santé.....	VII
Annexe 7: Résultats par établissement.....	VIII

INTRODUCTION

Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, on s'accorde de plus en plus à reconnaître que face à l'escalade des coûts de la santé et à la capacité limitée des ministères de la santé à financer ou à fournir des soins de santé subventionnés à tous, une forme quelconque de partage des coûts s'impose. L'instabilité des performances économiques, des taux de croissance démographique sans précédent et l'épidémie du SIDA, qui commence à peser sur les budgets de la santé publique, ont porté un coup à la capacité des gouvernements à financer et à étendre les services de santé.

En Afrique, où les pauvres représentent actuellement 48% de la population la capacité de paiement pour les soins de santé essentiels est manifestement d'une immense importance.

Les dépenses supportées directement par les particuliers représentent environ 43% de l'ensemble des dépenses de santé en Afrique, contre 37% pour les gouvernements et environ 20% pour les bailleurs de fonds¹.

Le bien-être des ménages et le coût-efficacité des soins de santé s'améliorent lorsque des services de soins préventifs et primaires sont offerts par des centres de santé qui fonctionnent de manière satisfaisante et coordonnent leurs opérations avec de petits hôpitaux de premiers recours situés dans les campagnes et à la périphérie des villes².

Dispenser aux pauvres des soins de santé d'un bon rapport coût efficacité est un moyen de lutte contre la pauvreté efficace et socialement acceptable. La plupart des pays considèrent l'accès à des soins de santé de base comme un droit de l'homme, ce qui rejoint l'objectif de « santé pour tous d'ici l'an 2000 »³.

La Côte d'Ivoire dans son plan de développement sanitaire (PNDS) 1996-2005 qui a pour objectif global « d'améliorer l'état de santé et le bien être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population » ; s'est engagée dans ce processus et parmi les stratégies explicitement préconisées par le plan, figure la reconnaissance du rôle du secteur non étatique et une incitation à son développement. Cette stratégie qui permet la réalisation simultanée des principaux programmes prioritaires du PNDS (Amélioration de l'accessibilité aux services sanitaires, promotion des soins de santé primaires par le paquet minimum d'activités, en gros amélioration de la multisectorialité et du partenariat, développement et utilisation optimale

¹ SHAW R. Paul, GRIFFIN Charles C. (1995), Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et de l'assurance.

² Banque Mondiale (1994), Pour une meilleure santé en Afrique (les leçons de l'expérience)

³ Banque mondiale (1993), Rapport sur le développement dans le monde 1993 (investir dans la santé)

des ressources humaines) est également appuyée par le document de stratégie de réduction de la pauvreté adopté en 2002. Le premier objectif de la lutte contre la pauvreté en matière de santé est en effet « d'améliorer la couverture, la qualité et l'utilisation des services de santé spécialement dans les zones rurales et dans les zones urbaines défavorisées ». ⁴

Le coût d'un programme ou d'un service de santé doit être connu si l'on envisage une participation financière de ceux qui en bénéficient (participation assurée soit par eux-mêmes soit par l'organisme qui le prend en charge), dans le dessein de couvrir les frais de médicaments ou, chose moins probable, l'ensemble des frais de fonctionnement, voir le coût effectif du service, le gestionnaire chargé de recouvrer par ce biais l'ensemble des coûts de fonctionnement au niveau local pourra, pour fixer le prix des prestations, se fonder sur le coût de fonctionnement unitaire moyen d'un service.

Le projet curatif de l'ASAPSU ⁵ a pour but est d'offrir aux populations les plus défavorisées de cinq quartiers d'Abidjan l'accès à des soins de qualité à moindre coût, au travers de structures légères qui à termes devraient pouvoir autofinancer leur fonctionnement. Ce projet qui a bénéficié du cofinancement entre l'UE, le CCFD, et la NOVIB ⁶ est arrivé à terme le 31 décembre 2004. Le problème est la pérennisation du projet qui passe nécessairement par l'autonomisation des centres de santé. Il est donc important de connaître coût du projet en identifiant et valorisant toutes les ressources qui y sont investies aux fins de prévoir la continuité du projet. Pour continuer à financer les activités d'un projet, il faut savoir ce qu'elles coûtent et voir comment les financer.

La présente étude se propose de contribuer à identifier et calculer les coûts des prestations et services fournis par le projet curatif à travers ses centres de santé, et également de déterminer les conditions de viabilité de ces centres de santé.

Le plan de notre étude s'articulera autour de deux parties d'abord le cadre conceptuel et méthodologiques puis les résultats et les analyses.

⁴ Gouvernement de Côte d'Ivoire et commission Européenne. Etude de faisabilité pour un projet de santé dans les quartiers précaires d'Abidjan et sa banlieue

⁵ Association de soutien à l'autopromotion sanitaire urbain

⁶ UE : Union Européenne CCFD : Comité Catholique de financement et de développement
NOVIB : Organisme de financement de OXFAM international

PREMIERE PARTIE

CADRE CONCEPTUEL & METHODOLOGIQUE

CHAPITRE 1: LE CADRE CONCEPTUEL

Cette section soulève l'intérêt du financement des services de santé dans le cadre de leur viabilité, puis les différents concepts de l'analyse des coûts développés par certains auteurs ainsi que les différentes méthodes nécessaires pour le calcul des coûts et enfin le processus de collecte et les sources de données qui ont permis cette étude.

I.1- QUESTION DE COÛT ET DE PERENNITE⁷ DES PROGRAMMES DE SANTE

Les services de santé ne se résument pas aux soins : consultations, pansements, médicaments, vaccinations, accouchements, etc...., derrière la dimension technique de l'acte de soins, il y a aussi une dimension économique (le coût des services), et une dimension institutionnelle (les responsabilités des acteurs).

La dimension économique des services de santé a longtemps été négligée, car les services de santé, étant considérés comme un droit, devaient autant que possible être gratuits. Elle fait un retour en force au nom du réalisme : certes la santé n'a pas de prix, mais les services de santé, eux, ont un coût, et l'on ne peut dépenser plus que ce que l'on possède.

La « gratuité » des services est également toute théorique : même dans un système de santé majoritairement public, l'Etat finance en réalité moins du tiers des dépenses de santé. Quoique pauvres pour la majorité d'entre eux, les africains dépensent de l'argent pour se soigner en combinant les multiples offres locales : thérapeutes traditionnels ou modernes, petits revendeurs de médicaments entre autres.

La question n'est donc pas de savoir s'il faut ou non faire payer les services de santé : la population paye déjà beaucoup. Il s'agit plutôt de se demander :

- Est-il possible de fournir des services de santé de qualité à un prix accessible pour la majorité des habitants d'un pays d'Afrique ?
- Les ressources nationales disponibles privées (les ménages) et publiques (état et collectivités locales) sont elles suffisantes pour assurer le financement à long terme de ces services ?

Pour pouvoir répondre à ces questions, il est nécessaire d'évaluer les coûts des services de soins y compris ce qui est souvent oublié, comme les amortissements, les coûts non comptabilisés des « projets » qui fournissent certains services, et aussi ceux des pratiques parallèles du personnel qui complètent ainsi ses revenus (et qui est équivalent à des coûts salariaux cachés).

⁷ C'est la viabilité ou la durabilité d'un programme ou projet à long terme

La dimension institutionnelle est apparue clairement quand le système public, dont l'Etat était l'acteur unique, a commencé à évoluer vers des systèmes plus participatifs avec comités de santé et/ou de gestion, des associations de santé communautaire ou des collectivités locales. Cette "participation" de la population est incontournable, car la santé n'est pas un bien qui se consomme passivement.

Mais cette autonomie ne signifie pas indépendance, car elle doit s'inscrire dans le cadre d'une politique nationale de santé, orientée en priorité vers les maladies graves et fréquentes.

Faute de ce cadre, le risque est celui d'une dérive "commerciale" vers des services qui laisseraient de côté les priorités de santé publique pour satisfaire sans réflexion toutes les demandes des patients, y compris celles qui peuvent être inutiles ou dangereuses (injections, vitamines, etc.).

Soins, financement, et management : Ces trois dimensions des services de santé sont interdépendantes. On ne peut recouvrer les coûts si les soins ne sont pas attractifs pour la population (trop de distance, mauvaise qualité des soins) et si les décisions de gestion ne sont pas appliquées. La capacité du centre de santé à couvrir ses coûts suppose une fréquentation suffisante du centre, et des acteurs qui contrôlent les recettes et limitent les dépenses superflues. Une approche globale, "en trois dimensions" est donc nécessaire quand on s'intéresse à la pérennité des services de santé⁸.

La contribution de la santé au recul de la pauvreté est une raison convaincante, d'investir dans la santé. Si les problèmes de santé ont des conséquences particulièrement graves pour les pauvres, c'est avant tout, évidemment, parce que ceux-ci sont davantage exposés à la maladie, mais c'est aussi parce qu'ils tirent exclusivement leur revenu de leur travail physique et n'ont pas d'économies qui leur permettent d'amortir les coups durs. Ainsi une fois rétablis ils risquent de se retrouver avec un capital humain et financier diminué. La pauvreté a des conséquences graves sur la santé : Les pauvres ont une espérance de vie réduite et sont plus fréquemment frappés d'invalidité que le reste de la population.

Dans une étude menée à Abidjan par l'UNICEF et la Coopération française concernant l'impact de la tarification sur la demande de soins chez les populations démunies ; on remarque que le système de tarification n'a pas d'influence significative sur la demande de soins mais c'est plutôt la qualité des soins qui est l'élément important ici. Ainsi, une amélioration de la qualité des soins, conjuguée à une tarification des soins minimale, le développement de centres de santé de proximité ainsi que l'apparition de systèmes d'assurances et/ou de

⁸ GALLAND Bruno (1997) Evaluer la viabilité des centres de santé (Fascicule n°1)

mutuelles dédiées aux frais de santé pourraient constituer des éléments de politique sanitaire permettant d'améliorer l'accès aux soins.⁹

La banque mondiale indique que la plupart des pays d'Afrique ont 36% de leur population vivant en zone urbaine en dessous du seuil de pauvreté. Concernant l'accès aux soins en Côte d'Ivoire 92% de la population en zone urbaine à accès aux soins, il est de 71% pour l'Afrique en général. Les dépenses au titre de la santé sont en moyenne de 14 \$¹⁰ par habitant en Afrique et de 41 \$ pour les pays en développement contre 1340 \$ pour les pays développés.

Le seuil de pauvreté absolue est défini, pour chaque pays par le niveau de revenu en dessous duquel il n'est plus possible d'assurer une nutrition, un abri et des personnels adéquats ; en Côte d'Ivoire le seuil de pauvreté relative s'établit à 183 450 Frs CFA en 2002, soit moins de 503 Frs CFA/ jour pour faire face aux besoins de consommation courants. Dans le même temps le coût moyen de la consultation est calculé à 1883 Frs CFA chez l'infirmier/ sage-femme et à 4038 Frs CFA chez le médecin¹¹.

L'accès aux soins de santé est défini par l'OMS comme étant la proportion de population qui est soignée en raison d'une maladie ou d'une blessure et qui peut obtenir un médicament essentiel figurant sur la liste nationale en un site régulièrement approvisionné ne se trouvant pas à plus d'une heure de trajet de l'endroit où elle réside. Les dépenses au titre de la santé recouvrent les dépenses effectuées au titre de la prévention de la maladie, de la promotion de la santé, de la rééducation et des services de soins de santé publique et de soins cliniques, des programmes relatifs à la population, des activités de nutrition, de l'aide alimentaire et de l'aide d'urgence spécifiquement axées sur la santé.

Quel que soit le plan retenu en vue d'étendre les soins de santé préventifs et primaires à un plus grand nombre d'africains il importe de déterminer combien il coûtera et d'où viendront les ressources nécessaires pour le financer ? L'analyse des coûts réalisée pour l'Afrique à faible revenu montre qu'un programme de service de santé de base peut être offert aux consommateurs moyennant un coût de 13 \$ par habitant. Ce qui nous amène à nous demander ce que les ménages africains obtiennent actuellement pour les montants qu'ils payent et qui, souvent, dépassent largement 13 \$.

Les pays africains ont acquis une expérience considérable dans la tarification des services de santé, pour la simple raison que les cliniques privées, tant à but lucratif que bénévole, y compris les missions religieuses, ont dû recouvrer leurs frais pour survivre. En Tanzanie, dont

⁹ UNICEF, Coopération Française (2003) Qualité et accès aux soins en milieu urbain

¹⁰ Unité monétaire des Etats Unis

¹¹ Institut National de Statistiques (2002) Enquêtes sur le niveau de vie des ménages

le revenu par habitant en 1990 n'était que de 100 \$ par an, sur 18 dispensaires non gouvernementaux, 9 recouvraient 100% de leurs frais de fonctionnement auprès des utilisateurs, et sur les 21 hôpitaux dirigés par des organisations non gouvernementales 7 en recouvraient plus de 75%. En Ouganda, où le revenu par habitant est de 170 \$ par an, 4 hôpitaux de missionnaires ont recouvré de 78 à 95% de leurs frais de fonctionnement, le reste étant fourni par les bailleurs de fonds.

I.2- CONCEPTS ET MESURE DES COÛTS DES PROGRAMMES DE SANTE

L'état des connaissances est relatif au concept d'analyse des coûts des projets ou programmes de santé développée par certains auteurs. En effet ceux-ci depuis l'instauration du recouvrement des coûts dans les centres de santé à la conférence de BAMAKO (MALI) en 1987, ont élaboré plusieurs études sur l'analyse des coûts dans les structures sanitaires. Ces études ont montré l'importance de l'analyse des coûts dans la prise de décision en matière de gestion et de planification sanitaire.

I.2.1 Les concepts de l'analyse des coûts

Andrew CREESE et David PARKER dans "l'analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires" justifient l'analyse des coûts comme étant un procédé permettant d'évaluer le montant des ressources financières d'origine variée qui seront nécessaire à la poursuite des programmes, et comment elles peuvent d'une part aider à comprendre la manière dont les soins de santé sont assurés par le personnel de santé et d'autre part à estimer l'efficacité de la mise en œuvre des fournitures, moyens de transports et autres apports. Il permet également de comparer divers centres, postes et unités assurant des services. Ils font également la distinction entre le coût financier et le coût économique. Le coût financier correspond à la valeur des dépenses réelles affectées aux biens et aux services achetés. Quand au coût économique, il tient compte du coût de l'utilisation de ressources, dans la mesure où elles sont alors indisponibles pour être utilisées de manière productive ailleurs.

MALICKY dans son étude sur "l'analyse des coûts pour la pérennisation d'un projet sénégal- Belge de lutte contre les IST/ SIDA" dont le but était d'assurer de manière pérenne la prise en charge thérapeutique des IST et des affections opportunistes du SIDA les plus courantes dans les structures sanitaires du Sénégal. Elle met en évidence les coûts réels des activités de vente des médicaments dans la pharmacie IB¹². Elle utilise la méthode des coûts complets pour déterminer les coûts à recouvrer au niveau d'un service de

¹² Initiative de Bamako qui a eu lieu en 1987 et qui a préconisé le recouvrement des coûts dans les centres de santé

réapprovisionnement en médicament tel prôné par l'initiative de Bamako (IB). Elle insiste sur l'importance de l'utilisation des outils de gestion dans la collecte et l'analyse des données sur les coûts.

GBOHI dans "l'analyse des coûts d'un projet dans l'optique de la reproductibilité et dans le cadre de la dévolution des activités" qui avait pour objectif d'analyser les coûts des activités de la cellule² du projet afin de déterminer les conditions de leur reproduction ; analyse tous les sources de financement de la cellule² et identifie tous les facteurs ayant une influence sur les coûts et les conditions de reproduction de ses activités. Il utilise la méthode des coûts complets pour aboutir au calcul des coûts de revient d'une activité en distinguant les fonctions auxiliaires des fonctions principales et ensuite de répartir les coûts des fonctions auxiliaires sur la fonction principale au moyen des clés de répartition.

DRUMMOND et al dans la "Méthode d'évaluation économique des programmes de santé" fournissent certains critères essentiels dans l'analyse des coûts notamment le point de vue de l'analyste, c'est-à-dire le coût pour qui ? Pour la société ? Le patient ? La structure sanitaire ? Puis Ils mettent en exergue les différentes méthodes pour mesurer et évaluer les coûts d'investissements notamment l'annualisation, et le coût de la dépréciation. Mais également l'horizon temporel dans l'analyse des coûts et enfin les différentes méthodes de répartition des frais généraux entre différents projets ou programmes.

ONUSIDA dans les « Directives d'évaluation des coûts des stratégies de prévention du VIH/SIDA » souligne les concepts de analyse des coûts notamment la classification des coûts qui doit prendre en considération des besoins spécifiques et doit respecter trois principes :

- il doit répondre aux particularités de la situation ;
- les classes ou catégories ne doivent pas se recouper ;
- Tous les cas doivent pouvoir être traités.

On peut les classer selon les apports (investissements et fonctionnement), les fonctions ou activités, selon l'origine du financement, selon l'échelon d'affectation, selon les devises.

Cet outil d'évaluation donne la raison et les objectifs de l'évaluation ; avant de se préparer à réaliser une étude de l'évaluation des coûts, l'analyste doit avoir clairement identifié les questions auxquels il veut répondre, l'objectif recherché et l'utilisation des résultats. Ces éléments aideront à définir les limites de l'étude. Les objectifs d'une analyse des coûts se fondent sur divers principes :

- Etudier l'efficacité d'un projet : les objectifs de l'évaluation des coûts peuvent être d'analyser les coûts actuels d'un projet déjà établi pour recenser les éventuelles économies

réalisables et pour améliorer l'efficacité d'un service. Dans ce cas, les coûts de lancement du projet peuvent être exclus.

- Modifier un projet et en assurer la durabilité : si l'initiative de l'évaluation des coûts vient du projet lui-même, les administrateurs peuvent vouloir des informations pour l'un, ou la combinaison de plusieurs, des objectifs suivants : améliorer la budgétisation, suivre l'évolution des coûts, planifier une amélioration du système actuel et améliorer la stratégie à l'avenir.

- Etudier les possibilités de reproduction d'un projet : si l'objectif est de fournir des informations sur les coûts totaux d'une stratégie dans la perspective de la reproduire, il faudra réunir des données sur les coûts de fonctionnement et sur les coûts de lancement.

- Rapport coût-efficacité : les études du rapport coût-efficacité peuvent aider à définir les priorités, les décisions concernant l'affectation des ressources et la conception des services. Un administrateur pourra vouloir avoir davantage d'informations sur le rapport coût-efficacité des différentes solutions possibles permettant de fournir la stratégie dont il est responsable.

Enfin dans le choix de la période étudiée on s'efforce d'évaluer les coûts pour l'ensemble d'un exercice, ce qui facilitera la référence à la plupart des données pertinentes, telles que celles qui concernent les frais de personnel et le coût des services. On choisit l'exercice le plus récent pour lesquels les données relatives aux coûts sont disponibles. Pour toute évaluation, les données relatives aux coûts peuvent être collectées de manière rétrospective à partir de sources telles que les livres comptables, les questionnaires, les entretiens. Si l'évaluation des coûts s'intéresse à la modification future ou à la viabilité d'un projet, les coûts des activités en cours (y compris les moins values des apports en capital) doivent être collectés pendant une période de fonctionnement normal du projet. Si les coûts sont collectés pendant la première phase du projet, il est important d'exclure les coûts de lancement exceptionnels susceptibles de gonfler les estimations des ressources nécessaires pour assurer la pérennité du projet.

I.2.2 Les méthodes de calcul des coûts

Le coût est défini comme un ensemble de charges calculé à un stade donné de prestation de service ou de production c'est-à-dire la valeur des ressources dépensées pour l'acquisition de ce bien ou service.¹³

¹³ YAZI Moussa (2005) Cours de comptabilité analytique 2004-2005 (DESS Economie de la santé).

Ainsi on distingue les charges directes et les charges indirectes ; les charges directes sont constituées de l'ensemble des charges pouvant être affectées sans ambiguïté à un objet de coût.

Les charges indirectes correspondent à des ressources consommées par plusieurs objets de coût dont la répartition se fait à l'aide de clés de répartition ou d'unités d'œuvre.

Un objet de coût se définit comme un élément pour lequel une mesure séparée du coût est jugée utile comme exemple, un produit, un service, une activité, une fonction¹⁴.

Il existe plusieurs méthodes pour le calcul des coûts :

- Les coûts partiels : on distingue trois types,
 1. coût variable : est formé des seules charges qui varient en fonction du volume d'activité, que celles-ci soient proportionnelles à ce volume ou non.
 2. coût direct : est formé des seules charges spécifiques à l'objet de coût, qu'elles soient variables ou fixes.
 3. direct costing amélioré : elle combine les méthodes du coût variable et de coût direct pour déterminer la contribution de chaque objet de coût à la couverture des charges fixes communes.
- Le coût complet : peut être calculé en utilisant l'une ou l'autre des méthodes du coût partiel.
 1. méthode du coût variable : répartir les charges fixes entre les objets de coûts qui les consomment ;
 2. méthode du coût direct : répartir les charges indirectes entre les objets de coût qui les consomment ;
 3. méthode du direct costing amélioré : répartir les charges fixes indirectes entre les objets de coût qui les consomment.
- Le coût complet avec imputation rationnelle : son principe consiste à imputer au produit seulement la part de coûts fixes correspondant à un niveau normal d'activité préalablement défini.

La différence entre les coûts fixes totaux et les coûts fixes affectés aux produits constitue alors un coût de période, appelé mali de sous activité, lorsque le niveau d'activité réel est inférieur au niveau d'activité normal ou boni de suractivité, lorsque le niveau normal d'activité est dépassé.

¹⁴ MENDOZA Carla, CAUVIN Eric (2002) Coûts et décisions

I.3- PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES ET SOURCES DES DONNEES

Le processus de collecte des données est une étape importante dans la réalisation de l'étude. La collecte s'est déroulée à deux niveaux : Au niveau du siège du projet curatif et dans les différents centres de santé.

I.3.1 Les entretiens au niveau du siège

Ces entretiens se sont déroulées du 20 Août au 30 septembre 2005. Cela a consisté à interroger le responsable du projet sur les étapes de la mise en place du projet, ses objectifs, le financement et le fonctionnement des centres de santé. L'entretien avec le pharmacien a permis d'avoir une idée sur la nature des médicaments disponibles, le mode d'approvisionnement des centres de santé, les relations avec la Pharmacie de la santé Publique (PSP) et les grossistes répartiteurs ainsi que la fiabilité des outils de gestion. Le gestionnaire nous a fourni des documents portant sur les outils de gestion, l'état des dépenses et les données financières de l'année 2004.

I.3.2 Les entretiens au niveau des centres de santé

La visite des structures sanitaires s'est déroulée durant le mois d'octobre à décembre. Elle a consisté à des entretiens en tête à tête avec presque tout le personnel des centres de santé avec un suivi des activités des différents agents pendant un certain nombre de jours et cela dans chaque centre de santé.

Nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés dans la collecte des données notamment. Au niveau du siège nous avons dû attendre plusieurs semaines avant d'avoir accès au bilan financier des centres de santé qui dans la plupart des cas n'était pas assez détaillé.

Concernant les centres de santé, le personnel était très accueillant mais méfiant dans la fourniture des données malgré l'autorisation des responsables du projet. En définitif nous avons pu avoir l'essentiel des informations qui étaient primordiales dans l'élaboration de notre étude mais après un temps de collecte assez long.

I.3.3 Le traitement des données

Les calculs et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du tableur EXCEL pour la version 2003. La saisie et le traitement de texte ont été faits par le logiciel WORD version 2003.

La présentation des résultats se fera sous forme de tableaux de synthèse et de graphique pour mieux visualiser les données.

CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE D'ESTIMATION DES COÛTS

Le chapitre 2 est consacré aux objectifs de l'étude puis à la méthodologie utilisée pour la détermination des coûts et enfin aux différentes communes intéressées par l'étude.

II.1- LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

II.1.1 Objectif général

L'étude vise à analyser le coût des activités des centres de santé du projet curatif afin de contribuer à déterminer les conditions de sa pérennisation.

II.1.2 Objectifs spécifiques

Identifier les centres d'activités et les ressources engagées selon les apports ;

- Imputé au projet curatif sa part des coûts récurrents et d'investissement du siège de L'ASAPSU ;
- Calculer les coûts récurrents et d'investissements des différents centres de santé;
- Déterminer les coûts totaux, les coûts moyens et les coûts unitaires des activités dans ces centres ;
- Evaluer le niveau général de recouvrement atteint par les cinq centres de santé;
- Détailler la structure des coûts de production ;
- Discuter des conditions de viabilité des centres de santé ainsi que de l'ensemble du projet.

II.2- METHODOLOGIE D'ESTIMATION DES COÛTS

Cette étude analyse le coût des activités que produisent les différents centres de santé. Le modèle de calcul des coûts retenu est celui des coûts complets, plus apte à déterminer un coût de revient qui reflète un coût réel des différentes activités du projet.

Etablir le coût complet d'un objet de coût consiste à chercher à valoriser l'ensemble des ressources consommées par celui-ci. Le coût complet (d'un objet de coût) est constitué du coût direct¹⁵ et de la part des charges indirectes¹⁶ qui lui sont imputées. Cela suppose l'utilisation d'une méthode de répartition pour les charges indirectes¹⁷.

L'utilisation du coût complet dans le calcul des coûts unitaires a ses insuffisances, notamment dans le choix des clés de répartition. En effet ces clés sont choisies de façon arbitraire dans la

¹⁵ Ce sont toutes les ressources rattachées directement à une activité

¹⁶ Concerne les ressources qui sont rattachées à plusieurs activités dont la répartition nécessite des clés de répartition

¹⁷ YAZI Moussa (2005) cours de comptabilité analytique 2004-2005 (Economie de la santé)

plupart des cas de figures, ce qui ne permet pas de refléter de façon concrète les coûts attribués.

La méthode du coût complet

Coût complet = Coût direct + quote-part des charges indirectes imputée à l'objet de coût

Résultat analytique = Chiffres d'affaires - Coût complet

Les objectifs de l'étude étant la pérennisation du projet curatif, les coûts considérés sont des coûts constatés. C'est pourquoi le coût des terrains de construction des centres de santé n'est pas pris en compte. Une méthode de valorisant des coûts de renonciation¹⁸ pour les investissements sera utilisée. Cette méthode est moins simple qu'un calcul d'amortissement linéaire mais à l'avantage de se préoccuper des autres usages qu'on aurait pu faire de ses ressources en capital.

Cette méthode est appliquée au véhicule, aux équipements, et aux bâtiments.

Pour calculer le coût de renonciation d'un matériel par annuité, on appliquera la démarche suivante :

- 1) Valeur actualisée : estimer la valeur actualisée de l'investissement considéré, c'est-à-dire la somme qu'il faudrait payer, au moment où l'on effectue l'étude, pour se procurer un bien équivalent (c'est la valeur de remplacement et non la valeur originale) ;
- 2) durée de vie : évaluer pendant combien d'années on peut raisonnablement espérer utiliser le bien (à compter de la date acquisition) ;
- 3) Taux d'actualisation : déterminer quel est le taux d'actualisation pratiqué par les services de planification économique ou le ministère des finances. (on pourrait utiliser les taux conseillés dans des études similaires)
- 4) coefficient actuariel : consulter une table normalisée pour choisir un coefficient actuariel correct ;
- 5) calcul du coût annuel : calculer le coût annuel en divisant la valeur actualisée de l'objet par le coefficient actuariel.

Le taux d'intérêt de 3% utilisé dans des études similaires sera retenu suite à des études similaires¹⁹.

La classification des coûts sera fonction des apports par la distinction entre coût d'investissement et coût récurrent²⁰.

¹⁸ Ces coûts tiennent compte du coût de l'utilisation des ressources, dans la mesure où elles sont indisponibles pour être utilisées de manière productive ailleurs

¹⁹ DRUMMOND Michaël, OBRIEN J. Bernie, Méthode d'évaluation économique des programmes de santé

La période de référence choisie pour l'étude couvre toute l'année 2004. Cette méthode permet d'aboutir au coût unitaire d'une prestation dans les centres de santé.

Son application se déroulera de la façon suivante dans notre étude :

1. Identifier les différents projets de l'ONG au niveau du siège et les ressources selon les apports.
2. Répartir les coûts de fonctionnement et d'investissement du siège à travers les projets de l'ONG à partir des clés de répartition.
3. Déduire la part des charges du projet curatif à partir de la charge totale au niveau du siège de l'ASAPSU ; ensuite ventiler ces charges à partir des clés de répartitions dans les cinq centres de santé.
4. Identifier les coûts récurrents et d'investissements au niveau des centres de santé.
5. Identifier les différentes activités des centres de santé et distinguer les centres principaux des centres de soutien²¹.
6. Affecter les différentes charges directes aux activités des centres de santé.
7. Répartir les charges des centres de soutien à travers les centres principaux au moyen des clés de répartition.
8. Déterminer le coût total, le coût unitaire des activités²² dans les centres de santé.
9. analyser la tarification et le taux de recouvrement²³ des centres principaux.

La durée de vie des bâtiments, équipements, véhicule et des mobiliers sera estimée selon l'avis des experts, et par des entretiens avec les responsables du projet.

. (Annexe 4 et 5) Les clés de répartition seront choisies soit en fonction du pourcentage de temps affecté à telle ou telle centre, soit en pourcentage des actes tarifés ou d'utilisation d'une ressource particulière ou encore en fonction du volume d'activités²⁴. D'autres clés spécifiques pourront être utilisées en fonction du niveau de détail des données disponibles

²⁰ Les investissements sont des ressources en capital dont la durée de vie prévue est supérieure à un an comme les bâtiments et les véhicules.

Les coûts récurrents ou coûts de fonctionnement ou d'exploitations sont les ressources présumées consommées ou remplacées en l'espace d'un an comme les salaires et les fournitures de bureau.

²¹ Les centres principaux développent des activités en relation directe avec la production et les produits

Les centres de soutien sont des centres prestataires de services à l'égard des autres centres.

²² Le coût total correspond au coût de production d'une certaine quantités de services par un projet ou un programme

Le coût unitaire est le rapport entre le coût total de production et la quantité produite.

²³ C'est le rapport entre les recettes et le coût de production d'une activité

²⁴ Représente tous les actes totaux des différents services y compris la vaccination

II.3- CHAMPS DE L'ETUDE

Les communes de YOPOUGON, ABOBO, MARCORY, ATTECOUBE, ont été choisies comme lieu d'implantation de ces nouveaux établissements sanitaires. Les deux communes les plus peuplées d'Abidjan, YOPOUGON et ABOBO (environ 500 mille habitants chacune) ont connu la plus forte croissance démographique depuis ces dernières années en accueillant la majeure partie des populations qui cherchaient à s'installer à Abidjan. YOPOUGON est située à l'Ouest d'Abidjan. La commune se développe sous l'action de sociétés immobilières qui aménagent des terrains en leur apportant voirie, assainissement et eau potable. La population est jeune et en grande majorité instruite. Elle comprend une forte proportion de célibataires et d'élèves. ABOBO, situé à l'extrême nord, connaît un développement plus spontané, sous l'impulsion notamment de nombreux migrants (provenant des autres quartiers d'Abidjan et de l'étranger) attirés par le coût relativement plus faible du logement. Cette commune est la plus peuplée d'Abidjan. Elle est aussi l'une des plus défavorisée de la capitale. La commune d'ATTECOUBE présente les mêmes caractéristiques que celle d'ABOBO mais moins peuplées²⁵. La commune de MARCORY est par contre peuplée d'ivoiriens qui habitent pour la plupart dans des habitations modernes qui sont à proximité des quartiers précaires.

²⁵ ESCALON Emmanuel, GIDIS-CI, et Projet Santé Abidjan. Les conditions économiques de la pérennisation des formations sanitaires Urbaines à base communautaire d'Abidjan. 1998

Tableau 1 : Evolution de la population dans les 4 communes abritant les centres de santé

	2000	2001	2002	2003
ABOBO				
Hommes	349616	360846	372779	383708
Femmes	341676	352651	364313	374994
Total	691291	713497	737092	758703
Densité (hab./Km ²) ²⁶	9767,63	10081,38	10414,78	10720,13
ATTECOUBE				
Hommes	109364	112877	116610	120028
Femmes	100945	104187	107633	110789
Total	210309	217064	224243	230817
Densité (hab./Km ²)	5036,2	5197,97	5369,87	5527,31
MARCORY				
Hommes	89187	92052	95096	97884
Femmes	88166	90998	94007	96763
Total	177352	183049	189103	194647
Densité (hab./Km ²)	10107,45	10432	10777	11093
YOPOUGON				
Hommes	385772	398163	411330	423390
Femmes	390949	403507	416851	429073
Total	776721	801670	828182	852463
Densité (hab./Km ²)	5027,77	5189,28	5360,89	5518,06
VILLE D'ABIDJAN				
Hommes	1547634	1597346	1650171	1698552
Femmes	1524118	1573076	1496015	1672743
Total	3071752	3170422	3275268	3371295
Densité (hab./Km ²)	6501,17	6710	6931,9	7135,14

Source INS : Institut National de la Statistique 2003

²⁶ Habitant par kilomètre carré

DEUXIEME PARTIE

LES RESULTATS

&

LES ANALYSES DE L'ETUDE

CESAG BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 3 : ANALYSE DES CHARGES ET DES RECETTES

L'analyse dans cette section se situera à deux niveaux :

D'abord au niveau du siège de l'ONG où on déterminera les charges du projet curatif. Les charges directes lui seront directement imputées et les charges indirectes seront réparties à travers des clés de répartition. Puis au niveau des centres de santé nous allons distinguer d'une part les charges d'amortissement et de fonctionnement et d'autre part les recettes générées par les centres dans le cadre du recouvrement des coûts.

III.1- LES CHARGES AU NIVEAU DU SIEGE

III.1-1 Les charges du projet curatif au niveau du siège de l'ASAPSU

Les charges directes

Les charges directes du projet curatif sont constituées essentiellement par le véhicule du projet, le mobilier et le matériel informatique.

Tableau 2 : Les charges directes du projet curatif (F CFA)

Investissement	coût d'achat	Fonctionnement	charges
Véhicule	14 125 456	Charge du personnel	25 800 000
Mobilier bureau	1 824 072	Entretien véhicule	1 546 750
Matériel informatique	3 000 440	Fonctionnement direct	1 784 738
Total	18 949 968		29 131 488

La charge du personnel au niveau du siège est assez élevée et consomme une grande part dans le coût total de fonctionnement du siège.

Suivant la méthodologie pour le calcul des coûts annuels spécifié dans la partie méthodologie, les coûts annuels d'investissements se présentent comme suit :

Tableau 3: Le coût annuel des charges d'investissements directes (F CFA)

Investissement	Coût d'achat	Année d'achat	Coût annuel
Véhicule	14 125 456	2001	1 863 798,444
Mobilier bureau	1 824 072	2001	329 533,3475
Matériel informatique	3 000 440	2001 & 2003	716 171,7895

La durée de vie retenue pour le véhicule est de 10 ans, le mobilier est de 7 ans et le matériel informatique 5 ans²⁷. Cela pourrait être discutable mais nous l'avons retenu par souci de comparabilité avec des études similaires.

Les charges indirectes

Au niveau du siège de l'A.S.A.P.S.U nous avons trois autres projets qui se partagent les charges indirectes.

Les charges indirectes sont constituées principalement par le bâtiment, l'eau, l'électricité et le téléphone

La répartition de ces charges indirectes à travers les quatre projets s'est fait à travers des clés des répartitions.

Tableau 4 : Clés de répartition des charges indirectes du siège de l'A.S.A.P.S.U

Charges	Clé de répartition
Amortissement bâtiment	<i>Surface occupée</i>
Entretien et réparation siège	<i>Répartition égalitaire</i>
Fourniture Bureau	<i>Répartition égalitaire</i> <i>Nombre de bureau occupé</i>
Electricité	<i>Personnel /projet</i>
eau	<i>Répartition égalitaire</i>
Téléphone	

L'entretien du siège, le fonctionnement, et les charges de téléphones sont répartis de façon égale entre les projets compte tenu qu'il n'existe pas de moyens fiables pouvant permettre d'imputer une charge plus lourde à un projet. Pour le téléphone il n'existe pas de compteur ou de fiches permettant de comptabiliser les appels des différents projets. Idem pour l'entretien et les fournitures de bureau.

Pour le bâtiment, l'électricité et l'eau, les clés utilisées paraissent les mieux indiquées même si d'autres clés auraient pu être utilisées. Concernant l'électricité on aurait pu utiliser la puissance des appareils.

Les charges d'investissements seront actualisées puis amorties selon la méthode décrite dans la méthodologie.

²⁷ESCALON Emmanuel, GIDIS-CI, et Projet Santé Abidjan. Les conditions économiques de la pérennisation des formations sanitaires Urbaines à base communautaires d'Abidjan. 1998.

Le bâtiment du siège de l'ASAPSU :

Le coût d'acquisition du bâtiment : 12 000 000 de francs CFA en 1994, il est utilisé depuis 11 ans.

Le coût actualisé en 2004 au taux de 3% est : $12\,000\,000 \times (1+0.03)^{11} = 19\,863\,743,55$ Francs CFA.

La durée du bâtiment est estimée à 20 ans, le coefficient actuariel est de 14,877

Le coût annuel est de 1 335 198,195, et la part du projet curatif dans l'amortissement du bâtiment est fonction de la surface occupée par le projet qui est de 28% de la surface totale du siège bâti.

La part imputée au projet curatif est : 373 855,50 francs CFA.

Tableau 5: Tableau de répartition des charges indirectes

Charges par nature	Coût total (CFA)	Clé de répartition	Coût attribué au projet curatif (CFA)
Bâtiment	12 000 000	28% occupée	373 855 ,495
Electricité	2 535 075	4 pièces occupées	633 768,75
Téléphone	1 361 292	4 projets	340 323
Eau	161 000	5 personnes	32 200

III.I-2 Répartition des charges du projet curatif dans les centres de santé

Les charges du projet curatif sont réparties dans les structures sanitaires selon des clés de répartition spécifiques qui dépendent plus de leur volume d'activités (voir annexes 5). Le volume d'activité est retenu pour répartir les charges relatives au véhicule et les salaires du personnel. Tous les autres coûts du projet au niveau du siège sont répartis de façon égalitaire entre les centres de santé étant donné qu'il est très difficile de trouver des clés adaptés pour des répartitions plus justes. La livraison des médicaments ou des fournitures de bureau se fait en circuit c'est-à-dire le même jour de la semaine dans presque tous les centres de santé ; avec ce procédé il est difficile d'estimer avec précision la distance parcourue du siège du projet dans chaque centre de santé.

Le coût du bâtiment du siège de l'ASAPSU est réparti également de manière égalitaire entre les centres de santé.

Les centres de santé de MARCORY et de YAOSEHI supportent la plus grande partie des charges du siège par rapport à la clé de répartition choisie (volume d'activité). Dans le calcul des coûts unitaires dans les centres, les prestations ayant un nombre d'actes totaux supérieur

aux autres héritaient également d'une charge plus lourde. Dans la répartition des charges d'électricité entre les prestations dans les centres de santé, la clé choisie n'est pas l'idéal mais pour la circonstance elle était la mieux indiquée.

III.2- LES CHARGES ET LES RECETTES AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE

III.2-1 La structure générale des coûts dans les centres de santé

Les coûts de construction diffèrent selon les centres de santé. Les centres de MARCORY et d'ABOBO sont ceux qui ont nécessité le plus de moyens financiers. Celui de YAOSEHI est ouvert depuis 1998 c'est-à-dire avant le début du projet curatif, son coût attribué ici est fictif²⁸, il n'existe pas de document permettant de savoir son coût de construction.

Tableau 6 : Coût de construction et d'équipement des centres de santé (en Francs CFA)

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Coût de construction	29 196 101	22 958 626	20 196 101	29 458 626	22 000 000
Coût de l'équipement	5 256 000	5 256 000	5 256 000	5 256 000	5 256 000
Coût du mobilier	2 260 452	1 824 072	2 260 452	1 824 072	1 824 072

Les coûts de construction des centres de santé d'ABOBO et de MARCORY sont les plus coûteux par comparaison aux autres centres de santé.

Selon la méthode de calcul explicité dans la partie méthodologie, les coûts annuels sont :

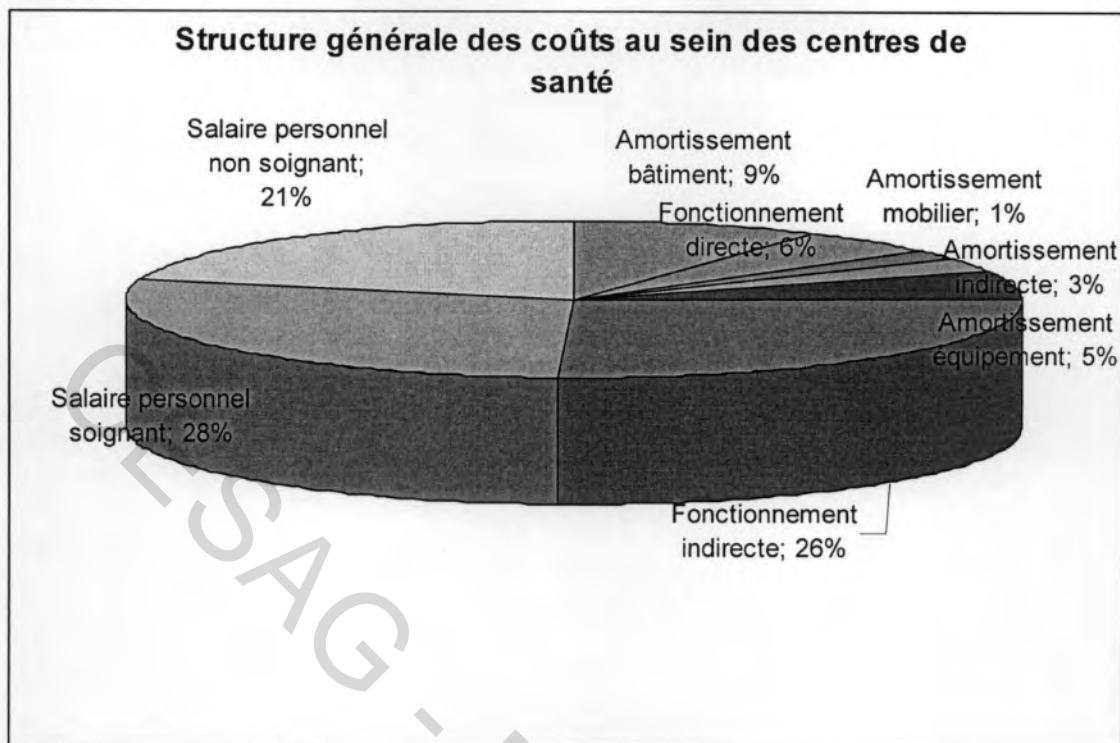
Tableau 7 : Amortissement dans les centres de santé (en Francs CFA)

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Coût annuel bâtiment	2 131 933,424	1 788 072,855	1 490 130,641	2 279 825,713	1 714 326,12
Coût annuel équipement	1 217 486,987	1 291 621,834	1 217 486,987	1 291 621,834	1 330 380,9
Coût annuel mobilier	384 929,9401	329 533,3475	384 929,9401	329 533,3475	339 422,005
Total amortissement annuel	3 734 350,351	3 409 228,037	3 092 547,568	3 900 980,894	3 384 129,02

Au niveau des amortissements le coût annuel des bâtiments est la plus important dans les 5 centres de santé suivie du coût de l'équipement.

²⁸ Le coût du centre de YAOSEHI à été évalué par avis d'expert compte tenu de non disponibilité de son coût de construction

Graphique 1 : Structure générale des coûts dans les centres de santé



Le poste de dépense le plus élevé au sein des centres de santé est celui qui concerne le salaire du personnel soignant. Les frais de personnel représentent en moyenne pour l'ensemble des centres 49% de l'ensemble des coûts. Viennent ensuite les coûts de fonctionnement indirect provenant des charges du siège du projet curatif et représentent 26% de l'ensemble des charges des centres de santé.

Les charges d'amortissements représentent 18% de l'ensemble des charges. Cependant si l'on tient compte que des charges d'amortissements directes incombant aux centres de santé elles sont de 15% du total des charges. Mais en dehors de l'amortissement du bâtiment, l'amortissement ne représente que 6%. Les charges directes représentent en moyenne 71% du total des coûts.

III.2.2 Les différences entre établissement

On observe pratiquement les mêmes structures de coût dans les centres de santé. Les différences notables résident dans les charges de fonctionnement plus élevé à YAOSEHI 12% cela s'explique par le niveau d'activité qui est supérieur à celui des autres centres. L'amortissement en bâtiment des centres de MARCORY et d'ABOBO est respectivement de 14% et de 13% et l'explication réside dans le coût de construction assez élevé dans ces 2 centres.

Tableau 8 : La structure des coûts dans les 5 centres de santé

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Personnel	70%	70%	68%	69%	68%
Fonctionnement	7%	8%	8%	9%	12%
Amortissement Bâtiment	13%	12%	12%	14%	11%
Amortissement Equipement	7%	8%	9%	7%	7%
Amortissement mobilier	2%	2%	3%	2%	2%

Les charges du personnel occupent la plus grande part dans la structure générale des coûts dans les 5 centres de santé.

Le centre curatif est composé de médecin pour les consultations, d'infirmier pour les soins, de sages femmes pour les CPN et consultations gynécologiques de 2 animatrices à l'accueil, 1 gestionnaire à la pharmacie pour la vente des médicaments et 1 caissière pour la vente des carnets et les tickets de consultations.

Pour les 2 centres ouverts en juin 2003 (ABOBO et GESCO) un appel à candidature a été fait pour le recrutement.

Tableau 9 : Effectifs du personnel dans les centres de santé décembre 2005

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Personnel soignant					
Médecin	2	2	2	3	4
Sage femme	2	1	1	2	1
Infirmier	2	2	2	2	2
Personnel non soignant					
Caissière	1	1	1	1	1
Responsable pharmacie	1	1	1	1	1
Accueil	2	2	2	2	2
Gardiens manœuvre	2	2	2	3	2
Technicien de surface	1	1	1	1	1

Au niveau du personnel soignant il faut noter que le personnel travaille un jour sur deux, les deux médecins ne sont pas présent le même jour ; c'est aussi le cas des sages femmes et des infirmiers.

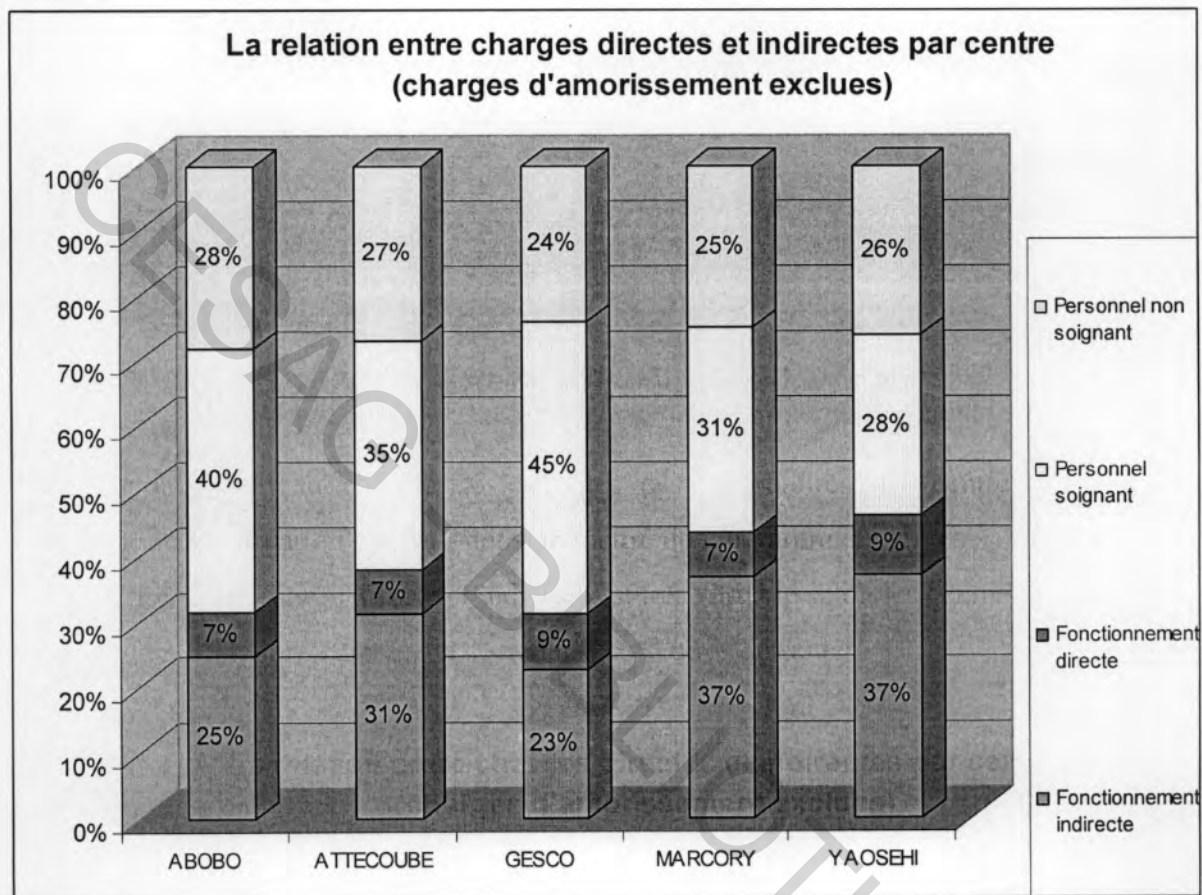
Par contre tout le personnel non soignant est toujours présent.

Le personnel soignant à un salaire journalier de 10 000 Francs CFA pour le médecin et de 7000 Francs CFA pour la sage femme et l'infirmière.

Nous n'avons pas tenu compte des activités des laboratoires des centres de santé par insuffisance d'information pouvant nous permettre de faire notre étude.

La répartition entre charge directe et indirecte est très variable selon les centres de santé

Graphique 2: Relation entre les charges dans les centres de santé²⁹



On constate que les charges de fonctionnement du personnel non soignant sont plus élevées à ABOBO et à ATTECOUBE que dans les autres centres. Elles sont respectivement de 28% et de 27% dans le total de leur charge.

Par contre les charges du personnel soignant sont de 45% dans le coût total de fonctionnement du centre de santé de GESCO qui est supérieur aux charges des autres centres de santé.

Les centres de MARCORY et de YAOSEHI ont les charges du personnel soignant et non soignant les moins élevées respectivement de 56% et de 54% contre 68% à ABOBO et 69% à GESCO.

²⁹ Les charges indirectes des centres de santé sont les charges provenant du siège du projet réparti entre les centres de santé

Les coûts de fonctionnements indirects sont de 37% à MARCORY et YAOSEHI et seulement de 23% à GESCO et 25% à ABOBO, mais signalons que ces coûts sont étroitement liés au volume d'activité des centres.

III.3- LES RESULTATS DU RECOUVREMENT DES COÛTS

III.3.1 Le recouvrement des coûts dans les centres par les recettes des prestations

Dans la fixation des tarifs l'ASAPSU et ses partenaires ont tenu compte des caractéristiques socio économique de leur population de référence. Les prix ne varient pratiquement pas d'un centre à l'autre.

Seul le centre d'ABOBO propose 800 francs CFA pour la consultation de pédiatrie. Par ailleurs les consultations adultes, prénatales, et gynécologiques ont le même tarif de 1000 francs CFA

Tableau 10 : Grille des tarifs dans les centres de santé (en francs CFA)

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Consultation adulte	1000	1000	1000	1000	1000
Consultation pédiatrie	800	1000	1000	1000	1000
Consultations					
Gynécologiques	1000	1000	1000	1000	1000
CPN	1000	1000	1000	1000	1000
Pansement	200 à 500	200 à 500	300 à 500	300 à 500	300 à 500
	IM 200 IVD ³⁰	IM 200 IVD	IM 200 à IVD	IM 200 IVD	IM 200 IVD
Injection	400	400	400	400	400
Perfusion	1500	1500	1500	1500	1500
Prise de température	100	100	100	100	100
Prise de tension artérielle	200	200	200	200	200
Carnet de santé	250	250	250	250	250

Les recettes issues du paiement des actes par les patients ne permettent pas de couvrir les charges de fonctionnement de l'ensemble des centres.

Seul le centre de YAOSEHI arrive presque qu'à couvrir ses charges de fonctionnement 99%.

Les centres d'ABOBO et de YAOSEHI sont loin de couvrir la moitié de leurs charges de fonctionnement.

³⁰ IM : Injection intra musculaire IVD : Injection intra veineuse directe

Tableau 11 : Répartition des recettes dans les centres de santé (Francs CFA)

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Ventes (actes)					
Consultations adultes	1 445 000	1 941 000	796 000	1 765 000	4 712 000
Consultations pédiatries	1 587 200	2 153 000	1 146 800	4 026 000	4 087 000
Consultations gynéco	173 000	26 000	25 000	189 000	309 000
CPN	758 000	997 000	554 000	2 300 000	2 037 000
Soins infirmiers	157 000	641 800	254 800	848 900	1 549 000
Carnet	177625	157875	104750	93000	716500
Total	4 297 825	5 916 675	2 881 350	9 221 900	13 410 500

Les centres de YAOSEHI et de MARCORY sont ceux qui font le plus de recettes par rapport au total des prestations et ont également les taux de fréquentation les plus élevés.

Tableau 12 : Répartition des malades selon le poste de consultation

	CPN & soins				Total
	Dispensaire ³¹	Gynécologie	infirmiers	Vaccination	
ABOBO	3429	931	2587	1270	8217
ATTECOUBE	4094	1023	1354	4609	11080
GESCO	2232	2489	703	1884	7308
MARCORY	5791	2346	2820	5879	16836
YAOSEHI	8799	579	3143	2627	15148
Total	24345	7368	10607	16269	58589

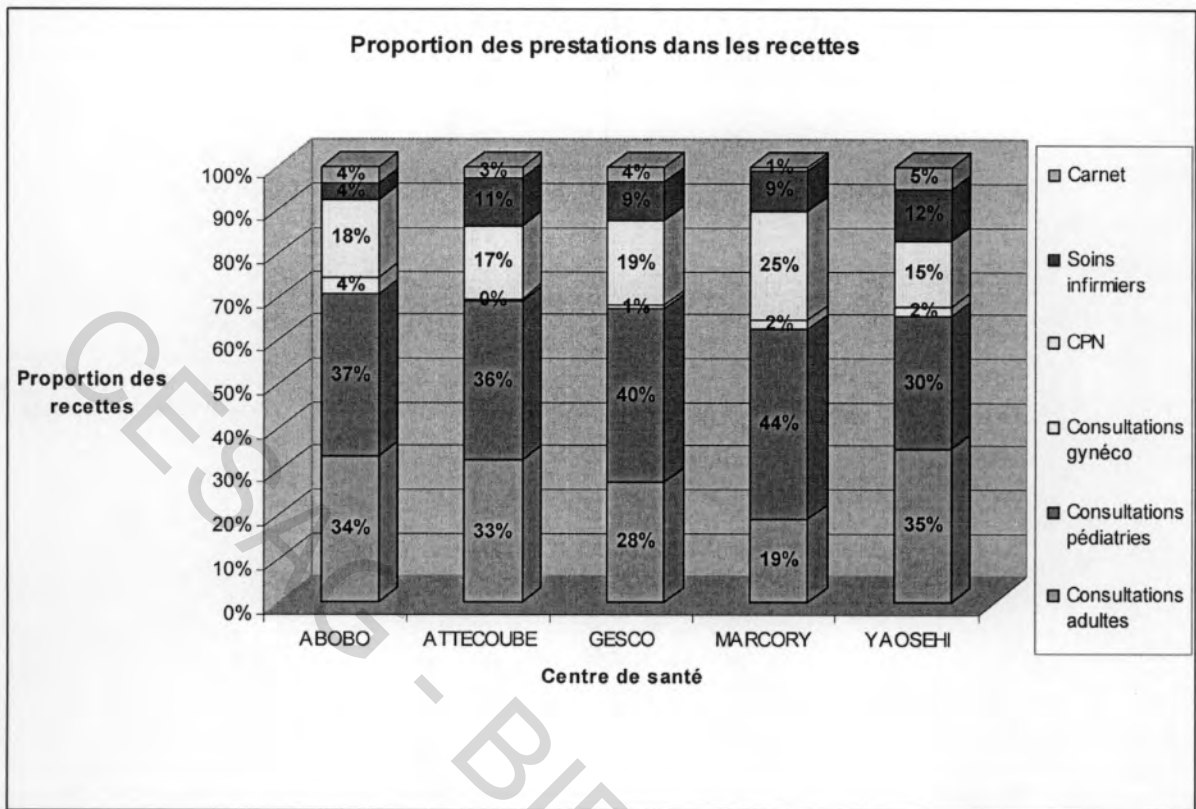
Les consultations au dispensaire (adultes et des enfants) sont l'activité la plus élevée dans la plupart des centres de santé. GESCO en revanche connaît une activité très basse qui peut être imputée à sa localisation qui en certaines périodes est très difficile d'accès.

Concernant la vaccination c'est le centre de MARCORY qui est la plus fréquentée.

Les consultations du dispensaire (adulte et pédiatrie) sont plus rentables en recettes que les autres types de prestations. Les consultations gynécologiques sont presque insignifiantes dans le total des recettes des centres de santé d'ATTECOUBE et de GESCO. Ces valeurs sont mieux appréciées sur un graphique.

³¹ Le dispensaire concerne les consultations adultes et pédiatriques

Graphique 3 : Proportion des prestations dans les recettes



Dans presque tous les centres de santé les consultations pédiatriques sont les plus rentables sauf à YAOSEHI où les consultations adultes dominent.

Tableau 13 : Taux de recouvrement dans les centres de santé

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
(1) F	32%	47%	24%	65%	99%
(2) F+ AM	29%	44%	21%	58%	88%
(3) F+ AM+ AB	25%	39%	19%	51%	79%
(4) F+AM+AB+S	20%	27%	16%	33%	51%

F= Charges de fonctionnement et de personnel

F+AM = Charges avec amortissements du mobilier et équipements

F+AM+ AB = charges avec l'ensemble des amortissements

F+AM+AB+S= Charges totales avec charges du siège du projet.

Les recettes des prestations ne parviennent pas à couvrir les charges des centres de santé, le résultat des centres d'ABOBO et de GESCO peut s'expliquer par l'ouverture récente de ses 2 établissements.

Tableau 14: Evolution de la fréquentation des centres de santé

	Nombre d'acte encaissé ³²	Nombre d'acte encaissé
	2003	2004
ABOBO (7 mois)	2822	6947
ATTECOUBE	5393	6471
GESCO (6 mois)	895	3514
MARCORY	9656	11100
YAOSEHI	11337	14288
Total	30103	42320

Les centres de santé d'ABOBO et de GESCO ont commencé leurs activités au cours de l'année 2003

Le volume d'activité en 2004 des centres ne sont pas homogène, deux centres se démarquent particulièrement : MARCORY et YAOSEHI. Ce dernier possède le niveau d'activité le plus élevé de tous les centres, le nombre d'actes encaissés est le double des trois autres centres.

Toutefois GESCO et ABOBO ont des circonstances atténuantes puisqu'ils sont plus récents que les autres centres.

On remarque la plupart des centres ne parviennent pas à couvrir leur charge de fonctionnement, l'apport de financements extérieurs à ces centres jouent un rôle primordiale pour la viabilité de ces centres.

III.3-2 L'Apport des bénéfices des pharmacies dans le recouvrement des coûts.

Chaque centre de santé dispose d'une pharmacie interne qui fournit des médicaments aux malades issues des consultations. Les médicaments disponibles sont les génériques mais également essentiels à des prix très bas. Le fournisseur principal des centres de santé est la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) qui assurait en moyenne 97% des approvisionnements jusqu'en 2004. Les centres se contentent d'une marge de 10%. Le reste est fourni par des grossistes ou des laboratoires pharmaceutiques privés avec une marge de 50% en moyenne.

Mais au cours de l'exercice 2004, les médicaments ont généré beaucoup de ressources, la marge globale réalisée est supérieure à 10% et atteint en moyenne 45%. La distinction n'a pu être faite entre médicaments PSP et grossistes privés. Le tableau suivant présente les bénéfices des pharmacies et les marges réalisées dans chaque centre de santé.

³² Le nombre d'actes encaissés représente tous les actes ayant bénéficié d'un paiement à la caisse

Tableau 15 : Les bénéfices des pharmacies des centres de santé en 2004.

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
(1) achats de médicaments	6 803 433	7 179 070	3 956 795	9 576 474	16 555 175
(2) stock initial au 01/01/04	150 991	172 088	206 894	362 913	409 082
(3) stock final au 01/0 /05	1 035 934	1 082 088	786 169	1 176 655	1 334 124
Coûts en médicaments					
(1) + (2) -(3)	5 918 490	6 269 070	3 377 520	8 762 732	15 630 133
Recettes réalisées	9 028 865	9 527 375	5 251 080	12 708 980	21 970 445
Solde	3 110 375	3 258 305	1 873 560	3 946 248	6 340 312
Marge réalisée³³	1,53	1,52	1,55	1,45	1,41

Le monopole de la PSP laisse les centres de santé entièrement dépendants de ses aléas d'approvisionnement, de ses délais de livraison et de ses produits. L'importance des marges réalisées est due au taux de marge de plus de 50% des fournisseurs privés. Il faut appliquer une politique de diversification des commandes des produits notamment auprès des grossistes répartiteurs pour augmenter les bénéfices.

Tableau 16 : Les résultats du recouvrement des coûts avec les bénéfices de la pharmacie.

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
(1) F	56%	73%	40%	92%	146%
(2) F+ AM	50%	68%	35%	83%	130%
(3) F+AM +AB	44%	60%	32%	72%	116%
(4) F+AM+AB+S	34%	42%	26%	48%	75%

Les bénéfices des pharmacies sont nécessaires aux centres de santé pour couvrir une partie de leurs charges mais seul le centre de YAOSEHI parvient à couvrir ses charges de fonctionnement avec ses amortissements. Seules les charges émanant du siège ne peuvent être couvert. Les autres centres malgré les bénéfices de la pharmacie sont loin de couvrir leur coût de fonctionnement.

En moyenne les bénéfices de la pharmacie permettent de couvrir plus de 50% des charges de fonctionnement dans les centres sauf pour GESCO (40%).

³³ La marge réalisé dans les pharmacies des centres de santé est élevé parce qu'on n'a pas distingué les médicaments fournis par la PSP et ceux des grossistes répartiteurs.

III.3-3 Les mécanismes internes de financement des consultations

Le recouvrement des coûts dans les centres de santé dépend en grande partie sur le surplus dégagé des coûts unitaires des différentes prestations et des tarifs actuellement pratiqués.

Le tableau suivant donne le coût de chaque prestation et le niveau de son recouvrement hors bénéfice de la pharmacie.

Tableau 17 : Le coût unitaire et le taux de recouvrement moyens de chaque prestation³⁴

	Tarif moyen	coût unitaire	Taux de recouvrement en %			
			(1) F	(2) F+AM	(3)F+AM+AB	(4)F+AM+AB+S
Consultation curative	980	1702	83%	78%	75%	54%
CPN & Gynécologie	1000	2532	77%	60%	53%	41%
Actes infirmier	250 - 400 - 1500	3068	18%	15%	14%	11%
Vaccination	-	737	-	-	-	-

Les coûts unitaires de toutes les prestations sont supérieurs aux tarifs moyens pratiqués. Toutes les prestations sont déficitaires, leur recouvrement est faible notamment l'acte infirmier. Cela peut s'expliquer par le coût de l'équipement des soins infirmiers disponible dans les centres. La vaccination est gratuite pour les patients mais à un coût pour le centre.

Les consultations curatives (adulte et enfant) et CPN couvrent plus de 50% de leur charge de fonctionnement ainsi que l'amortissement du bâtiment et de l'équipement.

Soulignons néanmoins que ces prestations bénéficient d'une politique de prix pour une plus grande accessibilité des personnes vivants dans les quartiers démunis.

Tableau 18 : La part de chaque service dans l'ensemble de l'activité, des charges et des recettes

	% de l'activité	% des charges	% des recettes
Consultations adulte et enfant	41%	41%	69%
CPN et Gynécologie	12%	19%	21%
Soins infirmiers	18%	29%	10%
Vaccination	29%	11%	

³⁴ Le coût unitaire moyen ici est obtenu en faisant le rapport entre le total des coûts unitaire de chaque prestation des 5 centres de santé et le chiffre 5 représentant les 5 centres de santé

Ce tableau récapitule la part moyenne de chaque prestation dans le total de l'activité, des charges, et des recettes des centres. Les soins infirmiers représentent 29% de l'ensemble des charges des centres de santé contre 10% du total des recettes. Les vaccinations représentent 11% des charges pour 29% des activités mais est fourni gratuitement dans les centres de santé.

Les consultations curatives apportent 69% des recettes mais également consomment 41% des charges de l'ensemble des coûts de fonctionnement.

En conclusion les consultations du dispensaire apparaissent comme les plus demandées dans les différents centres et tendent à s'autofinancer. Mais sans un financement externe il serait difficile d'atteindre la viabilité des centres de santé sans augmentation des tarifs or l'augmentation de tarif s'oppose aux objectifs des initiateurs et des bailleurs de fonds du projet.

III.4- Les déterminants du recouvrement des coûts.

La capacité d'un centre à recouvrer ses coûts dépend en grande partie de l'efficacité avec laquelle il fournit ses prestations, dégage un excédent de recettes sur les consultations et minimise les pertes sur les autres activités. Dans cette perspective, la fréquentation joue un rôle primordial. Elle intervient à la fois par son volume et par sa structure.

III.4-1 L'importance du volume d'activité dans la réduction des coûts unitaires.

Les frais de fonctionnement et d'amortissement sont des charges fixes. Une forte fréquentation est alors source d'économies d'échelle.

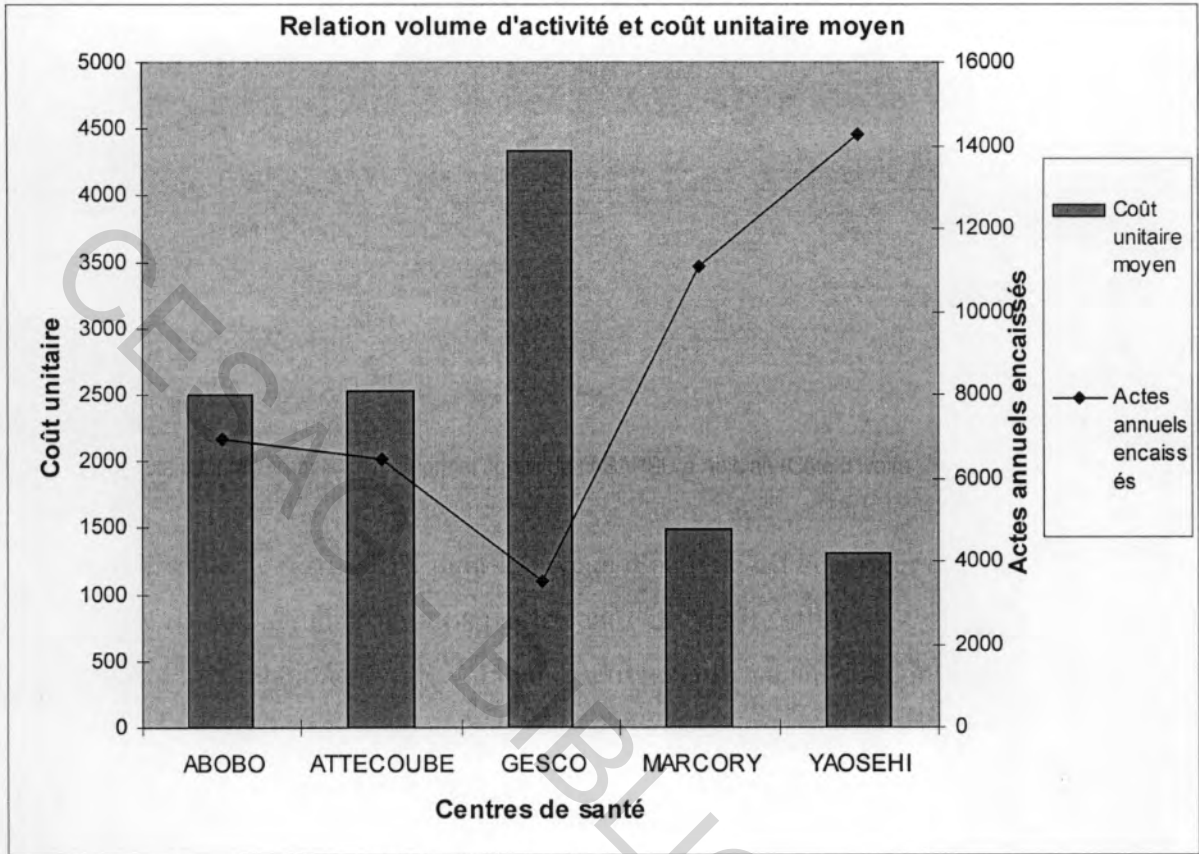
Tableau 19 : Les charges de fonctionnement, d'amortissement, et du siège dans les centres

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Fonctionnement	13 276 889	12 508 655	11 973 595	14 281 870	13 570 005
Amortissement mobilier	1 602 417	1 014 564	1 582 759	1 622 781	1 669 803
Amortissement bâtiment	2 131 933	1 788 073	1 490 131	2 279 826	1 714 326
Coût siège	4 985 083	6 445 611	3 524 556	9 366 666	9 366 666
TOTAL	21 996 322	21 756 902	18 571 040	27 551 142	26 320 800

Plus un établissement accueille des patients, plus ses coûts unitaires seront réduits. Le graphique suivant illustre la relation entre le volume d'activité et le niveau des coûts unitaires moyens.

Le centre de santé de YAOSEHI dont le niveau d'activité est supérieur aux autres présente le coût unitaire moyen le plus bas, suivi par le centre de MARCORY.

Graphique 4 : La relation entre le volume d'activité et le niveau des coûts unitaires (en CFA)



Le coût unitaire des consultations du dispensaire est proche du tarif dans le centre de YAOSEHI (995 Francs CFA) par contre le coût des CPN et des actes infirmiers est largement supérieur au tarif.

Le coût des soins infirmiers et de la vaccination est le plus bas dans le centre de MARCORY ce qui est en relation avec le volume d'activités très élevé de ces 2 prestations. Il paraît opportun aux centres de santé de l'ASAPSU de modifier leur horaire de fonctionnement afin d'accroître le taux de fréquentation afin d'avoir un coût unitaire assez bas.

Tableau 20 : Le coût unitaire des prestations par centre de santé³⁵ (en francs CFA).

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Consultation dispensaire	1936	1599	2895	1148	931
CPN et Gynécologie	3295	2678	3988	1474	1226
Soins infirmiers	2287	3322	6110	1853	1766
Vaccination	1208	508	1001	464	503

Tableau 21 : Nombre d'actes par personnel soignant et par jour

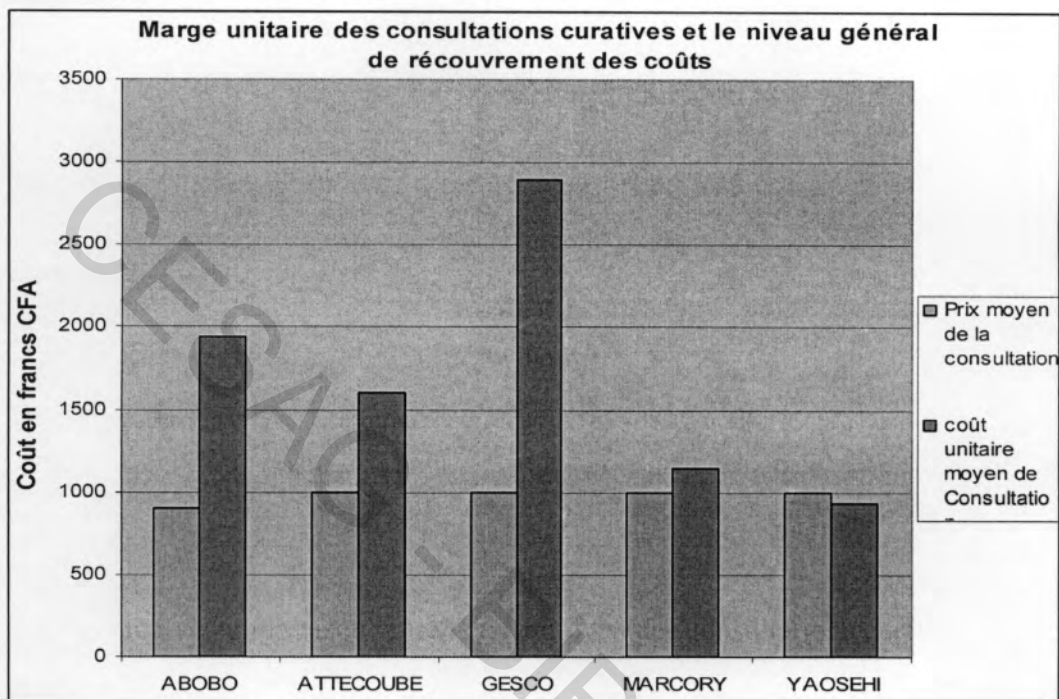
	Médecin	Sage femme	infirmier	Vaccination
ABOBO	11	5	9	12
ATTECOUBE	14	5	4	89
GESCO	7	3	2	18
MARCORY	19	12	9	57
YAOSEHI	29	13	10	25

III.4-2 L'importance des demandes de soins dans le niveau général de recouvrement des coûts

Une forte demande sur une activité rémunératrice engendre en effet des surplus importants. La capacité générale d'un centre de santé à recouvrer ses coûts dépend alors étroitement de la marge réalisée sur les consultations et du niveau d'activité atteint. Le prochain graphique compare les coûts unitaires moyens des consultations curatives (adulte et enfant) et les tarifs dans les centres de santé.

³⁵ Le coût unitaire est déterminé en additionnant les charges directes et indirectes de la prestation rapporté au volume d'activité de cette prestation

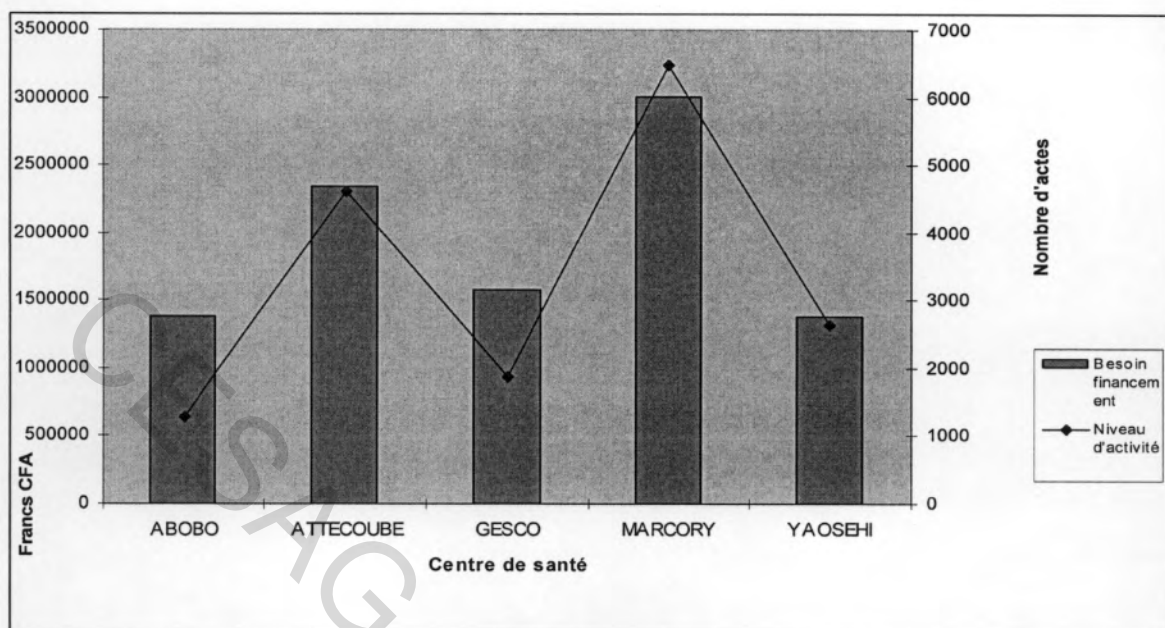
Graphique 5 : Comparaison entre le tarif moyen des consultations curatives et le coût unitaire moyen



On remarque que tous les coûts unitaires moyens sont supérieurs aux tarifs moyens pratiqués dans les centres, excepté pour le centre de YAOSEHI où le coût unitaire est plus bas. Cela s'explique aisément par son volume d'activité très élevé sur cette prestation rémunératrice. (Tableau 12)

Au contraire une demande élevée sur une activité déficitaire pèse lourdement sur l'équilibre financier de l'établissement. C'est ce qui est observé sur les prestations déficitaires comme les soins infirmiers et les vaccinations.

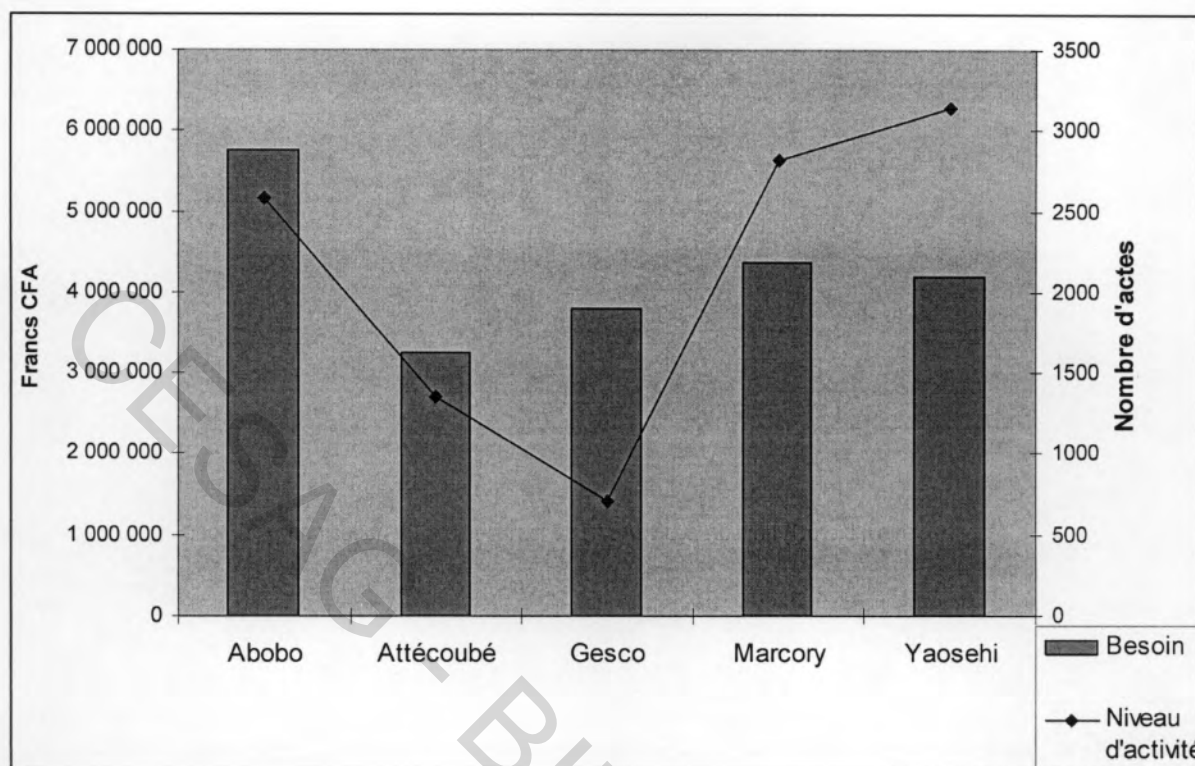
Graphique 6 : Relation entre le niveau d'activité et le besoin de financement pour la vaccination



La vaccination étant gratuite dans les centres de santé, on remarque que plus l'activité vaccinale augmente le besoin de financement augmente dans les mêmes proportions même si le vaccin est mis gratuitement à la disposition du projet par l'institut national d'hygiène public.

Le coût unitaire est plus important dans certains centres à cause des coûts fixes qui sont élevés.

Graphique 7 : Relation entre niveau d'activité et besoin de financement pour les soins infirmiers



Le besoin de financement des soins infirmiers varie selon les centres ; à MARCORY et YAOSEHI plus le nombre d'actes est important plus le besoin de financement à tendance à diminuer. Par contre à ABOBO le besoin de financement à tendance à croître avec le niveau d'activité. Le centre d'ATTECOUBE et GESCO présente un besoin de financement élevé contre des niveaux d'activité bas.

Cela s'explique par des coûts unitaires plus bas à MARCORY et YAOSEHI.

CHAPITRE 4: LES CONDITIONS ET LES MODALITES POUR LA PERENNISATION

Ce chapitre sera consacré dans une première partie aux conditions économique nécessaire devant permettre la pérennisation du projet à partir des nouvelles ressources mobilisables ; aussi bien au niveau des centres de santé que des apports extérieurs à travers différentes hypothèses. Puis dans une seconde partie les modalités à adopter devant permettre la viabilité de ce projet.

IV.1- LES CONDITIONS ECONOMIQUES DE PERENNISATION

L'étude de l'analyse des coûts a montré que tous les centres de santé ne parvenaient pas à couvrir leurs charges y compris les amortissements même avec les bénéfices de la pharmacie sauf dans une moindre mesure le centre de YAOSEHI. Les recettes des centres sont essentiellement issues du paiement des actes et de la vente des médicaments. Ce sont elles qui permettront la viabilité des centres et la pérennisation du projet. En outre réaliser des dotations aux amortissements est l'une des conditions essentielles pour la pérennisation des activités dans les centres de santé.

Seules de nouvelles ressources permettront aux centres d'asseoir durablement leurs activités. Il s'agit de les identifier et de mesurer leurs impacts sur l'équilibre financier de ces centres.

Tableau 22 : Résultat analytique entre les recettes et charges dans les centres de santé

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Consultations curatives	3 032 200	4 094 000	1 942 800	5 791 000	8 799 000
Consultations CPN et Gynécologiques	931 000	1 023 000	579 000	2 489 000	2 346 000
Soins infirmiers	157 000	641 800	254 800	848 900	1 549 000
Bénéfice pharmacie	3 110 375	3 258 305	1 873 560	3 946 248	6 340 312
Total des recettes	7 230 575	9 017 105	4 650 160	13 075 148	19 034 312
Amortissement bâtiment	2 131 933,42	1 788 072,86	1 490 130,64	2 279 825,71	1 714 326,12
Amortissement mobilier	1 602 416,93	1 621 155,18	1 602 416,93	1 621 155,18	1 669 802,91
Charges fonctionnement dans les centres	13 423 715	12 713 224	10 446 290	14 649 796	14 273 270
Total des charges	17 158 065,35	16 122 462,04	13 538 837,57	18 550 776,89	17 655 397,02
Résultats³⁶ analytiques	9 927 490,35	7 105 374,04	8 888 677,57	5 475 628,89	1 376 912,98

Seul le centre de YAOSEHI parvient à couvrir toutes ses charges avec les recettes des prestations.

IV.1.1 Les nouvelles ressources mobilisables par les centres de santé

IV.1.1.1 Une mobilisation des ressources internes des centres

Les ressources liées aux activités

L'étude des déterminants du recouvrement des coûts a souligné l'importance du niveau général d'activité sur la réduction des coûts de production. Une augmentation des consultations curatives, des CPN et des consultations gynécologiques engendrerait pour les centres de santé de nouvelles ressources.

³⁶ Résultat analytique = Total des recettes- Total des charges

a) La capacité actuelle de ces prestations

Tableau 23 : Nombre moyen de patients vu par jour

	Médecin	Sage femme
ABOBO	11	5
ATTECOUBE	14	5
GESCO	7	3
MARCORY	19	13
YAOSEHI	29	12
Moyenne	16	7

On remarque que le médecin reçoit en moyenne par jour moins de 20 patients dans presque tous les centres sauf le centre de YAOSEHI où l'on enregistre 29 patients.

b) Une hausse maximale des activités³⁷

L'horaire d'ouverture des centres est de 7 heures 30 minutes à 12 heures 30 minutes et de 14 heures 30 minutes à 17 heures 30 minutes. Cela fait environ 8 heures de travail et si on considère que le médecin reçoit chaque malade pendant 15 minutes, en fin de journée on devrait obtenir 32 patients au maximum par médecin (20 patients matin et 12 le soir). Idem pour les consultations gynécologiques et les CPN. Les hypothèses sont que cette hausse d'activité se fait sans augmentation des charges de fonctionnement et les consultations se font par 1 seul médecin et une seule sage-femme par jour. Les consultations se feraient dans ce cas du lundi au samedi soir.

Une augmentation de l'activité ne doit pas déteindre sur le niveau de qualité de la consultation sinon il y aura la nécessité d'un deuxième médecin par jour.

Tableau 24a: Ressources supplémentaires générées par la hausse d'activité (Francs CFA)

Les consultations curatives

	Nombre d'actes additionnels	Ressources additionnelles	Taux de croissance
ABOBO	21	6 363 000	66%
ATTECOUBE	18	5 454 000	56%
GESCO	25	7 575 000	78%
MARCORY	13	3 939 000	41%
YAOSEHI	3	909 000	9%
Total		24 240 000	

³⁷ Il est enseigné à la faculté de médecine qu'une consultation normale doit durer au maximum 15 mn

Tableau 24b : Ressources supplémentaire généré par la hausse d'activité (Francs CFA)

Les CPN et les consultations gynécologiques

	Nombre d'actes additionnels	Ressources additionnelles	Taux de croissance
ABOBO	27	8 181 000	84%
ATTECOUBE	27	8 181 000	84%
GESCO	29	8 787 000	91%
MARCORY	20	6 060 000	63%
YAOSEHI	19	5 757 000	59%
Total		36 966 000	

Cette hausse d'activité va apporter 24 240 000 Francs CFA à l'ensemble des consultations curatives et 36 966 000 Francs CFA aux consultations gynécologiques et CPN. Ce qui donne un total de 61 206 000 Francs CFA. Or le besoin de financement pour ces 2 prestations se présente comme suit : 10 475 823 Francs CFA pour les consultations curatives et 7 291 702 Francs CFA pour les consultations gynécologiques et CPN.

Les centres de santé avec un niveau d'activité d'une trentaine de patients par jour au niveau des consultations curatives, gynécologiques et CPN ont une marge bénéficiaire suffisante pour couvrir ces deux prestations.

Tableau 25a : Besoin de financement pour les consultations curatives³⁸

	Besoin de financement	Niveau d'activité
ABOBO	3 607 386	3429
ATTECOUBE	2 876 428	4094
GESCO	3 179 020	2232
MARCORY	857 987	5791
YOPOUGON	-44 998	8799
Total	10 475 823	24345

³⁸ Le besoin de financement se calcul en faisant la soustraction entre le coût total de la prestation et les recettes de cette prestation.

Tableau 25b : Besoin de financement pour les CPN et consultations gynécologiques

	Besoin de financement	Niveau d'activité
ABOBO	2 136 645	931
ATTECOUBE	1 716 154	1023
GESCO	1 729 872	579
MARCORY	1 178 591	2489
YOPOUGON	530 440	2346
Total	7 291 702	6789

Concernant les soins infirmiers il est très difficile de faire des simulations compte tenu de la pluralité des actes et des tarifs selon les cas. Cette prestation doit bénéficier du surplus dégagé par les autres prestations pour couvrir ses charges.

Le besoin de financement total des 4 prestations est de : 50 252 362 Francs CFA. Notre hypothèse permet de couvrir toutes les charges provenant des centres de santé.

Tableau 26 : Besoin total de financement dans les centres de santé (Francs CFA)

	Besoin de financement
Consultations curatives	10 475 823
CPN & Gynécologie	7 291 702
Soins infirmiers	21 371 706
Vaccinations	9 699 268
Total	50 252 362

Les charges du projet curatif au niveau du siège s'élève à 33595117,58 Francs CFA chaque année, il serait très difficile aux centres de santé de pouvoir combler ce déficit même avec un niveau d'activité très élevé.

Les ressources liées à la politique de prix

Une autre façon pour les établissements de mobiliser de nouvelles ressources est d'agir sur les prix des prestations qui sont très fréquentés et rémunérateurs (les consultations curatives) qui permettrait d'engendrer des ressources importantes. Une hausse des tarifs est cependant toujours délicate surtout pour ces centres de santé du projet curatif dont l'objectif premier est de permettre l'accès aux soins aux populations les plus pauvres des quartiers d'Abidjan. De plus les tarifs sont déjà élevés en comparaison avec les autres centres de santé concurrents. Une augmentation des tarifs pourrait diminuer le niveau d'activité actuel des

centres des centres. La question est de savoir quel serait le niveau des tarifs nécessaire pour équilibrer les comptes et d'apprécier si cette hausse est compatible avec les objectifs d'amélioration de l'accessibilité des soins.

IV.1.1.2 Mobilisation de ressources extérieures

Les subventions salariales

Il n'existe pratiquement pas de subvention provenant du gouvernement dans le fonctionnement des centres de santé du projet curatif. Les subventions salariales permettraient aux centres d'alléger leur coût de fonctionnement. En effet l'état pourrait affecter des fonctionnaires dans ces centres surtout le personnel soignant. Le salaire du personnel soignant représente 28% dans la structure générale des coûts des centres de santé. Malgré l'allègement financier qu'elles permettent, ces subventions risquent de poser le problème de l'organisation et la gestion du personnel fonctionnaire. L'expérience a montré que les fonctionnaires ont une logique différente des objectifs de fonctionnement des centres de santé privés.

La prise en charge des amortissements.

Il serait important dans un souci de pérennisation des activités du projet curatif qu'une grande partie des amortissements notamment ceux concernant les bâtiments et certains équipements soit prise en charge par les partenaires extérieurs, l'Etat ou les communes. L'amortissement du bâtiment représente 9% et l'équipement 5% dans la structure des coûts des centres de santé.

Le financement des vaccinations par l'état

L'Etat met gratuitement à la disposition des centres de santé des vaccins dans le cadre du financement des activités du programme élargi de vaccination. Toutes les charges relatives à l'acte vaccinal incombent aux centres et pèsent lourdement sur leur équilibre financier.

Le besoin de financement généré par la vaccination se présente comme suit :

Tableau 27: Le besoin de financement des vaccinations dans les centres (Francs CFA)

	Besoin financement	Niveau d'activité	Coût unitaire
ABOBO	1383966,25	1270	1090
ATTECOUBE	2339888,33	4609	508
GESCO	1583266,98	1884	840
MARCORY	3011582,26	6493	464
YAOSEHI	1380563,68	2627	526
Total	9699267,52	16883	

Une subvention accordée par l'Etat à ces centres de santé en fonction de leurs niveau d'activité destinée à couvrir leur coût unitaire, serait tout à fait justifiée sur ce genre de prestation comprenant de nombreuses externalités et ciblés sur des populations incluant les plus pauvres. Le coût unitaire de la vaccination varie selon les centres de santé, les coûts les plus bas proviennent des centres de santé de MARCORY, d'ATTECOUBE et de YAOSEHI et est dû en grande partie à la fréquentation que connaissent ces centres.

IV.1.2 La recherche d'un modèle de financement.

IV.1.2.1 Présentation des simulations.

Les objectifs

L'objectif des simulations est de déterminer le prix des consultations curatives (adulte et enfant) et des CPN-gynécologie³⁹ qui assure l'équilibre financier des établissements, en fonction des hypothèses :

1. de ressources supplémentaires :

- Le prix des consultations curatives et CPN augmentent de 500 Francs.
- Les amortissements des bâtiments et des équipements sont pris en charges par des agents extérieurs.
- L'état subventionne le besoin de financement actuel des vaccinations.

2. du pourcentage des bénéfices de la pharmacie reversé au financement de l'activité :

- L'ensemble des bénéfices de la pharmacie revient à un autre usage que le financement des activités.
- L'ensemble des bénéfices est reversé au financement des activités.
- Le pourcentage du bénéfice de la pharmacie nécessaire à l'équilibre financier sans avoir recours à une augmentation de prix sera calculé.

Le principe.

Le principe de la simulation consiste à calculer le besoin de financement (ou l'excédent) généré par les activités avec les hypothèses précédentes. Ce montant sera ensuite ajouté (ou retranché s'il s'agit d'un excédent) au niveau actuel de recettes des consultations, afin d'obtenir le montant total des recettes que doivent générer les consultations pour permettre l'équilibre financier du centre de santé. Rapporté au nombre d'actes donnant lieu à

³⁹ Les consultations gynécologiques et CPN (Consultations Prénatales)

un paiement, ce montant donnera le prix d'équilibre des consultations. On supposera que le besoin de financement repose pour moitié sur les consultations curatives et pour l'autre moitié sur les CPN.

L'augmentation de prix (ou la baisse) nécessaire pour parvenir au prix d'équilibre sera définie par rapport au tarif actuel moyen de chaque centre de santé. Ce tarif moyen, égal au rapport entre le montant des recettes et le nombre d'actes ayant donné lieu à un paiement.

Pour estimer la part des bénéfices de la pharmacie nécessaire à l'équilibre financier des centres de santé sans augmentation de prix, le besoin de financement obtenu dans les différentes hypothèses, sera rapporté au montant des bénéfices de la pharmacie.

Les hypothèses de fréquentation

Ces simulations se feront en se basant sur le niveau de fréquentation de l'année 2004 des centres de santé. Comme les centres de santé connaissent une certaine croissance par rapport aux autres années on formulera des hypothèses d'augmentation de la fréquentation. Au sein des centres on distinguera l'évolution des consultations curatives et des CPN-Gynécologique.

Le taux de croissance retenu est de 50%, cette croissance nous semble la plus compatible avec les capacités actuelles des centres. Le médecin et la sage-femme travaillent pendant les heures de permanence à midi et les samedis après midi.

Pour les autres activités on retiendra également un taux de 50%. Ces estimations d'augmentation ne reposent pas sur l'observation de l'évolution de l'activité des centres. Elles restent dans les normes acceptables de productivité du personnel soignant et dans les capacités d'accueil des centres de santé.

Tableau 28 : Les productivités du personnel soignant selon le taux de croissance de l'activité.

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
taux de croissance	50%	50%	50%	50%	50%
Consultations curatives	17	20	11	29	44
CPN et Gynécologie	7	8	4	19	18
Soins infirmiers	13	7	3	14	16
Vaccinations	18	66	27	85	38

Les charges de fonctionnement directes et indirectes augmentent au même taux que l'activité. Il en est de même des recettes. Les charges de personnel restent constantes, sauf pour le

service de consultations curatives du centre de santé de YAOSEHI qui doit employer un médecin supplémentaire.

IV.1.2.2 Les résultats des simulations

Les résultats en l'absence d'augmentation de la fréquentation

Nous étudierons successivement les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : le centre fait face à l'ensemble de ses charges, les amortissements y compris.

Hypothèse 2 : les amortissements du bâtiment et de l'équipement sont financés par des agents extérieurs.

Hypothèse 3 : les amortissements du bâtiment et des équipements sont financés par des agents extérieurs et le prix des consultations curatives augmentent de 500 Francs CFA ;

Hypothèse 4 : les amortissements du bâtiment et des équipements sont financés par des agents extérieurs et l'état prend en charge le besoin de financement généré par les vaccinations.

Hypothèse 1 : un développement autonome des activités des établissements

Dans cette hypothèse, les centres de santé financent l'ensemble des charges (fonctionnement et amortissement).

En absence des bénéfices de la pharmacie, le prix des consultations devrait en moyenne augmenter de 3360 Frs par rapport aux tarifs actuels pour atteindre l'équilibre financier. Le prix moyen de la consultation curative serait proche de 1450 et celui des CPN proche de 5300 Frs. Pour le centre de santé de YAOSEHI une augmentation de 700 Frs sur les tarifs actuels serait suffisante pour équilibrer les comptes.

Avec l'ensemble des bénéfices de la pharmacie, l'augmentation des prix se situe en moyenne autour de 2500 Frs. Seul le centre de YAOSEHI par rapport à l'importance des bénéfices de la pharmacie pourrait garder ses tarifs actuels.

Le niveau élevé des prix d'équilibre lorsque les formations doivent faire face à l'ensemble des amortissements, plaide pour la prise en charge des amortissements par des agents extérieurs. Une telle solution sera retenue dans les simulations ultérieures.

Tableau 29 : Les prix d'équilibre des consultations dans l'hypothèse d'un développement autonome des activités, sans augmentation de la fréquentation.

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI	Moyenne
Prix moyens actuels						
Consultations curatives	884	1000	870	1000	1000	951
Consultation CPN	1000	1000	1000	1000	1000	1000
1) B0						
Augmentation prix moyen	5036	3166	6545	1354	701	3360
Prix d'équilibre curatives ⁴⁰	3035	2266	3567	1814	1295	2395
Prix d'équilibre CPN ⁴¹	8921	6066	11393	2893	2106	6276
2) B1						
Augmentation prix moyen	3974	2171	5526	787	-155	2460
Prix d'équilibre curatives	2581	1868	3147	1473	935	2001
Prix d'équilibre CPN	7251	4474	9775	2100	755	4871
% du bénéfice nécessaire à l'équilibre	474%	318%	642%	239%	82%	351%

B0 : les bénéfices de la pharmacie ne financent pas les activités

B1 : l'ensemble des bénéfices de la pharmacie finance les activités

Hypothèse 2 : Une prise en charge des amortissements de l'équipement et du bâtiment

Dans cette hypothèse, on considère que les amortissements concernant les équipements et les bâtiments ne sont pas pris en charge par l'O.N.G.

En l'absence des bénéfices de la pharmacie les prix des consultations devraient en moyenne augmenter de 2300 Frs. Le prix d'équilibre des consultations curatives serait en dessous de 2000 Frs pour les centres de santé d'ATTECOUBE, MARCORY, YAOSEHI et autour de 1500 Frs pour les deux derniers centres. Le prix d'équilibre des CPN est largement supérieur à 4000 Frs dans les centres d'ABOBO, de GESCO et d'ATTECOUBE. Seul le centre de YAOSEHI à un prix d'équilibre autour de 1500 Frs.

Lorsque l'ensemble des bénéfices de la pharmacie revient au financement des activités, une baisse des prix serait envisageable à YAOSEHI et une augmentation moyenne de 270 Frs serait nécessaire à MARCORY. Le centre de YAOSEHI pourrait conserver ses tarifs actuels et utilisés seulement 34% des bénéfices de la pharmacie.

⁴⁰ Le prix d'équilibre curative concerne les consultations adultes et enfants administrés par le médecin

⁴¹ Le prix d'équilibre CPN concerne les consultations gynécologiques et les CPN

Tableau 30 : Les prix d'équilibre des consultations, hors charges d'amortissement du bâtiment et de l'équipement et sans augmentation de la fréquentation.

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI	Moyenne
Prix moyens actuels						
Consultations curatives	884	1000	870	1000	1000	951
Consultations CPN	1000	1000	1000	1000	1000	1000
1) B0						
Augmentation prix moyen	3257	2226	5073	840	579	2337
Prix d'équilibre curatives	2275	1890	2960	1505	1122	1950
Prix d'équilibre CPN	6123	4561	9055	2175	1457	4674
2) B1						
Augmentation prix moyen	2195	1230	4054	274	-566	1437
Prix d'équilibre curatives	1822	1492	2540	1164	762	1556
Prix d'équilibre CPN	4452	2968	7437	1383	106	3269
% du bénéfice nécessaire à l'équilibre	307%	224%	498%	148%	34%	242%

B0 : les bénéfices de la pharmacie ne financent pas les activités

B1 : l'ensemble des bénéfices de la pharmacie revient aux activités

Hypothèse 3 : Le prix des consultations augmente de 500 Frs et une prise en charge des amortissements des bâtiments et des équipements par des agents extérieurs.

Les effets d'une augmentation de 500 Frs du prix des consultations sur l'équilibre financier des centres de santé sont très faibles. Seuls les centres de MARCORY et de YAOSEHI compte tenu de leurs fortes activités ont des prix d'équilibres plus bas que les autres centres.

Une telle hausse de prix, finalement ne semble pas se justifier. Ses effets positifs attendus sur l'équilibre financier son trop faibles par rapport aux effets négatifs qu'elle pourrait avoir sur le niveau de fréquentation. Compte tenu de la concurrence qui prévaut dans certaines zones le nombre de consultation pourrait chuter et entraîner une perte financière supérieure aux gains réalisés grâce à la hausse des prix.

Tableau 31 : Les prix d'équilibre des consultations, hors charges d'amortissement du bâtiment et de l'équipement avec une augmentation de 500 Frs et un niveau de fréquentation constant.

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI	Moyenne
Prix moyens actuels						
Consultations curatives	884	1000	870	1000	1000	951
Consultations CPN	1000	1000	1000	1000	1000	1000
1) B0						
Augmentation prix moyen	2935	1944	4716	746	38	2076
Prix d'équilibre curatives	2515	2077	3210	1648	1305	2151
Prix d'équilibre CPN	5239	3810	8092	1844	770	3951
2) B1						
Augmentation prix moyen	1873	949	3697	179	-819	1176
Prix d'équilibre curatives	2062	1679	2790	1307	945	1757
Prix d'équilibre CPN	3568	2218	6474	1051	-582	2546
% du bénéfice nécessaire à l'équilibre	224%	145%	407%	43%	-54%	153%

B0 : les bénéfices de la pharmacie ne financent pas les activités

B1 : l'ensemble des bénéfices de la pharmacie finance les activités

Hypothèse 4 : L'état prend en charge le besoin de financement de la vaccination, les amortissements du bâtiment et de l'équipement sont pris en charges par des agents extérieurs.

Avec la subvention des coûts générés par la vaccination on remarque que la situation financière des centres de santé s'améliore dans l'ensemble. Une baisse des prix des consultations serait envisageable dans les centres de MARCORY, et YAOSEHI en utilisant respectivement plus de 72% et 13% des bénéfices de la pharmacie.

Cette baisse est importante dans les centres de MARCORY et YAOSEHI (respectivement de 159 Frs et de 753 Frs). Si au lieu d'opter pour une baisse des prix ces formations décidaient de garder leurs tarifs actuels, une part non négligeable du bénéfice de leur pharmacie (d'environ 28 et 87%) serait alors disponible pour d'autres usages. La situation reste défavorable dans les trois autres centres de santé malgré l'utilisation de l'intégralité des bénéfices de leur pharmacie. En absence des bénéfices de la pharmacie aucun centre ne parvient à équilibrer ses comptes. L'augmentation du prix moyen de l'ensemble des centres de santé est de 1803 Frs.

Tableau 32 : Les prix d'équilibre des consultations, hors charges d'amortissement du bâtiment et de l'équipement, avec subvention de la vaccination et niveau de fréquentation constant.

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI	Moyenne
Prix moyens actuels						
Consultations curatives	884	1000	870	1000	1000	951
Consultations CPN	1000	1000	1000	1000	1000	1000
1) B0						
Augmentation prix moyen	2784	1511	4212	408	103	1803
Prix d'équilibre curatives	2073	1604	2605	1245	1043	1714
Prix d'équilibre CPN	5379	3417	7688	1570	1163	3843
2) B1						
Augmentation prix moyen	1723	516	3193	-159	-753	904
Prix d'équilibre curatives	1620	1206	2186	904	683	1320
Prix d'équilibre CPN	3709	1825	6070	778	-188	2439
% du bénéfice nécessaire à l'équilibre	257%	152%	397%	72%	13%	178%

B0 : les bénéfices de la pharmacie ne financent pas les activités

B1 : l'ensemble des bénéfices de la pharmacie revient aux activités

Dans aucune des hypothèses de financement, les centres parviennent à recouvrer l'ensemble de leurs coûts avec uniquement les recettes issues des prestations, sans augmenter le prix des consultations. Les recettes des pharmacies restent donc toujours indispensables à l'équilibre financier des établissements. En absence de subvention seul le centre de YAOSEHI pourrait garder son tarif actuel grâce aux bénéfices de la pharmacie (hypothèse 2). Dans les autres centres même avec l'ensemble des bénéfices de la pharmacie, une augmentation des prix serait nécessaire pour obtenir l'équilibre financier. Or une augmentation des prix irait contre les objectifs inhérents à la création de ces centres et entraînerait une chute du niveau de fréquentation actuelle.

Ces simulations ne sont valables que si le niveau de fréquentation des centres reste inchangé, ce qui est peu probable. Il convient alors d'intégrer l'hypothèse d'évolution des activités dans les simulations.

Les résultats avec augmentation de la fréquentation

L'hypothèse retenue dans cette section est que les centres ne financent pas les amortissements du bâtiment et de l'équipement et ils bénéficient de subventions pour couvrir le besoin de financement des vaccinations.

Hypothèse 5 : Une prise en charge des amortissements des bâtiments et des équipements avec augmentation de la fréquentation et subvention des vaccinations.

L'augmentation d'activité améliore considérablement le recouvrement des coûts des centres de santé. Par rapport à l'hypothèse 4 où le niveau d'activité reste constant, l'augmentation du prix moyen des centres de santé est de 161Frs sans utilisation des bénéfices de la pharmacie. Cependant cette augmentation d'activité reste encore faible pour le centre de GESCO pour baisser significativement le prix d'équilibre des CPN qui reste très élevé (4569 Frs). Le prix des consultations pourrait baisser de 24 Frs à ATTECOUBE, 1228 Frs à MARCORY et 1899 Frs à YAOSEHI sans utilisation des bénéfices de la pharmacie.

En intégrant les bénéfices des pharmacies seul le centre de GESCO ne parviendrait pas à l'équilibre financier, il faudrait une augmentation d'activité supérieur à 50% de celle de 2004. Tous les autres centres peuvent baisser le prix des consultations ou pourraient maintenir les tarifs actuels et investir une part dans la prise en charge des indigents.

Tableau 33 : Les prix d'équilibre des consultations hors charges d'amortissement du bâtiment et de l'équipement, avec subvention des vaccinations et augmentation de la fréquentation.

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI	Moyenne
Prix moyens actuels						
Consultations curatives	884	1000	870	1000	1000	951
Consultations CPN	1000	1000	1000	1000	1000	1000
1) B0						
Augmentation prix moyen	656	-24	3301	-1228	-1899	161
Prix d'équilibre curatives	682	469	1745	-137	-378	476
Prix d'équilibre CPN	2513	1483	6726	-319	-1419	1797
2) B1						
Augmentation prix moyen	-760	-1401	1942	-1984	-3040	-1048
Prix d'équilibre curatives	78	-160	1185	-591	-859	-69
Prix d'équilibre CPN	286	-641	4569	-1376	-3221	-76,6
% du bénéfice nécessaire à l'équilibre	113%	70%	301%	-30%	-79%	75%

B0 : les bénéfices de la pharmacie ne financent pas les activités

B1 : l'ensemble des bénéfices de la pharmacie revient aux activités

IV.2- LES RECOMMANDATIONS POUR LA PERENNISATION

Tout au long de cette étude sont apparus des facteurs pouvant permettre aux centres de santé de réussir leur politique de recouvrement des coûts : Une forte fréquentation, notamment des consultations, des bénéfices importants réalisés par les pharmacies grâce à la disponibilité en médicaments génériques ...etc.

Nous avons retenu trois grandes séries de recommandations essentielles à notre avis. La première concerne le modèle de financement des activités à adopter, la deuxième sur les mesures à mettre en place au sein des centres de santé et du projet curatif et la dernière consacrée sur l'aménagement d'un environnement extérieur favorable à la poursuite des activités des centres de santé.

IV.2.1. Le modèle de financement à adopter.

La dernière partie a révélé des éléments susceptibles d'apporter de nouvelles ressources pour le financement des activités. Nous retiendrons Trois.

IV.2.1.1 Prévoir la prise en charge des amortissements du bâtiment et de l'équipement par des agents extérieurs.

Ces amortissements représentent une charge trop lourde pour des organisations à but non lucratif. Leur financement par l'établissement serait en effet incompatible avec le maintien des tarifs actuels. Une forte augmentation des prix serait nécessaire, allant contre les objectifs d'accessibilité maximum des soins pour la population. C'est pourquoi, il serait utile dès à présent d'identifier les agents extérieurs susceptibles de financer ces investissements lourds.

IV.2.1.2 Instaurer un mécanisme de prise en charge destiné à couvrir les coûts générés par la vaccination.

La charge des vaccinations sur l'équilibre financier des établissements est relativement importante selon le niveau d'activité. Si l'on veut encore utiliser ces centres de santé dans les programmes de santé publique initiée par l'état, il serait nécessaire de leur octroyer une subvention annuelle couvrant la perte unitaire réalisée sur chaque prestation.

IV.2.1.3 Discuter avec l'état pour la prise en charge du personnel soignant exerçant dans les centres de santé.

Tout le personnel soignant est pris entièrement en charge par le projet curatif, il serait intéressant que l'état puisse prendre en charge ou affecté le personnel qualifié pour participer à la diminution des prix des prestations et à l'objectif de la santé pour tous préconisé par le PNDS.

IV.2.1.4 La disponibilité en médicaments génériques.

Cette disponibilité est véritablement l'élément essentiel de leur attraction. Dans l'enquête de clientèle effectuée dans les formations sanitaires à base communautaires d'Abidjan (Côte d'Ivoire) le fait de trouver des médicaments à un prix accessible vient en deuxième position dans les raisons du choix de la structure sanitaire derrière la qualité du service⁴².

La disponibilité des médicaments génériques détermine alors en grande partie le niveau de fréquentation des centres de santé et en particulier celui des consultations.

Faire une diversification dans l'acquisition des médicaments génériques :

La situation de monopole de la PSP laisse les centres de santé entièrement dépendants de ses aléas d'approvisionnement, de ses choix de fournisseurs et de produits, et de ses délais de livraisons. Le pharmacien consacre beaucoup de temps pour la régularité des livraisons.

Une diversification de l'offre des médicaments génériques faciliterait alors la gestion des stocks au sein des pharmacies des centres de santé. Elle permettrait aussi d'obtenir de substantielles économies en ayant accès à des prix plus compétitifs comme le montre le niveau de marge réalisable avec les grossistes répartiteurs. Cette mesure serait donc aussi un des moyens supplémentaires dont disposeraient les centres pour générer de nouvelles ressources.

Selon une étude de l'Unicef la réduction du coût du traitement (c'est-à-dire principalement le coût des médicaments) constitue la principale voie permettant l'accès des pauvres aux soins de santé élémentaires⁴³.

IV.2.2 Les mesures à mettre en place au sein des centres de santé

Dans la perspective de la pérennisation des activités nous suggérons les recommandations suivantes :

IV.2.2.1 Veiller au non dérapage des dépenses liées au fonctionnement

L'analyse financière des centres de santé et du coût du projet curatif au niveau du siège a révélé un niveau de dépenses élevé liées au fonctionnement général du projet. Il serait particulièrement intéressant de réduire ces dépenses qui seraient une source d'économie importantes surtout pour les centres de santé.

IV.2.2.2 Maintenir le niveau actuel des tarifs actuels.

Par rapport aux mesures supplémentaires de financement définies précédemment, un maintien des tarifs actuels est possible dans tous les centres de santé. Une hausse des tarifs notamment

⁴²ESCALON Emmanuel, GIDIS-CI, et projet santé Abidjan (1998), Les conditions économiques de la pérennisation des formations sanitaires Urbaines à base communautaire d'Abidjan.

⁴³ UNICEF, Coopération Française (2003), Qualité et accès aux soins en milieu urbain.

des consultations (qui généreraient le plus de ressources), serait en effet dangereuse. Les tarifs pratiqués sont déjà relativement élevés par rapport aux tarifs pratiqués dans les centres de santé concurrents. Une augmentation des prix comporterait de plus le risque d'exclure la frange de la clientèle visée par le projet.

Une baisse des prix n'est cependant pas forcément souhaitable, la situation financière des établissements ne permet pas en effet d'envisager une baisse significative du prix des consultations.

IV.2.2.3 Veiller à une meilleure répartition des consultations au cours de la journée et prévoir des permanences et des gardes.

Les services de consultations sont tous saturés le matin. Cette situation pose de nombreux problèmes (temps d'attente prolongé des patients, charge de travail excessif pour les médecins...etc.) et contribue à remettre en cause la qualité des soins perçue qui est le premier déterminant de la fréquentation des centres de santé par la population.

Une meilleure répartition des consultations dans la journée semble donc s'imposer et les efforts d'incitation auprès des patients doivent continuer.

Par ailleurs il serait intéressant de commencer à assurer des permanences et des gardes dans certains centres de santé qui sont très fréquentés comme MARCORY et YAOSEHI avant de l'étendre aux autres centres. En effet il n'existe pas de permanence ni de garde dans les centres de santé de l'ASAPSU ce qui peut dans un certains sens procurer plus de patients aux centres de santé concurrents.

IV.2.2.4 Financer des mécanismes de prise en charge des indigents sur les bénéfices dégagés par les pharmacies d'établissements.

Les bénéfices réalisés sur la vente des médicaments sont relativement importants dans certains centres. Il serait possible d'assurer la pérennité de certains centres de santé en ayant recours à une faible partie des bénéfices des pharmacies dans des modèles de financement (confère simulation hypothèse 4 et 5). Des sommes non négligeables seraient alors disponibles pour le financement de mécanismes de prise en charge des plus démunis.

Certaines mesures pourraient être menées au sein de chaque centre de santé : réduction ou exonération du prix des consultations ou du prix des médicaments destinées à des personnes préalablement identifiées par la communauté comme étant en situation de précarité financière. Des mécanismes plus ambitieux de caisse de solidarité à l'échelle de plusieurs centres pourraient aussi voir le jour, financés par une cotisation de chacun d'entre eux.

Même si leur mise en œuvre concrète est loin d'être évidente, de tels systèmes contribueraient cependant encore d'avantage à la prise en charge des besoins de santé de la population, et en particulier de la partie la plus pauvre.

Voici quelques recommandations pour une pérennisation des activités des centres de santé du projet curatif de l'A.S.A.P.S.U. pour une meilleure prise en charge des besoins de santé des populations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Les résultats de ces simulations, même s'ils doivent être considérés avec précaution puisqu'en dehors des hypothèses d'évolution de la fréquentation, ils supposent que toutes choses restent égales par ailleurs, permettent cependant de tirer plusieurs enseignements.

Les perspectives d'évolution du recouvrement des coûts des centres de santé ne sont pas identiques.

Le centre de YAOSEHI et MARCORY ont presque atteint leur niveau de croisière et pour lesquels les activités risquent de se stabiliser. Il faudrait dans ce cas penser à intégrer d'autres activités tels que la maternité, l'imagerie (échographie) et pourquoi pas la chirurgie dentaire. Le centre de YAOSEHI en cas d'augmentation de sa fréquentation en consultation curative serait dans l'obligation de prendre en charge deux médecins par jour.

Le centre d'ATTECOUBE connaît un niveau de fréquentation assez élevé mais sa situation géographique et la concurrence que lui livrent certains centres de santé privés ont un impact considérable sur le taux de fréquentation souhaité qui à moyen terme risque de baisser.

Les centres d'ABOBO et de GESCO sont de nouveaux centres qui sont actuellement en phase de croissance mais qui doivent également faire face à la rude concurrence des autres centres de santé. Les coûts unitaires sont élevés dans ces deux centres compte tenu du coût des investissements qui sont relativement récents (2003) et du faible niveau de fréquentation réalisé en 2004.

Le centre de GESCO présente une particularité qui est essentiellement dû à son enclavement qui risque d'être un frein énorme à son équilibre financier.

Malgré ces différences, les résultats des simulations montrent cependant qu'il est possible d'adopter certaines mesures susceptibles d'assurer la viabilité de l'ensemble des centres de santé. La première concerne le financement des amortissements des bâtiments et des équipements par des agents extérieurs. Ces charges sont trop lourdes pour des associations à but non lucratif dont l'objectif est de pratiquer des tarifs les plus bas possibles pour permettre l'accessibilité des soins au plus grand nombre. Cette mesure reste néanmoins insuffisante compte tenu de la difficulté d'augmenter les tarifs des consultations. Par ailleurs, une dépendance trop forte de l'équilibre financier des centres de santé aux seules ressources issues de la vente des médicaments n'est peut-être pas très souhaitable. Une telle dépendance comporte en effet le risque d'une surprescription de médicaments, destinée à augmenter volontairement les recettes de l'établissement. Ce risque existe dès que les prescripteurs sont intéressés par les résultats du centre. Ses conséquences seraient, au bout du compte, une augmentation du prix des ordonnances à la charge des patients.

Une mesure supplémentaire serait alors la mise en place de subventions pour les vaccinations. Cette mesure aurait l'avantage d'éviter la hausse du prix des consultations, et de libérer des ressources non négligeables pour le financement de mécanismes de prise en charge des indigents.

Le financement des amortissements des bâtiments et des équipements ainsi que la subvention des vaccinations, semble donc être l'une des solutions susceptibles d'assurer la pérennité financière des centres de santé tout en améliorant l'accessibilité des soins pour la population.

Le coût du projet au niveau du siège de l'ONG ASAPSU est relativement élevé pour être prise en charge par les centres de santé même à long terme. Il serait souhaitable de nommer des gestionnaires dans chaque centre de santé et de vers un transfert des compétences vers les communautés pour une gestion de proximité.

Concernant les démunis une prise en charge pourrait être envisagée avec une implication conjointe de l'Etat, des collectivités locales, et des partenaires au développement.

Pour une bonne lisibilité dans la détermination de la fréquentation des centres de santé qu'on fasse également une étude sur la qualité des soins administrés. Parce qu'à côté de la tarification la qualité est un critère primordial dans le choix d'un centre de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ASAPSU- Côte d'Ivoire (1999), *Projet de création de 5 centres de santé dans la commune d'Abidjan*. Abidjan (Côte d'Ivoire).
- 2-AUDIBERT Martine, MATHONNAT Jacky et DE ROODENBECKE Eric (2002), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris (France)
- 3- Banque Mondiale (1994), *Pour une meilleure santé en Afrique (les leçons de l'expérience)*. Washington (USA).
- 4- Banque Mondiale (1993), *Rapport sur le développement dans le monde (Investir dans la santé)*. Washington (USA).
- 5- BRUNET-JAILLY Joseph (1997), *Innovier dans les systèmes de santé (expérience de l'Afrique de l'Ouest)*. Paris (France).
- 6- CREES Andrew & PARKER David (1995), *Analyse des coûts des programmes de soins de santé primaires*. O.M.S, Genève (Suisse).
- 7- DRUMMOND F. Mickaël, OBRIEN J. Bernie et coll. (1998), *Méthode d'évaluation économique des programmes de santé*. Paris (France)
- 8- ESCALON Emmanuel, GIDIS-CI, et Projet Santé Abidjan (1998), *Les conditions économiques de la pérennisation des formations sanitaires Urbaines à base communautaire d'Abidjan*. Abidjan (Côte d'Ivoire).
- 9- GALLAND Bruno (1997), *Evaluer la viabilité des centres de santé (Fascicule n°1)*. Paris (France).
- 10- GBOHI Rodolphe Henri (2003), *Analyse des coûts d'un projet dans l'optique de la reproductibilité et dans le cadre de la dévolution des activités*. Mémoire CESAG, Dakar (Sénégal).
- 11- Gouvernement de Côte d'Ivoire et Commission Européenne (1999), *Etude de faisabilité pour un projet de santé dans les quartiers précaires d'Abidjan et sa banlieue (Rapport final)*. Abidjan (Côte d'Ivoire).
- 12- Institut National de statistiques (2002) *Enquête sur le niveau de vie des ménages*. Abidjan (Côte d'Ivoire).
- 13- MALICKY Raima (2001), *Analyse des coûts pour la pérennisation d'un projet d'appui Sénégal- belge de lutte contre les IST/ SIDA*. Mémoire CESAG, Dakar (Sénégal).
- 14- MENDOZA Carla, CAUVIN Eric et coll. (2002), *Coûts et Décisions*. Paris (France).

- 15- Ministère de la santé- Côte d'Ivoire (2000), *Rapport sur la situation sanitaire 1999-2000*. Abidjan (Côte d'Ivoire).
- 16- ONUSIDA (2001), *Directives d'évaluation des coûts des stratégies de prévention du VIH (Collection Meilleures pratiques)*. O.M.S Genève (Suisse).
- 17- SHAW R .Paul, GRIFFIN C. Charles (1995), *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services de l'assurance*. Washington (USA).
- 18- YAZI Moussa (2005), *Cours de comptabilité analytique 2004-2005 (Economie de la santé)*. CESAG, Dakar (Sénégal).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Annexes 1 :

Budget initial projet curatif (francs CFA)

	Total	CE	CCFD/NOVIB
Conception	3 673 600	1 836 800	1 836 800
Infrastructures	116 000 000	116 000 000	
Equipements	92 100 000	53 367 400	38 732 600
Personnel local	193 588 800	131 842 000	61 746 800
Fonctionnement	56 800 000	45 033 400	11 766 600
Imprévus	6 000 000	3 000 000	3 000 000
Total coûts directs	468 162 400	351 079 600	117 082 800
Frais administratifs	28 089 800	21 064 800	7 025 000
Evaluation	10 000 000	7 467 000	2 533 000
Total coûts indirects	38 089 800	28 531 800	9 558 000
Total coûts	506 252 200	379 611 400	126 640 800

Source : Rapport ASAPSU «Evaluation finale du projet curatif 2004

Annexe 2 : Cadre logique du projet curatif

Objectif	Stratégie	Activités	Responsable	Résultats Attendus	Indicateur	Période	Ressources (UE) (Voir projet)
1. Construire des centres de santé légère	Faire un appel d'offre pour la construction	Elaboration de l'appel d'offre -Diffusion -Dépouillement	Responsable du projet Architecte	Un entrepreneur qui fera un travail de qualité selon le budget prévu pour la construction des 4 centres	Présence des 4 centres dans les 4 communes	Janvier 2001 en juin 2001	Voir projet (Novib/ UE/ CCFD)
2-Faire fonctionner les centres de santé	Réhabiliter et redynamiser le centre sicobois -Aménager les 4 autres centres de santé -Définir un cahier de charge des centres de santé -Recevoir les malades dans les centres	Evaluation, Organisation et mise en place d'autres activités -Recrutement du personnel -Achat du matériel médical -Achat du matériel de bureau -Mise en place des activités et des médicaments -Elaboration d'un cahier de charge pour les activités à mener, les horaires, le personnel, la tarification -Accueil et soins aux malades - Fonctionnement des centres	Médecin chef du centre, Coordonnateur médical, Responsable de projet Responsable du projet Conseil d'administration Responsable de projet Coordonnateur médical Pharmacien Responsable de projet Coordonnateur médical Responsable de projet Coordonnateur médical	Offrir des soins aux populations Disponibilité du matériel, des médicaments, fonctionnement des centres Bonne organisation du centre Bon déroulement des activités Faire de la prévention Prodiguer des soins aux malades	Rapport, PV, cahier de charge, liste des activités Présence du matériel, des médicaments selon la liste établie Présence de cahier de charge Nombre de malades reçus	Janvier 2001/ juin 2004 Janvier en juin 2001 Juillet 2001- juin 2004	-Projet -Règlement des malades
3 –Mettre en place un cadre associatif communautaire légal	Mener une réflexion à partir de l'enquête de faisabilité de Marc Réveillon (gestion des centres, mutualisation,	Réunion, discussions, élaboration type de gestion adoptée, de mutualisation de prise en charge des indigents	Responsable de projet, coordonnateur médical, Directeur exécutif, conseil d'administration , partenaires	Identifier et mettre en place la structure qui poursuivra la gestion des centres après les 3ans	Rapport de missions de Mr Marc Reveillon, Rapport de réunion, Rapport final de	Oct 2001/ juin 2004	

	prise en charge des indigents)				décision		
4- suivre et évaluer le projet	Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation interne	-Elaboration de fiches directives pour le suivi -Tenir des réunions avec le personnel -Elaborer le rapport d'activité 1 fois/ trimestre -Elaboration de rapport annuel -Décidé de la période avec les partenaires	Responsable de projet Coordonnateur médical Responsable de projet Médecin chef des centres Coordonnateur médical Responsable de projet Responsable de projet	Recueillir des données Atteindre les objectifs fixés du projet Voir l'avancement du projet	Présence des outils -Rapport	Juillet 2001/ juin 2004	

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 3 : REPARTITION DES COÛTS DU SIEGE DANS LES CENTRES (F CFA)

Centres de santé	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Véhicule	260931,78	354121,70	167741,86	540501,54	540501,5489
Bâtiment	93463,87	93463,87	93463,87	93463,87	93463,87366
Mobilier bureau	65906,66	65906,66	65906,66	65906,66	65906,6695
Matériel informatique	143234,35	143234,35	143234,35	143234,35	143234,3579
Total investissement	563536,68	656726,6055	470346,7611	843106,4499	843106,4499
Salaire chef de projet	1008000	1368000	648000	2088000	2088000
Salaire coordonnateur	588000	798000	378000	1218000	1218000
Salaire pharmacien	504000	684000	324000	1044000	1044000
Salaire aide pharmacien	168000	228000	108000	348000	348000
Salaire comptable	588000	798000	378000	1218000	1218000
Salaire secrétaire	420000	570000	270000	870000	870000
Salaire chauffeur	336000	456000	216000	696000	696000
Electricité	126753,75	126753,75	126753,75	126753,75	126753,75
Téléphone	68064,6	68064,6	68064,6	68064,6	68064,6
Eau	6440	6440	6440	6440	6440
Entretien et réparation	34795,75	34795,75	34795,75	34795,75	34795,75
Produits d'entretien	15287	15287	15287	15287	15287
Carburant	30548	41458	19638	63278	63278
Frais de réparation véhicule	183687	249289,5	118084,5	380494,5	380494,5
Assurance véhicule	2310	3135	1485	4785	4785
Fourniture de bureau	190000	190000	190000	190000	190000
Fonctionnement	22990	22990	22990	22990	22990
Autres frais et honoraires	128670,6	128670,6	128670,6	128670,6	128670,6
Total fonctionnement	4421546,7	5788884,2	3054209,2	8523559,2	8523559,2

Annexe 4: calcul des coûts unitaires dans les centres de santé

Postes budgétaires	Clé de répartition	Services concernés
Personnel soignant	temps	Services techniques
Personnel non soignant	Répartition directe	Administration
Personnel pharmacie	Répartition directe	Pharmacie
Frais de fonctionnement	% du nbre de personnes Surface/temps des serv tech	Service technique
Eau et électricité	% du nombre de personne Surface/temps	Service technique, adm, pharm
Amortissement mobilier et équipement	Répartition directe	
Amortissement des Bâtiments	Surface/temps	

REPARTITION DES COÛTS INDIRECTES ENTRE ACTIVITES DANS LES CENTRES

	Clé de répartition	Services concernés
Coûts de l'administration		
<i>Personnel</i>		
Caissière	% des actes tarifés	tous les services techniques sauf vaccination
Accueils	% des actes totaux	Tous les services techniques
Gardiens	% des actes totaux	Tous les services techniques
entretien	% des actes totaux	Tous les services techniques
Frais de fonctionnement	% des actes totaux	Tous les services techniques
Amortissement bâtiment et mobilier	% des actes totaux	Tous les services techniques

Coût de la pharmacie		
<i>Personnel</i>		
Responsable pharmacie	%des actes avec ordonnances ou des actes tarifés	Tous les services techniques sauf vaccination
Frais de fonctionnement	%des actes avec ordonnances ou des actes tarifés	Tous les services techniques sauf vaccination
Amortissement bâtiment et mobilier	%des actes avec ordonnances ou des actes tarifés	Tous les services techniques sauf vaccination

Annexe 5 : Répartition des charges du siège dans les centres de santé

	Clé de répartition
Véhicule	<i>Volume d'activité des centres</i>
Bâtiment	<i>Répartition égalitaire</i>
Mobilier bureau	<i>Répartition égalitaire</i>
Matériel informatique	<i>Répartition égalitaire</i>
Salaire chef de projet	<i>Volume d'activité des centres</i>
Salaire coordonnateur	<i>Volume d'activité des centres</i>
Salaire pharmacien	<i>Volume d'activité des centres</i>
Salaire aide pharmacien	<i>Volume d'activité des centres</i>
Salaire comptable	<i>Volume d'activité des centres</i>
Salaire secrétaire	<i>Volume d'activité des centres</i>
Salaire chauffeur	<i>Volume d'activité des centres</i>
Electricité	<i>Répartition égalitaire</i>
Téléphone	<i>Répartition égalitaire</i>
Eau	<i>Répartition égalitaire</i>
Entretien et réparation	<i>Répartition égalitaire</i>
Produits d'entretien	<i>Répartition égalitaire</i>
Carburant	<i>Volume d'activité des centres</i>
Frais de réparation véhicule	<i>Volume d'activité des centres</i>
Assurance véhicule	<i>Volume d'activité des centres</i>
Fourniture de bureau	<i>Répartition égalitaire</i>
Fonctionnement	<i>Répartition égalitaire</i>
Autres frais et honoraires	<i>Répartition égalitaire</i>

Annexes 6: COMPTE D'EXPLOITATION 2004 DES CENTRES DE SANTE

	ABOBO	ATTECOUBE	GESCO	MARCORY	YAOSEHI
Ventes (actes)					
Consultations adultes	1 445 000	1 941 000	796 000	1 765 000	4 712 000
Consultations enfants	1 587 200	2 153 000	1 146 800	4 026 000	4 087 000
Consultations gynéco	173 000	26 000	25 000	189 000	309 000
CPN	758 000	997 000	554 000	2 300 000	2 037 000
Soins infirmiers	157 000	641 800	254 800	848 900	1 549 000
Total	4 120 200	5 758 800	2 776 600	9 128 900	12 694 000
Charges d'exploitation					
<i>Services et biens divers</i>					
Produits entretien	229 820	136 585	179 800	257 830	200 000
Blanchisserie	128 200	131 700	125 500	325 950	358 455
Fourniture bureau	459 140	631 370	355 000	516 090	509 250
Electricité	175 140	130 525	294 415	175 156	537 615
Eau	85 915	28 294	26 877	115 000	165 650
Téléphone	20 000	45 750	55 698	77 770	225 000
Entretien et réparation	122 500	144 000	125 000	150 000	130 300
<i>Total services et biens divers</i>	<i>1 220 715</i>	<i>1 248 224</i>	<i>1 162 290</i>	<i>1 617 796</i>	<i>1 901 270</i>
Marge brute	2 899 485	4 510 576	1 614 310	7 511 104	10 792 730
<i>Rémunérations et charges sociales</i>	<i>12203000</i>	<i>11465000</i>	<i>9284000</i>	<i>13032000</i>	<i>12372000</i>
Résultat net	-9 303 515	-6 954 424	-7 669 690	-5 520 896	-1 579 270
Médicaments					
Vente	9 028 865	9 527 375	5 251 080	12 708 980	21 970 445
Stock initial	150 991	172 088	206 894	362 913	409 082
Achats	6 803 433	7 179 070	3 956 795	9 576 474	16 555 175
Stock final	1 035 934	1 082 088	786 169	1 176 655	1 334 124
Marge brute	3110375	3258305	1873560	3 946 248	6 340 312
Carnets					
Vente	380250	365750	226750	422250	1133000
Stock initial	12250	14750	16000	10750	9250
Achats	215000	224000	122500	338000	425000
Stock final	24625	30875	16500	19500	17750
Marge brute	177625	157875	104750	93000	716500
Résultat net consolidé	-6 015 515	-3 538 244	-5 691 380	-1 481 648	5 477 542

Annexes 7: Résultats par établissement

- Répartition des coûts par activité
- Calcul d'indicateurs
- Coût unitaire et taux de recouvrement

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CENTRE DE SANTE
ABOBO

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Calcul d'indicateurs

	Consultation dispensaire	CPN et Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Ensemble des activités
1) Résultats généraux					
Part du service dans l'ens. des coûts de fonctionnement du centre	41%	16%	33%	11%	
Part du service dans le chiffre d'affaire hors pharmacie	74%	23%	4%		
Part du service dans l'activité globale des centres	42%	11%	31%	15%	
2) Structure des coûts globaux					
Part des coûts indirects dans l'ensemble des coûts	9%	5%	7%	8%	17%
Part des amortissements dans l'ensemble des coûts	18%	32%	25%	22%	22%
Part des amortissements hors bâtiments	5%	17%	12%	1%	9%
Coûts de personnel dans l'ensemble des coûts	75%	63%	69%	82%	71%
Soignant	41%	43%	41%	49%	
Non soignant	34%	19%	28%	34%	
Coûts de fonctionnement dans l'ensemble des coûts	81%	67%	75%	92%	

Coûts unitaires et taux de recouvrement

	Consultations curatives	CPN et gynécologie	Soins infirmiers	Ensemble des activités
A) Résultats généraux				
Nombre d'actes encaissés	3429	931	2587	6947
actes/ personnel soignant/jour	11	5	9	8
B) Coûts unitaires				
1) Coûts réels	1936	3295	2287	2506
2) Coûts supportés (avec charges du siège)	2543	3900	2884	3109
Tarif appliqué	1000 800	1000	1000	
C) taux de recouvrement				
1) F	56%	45%	4%	34%
2) F+AM	52%	36%	3%	30%
3) F+ AM+AB	46%	30%	3%	26%
4) F+ AM+ AB+S	35%	26%	2%	21%

CLES DE REPARTITION UTILISEES ABOBO

	Consultation dispensaire	CPN & Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Pharmacie	Accueil
% surface occupée	0,18	0,16	0,2		0,18	0,28
% actes totaux	0,417	0,113	0,31	0,16	1	
% actes tarifés	0,5	0,13	0,37			
% nbr de pers. Utilisant fournitures de bureaux	0,2	0,13	0,2	0,07	0,2	0,2
% temps pers.soignant						
médecin	0,9		0,1			
sage femme		0,64		0,36		
infirmier			1			

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**CENTRE DE SANTE
ATTECOUBE**

Les coûts par activité**ABOBO**

	Consultation dispensaire	CPN et Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Ensemble des activités
1) Coûts directs					
Charges de personnel	2 727 000	1 326 080	2 424 000	745 920	7 223 000
Charges de fonctionnement	436 581	147 422	339 540	150 346	1 073 889
Amortissement dont bâtiment	688 485	850 845	1 084 834		2 624 164
Total coûts directs	3 852 066	2 324 347	3 848 374	896 266	10 921 053
2) Coûts indirectes					
Charges personnel non soignant	2 221 080	592 320	1 648 200	518 400	4 980 000
Charges fonctionnement	66 052	17 580	49 004	14 191	146 826
Amortissement dont bâtiment	500 388	133 120	371 223	105 455	1 110 186
Total coûts indirects	2 787 520	743 019	2 068 427	638 046	6 237 012
Coût total	6 639 586	3 067 366	5 916 802	1 534 312	17 158 065
Charge personnel siège	1 506 204	408 156	1 119 720	577 920	3 612 000
Charges fonctionnement	337 581	91 479	250 959	129 527	809 547
Amortissement dont bâtiment	234 995	63 680	174 696	90 166	563 537
Total charges du siège	2 078 780	563 314	1 545 376	797 613	4 985 083
Coûts total + charge du siège	8 718 365	3 630 681	7 462 177	2 331 925	22 143 149
F	5 450 713	2 083 401	4 460 744	1 428 856	13 423 715
F+ AM	5 815 039	2 608 915	5 163 376	1 438 801	15 026 132
F+ AM+ AB	6 639 586	3 067 366	5 916 802	1 534 312	17 158 065
F+ AM+ AB+ S	8 718 365	3 630 681	7 462 177	2 331 925	22 143 149
Actes encaissés	3 429	931	2 587	1 270	8 217
Recettes	3 032 200	931 000	157 000	-	4 120 200

Les coûts par activité

	Consultation dispensaire		CPN et Gynécologie		Soins infirmiers		Vaccination		Ensemble des activités	
1) Coûts directs										
Charges de personnel	2 736 000	1 102 080	2 425 000	241 920	6 505 000					
Charges de fonctionnement	411 752	118 476	153 449	438 335	1 122 012					
Amortissement dont bâtiment	584 095	819 459	995 108		2 398 661					
Total coûts directs	3 731 847	2 040 015	3 573 556	680 255	10 025 673					
2) Coûts indirectes										
Charges personnel adm	2 287 600	568 200	751 800	1 352 400	4 960 000					
Charges fonctionnement	64 297	16 097	21 237	24 581	126 212					
Amortissement dont bâtiment	462 706	114 842	151 992	282 653	1 012 192					
Total coûts indirects	2 814 603	699 139	925 029	1 659 633	6 098 404					
Coût total	6 546 449	2 739 154	4 498 586	2 339 888	16 124 078					
Charge personnel siège	1 813 740	441 180	588 240	2 058 840	4 902 000					
Charges fonctionnement	328 147	79 820	106 426	372 491	886 884					
Amortissement dont bâtiment	242 989	59 105	78 807	275 825	656 727					
Total charges siège	2 384 876	580 105	773 473	2 707 157	6 445 611					
Coûts total + charges du siège	8 931 325	3 319 259	5 272 059	5 047 045	22 569 689					
F	5 499 649	1 804 853	3 351 486	2 057 236	12 713 224					
F+ AM	5 866 445	2 337 553	4 047 455	2 084 552	14 336 004					
F+ AM+ AB	6 546 449	2 739 154	4 498 586	2 339 888	16 124 078					
F+ AM+ AB +S	8 931 325	3 319 259	5 272 059	5 047 045	22 569 689					
Actes encaissés	4 094	1 023	1 354	4 609	11 080					
Recettes	4 094 000	1 023 000	641 800	-	5 758 800					

Calcul d'indicateurs

	Consultation dispensaire	CPN et Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination et pesée	Ensemble des activités
1) Résultats généraux					
Part du service dans l'ens. des coûts de fonctionnement du centre	43%	14%	26%	16%	
Part du service dans le chiffre d'affaire hors pharmacie	71%	18%	11%		
Part du service dans l'activité globale des centres	37%	9%	12%	42%	
2) Structure des coûts globaux					
Part des coûts indirects dans l'ensemble des coûts	8%	5%	4%	13%	7%
Part des amortissements dans l'ensemble des coûts	16%	34%	25%	12%	21%
Part des amortissements hors bâtiments	6%	19%	15%	1%	10%
Coûts de personnel dans l'ensemble des coûts	77%	61%	71%	40%	67%
Soignant	42%	40%	54%	10%	
Non soignant	35%	21%	17%	30%	
Coûts de fonctionnement dans l'ensemble des coûts	83%	65%	74%	87%	78%

Coûts unitaires et taux de recouvrement

	Consultation dispensaire	CPN et gynécologie	Soins infirmiers	Ensemble des activités
A) Résultats généraux				
Nbre d'actes encaissés	4094	1023	1354	6471
actes/ personnel soignant/jour	14	5	4	8
B) Coûts unitaires				
1) Coûts réels	1599	2678	3322	2533
2) Coûts supportés (avec charge du siège)	2182	3245	3894	3107
Tarif appliqué	1000	1000	1000	
C) taux de recouvrement				
1) F	74%	57%	19%	45%
2) F+ AM	70%	44%	16%	40%
3) F+ AM + AB	63%	37%	14%	36%
4) F+ AM+ AB+S	46%	31%	12%	26%

CLES DE REPARTITION UTILISEES ATTECOUBE

	Consultation dispensaire	CPN & Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Pharmacie	Accueil
% surface occupée	0,16	0,17	0,18		0,15	0,34
% surface/ temps services techn.						
% actes totaux	0,37	0,09	0,12	0,42		
% actes tarifés	0,63	0,16	0,21			
% Nbre de pers. Utilisant fournitures de bureaux	0,22	0,09	0,22	0,03	0,22	0,22
% temps pers. soignant						
médecin	0,9		0,1			
sage femme		0,82		0,18		
infirmier			1			

CENTRE DE SANTE

GESCO

Les coûts par activité

	Consultation dispensaire	CPN et Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Ensemble des activités
1) Coûts directs					
Charges de personnel	2 736 000	680 960,00	2 264 000,00	383 040,00	6 064 000,00
Charges de fonctionnement	370 614,75	132 785,00	171 339,80	274 855,00	949 594,55
Amortissement dont bâtiment	515 650,96	759 113,33	953 366,22		2 228 130,50
Total coûts directs	3 622 265,71	1 572 858,33	3 388 706,02	657 895,00	9 241 725,05
2) Coûts indirectes					
Charges du personnel adm.	2 433 800	632 600,00	766 600,00	1 127 000,00	4 960 000,00
Charges fonctionnement	112 719,60	28 943,12	35 415,68	35 617,05	212 695,45
Amortissement dont bâtiment	292 214,13	74 470,35	104 894,76	66 118,22	537 697,46
Total coûts indirects	2 838 733,72	736 013,47	906 910,44	1 228 735,27	5 710 392,91
Coût total	6 460 999,43	2 308 871,80	4 295 616,46	1 886 630,27	14 952 117,96
Charge personnel siège	952 020	255 420,00	301 860,00	812 700,00	2 322 000,00
Charges fonctionnement	300 205,77	80 543,01	95 187,20	256 273,22	732 209,20
Amortissement dont bâtiment	192 842,17	51 738,14	61 145,08	164 621,37	470 346,76
Total charges du siège	1 445 067,94	387 701,16	458 192,27	1 233 594,59	3 524 555,96
Coûts total+charges du siège	7 906 067,38	2 696 572,96	4 753 808,74	3 120 224,86	18 476 673,93
F	5 653 134	1 475 288	3 237 355	1 820 512	12 186 290
F+ AM	6 013 848	2 028 494	3 888 792	1 842 266	13 773 400
F+ AM+ AB	6 460 999	2 308 872	4 295 616	1 886 630	14 952 118
F+AM+AB+S	7 906 067	2 696 573	4 753 809	3 120 225	18 476 674
Actes encaissés	2232	579	703	1884	5398
Recettes	1 942 800	579 000	254 800	0	2 776 600

Calcul d'indicateurs

	Consultation dispensaire	CPN et Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination et pesée	Ensemble des activités
1) Résultats généraux					
Part du service dans l'ens. des coûts de fonctionnement du centre	46%	12%	27%	15%	
Part du service dans le chiffre d'affaire hors pharmacie	70%	21%	9%		
Part du service dans l'activité globale des centres	33%	9%	10%	28%	
2) Structure des coûts globaux					
Part des coûts indirects dans l'ensemble des coûts	6%	4%	3%	5%	5%
Part des amortissements dans l'ensemble des coûts	13%	36%	25%	4%	18%
Part des amortissements hors bâtiments	6%	24%	15%	1%	11%
Coûts de personnel dans l'ensemble des coûts	80%	57%	71%	80%	74%
Soignant	42%	29%	53%	20%	41%
Non soignant	38%	27%	18%	60%	33%
Coûts de fonctionnement dans l'ensemble des coûts	86%	63%	75%	95%	80%

Coûts unitaires et taux de recouvrement

	Consultation dispensaire	CPN et gynécologie	Soins infirmiers	Ensemble des activités
A) Résultats généraux				
Nbre d'actes encaissés	2232	579	703	3514
actes/ personnel soignant/jour	7	3	2	4
B) Coûts unitaires				
1) Coûts réels	2895	3988	6110	4331
2) Coûts supportés (avec charges du siège)	3542	4657	6762	4987
Tarif appliqué	1000	1000	200 400 1500	
C) taux de recouvrement				
1) F	34%	39%	8%	23%
2) F+ AM	32%	29%	7%	20%
3) F+ AM+ AB	30%	25%	6%	19%
4) F+ AM+ AB+ S	25%	21%	5%	15%

CLES DE REPARTITION UTILISEES GESCO

	Consultation dispensaire	CPN & Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Pharmacie	Accueil
% surface occupée	0,15	0,15	0,22		0,18	0,3
% actes totaux	0,41	0,11	0,13	0,35		
% actes tarifés	0,64	0,16	0,2			
% nbr de pers. Utilisant fournitures de bureaux	0,22	0,07	0,22	0,05	0,22	0,22
% temps pers.soignant						
médecin	0,9		0,1			
sage femme	0,0396	0,64		0,36		
infirmier	0,0704		1			

**CENTRE DE SANTE
MARCORY**

Les coûts par activité

	Consultation dispensaire	CPN et Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Ensemble des activités
1) Coûts directs					
Charges de personnel	2 727 000,00	1 357 440,00	2 424 000,00	763 560,00	7 272 000,00
Charges de fonctionnement	464 731,93	217 847,11	256 346,59	466 201,51	1 405 127,15
Amortissement dont bâtiment	662 775,12	971 451,84	1 174 816,18		2 809 043,14
Total coûts directs	3 854 507,05	2 546 738,95	3 855 162,77	1 229 761,51	11 486 170,29
2) Coûts indirectes					
Charges du personnel adm	2 252 820,00	904 080,00	1 103 640,00	1 499 460,00	5 760 000,00
Charges fonctionnement	92 972,25	37 120,71	45 571,59	37 004,30	212 668,85
Amortissement dont bâtiment	448 687,98	179 656,12	219 862,86	245 356,46	1 093 563,42
Total coûts indirects	2 794 480,24	1 120 856,83	1 369 074,46	1 781 820,75	7 066 232,27
Coût total	6 648 987,29	3 667 595,78	5 224 237,23	3 011 582,26	18 552 402,56
Charge personnel siège	2 476 542,00	1 002 588,00	1 212 084,00	2 790 786,00	7 482 000,00
Charges fonctionnement	344 756,10	139 568,93	168 732,59	388 501,58	1 041 559,20
Amortissement dont bâtiment	279 068,23	112 976,26	136 583,24	314 478,71	843 106,45
Total charges du siège	3 100 366,33	1 255 133,20	1 517 399,84	3 493 766,29	9 366 665,65
Coûts total+ charges du siège	9 749 353,62	4 922 728,98	6 741 637,07	6 505 348,55	27 919 068,21
F	5 537 524	2516487,823	3 829 558	2766225,806	14 649 796
F+ AM	5 894 684	3055599,364	4 531 809	2790484,766	16 272 577
F+ AM+ AB	6 648 987	3667595,779	5 224 237	3011582,264	18 552 403
F+AM+AB+S	9 749 354	4922728,976	6 741 637	6505348,551	27 919 068
Actes encaissés	5791	2346	2820	6493	17450
Recettes	5 791 000	2 489 000	848 900	0	9 128 900

Calcul d'indicateurs

	Consultation dispensaire	CPN et Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination et pesée	Ensemble des activités
1) Résultats généraux					
Part du service dans l'ens des coûts de fonctionnement du centre	38%	17%	26%	19%	
Part du service dans le chiffre d'affaire hors pharmacie	63%	27%	9%		
Part du service dans l'activité globale des centres	34%	15%	17%	35%	
2) Structure des coûts globaux					
Part des coûts indirects dans l'ensemble des coûts	8%	6%	5%	9%	7%
Part des amortissements dans l'ensemble des coûts	17%	31%	27%	8%	21%
Part des amortissements hors bâtiments	5%	15%	13%	1%	9%
Coûts de personnel dans l'ensemble des coûts	75%	62%	68%	75%	70%
Soignant	41%	37%	46%	25%	39%
Non soignant	34%	25%	22%	50%	31%
Coûts de fonctionnement dans l'ensemble des coûts	82%	68%	72%	91%	78%

Coûts unitaires et taux de recouvrement

	Consultation dispensaire	CPN et gynécologie	Soins infirmiers	Ensemble des activités
A) Résultats généraux				
Nbre d'actes encaissés	5791	2489	2820	11100
actes/ personnel soignant/jour	19	13	9	14
B) Coûts unitaires				
1) Coûts réels	1148	1474	1853	1491
2) Coûts supportés (avec charge du siège)	1684	1978	2391	2017
Tarif appliqué	1000	1000	1000	
C) taux de recouvrement				
1) F	105%	99%	22%	62%
2) F+ AM	98%	81%	19%	56%
3) F+ AM+ AB	87%	68%	16%	49%
4) F+ AM+ AB+S	59%	51%	13%	33%

CLES DE REPARTITION UTILISEES MARCORY

	Consultation dispensaire	CPN & Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Pharmacie	Accueil
% surface occupée	0,16	0,2	0,22		0,16	0,26
% actes totaux	0,331	0,134	0,162	0,373		
% actes tarifés	0,53	0,21	0,26			
% nbr de pers. Utilisant fournitures de bureaux	0,28	0,11	0,18	0,07	0,18	0,18
% temps pers.soignant						
médecin	0,9		0,1			
sage femme		0,64		0,36		
infirmier			1			

CENTRE DE SANTE
YAOSEHI

CENTRE DE SANTE
YAOSEHI

Calcul d'indicateurs

	Consultation dispensaire	CPN et Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination et pesée	Ensemble des activités
1) Résultats généraux					
Part du service dans l'ens des coûts de fonctionnement du centre	48%	13%	30%	9%	-
Part du service dans le chiffre d'affaire hors pharmacie	69%	18%	12%		
Part du service dans l'activité globale des centres	58%	15%	21%	17%	-
2) Structure des coûts globaux					
Part des coûts indirects dans l'ensemble des coûts	9%	7%	5%	7%	8%
Part des amortissements dans l'ensemble des coûts	14%	35%	22%	5%	19%
Part des amortissements hors bâtiments	5%	19%	13%	1%	9%
Coûts de personnel dans l'ensemble des coûts	73%	53%	66%	78%	68%
Soignant	33%	22%	49%	27%	36%
Non soignant	40%	31%	17%	51%	32%
Coûts de fonctionnement dans l'ensemble des coûts	83%	63%	76%	93%	78%

Coûts unitaires et taux de recouvrement

	Consultation dispensaire	CPN et gynécologie	Soins infirmiers	Ensemble des activités
A) Résultats généraux				
Nbre d'actes encaissés	8799	2346	3143	14288
actes/ personnel soignant/jour	29	12	10	17
B) Coûts unitaires				
1) Coûts réels	931	1226	1766	1308
2) Coûts supportés (avec charge du siège)	1485	1785	2333	1868
Tarif appliqué	1000	1000	200 400 1500	
C) taux de recouvrement				
1) F	124%	125%	36%	87%
2) F+ AM	118%	97%	31%	78%
3) F+ AM+ AB	107%	82%	28%	71%
4) F+ AM+ AB+S	67%	56%	21%	46%

CLES DE REPARTITION UTILISEES YAOSEHI

	Consultation dispensaire	CPN & Gynécologie	Soins infirmiers	Vaccination	Pharmacie	Accueil
% surface occupée	0,2	0,2	0,2		0,2	0,2
% actes totaux	0,52	0,14	0,19	0,16		
% actes tarifés	0,62	0,16	0,22			
% nbre de pers. Utilisant fournitures de bureaux	0,36	0,115	0,18	0,06	0,18	0,18
% temps pers. Soignant						
médecin	0,9		0,1			
sage femme		0,64		0,36		
infirmier			1			