



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT

DES ENTREPRISES ET AUTRES ORGANISATIONS (ISMEO)



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du

MASTER 2 PROFESSIONNEL EN SCIENCES DE GESTION,

OPTION GESTION DES PROJETS

Promotion 3, Année académique 2009-2010

THEME :

**ETUDE DE FAISABILITE DE LA TRANSFORMATION D'UN
CABINET MEDICAL EN POLYCLINIQUE MODERNE : CAS DU
CABINET MEDICAL « DIAMTANN » A KOLDA**

Bibliothèque du CESAG



109216

Elaboré par :

COULIBALY Tiémoko

Sous la direction de :

Monsieur AW Boubacar,

Enseignant permanent au CESAG

Novembre 2010

AVANT PROPOS

Le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) est un établissement public international spécialisé en matière de formation, de consultation et de recherche en gestion.

Il a été créé le 20 octobre 1979 par acte n°37/79/CE suite à la rétrocession du patrimoine de l'Ecole Supérieure de Gestion des Entreprises (ESGE), appartenant à l'Etat du Sénégal, à la Communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEAO) par la Conférence des chefs d'Etats de la CEAO.

Avec la dissolution de la CEAO en mars 1994, le CESAG a été repris le 6 Septembre 1995 par la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO) pour le compte des Etats membres de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

Le CESAG ambitionne de doter les entreprises et les administrations de la sous-région de cadres compétents capables de contribuer aux changements nécessaires pour relever les nouveaux défis du développement dans le contexte de globalisation, en leur donnant une formation dans différents domaines de la gestion.

Le Master Professionnel en Sciences de Gestion (MPSG) option Gestion des Projets, tout comme les autres options, est l'un des programmes de formation issu du nouveau système Licence Master Doctorat (LMD) du CESAG s'inscrit dans cette optique. Cette formation se déroule sur deux ans et ponctuée en deux phases : une phase théorique et une phase pratique qui aboutit à la rédaction d'un mémoire de fin d'études.

Ce présent mémoire, relatif à l'étude de faisabilité de la transformation du cabinet médical « Diamtann » à Kolda en Polyclinique moderne, s'inscrit dans cette dernière phase pratique de notre formation. A travers la présente étude, nous souhaitons apporter notre contribution à la faisabilité de ce projet.

DEDIACE

Au nom de d'Allah, le Clément, le Miséricordieux, nous dédions ce mémoire à :

- Notre père COULIBALY Neydou et notre mère COULIBALY Karidja. Grâce à l'éducation remarquable que vous nous avez inculquée, nous sommes fier aujourd'hui.
- Notre oncle SORO Mahadou pour tous les efforts consentis pour que nous soyons à ce haut niveau de formation.
- Notre ami et frère SILUE Tohoh pour son soutien combien inestimable pendant toute cette formation.
- Notre famille qui continue de nous donner beaucoup d'affection et soutien. Soyez remerciés et que le tout puissant Allah vous garde longtemps.
- SORO Gnénéfelo Maïmouna, qui dans la patience et la compréhension continue de nous faire partager son amour.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, remercions Dieu pour nous avoir permis de suivre cette formation et rendu agréable notre séjour au Sénégal.

Le présent mémoire n'aurait pu être élaboré sans la collaboration indéniable de plusieurs personnes. Nous ne saurions terminer la rédaction de ce mémoire sans leur exprimer notre profonde gratitude.

Ainsi, nous voudrions adresser nos sincères remerciements à :

- Monsieur Ahmadou TRAORE, Enseignant associé au CESAG et ancien Directeur de l'Institut Supérieur de Management des Entreprises et autres Organisations (ISMEO) du CESAG.
- Monsieur Boubacar AW, professeur permanent au CESAG, qui durant nos trois années de formation, a toujours été à nos côtés et nous a encadré tout au long de la rédaction de ce mémoire.
- Messieurs Oumar ONGOÏBA, Dacoumba SARR et la tante Madame Emma SOGOBA, tous Assistants de programmes à l'ISMEO pour leur soutien pendant notre formation.
- Tous les professeurs permanents ou associés du CESAG qui ont eu le plaisir de nous enseigner et de partager leurs expériences avec nous.
- La direction du CESAG et tout le personnel administratif.
- Monsieur Joel DIEDHIOU, Sous-Directeur de la Documentation à la bibliothèque du CESAG.
- Docteur BOIRO Mamadou Ba, propriétaire du cabinet médical « Diamtann » et promoteur du projet qui a fait l'objet de notre mémoire.
- Tous nos amis de la Licence 3, du Master 1. Nous pensons plus particulièrement à toute la promotion 3 du Master 2 Gestion des Projets.
- OUATTARA Abiba pour son soutien.
- Nos amis et connaissances qui n'ont cessé de prier pour nous.
- Toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué au succès de notre formation et à la réalisation de ce mémoire.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD:	Analyse Financière Détaillée
AFS:	Analyse Financière Sommaire
ANSD :	Agence Nationale de la statistique et la Démographie
ASBEF:	Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial
ASDEC:	Association pour le Développement de la Casamance Naturelle
BCEAO:	Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CDSMT:	Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
CEAO :	Communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CES :	Certificat d'Etudes Spécialisées
CESAG:	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CPN:	Consultation Prénatale
CPRS:	Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
DNVA :	Différentiel Net Valeur Ajoutée
DRSP :	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS:	Enquête Démographique et de Santé
ESAM:	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
ESGE :	Ecole Supérieure de Gestion des Entreprises
FDR:	Fonds De Roulement
FODDE:	Forum pour le Développement Durable Endogène
F.F.M.O :	Forces faiblesses Menaces et Opportunités
ISMEO :	Institut Supérieur de Management des Entreprises et autres Organisations
IST/SIDA :	Infection sexuellement Transmissible/Syndrome de l'ImmunoDéficiência Acquisse
LMD :	Licence Master Doctorat
MPSG :	Master Professionnel en Sciences de Gestion
OHADA:	Organisation pour l'harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
OUA :	Organisation de l'unité africaine
PCA :	Président du Conseil d'Administration
PDIS :	Programme de Développement Intégré de la Santé
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE:	Pays Pauvres Très Endettés
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SFE:	Sages Femmes d'Etat
SRSD:	Service Régional de Statistique et de Démographie
SYSCOA:	Système Comptable Ouest africain
TRI:	Taux de Rentabilité Interne
TRIE :	Taux de Rentabilité Interne Economique
UCAD:	Université Cheick Anta DIOP
UEMOA:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VAN:	Valeur Actuelle Nette
VAS :	Valeur Ajoutée Supplémentaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre de circonscription administrative de la région.....	41
Tableau 2: Répartition de la population 2008 de la région de Kolda par sexe selon le milieu de résidence et suivant les départements.....	42
Tableau 3: Situation de certains indicateurs et ratios de santé du Sénégal (2007)	46
Tableau 4 : Connaissance de l'existence ou non d'une polyclinique à Kolda.....	59
Tableau 5: Les prestations souhaitées dans la future polyclinique.....	59
Tableau 6 : Existence de cliniques à Kolda.....	62
Tableau 7 : Quel est votre niveau de revenu personnel mensuel?.....	64
Tableau 8 : Estimez votre épargne personnelle mensuelle.....	64
Tableau 9 : Les phases de réalisation du projet.....	67
Tableau 10 : coût des investissements physiques.....	71
Tableau 11 : charges d'exploitation.....	72
Tableau 12 : Recettes d'exploitation.....	74
Tableau 13 : Dotation en Fonds de Roulement.....	75
Tableau 14 : investissements et renouvellements.....	76
Tableau 15 : Echancier des flux financiers.....	77
Tableau 16 : Calcul du RUMI.....	78
Tableau 17 : amortissement matériels et valeurs résiduelles.....	79
Tableau 18 : remboursement de l'emprunt.....	80
Tableau 19 : compte d'exploitation prévisionnel et la CAF.....	81
Tableau 20: tableau des ressources et emplois de fonds.....	82
Tableau 21 : tableau de la rentabilité pour l'actionnaire.....	83

Tableau 22 : tableau de la rentabilité pour les capitaux investis.....	83
Tableau 23 : tableau de la rentabilité pour les fonds propres.....	83
Tableau 24 : rentabilité du projet.....	84
Tableau 25: Compte d'exploitation et la CAF suite à une baisse de 10% du chiffre d'affaires....	85
Tableau 26 : tableau d'équilibre des ressources et emplois suite à une baisse de 10% du chiffre d'affaires.....	86
Tableau 27 : Rentabilité définitive suite à une baisse de 10% du chiffre d'affaires.....	87
Tableau 28 : Compte d'exploitation et la CAF suite à une hausse de 10% des charges d'exploitation.....	88
Tableau 29 : Tableau d'équilibre des ressources et emplois suite à une hausse de 10% des charges d'exploitation.....	89
Tableau 30 : Rentabilité définitive suite à une hausse de 10% des charges d'exploitation.....	90

TABLE DES MATIERES

DEDIACE.....	II
REMERCIEMENTS	III
SIGLES ET ABREVIATIONS	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
TABLE DES MATIERES	VIII
I. PROBLEMATIQUE	2
II. PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE	4
II.1 OBJET DE L'ETUDE.....	4
II.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE	4
II.3 INTERET DE L'ETUDE.....	5
II.4 DELIMITATION DE L'ETUDE	6
PARTIE I : CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIE ET CONTEXTE DE.....	8
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	8
SECTION 1 : DEFINITIONS DE CONCEPTS ESSENTIELS EN PROJET.....	8
I. Notion de projet.....	8
II. Typologie de projet	10
II.1. La typologie de projet selon sa finalité.....	10
II.2. La typologie selon l'articulation des projets.....	10
II.3. La typologie selon la taille.....	10
II.4. Autres typologies	10
III. La notion de gestion de projets.....	11
IV. Mesures de performances des projets.....	11
V. Les étapes du cycle de vie d'un projet	12
V.1. L'identification	12
V.2. La préparation	12
V.3. L'évaluation ex-ante.....	13
V.4. La négociation	13
V.5. L'exécution (réalisation)	13
V.6. L'évaluation terminale et rétrospective	14
V.7. La fermeture ou suite.....	14

SECTION 2 : LES ETAPES DE LA PREPARATION D'UN PROJET	14
I. Etude de marché	15
I.1. Analyse de la demande passée et présente	15
I.2. Estimation de la demande future	16
I.3. Analyse de l'offre	16
I.4. La segmentation du marché	17
II. Etude technique	20
II.1. Analyse du processus de production ou de transformation	21
II.2. Etude des besoins en inputs et autres moyens	21
II.3. Choix de la Localisation	21
II.4. Calendrier de réalisation	22
II.5. Variantes	22
II.6. Evaluation des coûts	22
II.7. Insuffisance des dossiers techniques	23
III. Etude sociale	23
IV. Etude institutionnelle et organisationnelle	23
IV.1. Etude institutionnelle	24
IV.2. Etude organisationnelle	24
V. Analyse financière	25
V.1. Analyse financière sommaire (AFS)	26
V.2. Analyse Financière Détaillée (AFD)	27
VI. Analyse économique	29
VI.1. La méthode des effets	29
VI.2. La méthode des prix de référence	31
VII. Business plan	32
VII.1. Définition du business plan	32
VII.2. Raison d'être du business plan	32
VII.3. Objectifs du business plan	33
VII.4. Les différents composants d'un business plan	34
CHAPITRE II : METHODOLOGIE ET CONTEXTE DE L'ETUDE	35
SECTION 1 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	35
I. Modèle de recherche	35
II. Méthodologie de travail	36

SECTION 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	39
I. Contexte géographique et démographique.....	39
II. Contexte économique.....	42
III. Particularités du secteur.....	45
PARTIE II : PRESENTATION DU PROJET ET DES RESULTATS DE.....	48
CHAPITRE I : PRESENTATION DU PROJET.....	48
I. Le promoteur et le projet.....	48
II. Présentation globale du projet.....	49
II.1. Résumé du projet.....	49
II.2. Historique du projet.....	49
II.3. Situation sanitaire.....	50
III. Objectif de développement du projet.....	51
IV. Objectifs spécifiques.....	52
SECTION 2 : PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT ET LES MOYENS.....	52
I. Secteur d'activité.....	52
II. Bâtiment et constructions.....	52
III. Moyens humains et compétences.....	53
IV. Matériel de travail.....	53
V. Services.....	54
VI. Analyse F.F.M.O.....	55
CHAPITRE II : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	57
SECTION 1 : ETUDE DU MARCHÉ.....	57
I. Analyse du secteur de la santé dans l'économie Sénégalaise.....	57
II. Analyse de la demande et de l'offre.....	58
III. Analyse de la concurrence.....	62
IV. Approche de la clientèle visée.....	63
V. Prestation à fournir.....	63
VI. Politique de prix.....	63
VII. Stratégie marketing de développement et plan de communication.....	64

SECTION 2 : ETUDE TECHNIQUE	65
I. Le processus de production	65
II. Besoins en inputs et autres moyens	65
III. Capacité de réception	66
IV. Localisation du projet	66
V. Calendrier de réalisation	67
SECTION 3 : ETUDE INSTITUTIONNELLE ET ETUDE	67
I. Etude institutionnelle	67
II. Etude organisationnelle	68
II.1. Les postes de travail	68
II.2. Organigramme de la structure	69
SECTION 4 : ANALYSE FINANCIERE	70
I. Analyse financière sommaire	70
II. Analyse financière détaillée	79
III. Tests de sensibilité	84
III.1. Baisse de 10% du chiffre d'affaires du projet	85
III.2. Augmentation de 10% des charges d'exploitation	87
RECOMMANDATIONS	91
CONCLUSION	94
BIBLIOGRAPHIE	96
WEBOGRAPHIE	97
ANNEXES	98

INTRODUCTION GENERALE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

I. PROBLEMATIQUE

La mondialisation met à rude épreuve la cohésion sociale de nombreux pays, et les systèmes de santé, éléments clés de l'architecture des sociétés contemporaines, ne fonctionnent manifestement pas aussi bien qu'ils le pourraient et le devraient.

Les populations manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des systèmes de santé à assurer une couverture nationale répondant à des demandes précises et aux nouveaux besoins, ainsi qu'au fait que leurs prestations ne correspondent pas à leurs attentes. Que les systèmes de santé doivent relever mieux et plus rapidement les défis d'un monde en évolution, tout le monde en convient.

On reconnaît aujourd'hui que des populations ont été laissées à la traîne et le sentiment prévaut que des occasions ont été manquées, un peu comme il y a 30 ans, avant l'irruption à Alma-Ata d'une nouvelle façon de concevoir la santé. La Conférence d'Alma-Ata a mobilisé au sein d'un « mouvement des soins de santé primaires » des professionnels et des institutions, des gouvernements et des organisations de la société civile, des chercheurs et des organisations de base qui ont entrepris de s'attaquer aux inégalités en santé « politiquement, socialement et économiquement inacceptables » dans tous les pays. La Déclaration d'Alma-Ata affichait clairement ses valeurs : justice sociale et droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité. On avait le sentiment que ces valeurs ne pourraient progresser qu'au prix de changements fondamentaux dans la manière dont les systèmes de santé fonctionnaient et tiraient parti des potentialités d'autres secteurs.

La traduction de ces valeurs en réformes concrètes s'est faite de manière inégale. Aujourd'hui, l'équité en matière de santé occupe une place de plus en plus importante dans les discours des dirigeants politiques et des ministres de la santé, ainsi que des représentants des pouvoirs locaux, des associations professionnelles et des organisations de la société civile.

Aussi pour pouvoir tendre vers la santé pour tous, les systèmes de santé doivent relever les défis d'un monde en pleine évolution et répondre aux attentes croissantes de meilleures performances. Cela implique dès lors une réorientation et une réforme substantielle de la manière dont fonctionnent les systèmes de santé au sein de la société d'aujourd'hui.

Au Sénégal, la politique actuelle de santé a été formulée dans la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989. Cette déclaration s'est matérialisée par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007 au terme d'un

processus de réflexion engagé en 1995 entre le ministère et ses partenaires. Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvrait la période 1998-2002 était une traduction concrète des objectifs définis dans le PNDS. Les objectifs visés étaient alors : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infanto-juvénile et la maîtrise de la fécondité.

Mais, malgré les efforts importants consentis par les autorités Sénégalaises pour faciliter l'accès aux soins de santé pour toutes les catégories de la population dans toutes les régions, il reste encore des difficultés pour satisfaire leur besoin en matière de santé. Au Sénégal, l'accès de la population à des services de santé constitue un des axes prioritaires en matière de lutte contre la pauvreté, la santé demeure une préoccupation majeure. Toute fois force est de constater que l'accès aux services de santé reste encore très faible surtout dans certaines zones encore plus démunies et vulnérables. La zone urbaine de Kolda, cadre de la présente étude reste caractérisée par des difficultés multiples liées à la dégradation continue de l'environnement, une extrême pauvreté des populations et un taux de morbidité élevé et plus généralement la région de Kolda reste connue pour son taux élevé de mortalité maternelle et infanto juvénile. Au vu de ce qui précède, l'initiative de transformer le cabinet médical «Diamtann» en Polyclinique pourrait occuper une place de choix dans l'amélioration des indicateurs de santé car constituant un apport important dans le secteur de la santé en général et en particulier dans la zone concernée par le projet.

Cette étude apporte un appui aux infrastructures publiques sanitaires de la région de Kolda, dans leur quête de pallier au déficit de couverture en matière de santé, par la mise en place d'une polyclinique moderne. Il faut noter que dans la région de Kolda, contrairement à certaines régions du Sénégal qui disposent de plusieurs polycliniques, il n'existe jusqu'à ce jour, aucune polyclinique locale.

Dès lors, notre travail consiste à réaliser **l'étude de faisabilité de la transformation du Cabinet Médical « Diamtann » en Polyclinique Moderne à Kolda.**

Pour la réalisation parfaite de cette étude, les questions suivantes auxquelles nous sommes amenés à trouver des réponses, sont posées :

Le Cabinet Médical « Diamtann » en complément aux infrastructures publiques existantes, couvre-t-il tous les besoins de santé dans la commune de Kolda ?

Pourquoi est-il nécessaire de transformer ce Cabinet Médical en Polyclinique Moderne ?

La Polyclinique apportera-t-elle une valeur ajoutée réelle pour les populations de la région de Kolda de plus que le Cabinet Médical « Diamtann » ?

II. PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE

II.1 OBJET DE L'ETUDE

L'objet de cette étude est d'analyser la possibilité de créer une polyclinique moderne de taille moyenne respectant les normes de la santé, dans la commune de Kolda. La polyclinique est un établissement de santé dont l'objet essentiel est de mettre à la disposition des populations des services de soins de qualité. Dans le présent mémoire, nous passerons en revue tous les freins liés à la création d'une entreprise dans un pays en voie de développement comme le Sénégal. Ensuite, nous ferons une étude de faisabilité de la transformation du Cabinet Médical « Diamtann » en Polyclinique moderne.

II.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs sont déclinés en un objectif et des objectifs spécifiques.

a) Objectif

Cette étude a pour objet de contribuer à déterminer les conditions de faisabilité de la transformation du Cabinet Médical « Diamtann » en polyclinique moderne en Casamance et plus précisément dans la ville de Kolda au Sud du Sénégal.

b) Objectifs spécifiques

Pour atteindre l'objectif, nous devons atteindre les objectifs spécifiques qui suivent :

- Etudier la possibilité de mise en place une polyclinique moderne dans une région enclavée du Sénégal comme celle de Kolda;
- faire ressortir les variables autres que l'étude de faisabilité qui influencent la rentabilité d'un établissement sanitaire telle qu'une polyclinique ;
- attirer l'attention des futurs investisseurs dans la santé sur les difficultés liées à la création d'une polyclinique moderne dans un pays en voie de développement.

II.3 INTERET DE L'ETUDE

L'intérêt de cette étude réside autour des axes suivants :

- **Au plan personnel**

L'étude nous permettra de mettre en pratique les connaissances acquises pendant trois ans au cours de notre formation en création d'entreprise et gestion des projets au CESAG. Il s'agira au cours de cette étude de faire appel à l'essence même de la gestion des projets « traduire une idée en projet ».

- **Pour le Cabinet « Diamtann »**

L'étude permettra au Cabinet « Diamtann » d'avoir une idée claire sur la possibilité de diversifier ou non son portefeuille d'activités. L'étude fournira au Cabinet le maximum d'informations nécessaires afin de lui permettre de prendre toutes les dispositions qui s'imposent pour sa transformation en Polyclinique.

- **Pour la commune Kolda**

Il s'agira d'apprécier la pertinence de la création d'une polyclinique dans la commune de Kolda, c'est-à-dire à savoir si elle apporte des réponses claires aux problèmes de santé posés par les populations cibles. L'étude va contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration des conditions de vie des populations sénégalaises et en particulier celles de la commune concernée.

- **Pour le Sénégal**

Cette étude pourrait encourager les opérateurs privés à créer des établissements sanitaires privés au Sénégal et surtout au Sud du pays. Jusque là, dans la région de Kolda, il n'existe aucune polyclinique moderne à notre connaissance.

Elle va aussi contribuer au développement du secteur de la santé, à créer des emplois et œuvrer ainsi pour la réduction de la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie des populations sénégalaises.

Elle devra servir de base pour toute autre initiative de création d'un établissement sanitaire dans le département de Kolda et par delà toute la région entière.

- **Pour le CESAG**

Cette étude permettra au CESAG d'étoffer sa documentation de la bibliothèque. Elle contribuera à mettre à la disposition des étudiants, stagiaires et futurs cadres en gestion de projets, un document de base qui leur permettra de mieux appréhender l'importance d'une étude de faisabilité.

II.4 DELIMITATION DE L'ETUDE

Notre étude se limitera à la région de Kolda au sud du Sénégal. Chaque pays ayant ses propres réalités, l'étude est faite dans le contexte unique du Sénégal et les résultats obtenus ne sont valables que pour la transformation du Cabinet Médical « Diamtann » en polyclinique moderne. Néanmoins, les résultats obtenus pourraient être applicables à d'autres régions du pays avec quelques modifications en tenant compte des spécificités liées à chaque situation.

Par ailleurs, si l'on veut l'implanter dans un autre pays, une adaptation sera impérativement nécessaire.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PARTIE I:
CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIE ET CONTEXTE DE L'ETUDE

PARTIE I : CADRE THEORIQUE, METHODOLOGIE ET CONTEXTE DE L'ETUDE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Après avoir dégagé quelques définitions de projet et leur typologie ainsi que quelques concepts clés qui tournent autour du terme, nous passerons en revue les différentes phases du cycle de vie de projet sans tenir compte des spécificités du projet à l'étude.

L'étude de faisabilité est partie intégrante de la phase préparatoire de projet qui est la deuxième étape du cycle de vie. C'est à ce niveau de l'étude que nous verrons ce qu'est une bonne étude de faisabilité de projet.

SECTION 1 : DEFINITIONS DE CONCEPTS ESSENTIELS EN PROJET

Le projet en tant que réalité sociale existe depuis la nuit des temps. On peut même affirmer que l'apparition des projets est liée à la présence de l'homme sur la terre. En effet, l'être humain dispose de deux facultés qui le prédisposent à élaborer des projets. Il s'agit :

- d'abord de sa capacité à réfléchir avant d'agir, notamment, à se faire une représentation mentale d'une situation souhaitée avant de l'avoir vécue ou bien d'un objet désiré sans en disposer ;
- ensuite partout où il se trouve, il cherche en permanence à améliorer ses conditions d'existence.

La conjonction de ces deux facultés le conduit à rêver, à espérer et à rechercher de meilleures conditions d'existence. Pour concrétiser tout cela, il élabore des projets.

I. Notion de projet

La notion de projet vient du verbe projeter qui aurait fait son apparition dans le vocabulaire au XIIe siècle. Et projeter signifie « jeter en avant, au loin ». Cette notion a évolué au cours des années et son sens est devenu plus complexe.

Certains économistes, gestionnaires et ingénieurs qui avaient en charge l'exécution de projets et d'autres qui faisaient des recherches sur ce thème se sont efforcés pour définir le projet comme étant :

« un processus unique de transformation de ressources ayant pour but de réaliser d'une façon ponctuelle un extrant spécifique répondant à un ou des objectifs précis, à l'intérieur de contraintes budgétaires, matérielles, humaines et temporelles » **O'SHAUGHNESSY (1992) ;**

« un ensemble de moyens mis en œuvre de façon coordonnée. Il doit poursuivre un résultat de développement et concourir à la réalisation d'objectifs de planification. C'est également un processus ayant pour but de réaliser un produit spécifique, une œuvre concertée. Le projet suit un cycle de vie de durée limitée qui est constituée de phases et d'étapes typiques, cependant, ses composants varient selon le stade du cycle. » **Hubert WALLOT ;**

« un ensemble complet d'activités et d'opérations qui consomment des ressources limitées et dont on attend des revenus ou autres avantages monétaires ou non monétaires. » **Serge MICHAÏLOF ;**

« un ensemble optimal d'actions à caractères d'investissement fondé sur une planification sectorielle globale et cohérente, grâce auxquelles une combinaison définie de ressources humaines et matérielles engendre un développement économique et social d'une valeur déterminée. Les éléments d'un projet doivent être définis avec précision quant à leur nature, leur emplacement et leur déroulement. Les ressources nécessaires sous forme de fonds, de matière et de main d'œuvre ainsi que les revenus escomptés tels que réduction des consommations, accroissement de production et développement des institutions sont estimés à l'avance. » **Les experts de la BANQUE MONDIALE¹ ;**

Aussi, les projets sont essentiellement caractérisés par leur nouveauté, leur unicité, leur durée limitée, leur assujettissement à des contraintes rigoureuses, leur cycle de vie dynamique, l'implication de nombreux intervenants d'origine diverses et un contexte d'incertitude (environnement, technologie et ressources).

De toutes ces définitions et caractéristiques, il ressort qu'un projet est un ensemble d'activités (complexes, nouvelles, non répétitives et fortement irréversibles) et de ressources limitées mises en œuvre de façon optimale pour atteindre un objectif devant satisfaire les besoins d'une population donnée dans un temps limité.

¹ Mémoire pages 16-17: ASSOUKOU Séry Roland, DESS gestion des projets, CESAG, Déc 2003, Etude de faisabilité d'un projet de création d'entreprise : cas d'une société d'intérim au Sénégal

Le projet s'insère dans un environnement qu'il modifie par la suite et l'ensemble formé du projet et de son environnement forme un système c'est-à-dire un ensemble cohérent formant un tout structuré.

II. Typologie de projet

Il existe plusieurs typologies de projet.

II.1. La typologie de projet selon sa finalité

Dans cette typologie, nous avons deux sortes de projet à savoir les projets productifs et les projets non directement productifs.

Les projets productifs comprennent les projets de substitution d'importation, les projets d'exportation et de modernisation.

Les projets non directement productifs sont constitués des projets sociaux (habitat, santé), éducation, formation, vulgarisation, infrastructure économique ou sociale.

II.2. La typologie selon l'articulation des projets

Nous avons à ce niveau deux sortes de projets à savoir les projets ou variantes incompatibles et les projets compatibles techniquement. Les derniers étant composés des projets compatibles dépendants et des projets compatibles indépendants.

II.3. La typologie selon la taille

Nous pouvons citer à ce niveau trois sortes de projets à savoir les macro projets, les micro projets et les micro réalisations.

II.4. Autres typologies

Pour O'shaughnessy, nous rencontrons souvent quatre types de projets :

- les projets relatifs à la fabrication d'un nouveau produit et à l'expansion de l'entreprise ;
- les projets relatifs à l'amélioration des installations et équipements pour accroître l'efficacité de la production ;

- les projets relatifs au maintien des installations, des équipements et des propriétés ;
- les projets relatifs à l'environnement et à la sécurité.

III. La notion de gestion de projets

La gestion d'un projet est différente de la gestion traditionnelle en raison des caractéristiques particulières des projets.

La gestion de projets peut se définir comme étant « l'art de diriger et de coordonner les ressources humaines et matérielles tout au long du cycle de vie d'un projet en utilisant des techniques de gestion modernes et appropriées pour atteindre des objectifs prédéterminés : d'envergure du produit ou service, de coûts, de délai, de qualité de satisfaction du client et des participants. C'est le degré d'atteinte de ces objectifs qui détermine le degré de succès de tout projet. »

Selon DECLERC et OLSEN, on désigne par gestion de projets des méthodes et des techniques créées pour la conception, l'analyse et la conduite d'activités temporaires fortement irréversibles, non répétitives, réalisées sous contrainte de temps en engageant des ressources rares et limitées

IV. Mesures de performances des projets

L'appréciation « ex ante » d'un projet est essentielle. Elle repose sur un ensemble de critères d'appréciation parmi lesquels on peut noter :

- « la pertinence » évaluant l'adéquation des objectifs du projet et de son environnement.
- « la cohérence » mesurant l'adéquation des moyens du projet aux objectifs et à son environnement.
- « l'efficacité » correspondant à la capacité du projet à réaliser les objectifs.
- « l'efficience » évaluant l'utilisation des ressources par le projet pour atteindre les objectifs.
- « les critères financiers » visant à déterminer la rentabilité financière des projets. Cette rentabilité financière peut être décomposée en ces principales composantes :

-le niveau et le coût d'endettement

-la rentabilité globale du projet (profitabilité, productivité, intensité capitalistique).

- « Les critères économiques » exprimant le point de vue de la collectivité, généralement représenté par l'Etat ou une collectivité locale.

- « Les critères qualitatifs » souvent ignorés, mais pouvant être décisifs. Par le terme qualitatif il faut entendre :
 - non quantifiable par manque d'informations tel que le coût de l'étude.
 - faisant appel à un raisonnement basé sur l'intuition ou un certain volontarisme de la méthode mise en œuvre.

Il est conseillé d'effectuer dans le cadre des projets une étude multicritères permettant de superposer différents points de vue auxquels on peut donner des valeurs relatives.

V. Les étapes du cycle de vie d'un projet

Nous distinguons sept (7) étapes principales dans la vie d'un projet : l'identification, la préparation, l'évaluation ex ante, la négociation, l'exécution, la fermeture ou suite du projet, l'évaluation « ex-post ».

V.1. L'identification

C'est la première étape au cours de laquelle sont définis les principaux objectifs économiques et sociaux à poursuivre et sont identifiées les différentes options alternatives pour les atteindre.

C'est à ce stade que nous mettons en évidence les problèmes qui se posent réellement, que nous cernons les principales catégories d'agents économiques impliqués et que nous identifions progressivement les intervenants susceptibles d'aider à leur résolution. Il est alors nécessaire de procéder à une première ébauche des grands choix envisageables, avec une brève présentation de leurs importances, tailles, localisations.

V.2. La préparation

Cette phase a pour objectif essentiel d'étudier plus précisément les différentes options identifiées lors de l'étape précédente.

L'on recherche à amener un projet au stade où il sera reconnu réalisable (faisable) du point de vue technique, économique, social et financier.

Cette phase consiste à concevoir le projet dans toutes ses composantes et à permettre à l'analyste de montrer une analyse de fiabilité.

La phase de préparation peut être décomposée en deux sous étapes distinctes et successives, l'une réservée à l'étude de « pré-faisabilité » et la deuxième consacrée à l'étude de faisabilité proprement dite.

Cette phase est aussi appelée instruction par des organismes tels que la **Commission de l'Union Européenne**. Selon elle, l'instruction consiste en la détermination de tous les aspects détaillés d'un projet sur la base d'une étude de faisabilité; c'est aussi l'examen interne aux services de la Commission sur l'opportunité du projet et sur sa cohérence avec les politiques sectorielles. Elle doit aboutir à la décision de procéder, ou non, à la rédaction de la proposition de financement.

V.3. L'évaluation ex-ante

C'est à ce niveau que l'on vérifie les données précédentes afin de préparer la prise de décision. Cette phase consiste à étudier si les objectifs du projet sont compatibles avec ceux du secteur économique et s'ils s'inscrivent dans la stratégie nationale de développement.

« L'évaluation implique un flash back périodique. Nous revenons en arrière pour déterminer notre position par rapport à un ensemble de critères que nous avons nous-mêmes établis. Ils peuvent être chronologiques, financiers, techniques »². C'est donc à ce stade que l'on passe en revue tous les aspects techniques, institutionnels, économiques, sociaux étudiés précédemment. En fonction des résultats de l'évaluation, le bailleur décide s'il faut reformuler, abandonner, retarder le financement ou procéder au financement du projet.

V.4. La négociation

L'évaluation « ex- ante » débouche en principe sur la rédaction d'un rapport à soumettre au bailleur de fonds ou à un décideur de niveau plus élevé au niveau gouvernemental, qui va l'examiner et décider de la suite à lui accorder. Si celle-ci est favorable, la phase de négociation aboutit à la signature d'une convention de financement.

V.5. L'exécution (réalisation)

Cette phase correspond à la mise en œuvre des moyens prévus dans la convention de financement en vue d'atteindre les résultats escomptés et l'objectif spécifique du projet.

² Management par projet, Serge Raynald 2001

Elle comprend l'élaboration des plans d'exécution et la rédaction des rapports de suivi. La mise en œuvre incombe à l'organe d'exécution du projet, le bailleur n'intervient que pour superviser le déroulement des opérations.

V.6. L'évaluation terminale et rétrospective

L'évaluation terminale intervient six à douze mois après la phase d'exécution.

Quant à l'évaluation rétrospective, elle a lieu quelques années après (3 à 5 ans).

L'on cherche à vérifier l'efficacité dans l'atteinte des objectifs et l'efficience dans l'utilisation des ressources. Enfin, on tire les leçons pour les projets futurs.

Efficacité: résultat obtenu en regard des buts et objectifs visés par le projet.

Efficience: résultat obtenu en regard des ressources et moyens mis en œuvre pour la production des extrants.

V.7. La fermeture ou suite

La fermeture d'un projet survient lorsque selon l'avis des décideurs, il est impossible d'obtenir une réussite ou le projet lui-même de par sa nature est terminé. Les ressources devront donc être utilisées à d'autres fins.

La suite d'un projet intervient lorsque les décideurs s'aperçoivent, après un examen approfondi, que la continuité du projet pourra permettre de mieux assurer la réalisation de l'objectif final pour lequel le projet avait été créé.

SECTION 2 : LES ETAPES DE LA PREPARATION D'UN PROJET

Dans le cycle du projet, la préparation ou étude de faisabilité est la phase qui se situe entre l'identification du projet et son évaluation. Elle consiste en un ensemble d'analyses permettant de justifier la viabilité commerciale, technique et financière du projet d'une part et de montrer que compte tenu des circonstances, le projet constitue la meilleure solution au problème que l'on cherche à résoudre d'autre part.

Menée correctement, la préparation limite les risques de difficultés au cours de la mise en œuvre du projet, puisqu'elle permet d'anticiper les problèmes éventuels et de concevoir les solutions à y apporter.

Les différentes étapes de la préparation d'un projet sont :

- l'étude de marché ;
- l'étude technique ;
- l'étude financière ;
- l'étude économique ;
- l'étude organisationnelle et institutionnelle ;
- l'étude économique et sociale.

Une bonne étude de faisabilité de projet devrait comprendre les étapes ci-dessus dans un dosage qui varie en fonction du secteur d'activité, de la typologie du projet...

Les objectifs visés à travers chaque étape se présentent comme suit :

I. Etude de marché

Etape fondamentale au niveau de la préparation d'un projet, l'étude de marché se propose d'appréhender à l'aide de méthodes et d'instruments précis, le milieu dans lequel se meut ou va se mouvoir l'unité de production considérée en vue d'optimiser la réalisation de ses objectifs.

Par marché, on entend généralement « ensemble de personnes et organisations de toutes sortes qui ont, ou peuvent avoir, une influence sur la consommation (ou utilisation) et par conséquent sur les ventes du produit ou service considéré » (cf Mercator).

Durant toute l'étude l'investisseur, doit avoir présent à l'esprit un certain nombre de caractéristiques inhérents aux pays en voie de développement à savoir : l'étroitesse du marché, l'insuffisance des statistiques ...

L'étude du marché qui permet à l'entrepreneur d'éclairer ses choix de production passe par les étapes suivantes :

I.1. Analyse de la demande passée et présente

La production d'un bien ou service par un projet suppose la connaissance au préalable d'un certain nombre de caractéristique quant à son évolution passée.

L'analyse de la demande passée exige la collecte de données statistiques relatives aux produits permettant d'expliquer son évolution ; cette collecte nécessite donc une certaine sélection au niveau des données et les choix d'une période de référence.

La collecte à faire se situe à deux niveaux quantitatif et qualitatif :

a) Le niveau quantitatif :

L'objectif majeur des études quantitatives est de répondre à des questions du type « qui fait quoi ? » « Combien ? » « Quand et où ? »

Les études quantitatives sont réalisées sur de grands échantillons de personnes. Elles recherchent la représentativité des résultats.

b) Le niveau qualitatif :

L'étude qualitative recherche prioritairement à répondre aux questions « Pourquoi ? » « Comment ? », « dans quelles conditions ? » On explore un domaine pour clarifier une situation jugée complexe.

Les études qualitatives sont réalisées sur de petits échantillons. Elles recherchent à identifier les composantes d'une question.

I.2. Estimation de la demande future

En dehors des enquêtes de terrain, on essaie d'estimer la demande future au moyen de méthodes statistiques telles que : les projections de tendances, l'utilisation des coefficients techniques dans l'économie nationale, les comparaisons internationales, les méthodes économétriques et les méthodes faisant appel à des résultats d'enquêtes sur les budgets de famille. Ces résultats doivent être confrontés aux facteurs psychologiques et aux décisions des autorités politiques et administratives pour obtenir les estimations finales.

I.3. Analyse de l'offre

L'analyse de l'offre consiste à la description des produits offerts, leur qualité, les prix pratiqués, l'évolution des ventes, les parts de marché. On analyse également l'offre actuelle et son évolution. L'analyse de l'offre nous permet de connaître les produits offerts par les concurrents, leurs avantages... Elle nous permet également d'avoir une idée de l'offre du projet.

I.4. La segmentation du marché

Pour réussir une étude de marché, on procède souvent à la segmentation du marché. La segmentation est, en général, définie comme la sous division du marché en ensembles distincts de clients, dénommés segments de demande, qui devraient présenter des caractéristiques d'homogénéité en termes de réaction à des politiques spécifiques de marketing. L'aspect fondamental de la segmentation consiste à la recherche et l'identification de groupe cible avec des modèles de consommation et d'achat similaires.

a) Les critères de la segmentation

Pour réaliser efficacement une stratégie de segmentation, il est nécessaire que les segments de demande satisfassent les qualités suivantes :

- possibilité de mesurer : la possibilité d'obtenir des informations de caractère quantitatif sur les consommateurs qui composent le segment ;
- substantialité : la dimension du segment doit être suffisante pour justifier l'adoption d'une politique spécifique de marketing ;
- possibilité d'agression : il s'agit de l'affluence compétitive du segment qui, s'il est excessif, compromet le succès de la segmentation ;
- accessibilité : disponibilité des ressources humaines, financières, technologiques, commerciales compatibles avec les exigences mêmes du segment.

b) Les variables de la segmentation

Les variables de la segmentation généralement utilisées sont :

- Les variables géographiques : on se réfère à l'aire, la région et la dimension de la commune ;
- Les variables socio-économiques : classes sociales, instruction, travail, revenu et profession
- Les variables démographiques : âge, sexe, nombre élevé de familles et phase du cycle de vie de la famille ;
- Variables comportementales : fréquence d'achat, fidélité au magasin et sensibilité de la publicité.

c) La politique de prix

Pour fixer le prix du produit, l'entreprise doit clarifier l'objectif qu'elle s'efforce d'atteindre à travers sa tarification. La fixation du prix commence par un diagnostic qui permet d'analyser les facteurs internes et externes à l'entreprise.

Par facteurs internes, il faut entendre les coûts de production, le positionnement préalable choisi et la cohérence avec les autres variables du mix marketing.

Par facteurs externes, on fait référence à la concurrence, à la demande, à la réglementation du prix.

d) La promotion des ventes

La promotion est un ensemble de techniques provoquant une augmentation rapide, mais provisoire, des ventes d'un bien, par l'attribution d'un avantage exceptionnel aux distributeurs ou aux consommateurs.

La promotion utilise plusieurs méthodes : réductions de prix, couponnage, primes, échantillons, démonstrations sont devenues les instruments indispensables et puissants pour aller à la rencontre du client.

La stratégie promotionnelle³ pour une entreprise découle souvent d'un choix entre deux stratégies : la stratégie de pull et la stratégie de push.

La stratégie de pull consiste à utiliser à fond la force de vente et le réseau de distribution pour promouvoir activement le produit jusqu'au consommateur final.

La stratégie de push invite à investir massivement en publicité-consommateur de façon à développer chez ce dernier une préférence pour ce produit.

e) Le positionnement marketing

Le positionnement marketing est une réponse stratégique à l'encombrement des marchés qui consiste à donner à un produit une position spécifique dans l'esprit des consommateurs et des prospects de façon à ce qu'il se distingue clairement des produits concurrents.

³ Kotler Dubois MARKETING MANAGEMENT 10^e édition

La méthodologie du positionnement comprend les étapes suivantes :

- ✓ la définition du champ de la concurrence ;
- ✓ l'isolement des croyances déterminantes ;
- ✓ l'étude des préférences des consommateurs ;
- ✓ le choix du positionnement ;
- ✓ la mise en position du produit dans l'esprit du consommateur ;
- ✓ le contrôle adéquat du positionnement voulu avec le positionnement perçu.

f) La distribution

La distribution est constituée de l'ensemble des activités qui s'exercent depuis le moment où le produit, sous forme d'utilisation, entre dans le magasin commercial du producteur ou du dernier transformateur, jusqu'au moment où le consommateur en prend possession⁴.

Les décisions relatives à la distribution des produits sont très importantes car elles dépendent de la croissance de l'entreprise et ses choix stratégiques antérieurs : la segmentation et le positionnement.

g) L'analyse de la concurrence

C'est à ce niveau qu'on identifie les concurrents (producteurs, importateurs,...) et que l'on détermine leur poids sur le marché. La concurrence englobe toutes les offres rivales, actuelles ou potentielles qu'un acheteur peut prendre en considération.

On distingue deux types de concurrents : les concurrents directs et les concurrents indirects.

Les concurrents directs sont constitués de l'ensemble des entreprises qui offrent des produits similaires au produit à l'étude.

Les concurrents indirects sont constitués par l'ensemble des entreprises qui offrent des substituts du produit à l'étude.

Ces deux types de concurrents interviennent sur le même marché.

En ce qui concerne l'analyse de la concurrence, elle consiste à analyser les forces et les faiblesses de concurrents, leur part de marché et les possibilités d'évolution de ces parts de marché.

⁴ Kotler Dubois MARKETING MANAGEMENT 10^e édition

C'est ici que l'analyse du marché doit faire ressortir les avantages, les compétences distinctives, les stratégies compétitives de base des concurrents ; ce qui va lui permettre de positionner l'activité dans une arène stratégique⁵ et de visualiser les futures stratégies possibles.

Plusieurs méthodes ont été développées pour l'analyse de la concurrence. Nous citerons deux exemples :

✓ **la méthode des cinq (5) forces concurrentielles au sein d'un secteur de Michael Porteur (1985)**

Selon Michael Porteur, spécialiste de l'économie industrielle, l'analyse de la concurrence doit prendre en compte 5 forces à savoir : la menace des concurrents directs, la menace des nouveaux entrants, la menace de produits et technologie de substitution, le pouvoir de négociation des fournisseurs et le pouvoir de négociation des clients.

✓ **La méthode ABC**

Cette méthode analyse seulement l'aspect concurrentiel de l'entreprise sans tenir compte de sa situation sur le marché du travail, le marché des capitaux. Elle est fondée sur la courbe d'expérience de l'entreprise.

La logique de cette méthode est qu'une entreprise diversifiée doit avoir une vision globale de ses activités pour effectuer des transferts de ressources d'une activité à une autre.

Les activités sont analysées sous deux axes à savoir : le taux de croissance du marché pour l'année la plus récente et la part de marché relative, destinée à mesurer la position concurrentielle de l'entreprise dans chaque Domaine d'Activité Stratégique (DAS).

II. Etude technique

L'étude technique vise principalement à déterminer si le projet est techniquement faisable, à sélectionner la technologie adéquate, à choisir un processus de transformation approprié, à agencer de façon optimale les différents intrants du projet et à identifier l'ensemble des coûts inhérents à la réalisation et à l'opérationnalisation de ce dernier.

⁵ Bidault, « Champs stratégiques », encyclopédie du management, Vuibert, 1992

II.1. Analyse du processus de production ou de transformation

L'analyse du processus de production constitue la première étape de toute étude technique. On détermine ici la taille des équipements à acquérir, le niveau de technicité requis, le degré de dépendance par rapport à la disponibilité locale des équipements, les possibilités d'extension de l'unité.

Dans la pratique, le choix d'une technologie ne peut être fait qu'à partir de considérations techniques prenant en compte le contexte commercial, économique, sociologique, politique plus vaste.

II.2. Etude des besoins en inputs et autres moyens

Les besoins en inputs doivent faire l'objet d'une étude très poussée pour assurer le fonctionnement normal du projet.

Au-delà des besoins quantitatifs par type de facteurs de production, chaque année, l'on détermine les spécifications des besoins à rechercher, les possibilités d'approvisionnement locales ou étrangères, les conditions d'approvisionnement : prix, quantités minimales, transport, régularité.

C'est à ce niveau que l'on vérifie la disponibilité des utilités (eau, électricité, carburants), des moyens de communication, les besoins en main d'œuvre.

L'expérience des projets antérieurs peut guider l'analyste dans la détermination des besoins en inputs.

II.3. Choix de la Localisation

La localisation doit faire l'objet d'une étude approfondie.

Nombreuses sont les entreprises qui ont fait faillite parce que leur site n'avait pas fait l'objet d'une étude sérieuse. Aujourd'hui, le choix d'un site est soumis à plusieurs critères dont les plus essentiels sont :

- ✓ la localisation des matières premières ;
- ✓ la disponibilité de la main d'œuvre ;
- ✓ les lieux de consommation ;
- ✓ les conditions de transport des personnes et des biens ;
- ✓ la disponibilité en terrains ;

- ✓ la disponibilité en eau, électricité.

Selon le cas, l'analyste devra faire des enquêtes, des études documentaires pour avoir une vue complète du lieu qui abritera le projet ou la future entreprise.

II.4. Calendrier de réalisation

Le calendrier des réalisations tient compte des résultats des différentes études techniques et doit décrire :

- ✓ la phase d'équipement ;
- ✓ la phase de démarrage et de montée en production ;
- ✓ la période de croisière.

Dans certains cas, la production peut commencer alors même que les investissements n'ont pas encore été mis totalement en place.

II.5. Variantes

Il s'agit d'un processus itératif où les alternatives et leurs incidences sont considérées.

L'analyse des variantes s'applique très souvent au processus de production, aux types de produits, à la localisation, au calendrier de réalisation, au montage institutionnel.

L'analyste procédera à l'étude financière sommaire, à l'étude organisationnelle et institutionnelle de chacune des variantes. Il retiendra la plus intéressante, c'est-à-dire celle qui présente des indices nettement supérieurs aux autres.

II.6. Evaluation des coûts

C'est à ce niveau que l'on procède à une estimation des coûts sur la base des études précédentes.

L'estimation des coûts concerne aussi bien la phase d'investissement que d'exploitation. Surtout en ce qui concerne l'estimation des coûts d'exploitation, l'on peut être dans l'impossibilité quasi générale de l'estimer, la solution souvent retenue est de raisonner en prix constant et de procéder par la suite à des tests selon différentes hypothèses de variation.

Qu'il s'agisse de l'investissement ou de l'exploitation, il y a lieu de distinguer l'origine des biens nationaux ou importés, la répartition des coûts en monnaie locale et en devises et de préciser le montant des taxes correspondantes.

II.7. Insuffisance des dossiers techniques

Les principales insuffisances que l'on rencontre très souvent dans les dossiers techniques sont :

- ✓ la sous-estimation des coûts d'investissement ;
- ✓ le surdimensionnement des équipements ;
- ✓ l'optimisme exagéré des calendriers de réalisation des investissements ;
- ✓ l'absence d'hypothèses sur les variations futures des coûts.

La rectification à posteriori des études techniques étant généralement très coûteuse et difficile à réaliser, l'élaboration du dossier technique doit, dès son lancement, bénéficier de la plus grande attention.

III. Etude sociale

L'étude sociale est aussi une étape importante de la préparation d'un projet. C'est à ce niveau que l'on étudie la compatibilité du projet avec les traditions, les valeurs, l'organisation de la population cible. On propose également les stratégies à adopter pour implanter avec succès le projet. Les principaux éléments à analyser sont :

- ✓ les caractéristiques démographiques et socioculturelles de la zone (structure, flux migratoires, stratifications sociales, relations entre les différents groupes, croyances, ...) ;
- ✓ l'organisation de la production (structures des ménages et des familles, disponibilité et division sociale du travail, rôle de la femme, régime foncier, types d'organisations locales de la production,...) ;
- ✓ l'intégration du projet dans le milieu d'accueil (système de valeurs, coutumes,...) ;
- ✓ la stratégie pour entraîner l'adhésion des populations au projet.

IV. Etude institutionnelle et organisationnelle

Concernant l'étude institutionnelle et organisationnelle, elle est une étape aussi importante que les trois premières parties précédemment étudiées à savoir l'étude du marché, l'étude technique et

l'étude sociale. Ici, l'on choisit le statut juridique du projet et l'organisation à mettre en place afin d'atteindre les objectifs assignés au projet.

IV.1. Etude institutionnelle

Beaucoup de projets ont fait échec parce leur statut juridique n'était pas adapté (statut souvent très lourd). Le statut juridique du projet doit faire l'objet d'une analyse approfondie car il en découle très souvent des procédures administratives pouvant alourdir la gestion financière du projet.

Il est aussi important de connaître parfaitement ses collaborateurs avant de mener ensemble une affaire. Dans le cas de plusieurs associés à un projet (entreprise), en cas de faillite, la répartition des biens et le remboursement des dettes sont fonction du statut juridique du projet choisi.

L'Acte Uniforme de l'O.H.A.D.A du 17 Avril 1997 relatif au droit des sociétés commerciales et du groupement d'intérêt économique, en vigueur depuis le 1^{er} Janvier 1998, a redéfini les sociétés dont les plus importantes sont les suivantes : la SA (Société Anonyme), la SARL (Société A Responsabilité Limitée), GIE (Groupement d'Intérêt Economique). Chacune d'elles obéit à des conditions bien définies.

IV.2. Etude organisationnelle

Une organisation est définie comme « la coordination rationnelle des activités d'un certain nombre de personnes en vue d'atteindre un but commun explicite, par la division du travail et des fonctions, et par une hiérarchie de l'autorité et des responsabilités »⁶. Il y a dans cette définition trois éléments très importants : les activités, les personnes et un but commun explicite.

L'idée sous-jacente est que le but commun sera atteint au mieux si des personnes différentes exercent différentes activités de manière coordonnée.

Une organisation est donc essentiellement une distribution de rôles assortie d'un système de coordination.

L'organisation du projet doit donc faire l'objet d'une étude approfondie afin de faire ressortir clairement le rôle des Directeurs, des responsables de services, d'ateliers et des autres acteurs.

⁶

Structure et dynamique des organisations Editions Tendances actuelles

Aussi, rappelons qu'une organisation est efficace quand elle permet la planification, l'exécution, le suivi des activités du projet sans difficulté et une meilleure budgétisation des ressources du projet. Cette budgétisation des ressources conforme avec la planification des activités réduit les risques de rupture de stocks ou plus généralement de crédits.

Pour finir, l'étude organisationnelle doit donc faire ressortir un organigramme, les postes de travail et leurs spécificités, les profils souhaités pour les principaux postes, la formation complémentaire requise et les incitations à la productivité.

Tous les choix opérés dans les études précédentes (marché, technique, sociale, organisationnelle et institutionnelle) doivent être budgétisés, ce qui nous permettra d'avoir une idée du coût du projet et du risque couru. L'étude financière est l'étape qui nous permet de répondre à ces préoccupations.

V. Analyse financière

L'analyse financière permet de se prononcer sur la viabilité du projet. Son premier but consiste à déterminer si, du point de vue financier, le promoteur ou l'entreprise devrait ou non investir dans le projet. L'analyse financière répond à cinq types de préoccupations :

- ✓ la détermination des ressources financières nécessaires à la réalisation et à l'exploitation du projet ;
- ✓ la détermination du type de financement et de la politique financière à adopter pour le projet ;
- ✓ l'analyse des variantes de projet en vue de faire une sélection ;
- ✓ le calcul de la rentabilité financière ;
- ✓ le calcul des risques financiers liés au projet.

La réponse à toutes ces interrogations passe par la confection et l'utilisation d'outils comptables dont les principaux procèdent des comptes d'investissement et d'exploitation.

L'analyse financière intervient dans la phase de conception d'un projet à deux niveaux :

- ✓ au cours de l'étude de pré-faisabilité ou d'identification avec comme méthode l'analyse financière sommaire ;
- ✓ durant l'étude de faisabilité où la technique préconisée est l'analyse financière détaillée.

V.1. Analyse financière sommaire (AFS)

On fait intervenir le plutôt possible l'analyse financière sommaire dans la conception d'un projet pour se faire une idée claire et rapide de la rentabilité des variantes du projet afin de sélectionner la meilleure. L'outil principal de l'AFS est l'échéancier des flux financiers qui est constitué à partir des dépenses d'investissement ainsi que des dépenses et recettes d'exploitation du projet.

Le but de l'analyse financière sommaire est de :

- ✓ déterminer le montant des investissements ;
- ✓ déterminer le type de financement ;
- ✓ procéder au choix de la meilleure variante ;
- ✓ déterminer la rentabilité du projet hors conditions fiscales et financières ;
- ✓ se prononcer sur les risques financiers liés au projet.

L'analyse financière sommaire se déroule en plusieurs étapes qui sont les suivantes :

- ✓ élaboration du tableau des investissements et estimation de leurs coûts ;
- ✓ estimation du fonds de roulement (FDR) ;
- ✓ estimation des dépenses et recettes d'exploitation ;
- ✓ élaboration de l'échéancier des flux financiers ;
- ✓ détermination de la rentabilité du projet ;

L'analyse financière sommaire est une technique extra comptable car elle ne tient pas compte de l'amortissement du matériel, des conditions fiscales et financières et de l'inflation.

Les indicateurs d'appréciation de la rentabilité d'un projet dans l'analyse financière sont les suivants:

Le délai de récupération : il indique la période où les mobilisations consenties sont récupérées. Il correspond au temps nécessaire pour que les recettes du projet déduction faite des dépenses d'exploitation équilibrent le montant des dépenses d'investissement.

Le rendement de l'unité monétaire investie : il correspond au quotient du montant cumulé des recettes nettes des charges d'exploitation par le montant des investissements.

La valeur Actuelle Nette (VAN) : la VAN ou bénéfice total actualisé est égale à la somme des flux financiers annuels actualisés sur toute la durée de vie du projet. C'est la somme des avantages bruts annuels actualisés diminuée de la somme des coûts annuels actualisés.

L'interprétation de ce critère se fait comme suit :

- ✓ si la VAN est positive, le projet est rentable ;
- ✓ si la VAN est négative, le projet n'est pas rentable d'où le refus de le financer.

Entre deux projets ou variantes de projet, sera retenu celui dont la VAN est la plus forte. La règle d'utilisation de ce critère est simple. Si l'on a à choisir entre plusieurs projets, on choisit celui qui donne le bénéfice actualisé le plus élevé. La principale limite de ce critère réside dans le choix du taux d'actualisation. Celui-ci peut inverser le classement des projets ou variantes selon la VAN. On a souvent recours au TRI pour un meilleur classement car il ne tient pas compte du taux d'actualisation.

Le Taux de Rentabilité Interne (TRI) : il est défini comme le taux i tel que le bénéfice actualisé est égal à zéro. Le TRI est le taux de rentabilité interne d'un investissement, sans tenir compte des coûts de financement. Ce taux de rentabilité interne correspond au taux d'intérêt maximum que peut supporter le projet si l'ensemble des fonds provient d'un emprunt.

Un projet sera considéré comme rentable si le TRI est supérieur au taux d'intérêt qui prévaut.

Le TRI peut être utilisé pour la décision dans deux cas :

- ✓ Soit pour dire oui ou non à un projet : le TRI serait alors le taux maximum d'emprunt pour financer le projet si l'on doit emprunter ;
- ✓ soit pour comparer deux ou plusieurs projets : le TRI peut être très sensible à la variation de certains éléments.

En ce qui concerne l'intérêt du TRI, il évite d'avoir à déterminer un taux d'actualisation, il peut être interprété comme le taux d'intérêt maximal que l'agent pourra supporter en équilibrant ses comptes si tous les investissements étaient couverts par un emprunt.

V.2. Analyse Financière Détaillée (AFD)

L'analyse financière détaillée est une étude approfondie de la variante choisie lors de l'analyse financière sommaire.

L'AFD a pour objectif de mettre en place le plan de financement du projet en vérifiant nécessairement son impact sur l'équilibre général de trésorerie, de calculer la rentabilité définitive du point de vue des actionnaires et des capitaux investis.

C'est à ce niveau que nous intégrons, dans l'étude du projet, les normes comptables (amortissements du matériel, conditions financières et fiscales) et l'inflation. Dans la zone UEMOA, l'étude doit respecter les normes du SYSCOA. On détermine également la capacité d'autofinancement de l'entreprise, le mode de remboursement de l'emprunt nécessité par le projet.

L'analyse financière détaillée a pour but de :

- ✓ mettre en place le plan de financement détaillé ;
- ✓ vérifier l'équilibre de trésorerie du projet ;
- ✓ vérifier la capacité de remboursement des emprunts et de renouvellement du matériel ;
- ✓ calculer la rentabilité définitive du projet du point de vue des actionnaires et des capitaux investis.

Les étapes de l'analyse financière détaillée sont les suivantes :

- ✓ l'établissement du tableau des amortissements, avec prise en compte de l'inflation ;
- ✓ la définition du schéma de financement ;
- ✓ l'établissement du tableau de remboursement des emprunts ;
- ✓ l'établissement des comptes d'exploitation prévisionnels et la détermination de la capacité d'autofinancement ;
- ✓ l'établissement du tableau d'équilibre des ressources et des emplois de fonds et de trésorerie prévisionnelle ;
- ✓ l'évaluation de la rentabilité définitive du projet du point de vue des actionnaires et des capitaux investis ;
- ✓ le test de sensibilité.

L'on déterminera la rentabilité du projet du point de vue des actionnaires, des capitaux propres et des capitaux investis.

❖ Le test de sensibilité

Du fait de l'incertitude liée aux données utilisées dans le projet, il est important de vérifier l'impact que doit avoir la variation de certains déterminants de la rentabilité financière et économique du projet.

Une des méthodes de vérification les plus courantes est le test de sensibilité qui permet de mesurer la sensibilité des résultats du projet aux erreurs d'appréciation des principales variables.

Dans la pratique, on identifie des variables essentielles auxquelles on applique des variations (généralement de l'ordre de +/- 10%) pour voir l'effet produit sur les résultats escomptés du projet.

Les variables diffèrent d'un projet à un autre. Les variables les plus courantes sont les prix de vente, les coûts des intrants, les charges d'exploitation et les quantités produites.

VI. Analyse économique

Après avoir étudié la rentabilité du projet du point de vue de l'entrepreneur (analyse financière), nous devrions normalement nous intéresser à l'analyse économique et à l'impact du projet sur la collectivité, c'est-à-dire au niveau macro-économique. Nous tenons à préciser que dans le cadre de la présente étude, l'analyse économique ne sera pas prise en compte dans la présentation des résultats de l'étude. Néanmoins, il est important de faire cas des méthodes d'analyse. Il existe actuellement deux méthodes d'analyse économique :

- ✓ la méthode des effets ;
- ✓ la méthode des prix de référence.

VI.1. La méthode des effets

L'objectif de l'analyse économique de projet par la méthode des effets est de déterminer la valeur ajoutée créée par le projet, sa répartition au niveau des principaux agents économiques et ces incidences sur le budget de l'Etat et la balance des paiements. La valeur ajoutée est définie comme étant la création de revenu résultant d'une activité, que celle-ci soit effectuée par l'Etat, l'entreprise ou le ménage.

Cette méthode nous permet également de déterminer le coût social du projet. Ce coût est obtenu en déduisant du coût financier, le montant des transferts et les effets ne constituant pas un prélèvement sur les ressources nationales (épargne, fiscalité, intérêt et la consommation locale des nationaux).

Cette méthode vise la détermination des effets supplémentaires apportés par le projet à la collectivité par la comparaison d'une situation de référence et une situation avec projet.

Ces effets supplémentaires sont mesurés par la valeur ajoutée supplémentaire (VAS) ou DNVA (Différentiel Net de Valeur Ajoutée). On détermine également le bénéfice collectif actualisé, le

taux de rentabilité interne économique (TRIE) et le délai de récupération des capitaux investis du projet.

Les quatre étapes d'analyse de la méthode des effets sont les suivantes :

- ✓ l'analyse des perturbations engendrées par le projet ;
- ✓ la mesure des perturbations par un processus progressif de remontée en chaîne ou par l'utilisation des tableaux synthétiques (TES) de la comptabilité nationale ;
- ✓ l'étude de la situation qui prévaudra si le projet n'est pas réalisé (situation de référence) ;
- ✓ la comparaison des situations (avec et sans projet) pour dégager les effets nets du projet.

Cette analyse fait ressortir trois types d'effets :

- ✓ les effets directs du projet ;
- ✓ les effets indirects du projet ;
- ✓ les effets primaires du projet.

❖ Les effets directs du projet

On appelle effets directs, les effets directement recensés dans le compte d'exploitation du projet. Ces effets peuvent porter sur les achats de consommations intermédiaires qui peuvent être d'origine locale ou importée ou bien sur des versements directs de revenus qui concourent à la valeur ajoutée (salaires, impôts).

Les effets directs résultent du changement de comportement des catégories d'agents économiques directement concernées par les interventions de l'Etat à savoir celles qui sont impliquées dans leur mise en œuvre (administration, entreprises...) et celles à qui ces interventions sont directement destinées.

❖ Les effets indirects du projet

On appelle effets indirects, les effets créés en amont des effets directs.

Ces effets se manifestent lorsque de nouvelles catégories d'agents économiques modifient à leur tour leurs comportements pour répondre aux besoins des agents directement impliqués dans les projets.

Ils résultent du développement de nouvelles activités en amont des agents directement concernés pour satisfaire leurs approvisionnements en intrants et matériels.

❖ Les effets primaires du projet

La somme des effets directs et des effets indirects constitue les « effets primaires » ou « effets inclus ou brut ». Les effets primaires sont directement liés à la formation de la valeur ajoutée, c'est-à-dire à la production même du projet. La différence entre les effets primaires du projet et ceux de la situation « sans projet » correspond aux « effets nets » du projet. Ces effets nets, exprimés en termes de coût en devises et d'avantages mesurent l'intérêt du projet pour la collectivité nationale.

VI.2. La méthode des prix de référence

Un projet est un corps étranger que l'on greffe dans un milieu. Il entraîne donc des perturbations dans l'économie. La méthode des prix de référence (méthode anglo-saxonne) est comme la méthode des effets, une méthode de mesure des perturbations engendrées par un projet dans une économie.

Dans les pays en voie de développement, les conditions de concurrence pure et parfaite (atomicité, transparence, homogénéité et fluidité) ne sont pas toujours réunies sur le marché des biens et services, du travail et des capitaux.

La méthode des prix de référence vient modifier les prix du marché en vue de déterminer les prix théoriques ou prix de référence supposés refléter de façon plus rigoureuse la valeur économique pour l'ensemble des ressources déversées et consommées par le projet⁷.

Elle consiste aussi à neutraliser les transferts, les impôts et taxes et toutes les subventions reçues par le projet.

Les quatre étapes de la méthode des prix de référence sont :

- ✓ l'identification des perturbations provoquées par le projet dans l'économie nationale ;
- ✓ le classement des perturbations en coûts et avantages économiques ;
- ✓ l'estimation des coûts et avantages en choisissant pour ce faire un nouveau système de prix ;
- ✓ l'analyse de la rentabilité économique à partir d'un échéancier des flux économiques.

⁷

L'estimation des coûts économiques du projet par la méthode des prix de référence se fait à quatre niveaux :

- ✓ au niveau des biens et services ;
- ✓ au niveau des devises ;
- ✓ au niveau du capital ;
- ✓ au niveau de la main d'œuvre.

A chaque niveau correspond une formule appropriée.

En ce qui concerne les avantages économiques, ils constituent les recettes du projet.

A partir d'un échéancier des flux économiques, on visualise d'abord l'ensemble des coûts et avantages économiques du projet. Ensuite, on détermine les flux nets économiques, le TRIE et le délai de récupération des capitaux investis.

Ces deux méthodes viennent s'ajouter à l'analyse financière pour permettre aux décideurs d'être en possession de tous les éléments d'appréciation d'un projet surtout quand ce projet est financé sur fonds publics.

VII. Business plan

Le terme « business plan » est très courant dans le monde des affaires. Les banquiers l'exigent très souvent des promoteurs de projet c'est pourquoi il a retenu notre attention.

VII.1. Définition du business plan

Le business plan est tout d'abord un document écrit à destination de deux publics : le créateur et son équipe (les associés) d'une part et tous les futurs partenaires extérieurs d'autre part. Ce document est donc à la fois un outil de pilotage pour le (ou les) créateur(s) et pour les partenaires. Grâce à ce document, le créateur et son équipe suivront et piloteront la création tout au long du déroulement du processus de construction⁸.

VII.2. Raison d'être du business plan

⁸ Construire son business plan, cathérine Léger-Jarniou et Georges Kalousis, DUNOD Octobre 2008

Le « business plan » est un document écrit qui retrace l'histoire d'un projet (ou d'une idée) portée par un créateur et/ou une équipe et qui va se transformer en création d'entreprise.

C'est le mode de communication privilégié entre un entrepreneur et son équipe d'une part et des partenaires extérieurs (investisseurs, fournisseurs, etc.) d'autre part. C'est un document qui va prouver la viabilité du projet et sa traduction en justification de besoins financiers. Il peut prendre des formes différentes mais doit toujours expliquer d'où vient l'idée, quelle équipe porte cette idée, les objectifs à moyen terme du ou des porteurs de projet pour cette nouvelle entreprise et la façon d'atteindre ces objectifs en termes de moyens et de résultats. Il doit également, dans certains cas, évoquer la cession de l'entreprise et à quel horizon.

Le « business plan » doit en permanence démontrer que le projet est viable et l'entreprise générera assez de gains pour rembourser ses créanciers. C'est un document sérieux, fiable et dynamique.

C'est un document de communication interne et externe qui doit être rédigé de manière synthétique et en langage simple et clair. Il doit retracer la cohérence de la construction d'ensemble et mettre l'accent sur la valeur proposée par la nouvelle entreprise, c'est-à-dire sur l'avantage concurrentiel décisif, durable, défendable que l'entreprise souhaite proposer à ses clients pour assurer sa rentabilité et sa pérennité.

Le « business plan » est donc un document multiple en ce sens qu'il a, à partir de la même base d'information, plusieurs destinataires possibles à l'intérieur et à l'extérieur de la future entreprise. C'est donc à la fois un **document de travail** et un **outil de communication**.

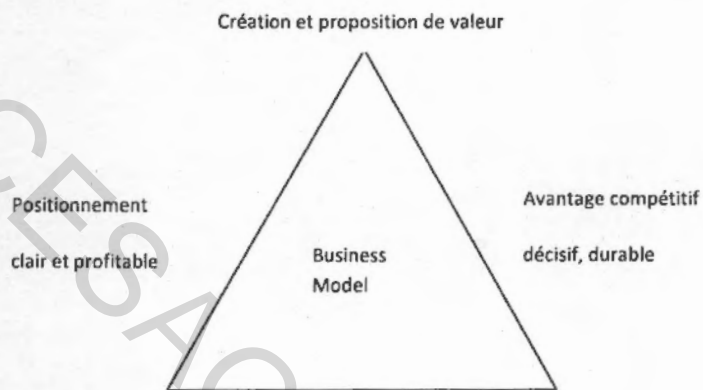
VII.3. Objectifs du business plan

L'objectif du business plan est double. Il consiste tout d'abord à aider le ou les créateurs à piloter le projet et le démarrage de l'entreprise.

Le second objectif est de séduire puis convaincre le lecteur extérieur de la viabilité du projet et du sérieux du porteur de projet.

Pour cela, le dossier doit comporter des informations qualitatives avant toutes choses pour comprendre la situation et des données chiffrées précises, ensuite pour quantifier les premières informations. Les données financières prévisionnelles ne serviront qu'à confirmer les propos et montrer la viabilité du projet.

Le schéma ci-dessous exprime le mécanisme de création de valeur de l'entreprise :



Business Model

(Source: construire son business plan)

VII.4. Les différents composants d'un business plan

Un business plan doit obligatoirement présenter de façon linéaire les éléments suivants :

- ✓ un compte de résultats prévisionnel (sur 3 à 5 ou 7 ans au maximum) ;
- ✓ un bilan prévisionnel ;
- ✓ un tableau pluriannuel des flux financiers prévisionnels (sur 3 à 5 ou 7 ans au maximum) ;
- ✓ un ensemble de ratios prévisionnels (de rentabilité financière et économique, de croissance, de structure des ventes).

CHAPITRE II : METHODOLOGIE ET CONTEXTE DE L'ETUDE

SECTION 1 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Par « **étude de faisabilité** » dans la formulation de notre thème, il faut entendre un ensemble d'analyses nécessaires pour pouvoir établir qu'un projet est réalisable ou pas. Cette étude fait appel à un concept essentiel qui est la **rentabilité**.

Ce travail devra nous permettre de démontrer que la création d'une polyclinique moderne de taille moyenne respectant toutes les normes internationales de la santé et son implantation dans la région de Kolda peut être rentable dans un contexte où les populations sont pauvres et qu'il n'existe aucune concurrence réelle. La question à laquelle ce travail devra répondre est la suivante : **est-il possible de rentabiliser une polyclinique moderne dans une zone enclavée comme celle de Kolda où les populations sont dans une pauvreté assez critique ?**

I. Modèle de recherche

L'étude de faisabilité consistera à identifier des variantes essentielles, pour se faire une idée de la rentabilité du projet.

La **variable explicative** est l'**étude de faisabilité** et la **variable expliquée** est la **rentabilité** du projet.

L'étude de faisabilité est constituée de différentes études ou analyses dont le rôle est de fournir toutes les données utiles pour aider à la prise de décision, il s'agit de :

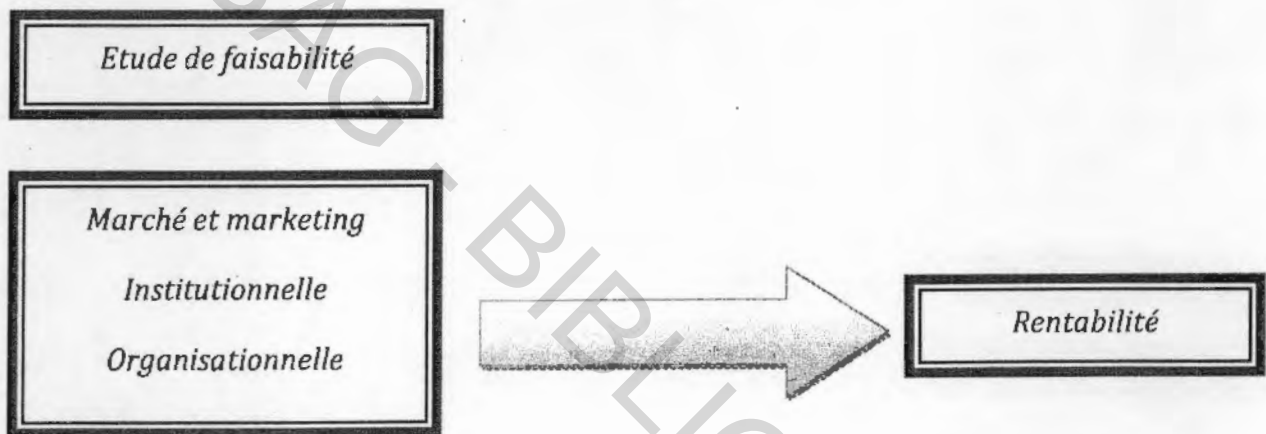
- l'étude de marché et de marketing ;
- l'étude institutionnelle et organisationnelle ;
- l'étude technique ;
- l'étude financière et économique.

Prise comme un concept, l'étude de faisabilité est constituée de différentes dimensions, correspondant chacune à l'une des études énumérées plus haut, et qui rendent compte de sa réalité. Ce sont les dimensions marché et marketing, institutionnelle et organisationnelle, Technique, Financière et économique. C'est en combinant les informations qualitatives ou quantitatives obtenues par ces indicateurs pour les différentes dimensions que nous pourrions évaluer la rentabilité du projet étudié.

Partant de l'hypothèse que la rentabilité d'un projet est déduite de la combinaison des résultats des différentes études constituant l'étude de faisabilité, nous pouvons dire que celle-ci donne la possibilité de déterminer, parmi les différentes dimensions du concept d'étude de faisabilité, celles qui sont les plus déterminantes dans l'évaluation de la rentabilité d'un projet.

La méthode utilisée est hypothético-déductive ce qui signifie que la conception part d'un concept théorique pour déterminer grâce à un travail logique, des hypothèses, des concepts et des indicateurs vérifiables dans la réalité qui constituent ce qu'on appelle le **modèle de recherche**.

En quelques mots, ce modèle traduira la relation qui existe entre l'étude de faisabilité et la rentabilité du projet. Ce dernier peut être schématisé de la manière suivante :



II. Méthodologie de travail

Les informations utiles pour les différents volets de cette étude de faisabilité seront recueillies grâce à la combinaison de plusieurs méthodes :

II.1. Revue documentaire

Cette démarche consiste à :

- Choisir le type de documents (livres, mémoires, publications, articles, etc.) dont nous aurons besoin pour rédiger notre mémoire après avoir choisi et cerné notre sujet et le but de notre travail ;
- Repérer ces documents en effectuant des recherches sur internet, les bases de données, les répertoires, etc ;
- Localiser ces documents (bibliothèques ou ailleurs) ;

- Repérer ces documents en effectuant des recherches sur internet, les bases de données, les répertoires, etc ;
- Localiser ces documents (bibliothèques ou ailleurs) ;
- Evaluer ces documents ;
- Citer ceux qui nous seront utiles.

Ainsi, nous avons exploité les documents du Ministère de la santé et de la prévention, du Ministère du plan, de la Direction des Statistiques et Prévisions et de l'antenne de la Direction des Statistiques à Kolda. Certains mémoires disponibles à la bibliothèque du CESAG, nous ont été aussi très utiles. Cette phase d'exploitation a consisté à faire la lecture et la relecture des méthodes pratiques de réalisation des études de faisabilité afin de pouvoir les adapter au cas qui nous est soumis.

La phase de la revue de la littérature s'est terminée par la préparation des instruments de collecte de données sur le terrain.

II.2. Phase de terrain

-Rencontre avec le promoteur du Projet

La rencontre s'est déroulée en deux phases. La première a eu lieu le 12 Octobre 2009 au CESAG dans la salle C106 avec le promoteur du projet. Il s'agissait de comprendre l'idée de Dr BOIRO le promoteur, sa conception du projet et ses motivations. La deuxième phase a eu lieu les 26 et 31 Octobre 2009 dans les locaux du Cabinet Médical « Diamtann » à Kolda au quartier Gadapara. Nos discussions ont d'abord éclairé d'avantage les points abordés à la première rencontre. Ensuite, elles se sont portées sur les activités du Cabinet Médical existant et également sur l'objet de la présente étude et de ses objectifs.

- Population à l'étude et taille de l'échantillon

Les différentes informations que nous avons recueillies, nous ont permis de cibler la population sur laquelle l'enquête devrait porter. L'enquête s'est déroulée à Kolda ville du 26 Octobre au 02 Novembre 2009. Une partie de cette enquête a concerné uniquement le personnel des établissements sanitaires publics et privés de la ville. L'autre partie s'est intéressée aux ménages à travers la plupart des quartiers de la ville et aux employés d'un nombre important d'entreprises (Sonatel, Tigo, banques, mairie, mutuelles de crédit, etc.).

L'administration de notre questionnaire s'est faite sur un échantillon total de quatre vingt six (86) personnes prises individuellement.

Nous avons fait le traitement des données après la collecte complète des informations dans le questionnaire.

II.3. Matériels de collecte des informations

Pendant la phase d'étude sur le terrain, nous avons utilisé les matériels suivants pour la collecte des informations :

- un guide d'entretien pour le promoteur
- un questionnaire individuel pour les ménages et les employés des entreprises
- un questionnaire individuel pour le personnel des établissements sanitaires publics et privés.

II.4. Mode d'administration

Nous avons choisi au hasard les entreprises, les ménages et les individus pour l'administration du questionnaire.

Le questionnaire a été administré par nous-mêmes. Nous avons constaté particulièrement qu'une grande partie de la population de Kolda parle quotidiennement le français. Ce qui a beaucoup facilité notre travail. Soit nous posons les questions à l'interviewé puis nous enregistrons les réponses, soit nous donnons directement le questionnaire à l'interviewé qui le remplissait devant nous, puis nous le remettait en même temps. Nous n'avons fait appel à un interprète qu'une seule fois pour un interviewé qui ne s'exprimait qu'en peulh.

II.5. Dépouillement et traitement des données

L'enquête réalisée sur le terrain nous a permis de collecter des données auprès de la population cible. Le traitement manuel des données serait fastidieux compte tenu de la taille de l'échantillon soumis à l'étude. De ce fait, les données ont été dépouillées et traitées à l'aide d'un logiciel de traitement et d'analyse des données en l'occurrence SPHINX. Les résultats obtenus sont présentés dans la deuxième partie du mémoire.

II.6. Précision de l'enquête

Les quatre vingt six (86) personnes au total qui ont reçu et rempli le questionnaire, constituent notre échantillon.

Par la formule suivante de calcul de l'échantillon, nous pouvons déterminer l'erreur liée à notre enquête :

$$n = \frac{Z^2 p (1-p)}{E_m^2}$$

n = Taille de l'échantillon

E_m = Marge d'erreur

p = Pourcentage de l'échantillon

Z = Pondération selon le niveau de confiance

La taille de notre échantillon n est 86 (n= 86).

Nous supposons que P = 0,5 ; Z = 1,96.

Par extrapolation, l'erreur E_m calculée est 0,1057 soit 10,57%. Cela signifie que l'intervalle de confiance est autour de 10,57%.

SECTION 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE

I. Contexte géographique et démographique

La présente étude relative à la faisabilité pour la transformation du cabinet médical « Diamtann » en Polyclinique moderne, intervient dans la ville de Kolda au sud du Sénégal, pays situé à l'extrême ouest du continent africain, entre 12,5 et 16,5 degrés de latitude Nord. Le Sénégal couvre une superficie de 196 712 Km². Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée-Bissau et la Guinée Conakry, à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La Gambie située

entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, forme une enclave sur le cours inférieur du fleuve Gambie.

Le Sénégal comporte 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 159 communes et 370 communautés rurales.

Chaque entité est dirigée par une autorité à savoir : un gouverneur et un président de conseil régional pour chaque région ; un préfet pour chaque département ; un sous-préfet par arrondissement ; un maire par commune ; un président par communauté rurale ; un chef de village ou de quartier au niveau le plus périphérique.

La population du Sénégal est estimée à environ (11 987 121 habitants) 12 millions d'habitants en 2010 dont près du quart vit dans l'agglomération dakaroise. Elle est composée d'une vingtaine d'ethnies ayant chacune sa propre langue. La population est inégalement répartie sur le territoire national.

La région qui intéresse notre étude est celle de Kolda. Cette région est située au sud du Sénégal, dans la Casamance naturelle et plus précisément en moyenne et haute Casamance. Elle est située entre 12°20 et 13°40 de latitude Nord, et 13° et 16° de longitude Ouest. La région de Kolda a été créée par la loi 84-22 du 22 Février 1984 modifiant la loi 72-02 relative à l'organisation de l'administration territoriale et locale.

Une réforme administrative en date du 10 Juillet 2008, divise Kolda en deux entités avec l'avènement du département de Sédhiou qui devient une région administrative à part entière.

La nouvelle région de Kolda issue de cette réforme du 10 Juillet 2008, comprend les départements suivants :

- le **département de Kolda**, avec trois nouvelles communes (Dabo, Salikégné et Saré Yoba Diéga) ;
- le **département de Médina Yoro Foulah** qui est une nouvelle création avec deux seules nouvelles communes qui sont Médina Yoro Foulah et Pata ;
- le **département de Vélingara**, qui en plus de l'ancienne commune de Vélingara s'est renforcée avec deux nouvelles communes qui sont Kounkané et Diaobé-Kabendou.

Tableau 1 : Nombre de circonscription administrative de la région

	Départements	Communes	Arrondissements	Communautés Rurales	villages
Région de Kolda	Kolda	4	3	11	634
	Médina Yoro Foulah	2	3	9	457
	Vélingara	3	3	11	498
Total	3	9	9	31	1 589

Source : SRSB Kolda

Le climat de la région est de type soudano guinéen recevant des précipitations qui s'étalent de Juin à Octobre avec une intensité maximale en Août et Septembre, et une saison sèche qui couvre la période de Novembre à Mai. Les précipitations moyennes varient entre 700 et 1300 mm. Les températures moyennes mensuelles les plus basses sont enregistrées entre Décembre et Janvier et varient entre 25-30°C. Les plus élevées sont notées entre Mars et Septembre avec des variations de 30 à 40°C.

Le relief est constitué de grès sablo-argileux formant des plateaux avec une végétation naturelle abondante (savane ou forêt claire), entrecoupée de vallées dans lesquelles se trouvent les rizières et les pâturages de bas-fonds.

Le réseau hydrographique est dense et se compose d'un cours d'eau principal qui est le Fleuve Casamance et ses affluents (le marigot de Saré Kouyatel et le Soungrougrou sur la rive droite ; le Thiango Dianguina ; le khorine et le Dioulacolon sur la rive gauche).

Le fleuve Kayenga et son affluent l'Anambé arrosant la zone de Kounkané. Les barrages de Ndiandouba et de l'anambé érigés respectivement sur ces cours d'eau ont sensiblement transformé la zone, qui dispose désormais de l'eau de façon permanente.

La population de la région de Kolda est estimée en 2008 à 569 725 habitants sur une superficie de 13 718 km². Cette population est essentiellement composée de jeunes (52%) avec un taux d'accroissement de 2.9% et un taux d'urbanisation de 21%. 79% du total vit en milieu rural.

Tableau 2: Répartition de la population 2008 de la région de Kolda par sexe selon le milieu de résidence et suivant les départements

Désignation	Milieu de résidence			Départements				%
	Urbain	Rural	Total	Kolda	Médina Yoro Foulah	Vélingara	Total	
Hommes	62 586	223 386	285 972	107 399	53 404	125 169	285 972	50,20 %
Femmes	59 082	224 661	283 743	107 159	52 680	123 904	283 743	49,80 %
Total	121 668	448 047	569 715	214 558	106 084	249 073	569 715	100%
	21%	79%	100%	38%	18%	44%	100%	

Source : SRSD Kolda

Avec le tracé actuel de la région, issu de la réforme du 10 Juillet 2008, Kolda présente une nouvelle configuration ethnique. Les peulhs font maintenant plus de 75% de la population de la région. Les Mandings et le Wolofs font respectivement 7,31% et 7,22%. Les Sarakolés font 2,33%, les Diolas pour 1,36%, les Serer pour 1,10%. Plus de 19 autres minorités ethniques et nationalités sont dénombrées dans la région pour un total de 5,55%. Aucune d'entre elles ne faisant plus de 1%.

La population de cette région est aussi caractérisée par sa jeunesse. La population âgée de moins de 10 ans représente 30,76% et celle âgée de 10 à 19 ans fait 27,10%. Ainsi on note que plus de la moitié de la population de cette région est âgée de moins de 20 ans. Les personnes âgées de 60 ans et plus constituent environ 4,25% de la population totale.

II. Contexte économique

Une politique de santé peut être définie comme l'ensemble des mesures et résolutions prises par l'autorité publique dans le domaine de la santé pour atteindre un certain nombre d'objectifs⁹.

Le Sénégal, ayant compris la grande importance du domaine de la santé pour tout développement, a matérialisé cette volonté par l'article 14 de sa Constitution et par la ratification des textes au niveau international comme la Convention des droits de l'Enfant, la Charte de l'OUA et la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Les insuffisances constatées dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la nutrition contribuent à exposer les populations aux maladies et à les rendre plus vulnérables à la pauvreté. En outre, les effets néfastes du paludisme dans la croissance économique, en termes de perte de journées de travail, par conséquent de productivité et de revenus sont importants. Le partenariat avec les ministères à externalités sanitaires immédiates permet de contenir les déterminants ou de maîtriser et d'agir sur l'intelligence de la maladie pour réduire la charge de morbidité et la charge subséquente de financement à supporter par le secteur pour restaurer la santé le cas échéant.

Le Sénégal a ainsi élaboré un deuxième Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), 2006- 2010. Cette stratégie accorde une place de choix au secteur de la santé largement pris en compte dans l'axe 1 « Amélioration de l'accès aux services sociaux de base » et l'axe 3 « Protection sociale, prévention et gestion des risques et catastrophes ». Cette priorité accordée à la santé découle des liens étroits entre santé, pauvreté et développement.

L'arrimage de la deuxième phase du PNDS au DSRP-II fait du Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) 2006-2008 la matrice de programmation et d'exécution budgétaire. De ce fait, le CDSMT est devenu le nouveau cadre d'orientation de la politique sanitaire. Il a hérité des mêmes objectifs sectoriels de la santé que le PDIS. Cependant, un changement dans la mise en œuvre des stratégies adoptées a été opéré. Ainsi, sept (7) objectifs opérationnels ont été assignés au secteur de la santé pour la période 2006-2008 :

- améliorer l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité;
- renforcer la prévention et développer la communication pour le changement;
- améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaine en santé;
- améliorer les capacités institutionnelles du secteur;

⁹ ANSD : *Situation Economique et Sociale du Sénégal, 2007* page 83

- promouvoir le partenariat;
- renforcer le suivi-évaluation de la performance;
- améliorer les mécanismes de financement de la santé.

Pour l'atteinte de ces objectifs, le CDSMT-santé (2006-2008) a mis en place six (6) programmes (Prévention, Santé de la reproduction, Lutte contre le VIH/ SIDA, Lutte contre la maladie, Nutrition, Appui institutionnel) autour desquels les différentes activités de santé sont coordonnées au Sénégal.

Le projet soumis à l'étude, va intervenir pour apporter un coup de main à l'Etat dans la région de Kolda qui est l'une des régions les plus pauvres du Sénégal.

L'économie de cette région est assez en retard, au regard de sa performance relativement faible par rapport à l'importance des ressources naturelles dont elle dispose. L'activité économique régionale est essentiellement bâtie autour de l'agriculture, de l'élevage et de l'exploitation forestière.

Selon le RGPH-III de 2002, on note que 43% de la population occupent un emploi. La proportion de chômeurs estimée à 2,9%, est plus élevée chez les hommes (3,4%) que les femmes (2,4%). La population inactive est estimée à 54,1%, dont 17,9% de femmes au foyer.

Le rapport national sur le développement humain de 2001 du programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) affirme que Kolda occupe la cinquième position par rapport aux régions du pays, avec un indice de développement humain de 0,458, contre une moyenne nationale de 0,479. Le revenu annuel par habitant est estimé par le même rapport à 43 049 FCFA pour la région, contre une moyenne nationale de 83 340 FCFA, alors que l'espérance de vie à la naissance se situe respectivement à 49 contre 60 ans.

Selon l'ESAM-II de 2002, la majorité des habitants de Kolda vivent dans des ménages extrêmement pauvres. En effet, confrontée à plusieurs années de crise en Casamance (insécurité), à l'enclavement, au manque d'infrastructures, à la faiblesse des revenus des producteurs, la région de Kolda enregistre un des taux de pauvreté les plus élevés (66,5%).

Cette forte incidence de la pauvreté dans la région, constitue une contrainte majeure d'une dimension transversale par rapport à l'atteinte des OMD. Selon l'EDS-IV de 2005, on constate que 78% des femmes de Kolda vivent dans un ménage pauvre.

La couverture sanitaire de la région de Kolda s'est quand même améliorée ces dernières années avec la création d'un hôpital régional et d'une pharmacie régionale d'approvisionnement.

On compte un centre de santé pour 302 874 habitants contre une norme OMS de 1/50 000, et un poste de santé pour 11 955 habitants pour une norme de 1/10 000¹⁰.

III. Particularités du secteur

Le système de santé, théoriquement hérité de la structure coloniale, se présente sous forme pyramidale avec trois niveaux:

- le niveau périphérique correspond au district sanitaire. Il comprend actuellement 60 districts sanitaires. Chacun dispose au moins d'un centre de santé et d'un réseau de postes de santé qui sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés ;
- le niveau régional est celui de la Région médicale et comprenant une région administrative ;
- le niveau central inclut le Cabinet du ministre, les directions et les services rattachés.

En outre, le système de soins de santé sénégalais compte actuellement 980 postes de santé fonctionnels sur 1018; 75 centres de santé et 22 hôpitaux¹¹ avec l'hôpital de Fatick qui est non fonctionnel. Mais seule la région de Dakar en termes de couverture en infrastructures socio-sanitaires est privilégiée.

Le système est inégalement reparti en terme de personnel de santé sur l'ensemble du territoire national du Sénégal pour 1107 médecins; 2336 infirmiers; 689 Sages-femmes d'Etat, 1161 Aide-infirmiers et 1463 Techniciens Supérieurs (TS).

Cette insuffisance du personnel de santé à travers les différentes régions explique la faiblesse du taux de couverture par la population cible, en comparaison avec les normes internationales.

¹⁰ Rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement ; Ministère du plan, du développement durable et de la coopération internationale : comité régional de suivi des OMD-Kolda, Juin 2007

¹¹ Les centres de santé mentale, l'Institut de Léprologie Appliquée de Dakar et l'Hôpital Militaire de Ouakam sont exclus des 22 hôpitaux.

Tableau3: Situation de certains indicateurs et ratios de santé du Sénégal (2007)

Indicateurs ou ratios de santé	Situation du Sénégal	Normes de l'OMS
Infrastructures de santé		
Poste de santé / Habitants	11.143 Habitants	10.000 Habitants
Centre de santé / Habitants	151.244 Habitants	50.000 Habitants
Hôpital / Habitants	515.606 Habitants	150.000 Habitants
Personnel de santé		
SFE / FAR	4.121	5.000
Infirmier / Habitants	4.856	5.000
Médecin / Habitants	1.024	1.000

Source: ANDS et Annuaire Santé 2007, SNIS, MSP

Malgré tous les efforts de l'Etat, le taux de mortalité était de 510 pour 100 000 naissances vivantes(NV) en 2000 (EDS-III). L'enquête EDS-IV (2005) a montré une baisse de cette mortalité à 401/100 000 NV au niveau national. On note l'absence de données fiables sur l'évolution de la mortalité maternelle dans la région de Kolda. Mais il est clair que la même tendance à la baisse y est effective.

La mortalité maternelle dans la région de Kolda semble aller de pair avec plusieurs facteurs liés à l'enclavement et à la précarité des routes. A cela, s'ajoutent la faiblesse de la couverture téléphonique en milieu rural, la forte incidence de la pauvreté, la faiblesse du pouvoir de décision de la femme et l'analphabétisme élevé, notamment chez les femmes qui consacrent une bonne partie de leur occupation à exécuter des travaux pénibles¹².

¹²Rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement ; Ministère du plan, du développement durable et de la coopération internationale : comité régional de suivi des OMD-Kolda, Juin 2007

CESAG - B
PARTIE II
PRESENTATION DU PROJET ET DES RESULTATS DE L'ETUDE
THEQUE

PARTIE II : PRESENTATION DU PROJET ET DES RESULTATS DE L'ETUDE

CHAPITRE I : PRESENTATION DU PROJET

SECTION 1 : PRESENTATION GLOBALE DU PROMOTEUR ET DU PROJET

I. Le promoteur et le projet

Diplômé de la faculté de médecine de l'Université Cheick Anta DIOP (UCAD) de Dakar, Monsieur BOIRO Mamadou BA est Médecin Généraliste. Né en 1953 à Diankankolinda dans la région de Kolda au sud du Sénégal, il est issu d'une famille Peulh.

Après sa thèse de doctorat, Dr. BOIRO a décidé d'exercer une profession libérale dans sa région natale. Ainsi, il a créé le Cabinet Médical « Diamtann » depuis le Vendredi 12 Juin 1987 à Kolda au quartier Gadapara où il exerce jusqu'à présent.

En 1993, il a suivi une formation en Mésothérapie à Bordeaux en France.

Depuis 2009, il est inscrit pour deux ans de formation en médecine des sports au C.E.S de l'UCAD.

En plus de son activité principale de médecin, il est le Président du Conseil d'Administration (PCA) d'une ONG de Développement FODDE basée à Kolda. Aussi, est-il le coordinateur de l'ASDEC. Cette association intervient dans le domaine de la santé dans les régions de Kolda, Sédhiou et Ziguinchor. Elle apporte un appui de matériel roulant en dotant certains postes de santé d'ambulances pour renforcer leurs capacités fonctionnelles. Un appui logistique et pédagogique est également apporté aux centres de formations professionnelles en santé.

Après plus de vingt trois ans d'expérience capitalisée dans son cabinet médical, Dr. BOIRO éprouve le besoin de s'adapter aux nouvelles exigences de la demande et des préoccupations des populations, mais aussi à l'évolution des outils de la médecine moderne. C'est ainsi qu'il décide d'étendre ses activités en transformant le cabinet en Polyclinique qui répondra au mieux aux attentes de ses clients.

II. Présentation globale du projet

La présentation globale du projet est répartie en plusieurs composantes qui sont :

- Résumé du projet ;
- Historique du projet ;
- Contexte économique du projet ;
- Situation sanitaire.

II.1. Résumé du projet

Le gouvernement du Sénégal est depuis longtemps conscient du rôle que joue la santé dans le processus du développement national. De ce fait, les grandes orientations du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 2015 se concrétisent en termes d'interventions prioritaires en vue de réduire la morbidité et la mortalité de la population. De nombreuses actions sont menées et se poursuivent dans toutes les régions du Sénégal. Mais, beaucoup de choses restent à faire sur le plan infrastructure et personnel de santé.

C'est dans ce cadre que le présent projet de transformation du Cabinet médical « Diamtann » en Polyclinique, interviendra dans une zone particulièrement très vulnérable pour apporter un appui aux actions et réalisations de l'Etat. Le projet constitue une étape importante dans l'atteindre des objectifs des OMD. Ce projet fait partie de la première série du genre dans la région de Kolda. L'intérêt d'un tel projet, est de participer à l'amélioration des conditions de vie de l'ensemble des populations de la région en facilitant l'accès aux soins de santé et à des prix abordables.

II.2. Historique du projet

Jeune Docteur de la faculté de médecine de l'UCAD, Dr. BOIRO avait décidé de s'installer dans son propre compte en se mettant au service des populations de sa région natale. Ainsi, il a ouvert le cabinet médical « Diamtann » en 1987. Depuis lors il y travaille en parfaite quiétude.

Aujourd'hui avec la globalisation, tous les secteurs évoluent avec les nouvelles technologies. Le secteur de la santé n'est pas en marge de cette globalisation. Aussi, Dr. BOIRO voudrait se conformer aux nouvelles pratiques de la médecine moderne. Il va matérialiser son idée par la mise en place d'un projet de transformation du Cabinet en Polyclinique moderne.

Ce projet lui permettra de répondre au mieux à certaines de ses préoccupations majeures telles que :

- pérenniser les prestations de santé qu'il a héritées de ses parents qui ont longtemps œuvré dans ce domaine de façon traditionnelle ;
- donner la possibilité à ses enfants et à d'autres personnes compétentes de trouver un emploi stable ;
- avoir une polyclinique du genre unique dans la région de Kolda où il assurera la direction ;
- contribuer significativement à côté de l'Etat, à l'amélioration des conditions de vie socioéconomique des populations du Sénégal et en particulier celles de la région de Kolda qui est l'une des régions les plus défavorisées dans le domaine de la santé.

II.3. Situation sanitaire

Sur le plan sanitaire, la région de Kolda est caractérisée par la longueur des frontières qu'elle partage avec trois pays de la sous région. Cette position géographique un peu spéciale installe la région dans une sorte de zone tampon. Ainsi, cette situation de carrefour au niveau sous régional lui fait subir des influences de politiques sanitaires tout aussi différentes les unes les autres. Cependant, en dépit de ses contingences naturelles et socioéconomiques, beaucoup d'efforts ont été faits grâce à l'engagement et la disponibilité du personnel de santé, l'appui des partenaires et la formation continue du personnel.

La pyramide sanitaire de la région de Kolda compte :

- un hôpital régional ;
- quatre districts sanitaires ;
- quatre centres de santé ;
- soixante dix-sept postes de santé ;
- soixante quatre maternités rurales ;
- cent quarante deux cases de santé fonctionnelles sur deux cent cinquante-un ;
- trente-un autres structures.

La couverture médicale de la commune de Kolda est assurée par le district sanitaire. Le district compte un centre de santé localisé dans la commune, 23 postes de santé, 15 maternités rurales, 49 cases de santé fonctionnelles sur 101 existantes.

La commune dispose de :

- 1 hôpital régional fonctionnel depuis mai 2002 ;
- 1 centre médical de Garnison ;
- 4 postes de santé urbains ;
- 1 cabinet médical privé ;
- 1 antenne de l'Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial (ASBEF) ;
- 2 dispensaires privés (catholique et musulman) ;
- 1 brigade d'hygiène ;
- 1 centre de promotion et de réinsertion sociale (CPRS) ;
- 1 centre de récupération nutritionnelle ;
- 1 infirmerie à la maison d'arrêt et de correction ;
- 1 infirmerie à la caserne des sapeurs pompiers.

A l'échelle de la commune de Kolda, le ratio poste de santé par habitant est 14 575 contre 11 083 à l'échelle nationale ; autre ratio un médecin pour 29 150, un infirmier pour 8330 habitants, une sage femme pour 4470 femmes en âge de reproduction. Alors que les normes OMS sont respectivement de 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants, 1 infirmier pour 5 000 habitants et 1 sage femme pour 300 femmes en âge de procréer.

Les problèmes prioritaires au niveau du district sanitaire de Kolda se résument pour l'essentiel à :

- un taux de mortalité maternelle élevé ;
- un faible taux de couverture en Consultation Périnatale (CPN) ;
- un déficit cruel en personnel médical ;
- une faible couverture en infrastructures sanitaires.

III. Objectif de développement du projet

Ce projet vise à contribuer à améliorer les conditions de vie sanitaires des populations de la région de Kolda en leur offrant des services de santé de qualité avec une polyclinique bien équipée qui répond au mieux à leurs préoccupations.

IV. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques peuvent être résumés en quatre points essentiels. Ces points sont les suivants :

- participer à la lutte contre les nombreuses maladies qui sévissent dans la région de Kolda ;
- faciliter l'accès aux soins dans la région ;
- créer une entreprise familiale pérenne pouvant assurer un emploi stable pour les jeunes sénégalais ;
- réaliser des profits.

SECTION 2 : PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT ET LES MOYENS NECESSAIRES AU DEMARRAGE DE L'ACTIVITE

I. Secteur d'activité

Le projet exercera dans le secteur de la santé. L'une des priorités de l'Etat Sénégalais, est le développement de ce secteur car l'état de santé de la population est la préoccupation essentielle de sa politique sanitaire. Kolda étant l'une des régions les plus vulnérables en matière de santé, la polyclinique viendra ainsi renforcer les infrastructures sanitaires publiques et privées existantes.

II. Bâtiment et constructions

La polyclinique occupera les locaux du Cabinet Médical « Diamtann » qui dispose d'un bâtiment bien clôturé et sécurisé de neuf (9) salles construit sur un terrain de 1196 mètres carrés (m²). Parmi les neuf salles, trois sont non fonctionnelles et les six autres sont réparties comme suit :

- le secrétariat (accueil) ;
- la salle des soins (infirmier) ;
- le bureau du médecin ;
- les trois salles d'hospitalisation avec cinq lits.

Avant le début des activités du projet, toutes les salles seront réhabilitées et dotées du matériel nécessaire y compris celles qui fonctionnent déjà. Il est prévu aussi la construction d'un autre bâtiment afin de mieux répondre aux services attendus.

III. Moyens humains et compétences

Le personnel actuel du Cabinet est composé de quatre (4) personnes dont le Docteur, l'aide-infirmière, la secrétaire et la femme de ménage. Pour le présent projet, le personnel existant sera renforcé par un recrutement. Ce recrutement du nouveau personnel mettra un accent particulier sur la qualification, la compétence et l'expérience acquises. Les postes suivants seront ouverts :

- un médecin généraliste ;
- un comptable ;
- une sage-femme ;
- un infirmier d'Etat ;
- un rééducateur de médecine de sport ;
- des prestataires vacataires ;
- un agent d'entretien des locaux ;
- un chauffeur ;
- un gardien.

La polyclinique recrutera donc huit (8) nouveaux employés à qui s'ajouteront les prestataires vacataires. Les employés permanents seront au total douze (12).

IV. Matériel de travail

Le matériel déjà existant dans le Cabinet est le suivant :

- deux tension-mètres électroniques ;
- huit otoscopes ;
- une chaise électronique pour le massage ;
- un coussin masseur ;
- un vibreur infrarouge ;
- un vibreur masseur ;
- deux véhicules :
 - l'ambulance fourgonnette Renault 4 ;
 - le véhicule personnel ;
- deux ordinateurs (un bureau et un portable) ;
- un électrocardiogramme portatif ;
- deux vibreurs dont un infrarouge portatif pour la médecine de sport ;

- trois tables de consultation ;
- un échographe ancien modèle en panne
- l'internet avec le WIFI ;

Cependant pour les besoins du projet, de nouveaux appareils de travail seront acquis tels que :

- un Coulter en hématologie ;
- un spectrophotomètre ;
- un centrifugera douze trous ;
- un microscope ;
- un réactif forfait ;
- un échographe ;
- le matériel de la salle de massage.

V. Services

Toutes les prestations sont regroupées au sein de six principaux services suivants :

- ✓ la maternité ;
- ✓ la chirurgie ;
- ✓ la médecine interne ;
- ✓ la médecine de sport ;
- ✓ le laboratoire des analyses ;
- ✓ la radio : échographie ;

Le travail en synergie de ces différents services, fera la renommée de la polyclinique par la qualité des prestations du personnel.

VI. Analyse F.F.M.O

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Ancienneté et expérience dans la région ; - Bonne notoriété ; - personnel compétant et motivé ; - Portefeuille relationnel du promoteur ; - agrément ; - unique du genre dans la région ; - services de bonne qualité ; - transparence dans la gestion ; - bonne stratégie de maintien de la clientèle ; - solide expertise technique ; - capacité d'innovation et d'adaptation ; - clientèle fidèle dans la région et dans les pays limitrophes ; - outils de travail modernes et adaptés ; - localisation : centre ville. 	<ul style="list-style-type: none"> - rareté du personnel qualifié dans la région ; - l'insuffisance de communication pour la publicité de la structure ; - inexistence d'un site Web pour la structure ; - non maîtrise du nouveau marché à conquérir.
MENACES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> -nombre important de cabinets médicaux exerçant illégalement dans la région ; -rareté des spécialistes dans la zone ; 	<ul style="list-style-type: none"> -demande importante des infrastructures sanitaires ; -situation géographique favorable de la région surtout entre 3 pays limitrophes ;

<ul style="list-style-type: none"> -enclavement de la région ; -instabilité politique de la zone ; -faible pouvoir d'achat de la population. 	<ul style="list-style-type: none"> -pas de polyclinique existante déjà ; -infrastructures sanitaires ne couvrant pas le besoin actuel ; -matériel de travail disponible ; -innovation technologique (TIC) ; -région favorable à l'investissement ; -rentabilité du projet ; -espace important disponible pour le projet.
---	---

Les faiblesses mentionnées ci-dessus peuvent cependant être transformées en forces. Pour se faire, le Cabinet devra chercher à recruter son personnel qualifié dans les villes où on en trouve suffisamment surtout à Dakar. Pour une meilleure visibilité du Cabinet, une bonne stratégie de communication doit être mise en place.

Les menaces identifiées constituent ici un ensemble de risques liés à la réalisation efficace et effective du projet. Le Cabinet tiendra compte des réalités quotidiennes de la population surtout de son faible pouvoir d'achat. L'Etat du Sénégal doit davantage travailler de sorte à désenclaver la zone et également s'activer à trouver une solution à l'instabilité politique dans la Casamance. Aussi, il est important de noter que l'Etat doit prendre des mesures plus sévères visant à empêcher les cabinets médicaux à exercer illégalement dans la région.

CHAPITRE II : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

SECTION 1 : ETUDE DU MARCHE

I. Analyse du secteur de la santé dans l'économie Sénégalaise

La population sénégalaise est essentiellement rurale avec près de 6 Sénégalais sur 10 habitants en milieu rural (59,3%). Le Sénégal est un des pays les plus urbanisés d'Afrique de l'Ouest, avec un taux d'urbanisation estimé à 40,7% en 2002. La région de Dakar se particularise par une urbanisation extrême de 97,2% de sa population comparée aux régions de Fatick et de Kolda qui sont les moins urbanisées du pays avec respectivement un taux de 12,7% et 13,5% en 2002.

Au Sénégal, malgré d'importants progrès réalisés au cours des dernières décennies, la santé des populations est encore précaire. Selon le rapport de l'OMS de 2000, l'espérance de vie à la naissance a connu une augmentation entre 1988 et 1998, passant de 47 ans à 51 ans pour les hommes et de 49 ans à 53 ans pour les femmes. La mortalité infantile a également baissé au cours de cette période de 86 pour mille à 64 pour mille. Toutefois, malgré les efforts déployés, les taux de morbidité et de mortalité sont restés élevés du fait des maladies infectieuses et parasitaires et surtout de l'état de pauvreté des populations. Dans les années 1990, l'analyse de la situation sanitaire des populations a mis en lumière :

- une tendance à la hausse de la mortalité juvénile surtout en milieu rural du fait de la diarrhée, des maladies respiratoires, du paludisme et de la faible couverture vaccinale ;
- une mortalité maternelle encore élevée surtout dans les régions périphériques (Kolda, Tambacounda) avec comme causes, entre autres, les hémorragies, les infections, la faiblesse du suivi pré et postnatal.

Il ressort aussi de l'analyse que les problèmes de santé sont rendus encore plus complexes par la sexualité précoce des adolescents, les IST/SIDA et la progression de la pauvreté. En réponse à ces préoccupations, l'Etat a conçu pour la période de 1998 à 2007 un Plan National de Développement Sanitaire avec comme objectifs prioritaires la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la baisse de l'indice de fécondité et la réduction de l'invalidité et des problèmes sociaux. Pour garantir l'efficacité des activités du PNDS, des orientations stratégiques ont été définies. Dans le prolongement de cette approche programme, le Ministère de la Santé a élaboré, selon un processus de planification remontante, un Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale d'Investissement Sectoriel (PDIS) pour la période 1998-2002. Il s'agissait en fait, d'une synthèse des plans de développement des régions et des districts.

Face aux difficultés rencontrées par les structures hospitalières de divers niveaux et dans le cadre de l'opérationnalisation des orientations stratégiques du PNDS, l'Etat entreprend en 1998 la réforme hospitalière. Afin de promouvoir l'accès aux soins de qualité pour tout citoyen et d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé, deux lois complémentaires sont votées en Février 1998, l'une est intitulée « loi portant réforme hospitalière » et l'autre « loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement ». En dépit de tous les efforts déployés par l'Etat et ses partenaires au développement au cours de la dernière décennie, les populations rurales et urbaines au Sénégal ont encore des difficultés à accéder aux soins de qualité dans les hôpitaux. La quasi totalité des structures hospitalières est caractérisée par une insuffisance des équipements, des consommables, des médicaments, un déficit en personnel, des difficultés d'intégration réelle des bénéficiaires des prestations et de leurs comités dans l'organisation et la gestion des établissements, etc.

La part des dépenses budgétaires que l'Etat du Sénégal alloue au secteur de la santé ne cesse de progresser. En effet, conformément aux objectifs intermédiaires retenus dans le premier DSRP, celle-ci est passée de 9,5% en 2003, à 9,8% en 2004 et 10% en 2005. Toutefois, le secteur reste caractérisé par une insuffisance des infrastructures sanitaires et sociales et en qualité des prestations de services. Le personnel de santé est mal réparti, peu motivé à exercer ses activités sur l'ensemble du territoire national en particulier au niveau des zones pauvres et reculées. L'accès aux services de santé reste difficile au Sénégal, surtout en cas d'urgence. En effet, selon l'enquête ESAM-II, seuls 57,4 % des populations sont à moins de 30 minutes d'un service de santé, avec une très forte disparité entre la capitale (Dakar) et les autres milieux de résidences. Ce taux est de 86,5% à Dakar contre seulement 41,2% en milieu rural¹³.

II. Analyse de la demande et de l'offre

II.1. La demande

La population de la Région de Kolda est estimée en 2008 à 569 715 habitants sur une superficie de 13 718 km² ce qui donne une densité de 41 habitants au Km². Cette population est inégalement répartie entre les départements (Kolda, Médina Yoro Foulah et Vélingara) de la région. Elle vit en grande partie en milieu rural soit à plus de 79% du total. La population urbaine est estimée à 121 668 habitants en 2008 avec un taux d'urbanisation de 21%.

¹³ Plateforme des acteurs non étatiques pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal : « Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

Vu l'importance de la population et vu le nombre insuffisant des infrastructures et le personnel de santé de la région, la demande est très forte étant donné que de nombreuses maladies sévissent sans cesse dans la zone.

Les principaux potentiels clients du projet sont donc pour la plupart ces populations qui connaissent et fréquentent déjà le Cabinet médical « Diamtann ». D'après nos études, la grande partie des employés des entreprises (banques, Hôtels, ONG, sociétés de l'Etat,...) de la ville de Kolda fréquentent le Cabinet et souhaitent vivement l'existence d'une polyclinique moderne dans la ville. Le cabinet reçoit également de nombreux clients venant des pays limitrophes tels que la Guinée-Bissau, la Guinée Conakry et la Gambie.

Les tableaux suivants illustrent bien le besoin à satisfaire :

Tableau 4 : Connaissance de l'existence ou non d'une polyclinique à Kolda

existence polyclinique	Nb. cit.	Fréq.
non	64	100%
oui	0	0,0%
TOTAL OBS.	64	100%

Le tableau montre que 100% des enquêtés affirment l'inexistence d'une polyclinique moderne à Kolda.

Tableau 5: Les prestations souhaitées dans la future polyclinique

prestations souhaitées	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	3,1%
consultations	62	96,9%
vaccinations	49	76,6%
analyses	59	92,2%
accouchements	57	89,1%
hospitalisations	57	89,1%
médicaments	45	70,3%
actes chirurgicaux	57	89,1%
échographie	56	87,5%
musculature	42	65,6%
ambulance	51	79,7%
autre	8	12,5%
TOTAL OBS.	64	

Vu les différents pourcentages du tableau ci-dessus, l'on constate que la quasi-totalité des prestations mentionnées seront d'une grande utilité pour la population de la région.

En résumé, on peut noter que le besoin en matière de polyclinique pour la population de la région de Kolda est indiscutable. Cela est bien illustré par le tableau 4. Ce tableau 4 montre bien qu'il n'existe aucune polyclinique dans la région qui aurait pu apporter un appui important aux autres infrastructures publiques de santé existantes. Le tableau 5 montre les prestations attendues par les populations de la future polyclinique. Ce type de prestations n'existe nulle part pour le moment dans aucun service de santé privé de la région.

II.2. L'offre

Notre marché potentiel est estimé à une taille très importante. Ce marché constitue l'ensemble de la population de la région et des pays voisins, nous adopterons une politique de prix relativement adaptée au niveau de vie de nos clients ainsi que leur revenu moyen.

II.3. Les facteurs clés de succès sur le marché

Les Facteurs Clés de Succès dans le secteur de la santé sont les suivants :

- **L'emplacement de la Polyclinique**

La bonne visibilité ainsi que l'accessibilité sont des facteurs déterminants dans le secteur de la santé. La Polyclinique est située non loin du centre ville. Elle est donc proche de sa clientèle et très facile à indiquer et à accéder.

- **La qualité des soins et de l'accueil**

Il s'agit du cœur de métier dans le secteur de la santé. La qualité des prestations doit être d'une excellente appréciation. Tout patient qui franchit la porte de la Polyclinique, doit se sentir déjà guéri à moitié car l'accueil qui lui est réservée, la compétence, la motivation et la disponibilité du personnel, lui rassurent qu'il recevra de meilleurs soins qui lui permettront de retrouver sa santé dans un bref délai.

- **La propreté**

Dans le secteur de la santé, il va sans dire que les normes d'hygiène doivent être rigoureusement appliquées sous peine d'avoir des répercussions sur la santé des patients.

- **Le coût des prestations**

Le projet étant dans une des zones les plus pauvres du pays, le promoteur tiendra compte de cette réalité. Il prendra toutes les dispositions pour que toutes les couches sociales de la population puissent avoir leur place dans la Polyclinique tout en respectant aussi les normes du marché.

II.4. Les principaux risques du marché

La gestion du risque s'attache à identifier les risques qui pèsent sur les actifs de l'entreprise, ses valeurs au sens large, y compris son personnel.

Les risques ci-dessous sont les risques auxquels s'expose ce projet :

- **Le risque stratégique**

Le risque majeur pour le projet est l'absence d'intégration stratégique, c'est-à-dire l'incompréhension par les acteurs du projet de la contribution de leur activité aux enjeux de la Polyclinique. L'intégration stratégique doit constituer le pendant de la chaîne de remontée du risque : c'est la circulation de l'information du haut vers le bas pour garantir l'adéquation du dispositif de maîtrise de risque avec les orientations de la direction générale.

L'absence d'intégration stratégique empêche une bonne remontée du risque. Le déficit de communication descendante entraîne un déficit de communication ascendante. Le phénomène est d'autant plus grave qu'on sait que l'estimation du risque tient une part importante dans une décision stratégique.

- **Le risque financier**

Il représente ici le risque du choix du bailleur. C'est le risque que le promoteur peut courir dans le choix de son banquier (bailleur de fonds). Comment trouver un établissement financier favorable du point de vue délais de remboursement, et le taux d'intérêt.

- **Le risque ressources humaines**

Les risques des projets sont avant tout des risques humains. Pour ce qui concerne le risque humain, il convient de bien distinguer les risques liés à la gestion des ressources humaines du projet (endogène) des risques liés à l'impact du projet sur les ressources de la Polyclinique (exogène).

L'organisation et la gestion du projet constituent un regroupement d'acteurs issus de formations différentes, de générations différentes, de cultures différentes. Cet état de fait rend le projet enrichissant mais nécessite un management interculturel fort. Il convient donc de répartir précisément et méthodiquement les tâches entre les acteurs car : « La compétence des hommes, le réalisme des objectifs et la maîtrise des techniques ne suffisent plus à assurer le succès d'un grand projet.

L'organisation, le découpage des responsabilités, les méthodes de gestion conditionnent fortement le succès» Jolivet et Navarre. A ces problèmes s'ajoute le problème du choix des indices de mesures de la performance des acteurs et des difficultés de récompense financière, soit bonus, soit intéressement sur gains escomptés.

- **Le risque de contrepartie**

Le risque de contrepartie, c'est le risque que la clientèle avec laquelle un contrat de service a été conclu ne tienne pas ses engagements réciproquement (livraison, paiement, remboursement, prise en charge, etc.). Le risque ici est que certains patients ne paient pas à temps ou pas du tout leur facture après la prestation.

- **Le risque marketing**

Le risque marketing majeur demeure l'inadaptation du service aux attentes du marché. Le non respect du planning par la direction générale du projet apparait comme le principal obstacle.

Il donc question ici que la direction générale se donne les moyens de piloter de manière effective et efficace les adaptations de la Polyclinique nécessaires à l'atteinte des objectifs du business plan. Ainsi l'analyse des risques du projet doit en effet intervenir à toutes les phases du plan marketing. Elle constitue en amont un outil d'aide à la décision et, en aval, l'outil de contrôle par excellence.

III. Analyse de la concurrence

Nos enquêtes révèlent que le district de Kolda dispose d'un hôpital, d'un centre de santé, de 23 postes de santé, de 15 maternités rurales et de 49 cases de santé qui sont des infrastructures sanitaires publiques. Hors mis ces infrastructures, il existe quelques rares cliniques qui ont d'ailleurs des services largement limités. Aussi, les conditions de vie étant très difficiles dans la région, une bonne partie de la population se soigne chez les tradipraticiens.

Il existe donc des concurrents comme l'indique le tableau ci-dessus mais ils ne répondent pas toujours aux attentes des clients. Ainsi, grâce à la qualité de nos services et à notre politique de prix, nous maîtriserons nos concurrents et occuperons une part importante du marché.

Tableau 6 : Existence de cliniques à Kolda

existence de cliniques	Nb. cit.	Fréq.
non	8	12,5%
oui	56	87,5%
TOTAL OBS.	64	100%

Le résultat du tableau montre que 87,5% des répondants affirment qu'il existe des cliniques dans la ville. Mais en réalité, ce sont pour la plupart, de petites infirmeries qui exercent le métier illégalement.

IV. Approche de la clientèle visée

Nous nous engageons à satisfaire notre clientèle en respectant la qualité des services demandés. Nous sommes conscients des exigences des populations en matière de qualité des soins comme l'ont révélé nos enquêtes. La polyclinique fera de ses prestations une référence dans la région. Pour ce faire, elle aura un personnel qualifié, performant et disponible. Aussi l'environnement du site est convivial pour les malades. De plus, l'équipement utilisé est de haute qualité. Cet équipement correspond aux exigences de la médecine moderne. Ainsi, les prestations de services offertes, présenteront une qualité sans aucun reproche ce qui suscitera à notre avis un grand intérêt pour les patients.

V. Prestations à fournir

Nos prestations seront constituées essentiellement de :

- Consultation ;
- Hospitalisation ;
- Médicaments ;
- Analyses ;
- Chirurgie ;
- Vaccination ;
- Radiographie ;
- Echographie ;
- Accouchement ;
- Musculature ;
- Ambulance.

VI. Politique de prix

Les enquêtes que nous avons effectuées, nous ont permis d'avoir une idée assez claire sur les conditions de vie des populations de la région. Les tableaux ci-dessous indiquent que 34,4% des répondants ont moins de 100 000 FCFA par mois et aussi 85,9% épargnent moins de 100 000 FCFA.

Tableau7 : Quel est votre niveau de revenu personnel mensuel?

niveau de revenu	Nb. cit.	Fréq.
moins de 100 000	22	34,4%
100 000-200 000	18	28,1%
200 000-300 000	11	17,2%
300 000-500 000	8	12,5%
500 000 et plus	5	7,8%
TOTAL OBS.	64	100%

Moyenne = 2,31 Ecart-type = 1,28

Tableau8 : Estimez votre épargne personnelle mensuelle.

estimation épargne	Nb. cit.	Fréq.
moins de 100 000	55	85,9%
100 000-200 000	4	6,3%
200 000-300 000	4	6,3%
300 000-500 000	0	0,0%
500 000 et plus	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Moyenne = 1,25 Ecart-type = 0,71

Ainsi, conscients des conditions générales de vie difficiles des populations de la région, nous proposerons des prix assez raisonnables. La politique appliquée est celle de l'alignement des prix du marché. Les prix sont ceux qui sont pratiqués sur le marché. C'est une stratégie gagnant-gagnant qui permettra non seulement aux patients de supporter facilement les frais des prestations mais aussi à la Polyclinique d'augmenter ses marges bénéficiaires.

VII. Stratégie marketing de développement et plan de communication

Pour une meilleure visibilité et une meilleure connaissance des prestations de la Polyclinique, une stratégie de communication et de développement sera mise en place. Un certain nombre d'actions de proximité seront entreprises et axées principalement sur les éléments suivants :

- des tableaux d'affichage ;
- des tableaux indicateurs plantés aux principaux carrefours de la ville ;
- des banderoles dans les lieux stratégiques ;
- des passages réguliers d'information et de sensibilisation aux médias (RTS, radio Dunya,...) ;
- de site internet de la Polyclinique ;
- les affiches (format A3&A4) ;
- les flyers ;

- l'information de bouche à bouche.

SECTION 2 : ETUDE TECHNIQUE

Elle vise à analyser la faisabilité technique du projet. L'étude se déroule en plusieurs étapes :

- ✓ le processus de production ;
- ✓ les besoins en inputs et autres moyens ;
- ✓ la capacité de placement ;
- ✓ la localisation du projet ;
- ✓ le calendrier de réalisation.

I. Le processus de production

Le processus de production consiste à :

- accueillir le client dès son arrivée à la polyclinique et l'enregistrer à la réception ;
- faire le diagnostic du (de la) malade ;
- faire des analyses si nécessaire ;
- détecter la maladie ;
- Prescrire l'ordonnance ;
- faire le traitement du client ;
- suivre le ou la malade par les rendez-vous jusqu'à la guérison.

Pour les cas graves, après le diagnostic, le malade est hospitalisé pendant un moment pour des soins intenses selon la maladie.

Si la maladie détectée nécessite une opération chirurgicale, l'intervention se fait immédiatement et le malade est suivi jusqu'à sa guérison totale.

II. Besoins en inputs et autres moyens

a) Les offreurs de travail

De nombreuses maladies sévissent dans la région de Kolda. Malgré tous les efforts fournis par l'Etat, les infrastructures et le personnel de santé ne couvrent pas la zone. Toute personne souffrant d'une quelconque maladie dans la zone, représente un potentiel client pour le projet.

Ceci explique la disponibilité et l'existence des inputs importants pour le projet.

Par ailleurs, le projet compte signer des contrats de partenariat avec certaines entreprises de la ville de Kolda pour la prise en charge des soins de leurs personnels à travers les assurances.

b) Les investissements

Les investissements du projet sont constitués du matériel médical, du Bâtiment à réhabiliter et à agrandir, des décorations et aménagements, du matériel et mobilier de bureau, du matériel informatique, d'un véhicule et d'un groupe électrogène.

Tous ces éléments constituant les investissements, seront acquis sur le marché local.

c) Les consommables et fournitures

Les consommables et fournitures se résument à la consommation en produits pharmaceutiques d'urgences, produits d'entretien, électricité, internet et en eau. Ces intrants sont également à acquérir sur le marché local.

d) Les besoins en main d'œuvre

Au Sénégal, il existe un nombre important de grandes écoles supérieures et centres de santé dans le secteur de la santé. Ces écoles et centres de formation forment chaque année de nombreux médecins, infirmiers, infirmières, sages-femmes, techniciens, aides-soignants et autres agents de la santé. De ce fait, le problème de main d'œuvre qualifiée et apte à servir le projet ne se pose pas. Le projet compte employer douze (12) personnes permanentes et au moins cinq (5) intervenants externes qui interviendront selon la spécialité et selon le cas qui se présentera.

III. Capacité de réception

Le projet dispose déjà d'un bâtiment avec neuf (9) salles. La réhabilitation et l'extension du bâtiment permettra non seulement de rendre toutes ces salles fonctionnelles mais aussi d'augmenter leur nombre. Ainsi, le projet sera capable se recevoir en moyenne par mois, 150 consultations, 10 vaccinations, 12 échographies, 5 chirurgies, 50 analyses biologiques, 20 hospitalisations, 15 accouchements, 40 clients de musculature et 20 déplacements de l'ambulance.

IV. Localisation du projet

Le Cabinet médical « Diamtann » qui sera transformé en polyclinique, est à Kolda ville, situé au quartier Gadapara parcelle 3335. Le choix de ce site est stratégique. Le promoteur a construit les locaux sur ce terrain qui lui appartient. L'accès est facile. Le quartier est non loin du centre ville.

Le projet est également à proximité du marché autour duquel se trouve un grand nombre d'entreprises telles que les banques, les sociétés de télécommunication et autres.

V. Calendrier de réalisation

La réalisation du projet se fait en plusieurs phases. Ces différentes phases vont de la conception au recrutement du personnel. Après le recrutement, tous les services seront fonctionnels.

Le tableau ci-dessous représente les principales phases de réalisation :

Tableau9 : Les phases de réalisation du projet

Phases	Objet	Période
Phase 1	Conception du projet	3 mois
Phase 2	Recherche de fonds et financement du projet	3 mois
Phase 3	-Réhabilitation et extension du bâtiment - Achat et installation du matériel d'exploitation	4 mois
Phase 4	Recrutement du personnel	2 mois

Source : nous- mêmes

SECTION 3 : ETUDE INSTITUTIONNELLE ET ETUDE ORGANISATIONNELLE

I. Etude institutionnelle

La profession de Médecin est une profession libérale. Elle est basée sur la pratique, en toute indépendance, d'une science ou d'un art, dont l'activité intellectuelle tient le rôle principal. Dr BOIRO fait partie de cette catégorie de profession libérale réglementée.

Ainsi, la forme juridique choisie par le promoteur est celle de l'entreprise individuelle. Cette forme est souvent considérée à juste titre, comme la plus simple pour créer son entreprise. Elle permet de limiter les démarches et les frais de constitution, offre à l'entrepreneur un pouvoir de décision total et s'avère peu contraignante au niveau du formalisme de fonctionnement.

L'entreprise individuelle présente des avantages tels que :

- le formalisme peu contraignant
- la rapidité de mise en œuvre
- la liberté d'action du chef d'entreprise

Au niveau de la fiscalité, l'entreprise individuelle peut être considérée comme transparente. Le chef d'entreprise est imposé dans le cadre de l'impôt sur le revenu. La profession libérale entrant dans le régime des bénéficiaires non commerciaux, le bénéfice imposable est égal au chiffre d'affaires réalisé diminué d'un abattement de 25%. Le projet n'étant pas éligible au code des investissements, il ne peut donc pas bénéficier d'une quelconque exonération.

II. Etude organisationnelle

L'organisation de la future polyclinique se présente comme suit :

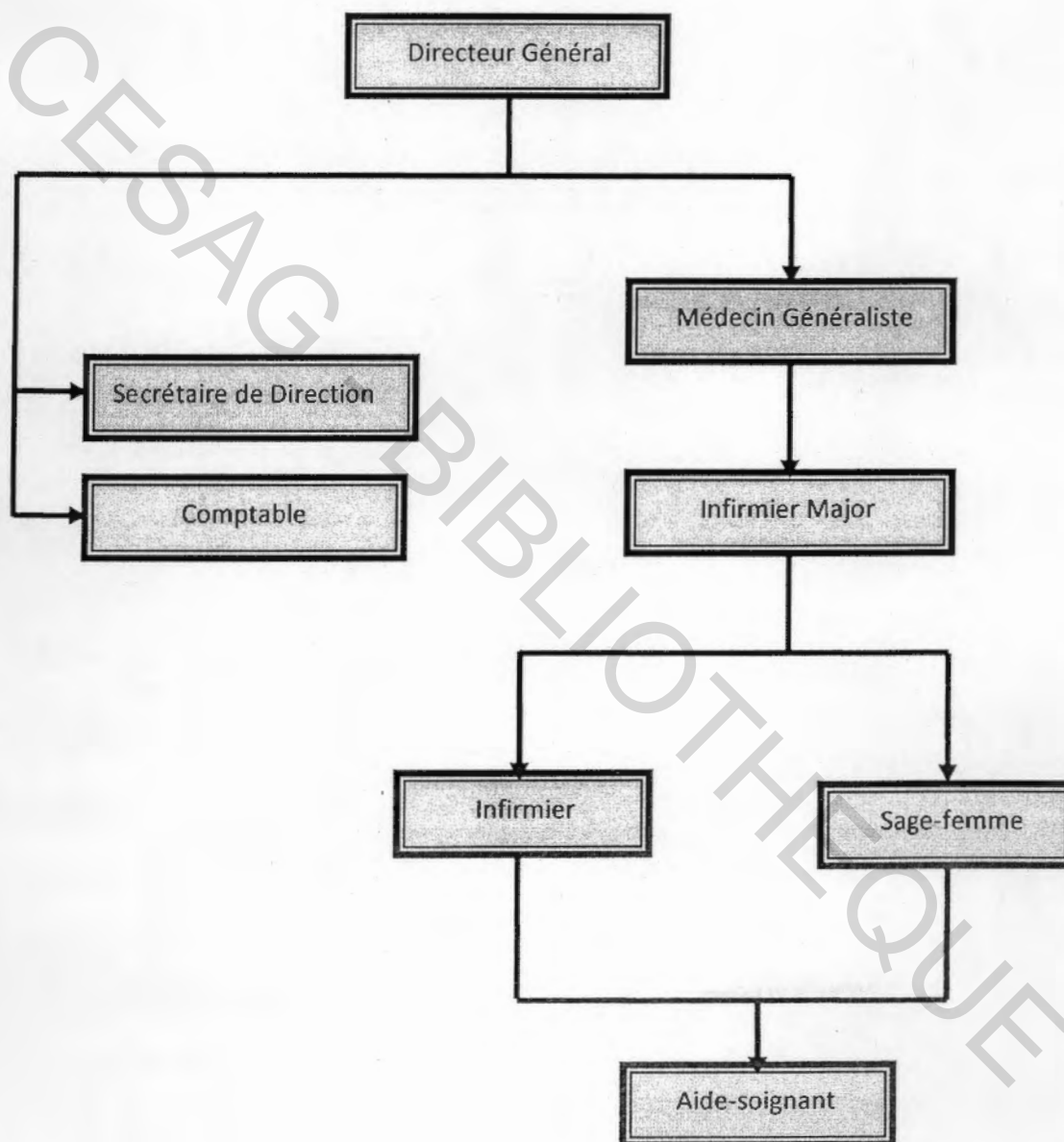
II.1. Les postes de travail

Les postes de travail prévus sont :

- ✓ la direction générale ;
- ✓ le secrétariat ;
- ✓ le service comptable ;
- ✓ le bureau du médecin généraliste ;
- ✓ le bureau des infirmiers ;
- ✓ le bureau de la sage-femme.

II.2. Organigramme de la structure

L'organigramme de la Polyclinique est établi comme ci-dessous :



SECTION 4 : ANALYSE FINANCIERE

L'analyse financière est composée de deux principales parties :

- l'analyse financière sommaire ;
- l'analyse financière détaillée.

Les montants et les prix sont exprimés en Franc CFA.

I. Analyse financière sommaire

L'analyse financière sommaire est une méthode extra comptable de calcul rapide de la rentabilité des variantes d'un projet. L'outil qu'elle utilise à cet effet est l'échéancier des flux financiers constitué à partir des dépenses d'investissement ainsi que des dépenses et recettes d'exploitation du projet.

Pour l'élaboration de l'échéancier des flux financiers (EFF), la durée de vie choisie est de 5 ans.

❖ Les investissements physiques :

Les investissements sont constitués essentiellement du matériel médical, le bâtiment, les aménagements, le matériel et mobiliers de bureau, le matériel informatique, le véhicule et le groupe électrogène. Le tableau ci-après donne le coût de ces investissements et leur durée de vie.

Tableau 10 : coût des investissements physiques

Rubriques	Quantité	Prix unitaire	Montant TTC	Durée de vie en année
Matériel médical			13 950 000	5
Coulter en hématologie	1	3 500 000	3 500 000	
Spectrophotomètre	1	1 500 000	1 500 000	
Centrifugera douze trous	1	550 000	550 000	
Microscope	1	350 000	350 000	
Réactif forfait	1	800 000	800 000	
Echographe	1	2 500 000	2 500 000	
matériel de la salle de massage	1	2 000 000	2 000 000	
Petit matériel médical	1	1 000 000	1 000 000	
Matériel d'entretien	1	1 750 000	1 750 000	
Bâtiment (réhabilitation & extension)	1	15 000 000	15 000 000	20
Décoration et aménagement			1 230 000	6
Comptoir accueil	1	250 000	250 000	
Caisse enregistreuse	1	180 000	180 000	
Frais d'installation	1	800 000	800 000	
Matériel et mobiliers de bureau			3 460 000	5
Matériel et mobiliers de bureau	1	1 500 000	1 500 000	
Lits d'hospitalisation	9	100 000	900 000	
Climatiseurs(1,5)	4	150 000	600 000	
Réfrigérateur	1	150 000	150 000	
Téléviseurs	1	200 000	200 000	
Fax	1	110 000	110 000	
Matériels informatiques			1 750 000	3
Ordinateurs	2	500 000	1 000 000	
Imprimante	1	150 000	150 000	
Logiciel comptable	1	600 000	600 000	
Matériel de transport			5 000 000	5

Véhicule	1	5 000 000	5 000 000	
Groupe électrogène	1	500 000	500 000	6
Non Valeurs	1	500 000	500 000	3
Divers et imprévus	1	1 000 000	1 000 000	3
Total investissement				42 390 000

Le besoin total en investissement s'élève à 42 390 000 FCFA.

❖ Les charges d'exploitation

Les charges du personnel et les charges extérieures sont principalement les charges d'exploitation du projet. Ces charges ont été d'abord estimées par mois et ensuite par an.

Le total général des charges est 29 822 960 FCFA.

Tableau 11 : charges d'exploitation

Désignation	Nombre	Prix mensuel	Montant annuel
Charge du personnel			
Directeur Général	1	176 978	2 123 736
Médecin Généraliste	1	142 492	1 709 904
Secrétaire de direction	1	82 707	992 484
comptable	1	120 180	1 442 160
infirmier major	1	100 515	1 206 180
infirmier	1	92 922	1 115 064
sage femme	1	78 696	944 352
aide soignant	1	65 525	786 300
caissière	1	82 707	992 484
prestataires vacataires	5	50 000	3 000 000
chauffeur	1	67 418	809 016
gardien	2	30 000	720 000
femme de ménage	2	20 000	480 000
Total charge du personnel	19	1 110 140	16 321 680
Charges extérieures			

Achat de produits pharmaceutiques d'urgence	Forfait	500000	6000000
électricité	1	70000	420000
eau	1	30000	180000
téléphone	1	40000	480000
Internet Wifi	1	40 000	480000
publicité et communication	1	800000	800000
Linge	4	20000	960000
Produits d'entretien	Forfait	40000	480000
assurances	1	900000	900000
divers et imprévus	1	50000	600000
carburant véhicule/groupe électrogène	120	737	1061280
entretien véhicules	1	20000	240000
Total charges extérieures			12 601 280
Autres achats			
Consommables et fournitures		50000	600000
Frais divers		25000	300000
Total autres achats			900000
Total général Charges			29 822 960

❖ Les recettes d'exploitation

Les recettes constituent le chiffre d'affaires du projet. Elles relèvent des entrées que produit l'activité du projet. Ces recettes sont calculées par unité et par mois. En année de croisière, c'est-à-dire à la deuxième année, elles sont annuellement estimées à **49 980 000 FCFA**.

Tableau 12 : Recettes d'exploitation

RUBRIQUES	Nombre par mois	Montant par unité	Montant total mensuel
Consultations	150	7 500	1 125 000
vaccination	10	2 000	20 000
Echographie	12	10 000	120 000
Chirurgie	5	150 000	750 000
Analyse Biologique	50	10 000	500 000
Hospitalisation	20	15 000	300 000
Maternité	15	30 000	450 000
Musculature	40	10 000	400 000
Ambulance (mobilité)	20	12 500	250 000
Médicaments	Forfait	150 000	150 000
Divers pansements autres /para cliniques	Forfait	100 000	100 000
TOTAL			4 165 000
Recette annuelle			49 980 000

❖ Le besoin en Fonds de Roulement

Il est constitué des charges du personnel, des charges externes et des consommables et fournitures.

Le besoin en Fonds de Roulement est calculé sur la base du délai de rotation suivant :

- Charges du personnel : 3 mois
- Charges externes : 4 mois
- Consommables et fournitures : 3 mois.

Tableau13 : Dotation en Fonds de Roulement

Besoins	délaï de rotation(en mois)	Année 1 (70%)	Année 2 (100%)
Charge du personnel	3	2 856 294	4 080 420
Charges extérieures	4	2 940 299	4 200 427
Consommables et fournitures	3	105 000	150 000
Total besoins		5 901 593	8 430 847
Dotation en FDR		5 901 593	2 529 254

Le besoin en fonds de roulement dès la première année d'exercice est de 5 901 593 FCFA et de 8 430 847 FCFA à l'année de croisière.

La dotation en fonds de roulement à la deuxième année est de 2 529 254 FCFA.

❖ Les investissements et les renouvellements

Le tableau des investissements et renouvellements retrace année par année et pour toute la durée du projet, les coûts initiaux et le renouvellement des investissements nécessaires au fonctionnement de la future polyclinique.

Tableau 14 : investissements et renouvellements

Rubriques	Année 0	Durée de vie	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Valeur Résiduelle
Coefficient d'inflation			1,022	1,040	1,059	1,078	1,098	
Matériel médical	13 950 000	5						0
Bâtiment	15 000 000	20						11 250 000
Décoration et aménagement	1 230 000	6						225 090
Matériel et mobiliers de bureau	3 460 000	5						-
Matériels informatiques	1 750 000	3				1 886 500		628 833
Matériel de transport	5 000 000	5						-
Groupe électrogène	500 000	6						83 333
Non Valeurs	500 000	3						-
Divers et Imprévus	1 000 000	3						-
Total	42 390 000					1 886 500		12 187 257

Le projet tient compte de l'inflation. La valeur résiduelle obtenue est de 12 187 257 FCFA.

❖ Echancier des flux financiers

Le tableau de l'échancier des flux financiers récapitule année par année, l'ensemble des dépenses d'investissement et de renouvellement, des dépenses d'exploitation et des recettes.

Pour le calcul des différentes valeurs, l'on considère que les charges du personnel, les charges extérieures et les autres charges, sont variables.

Tableau 15 : Echancier des flux financiers

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Investissement/invest						
Matériel médical	13 950 000					
Bâtiment (réhabilitation& extension)	15 000 000					
Décoration et aménagement	1 230 000					
Matériel et mobiliers de bureau	3 460 000					
Matériels informatiques	1 750 000				1 886 500	
Matériel de transport	5 000 000					
Groupe électrogène	500 000					
Non Valeurs	500 000					
Divers et imprévus	1 000 000					
Total investissement/invest (1)	42 390 000				1 886 500	
Dotation en FDR(2)		5 901 593	2 529 254			
Charges d'exploitation						
Salaire personnel		11425176	16 321 680	16 321 680	16 321 680	16 321 680
Charges extérieures		8820896	12 601 280	12 601 280	12 601 280	12 601 280
Autres achats		630000	900 000	900 000	900 000	900 000
Total charges d'exploitation(3)		20 876 072	29 822 960	29 822 960	29 822 960	29 822 960
Total dépenses (1+2+3)	42 390 000	26 777 665	32 352 214	29 822 960	31 709 460	29 822 960
Recettes d'exploitation						
Chiffre d'affaires		34 986 000	49 980 000	49 980 000	49 980 000	49 980 000
Reprise sur FDR						8 430 847
Valeur Résiduelle						12 187 257
Total recettes d'exploitation	-	34 986 000	49 980 000	49 980 000	49 980 000	70 598 103
Flux nets de trésorerie annuels	- 42 390 000	8 208 335	17 627 786	20 157 040	18 270 540	40 775 143
Flux nets de trésorerie cumulés	- 42 390 000	- 34 181 665	- 16 553 879	3 603 161	21 873 701	62 648 845

L'analyse de l'échéancier des flux financiers montre un déficit financier à l'année d'investissement et les deux premières années d'exploitation. Ce déficit est résorbé à partir de la troisième année. Le flux net de trésorerie cumulé s'élève à **62 648 845 FCFA**.

❖ **Coût total du projet**

L'ensemble des investissements et du fonds de roulement constitue le coût total du projet.

Coût total du projet = investissement + fonds de roulement

$$= 42\,390\,000 + 5\,901\,593$$

$$= 48\,291\,593 \text{ FCFA}$$

❖ **Financement du projet**

Le financement du projet se fait à deux niveaux. Une partie est financée par le promoteur sur fonds propres à hauteur de **25%** soit **12 072 898 FCFA** du coût total. L'autre partie est financée par la banque à **75%** soit **36 218 695 FCFA**.

❖ **Rendement de l'Unité Monétaire Investie (RUMI)**

Le RUMI est calculé en déterminant :

- la différence de la somme des recettes et de la somme des dépenses des cinq années d'exploitation du projet ;
- cette différence obtenue est divisée par la somme des investissements et le résultat est le RUMI comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 16 : Calcul du RUMI

Somme Rp	213 615 000
Somme Dp	140 167 912
Somme Ip	44 276 500
RUMI	2,14

Le **RUMI = 2,14** ; cela signifie que chaque franc investi rapporte **2,14 F**.

II. Analyse financière détaillée

❖ Amortissements matériels et valeurs résiduelles

Le matériel d'exploitation est amorti au fil des années. Le tableau ci-après montre l'usure de chaque équipement année par année. La valeur résiduelle est comptabilisée à la fin de la cinquième année.

Tableau 17 : amortissement matériels et valeurs résiduelles

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Valeur résiduelle
Coefficient d'inflation	1	1,022	1,040	1,059	1,078	1,098	
Matériel médical	13 950 000	2 790 000	2 790 000	2 790 000	2 790 000	2 790 000	0
Bâtiment (réhabilitation & extension)	15 000 000	750 000	750 000	750 000	750 000	750 000	11 250 000
Décoration et aménagement	1 230 000	205 000	205 000	205 000	205 000	205 000	205 000
Matériel et mobiliers de bureau	3 460 000	692 000	692 000	692 000	692 000	692 000	0
Matériels informatiques	1 750 000	583 333	583 333	583 333	628 833	628 833	628 833
Matériel de transport	5 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	0
Groupe électrogène	500 000	83 333	83 333	83 333	83 333	83 333	83 333
Non Valeurs	500 000	166 667	166 667	166 667	-	-	-
Divers et imprévus	1 000 000	333 333	333 333	333 333	359 333	359 333	359 333
Dotations aux amortissements	42 390 000	6 603 667	6 603 667	6 603 667	6 508 500	6 508 500	12 526 500

Le promoteur du projet qui est le seul actionnaire recevra des dividendes d'une valeur de 1 207 290 FCFA, si l'on considère un taux de rémunération de 10% sur le fonds propre.

❖ Remboursement de l'emprunt

L'emprunt est 36 218 695 FCFA sur une durée de cinq (5) dont un (1) an de différé. Le taux d'intérêt de la banque est fixé à 11%. L'annuité est constante (11 674 240 FCFA).

Tableau 8 : remboursement de l'emprunt

Coût du projet	48 291 593
Capitaux propres (25%)	12 072 898
Emprunt	36 218 695
Taux d'intérêt	11%
Durée (5 ans dont 1 an de différé)	4 ans
Annuité constante	11 674 240

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Capital restant dû	36 218 695	36 218 695	36 218 695	28 528 511	19 992 408	10 517 333
Intérêt		3 984 056	3 984 056	3 138 136	2 199 165	1 156 907
Remboursement principal		0	7 690 183	8 536 103	9 475 075	10 517 333
Annuité		3 984 056	11 674 240	11 674 240	11 674 240	11 674 240

❖ Compte d'exploitation prévisionnel et la Capacité d'Auto Financement CAF)

Le compte de résultat prévisionnel fait ressortir un résultat positif sur toute la durée de vie du projet et une capacité d'autofinancement aussi positive dès la première année jusqu'à la cinquième année. L'excédent brut d'exploitation est également positif. Cela montre évidemment la capacité de l'exploitation à faire face à ses charges et à dégager un surplus pour rémunérer l'usure du matériel.

Tableau 19 : compte d'exploitation prévisionnel et la CAF

Rubriques	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Coefficient d'inflation	1,022	1,040	1,059	1,078	1,098
Chiffre d'affaires	34 986 000	49 980 000	49 980 000	49 980 000	49 980 000
Charges extérieures	8820896	12601280	12601280	12601280	12601280
Autres achats	630000	900000	900000	900000	900000
sous-total dépenses	9450896	13501280	13501280	13501280	13501280
Valeur ajoutée(VA)	25 535 104	36 478 720	36 478 720	36 478 720	36 478 720
Charges du personnel	11425176	16321680	16321680	16321680	16321680
Excédent Brut d'Exploitation	14 109 928	20 157 040	20 157 040	20 157 040	20 157 040
Dotations aux amortissements	6 603 667	6 603 667	6 603 667	6 508 500	6 508 500
Résultat d'exploitation	7 506 261	13 553 373	13 553 373	13 648 540	13 648 540
Charges financières	3 984 056	3 984 056	3 138 136	2 199 165	1 156 907
Résultats Activités Ordinaires	3 522 205	9 569 317	10 415 237	11 449 375	12 491 633
Impôt sur le Résultat (25%)	880 551	2 392 329	2 603 809	2 862 344	3 122 908
Résultat Net	2 641 654	7 176 988	7 811 428	8 587 031	9 368 725
Capacité d'Autofinancement(CAF)	9 245 320	13 780 654	14 415 094	15 095 531	15 877 225

❖ Ressources et emplois de fonds

Le tableau des ressources et emplois fait l'état de la trésorerie sur toute la durée de vie du projet. Le solde ressources-emplois est positif sur toute la période de l'analyse. La trésorerie en fin d'année est également positive sur toute la période.

Le projet dégage ainsi des fonds qui permettront de faire face au renouvellement du matériel d'exploitation. En cinquième année, la somme cumulée en caisse est de quarante trois millions cinq cent soixante huit mille trois cent vingt-un (43 568 321) francs CFA.

Tableau20: tableau des ressources et emplois de fonds

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Ressources						
CAF		9 245 320	13 780 654	14 415 094	15 095 531	15 877 225
Capitaux propres	12 072 898					
Emprunt	36 218 695					
Reprise sur FDR						8 430 847
Valeur Résiduelle						12 187 257
Total Ressources	48 291 593	9 245 320	13 780 654	14 415 094	15 095 531	36 495 328
Emplois						
Investissement/Renouvellement	42 390 000	-	-	-	1 886 500	-
Dotation en FDR		5 901 593	2 529 254			
Remboursement du principal		-	7 690 183	8 536 103	9 475 075	10 517 333
Dividendes			1 207 290	1 207 290	1 207 290	1 207 290
Total emplois	42 390 000	5 901 593	11 426 727	9 743 393	12 568 865	11 724 623
Solde de trésorerie annuel(R-E)	5 901 593	3 343 728	2 353 927	4 671 701	2 526 667	24 770 706
Trésorerie cumulée	5 901 593	9 245 320	11 599 248	16 270 949	18 797 616	43 568 321
Trésorerie de début d'année	0	5 901 593	9 245 320	11 599 248	16 270 949	18 797 616
Trésorerie en fin d'année	5 901 593	9 245 320	11 599 248	16 270 949	18 797 616	43 568 321

❖ **Tableaux des rentabilités pour l'actionnaire, les capitaux investis et les fonds propres**

Les trois tableaux ci-dessous représentent successivement la rentabilité pour l'actionnaire, la rentabilité pour les capitaux investis et la rentabilité pour les fonds propres. Les TRI sont respectivement : 34% pour une VAN de 17 157 2150 FCFA ; 26% pour une VAN de 21 906 442 FCFA et 75% pour une VAN de 21 906 442 FCFA.

Tableau21 : tableau de la rentabilité pour l'actionnaire

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Capitaux propres (25%)	- 12 072 898					
Dividende			1 207 290	1 207 290	1 207 290	1 207 290
Trésorerie finale						43 568 321
Flux des actionnaires	- 12 072 898	-	1 207 290	1 207 290	1 207 290	44 775 611
VAN	11%	17 157 150				
TRI		34%				

Tableau22 : tableau de la rentabilité pour les capitaux investis

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Flux nets annuels	- 42 390 000	8 208 335	17 627 786	20 157 040	18 270 540	40 775 143
Impôt sur le résultat (25%)		880 551	2 392 329	2 603 809	2 862 344	3 122 908
Flux des capitaux investis	- 42 390 000	7 327 784	15 235 457	17 553 231	15 408 196	37 652 235
VAN	11%	21 906 442				
TRI		26%				

Tableau23 : tableau de la rentabilité pour les fonds propres

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Capitaux propres (25%)	- 12 072 898					
Dividende			1 207 290	1 207 290	1 207 290	1 207 290
Solde de Trésorerie annuel	5 901 593	3 343 728	2 353 927	4 671 701	2 526 667	24 770 706
Flux des capitaux propres	- 6 171 306	3 343 728	3 561 217	5 878 991	3 733 957	25 977 995
VAN	11%	21 906 442				
TRI		75%				

❖ Rentabilité définitive du projet

Le Taux de Rentabilité Interne (TRI) obtenu est de **32%**. Le TRI est largement supérieur au taux d'emprunt à la banque qui est **11%**. La valeur actuelle nette à 11% est vingt-un millions neuf cent six mille quatre cent quarante deux (**21 906 442**) francs CFA.

Le délai de récupération des capitaux investis est de **deux (2) ans neuf (9) mois et vingt six (26) jours**. Il faut ainsi un financement moyen terme d'au moins trois ans.

Tableau24 : rentabilité du projet

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Excédent Brut d'Exploitation		14109928	20157040	20157040	20157040	20157040
Reprise sur FDR						8 430 847
Valeur Résiduelle						12 187 257
Sous-total 1	-	14 109 928	20 157 040	20 157 040	20 157 040	40 775 143
Investissements	42 390 000					
Besoins en FDR		5 901 593	2 529 254			
Sous-total 2	42 390 000	5 901 593	2 529 254	-	-	-
Flux net	- 42 390 000	8 208 335	17 627 786	20 157 040	20 157 040	40 775 143
Flux nets cumulés	- 42 390 000	- 34 181 665	- 16 553 879	3 603 161	23 760 201	64 535 345
TRI	32%					
VAN	31 526 787					
Délai de récupération	2 ans	9 mois	26 jours			

III. Tests de sensibilité

Les tests de sensibilité vont permettre de vérifier la résistance du projet faces à des situations extérieures non prévues qui peuvent entraver sa réalisation effective. Un test de sensibilité peut

utiliser plusieurs critères d'évaluation. Pour ce projet, nous avons choisi de réaliser les tests de sensibilité à partir de deux éléments importants :

- ✓ la baisse du chiffre d'affaires du projet de 10% ;
- ✓ l'augmentation des charges d'exploitation de 10%.

III.1. Baisse de 10% du chiffre d'affaires du projet

Lorsque le chiffre d'affaires espéré du projet chute de 10%, cela entraîne les conséquences ci-après :

- Sur le compte d'exploitation et la CAF

Tableau25: Compte d'exploitation et la CAF suite à une baisse de 10% du chiffre d'affaires

Rubriques	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Coefficient d'inflation	1,022	1,040	1,059	1,078	1,098
Chiffre d'affaires	31 487 400	44 982 000	44 982 000	44 982 000	44 982 000
Charges extérieures	8820896	12601280	12601280	12601280	12601280
Autres achats	630000	900000	900000	900000	900000
sous-total dépenses	9450896	13501280	13501280	13501280	13501280
Valeur ajoutée(VA)	22 036 504	31 480 720	31 480 720	31 480 720	31 480 720
Charges du personnel	11425176	16321680	16321680	16321680	16321680
Excédent Brut d'Exploitation	10 611 328	15 159 040	15 159 040	15 159 040	15 159 040
Dotations aux amortissements	6 603 667	6 603 667	6 603 667	6 508 500	6 508 500
Résultat d'exploitation	4 007 661	8 555 373	8 555 373	8 650 540	8 650 540
Charges financières	3 984 056	3 984 056	3 138 136	2 199 165	1 156 907
Résultats Activités Ordinaires	23 605	4 571 317	5 417 237	6 451 375	7 493 633
Impôt sur le Résultat (25%)	5 901	1 142 829	1 354 309	1 612 844	1 873 408
Résultat Net	17 704	3 428 488	4 062 928	4 838 531	5 620 225
Capacité d'Autofinancement(CAF)	6 621 370	10 032 154	10 666 594	11 347 031	12 128 725

Nous constatons que le résultat net et la CAF baissent et varient d'une année à une autre. Mais la CAF reste toujours positive sur toute la durée de vie du projet.

• Sur le tableau d'équilibre des ressources et emplois

Tableau26 : tableau d'équilibre des ressources et emplois suite à une baisse de 10% du chiffre d'affaires

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Ressources						
CAF		6 621 370	10 032 154	10 666 594	11 347 031	12 128 725
Capitaux propres	12 072 898					
Emprunt	36 218 695					
Reprise sur FDR						8 430 847
Valeur Résiduelle						12 187 257
Total Ressources	48 291 593	6 621 370	10 032 154	10 666 594	11 347 031	32 746 828
Emplois						
Investissement/Renouvellement	42 390 000	-	-	-	1 886 500	-
Dotation en FDR		5 901 593	2 529 254			
Remboursement du principal		-	7 690 183	8 536 103	9 475 075	10 517 333
Dividendes			1 207 290	1 207 290	1 207 290	1 207 290
Total emplois	42 390 000	5 901 593	11 426 727	9 743 393	12 568 865	11 724 623
Solde de trésorerie annuel(R-E)	5 901 593	719 778	- 1 394 573	923 201	- 1 221 833	21 022 206
Trésorerie cumulée	5 901 593	6 621 370	5 226 798	6 149 999	4 928 166	25 950 371
Trésorerie de début d'année	0	5 901 593	6 621 370	5 226 798	6 149 999	4 928 166
Trésorerie en fin d'année	5 901 593	6 621 370	5 226 798	6 149 999	4 928 166	25 950 371

La trésorerie en fin d'année diminue considérablement mais reste positive sur toute la période.

- **Sur la rentabilité définitive du projet**

Tableau27 : Rentabilité définitive suite à une baisse de 10% du chiffre d'affaires

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Excédent Brut d'Exploitation		10611328	15159040	15159040	15159040	15159040
Reprise sur FDR						8 430 847
Valeur Résiduelle						12 187 257
Sous-total 1	-	10 611 328	15 159 040	15 159 040	15 159 040	35 777 143
Investissements	42 390 000					
Besoins en FDR		5 901 593	2 529 254			
Sous-total 2	42 390 000	5 901 593	2 529 254	-	-	-
Flux net	- 42 390 000	4 709 735	12 629 786	15 159 040	15 159 040	35 777 143
Flux nets cumulés	- 42 390 000	- 37 680 265	- 25 050 479	- 9 891 439	5 267 601	41 044 745
TRI	21%					
VAN	14 405 504					
Délai de récupération	3 ans	7 mois	25 jours			

Le TRI passe de 32% en situation normale à 21% en cas de baisse du chiffre d'affaires. La VAN aussi diminue. Le délai de récupération quant à lui augmente en passant à trois ans sept mois et 25 jours.

III.2. Augmentation de 10% des charges d'exploitation

Une augmentation de 10% des charges d'exploitation provoque des effets sur l'exécution financière du projet. Les effets provoqués sont mentionnés dans les tableaux ci-après :

- Sur le compte d'exploitation et la CAF

Tableau28 : Compte d'exploitation et la CAF suite à une hausse de 10% des charges d'exploitation

Rubriques	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Coefficient d'inflation	1,022	1,040	1,059	1,078	1,098
Chiffre d'affaires	34 986 000	49 980 000	49 980 000	49 980 000	49 980 000
Charges extérieures	9 702 986	13 861 408	13 861 408	13 861 408	13 861 408
Autres achats	693000	990000	990000	990000	990000
sous-total dépenses	10395985,6	14851408	14851408	14851408	14851408
Valeur ajoutée(VA)	24 590 014	35 128 592	35 128 592	35 128 592	35 128 592
Charges du personnel	12567693,6	17953848	17953848	17953848	17953848
Excédent Brut d'Exploitation	12 022 321	17 174 744	17 174 744	17 174 744	17 174 744
Dotations aux amortissements	6 603 667	6 603 667	6 603 667	6 508 500	6 508 500
Résultat d'exploitation	5 418 654	10 571 077	10 571 077	10 666 244	10 666 244
Charges financières	3 984 056	3 984 056	3 138 136	2 199 165	1 156 907
Résultats Activités Ordinaires	1 434 598	6 587 021	7 432 941	8 467 079	9 509 337
Impôt sur le Résultat (25%)	358 649	1 646 755	1 858 235	2 116 770	2 377 334
Résultat Net	1 075 948	4 940 266	5 574 706	6 350 309	7 132 003
Capacité d'Autofinancement(CAF)	7 679 615	11 543 932	12 178 372	12 858 809	13 640 503

Le résultat net diminue, la CAF également. Cependant il faut remarquer que cette diminution n'est pas trop importante.

- Sur le tableau d'équilibre des ressources et emplois

Tableau 29 : Tableau d'équilibre des ressources et emplois suite à une hausse de 10% des charges d'exploitation.

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Ressources						
CAF		7 679 615	11 543 932	12 178 372	12 858 809	13 640 503
Capitaux propres	12 072 898					
Emprunt	36 218 695					
Reprise sur FDR						8 430 847
Valeur Résiduelle						12 187 257
Total Ressources	48 291 593	7 679 615	11 543 932	12 178 372	12 858 809	34 258 606
Emplois						
Investissement/Renouvellement	42 390 000	-	-	-	1 886 500	-
Dotation en FDR		5 901 593	2 529 254			
Remboursement du principal			7 690 183	8 536 103	9 475 075	10 517 333
Dividendes			1 207 290	1 207 290	1 207 290	1 207 290
Total emplois	42 390 000	5 901 593	11 426 727	9 743 393	12 568 865	11 724 623
Solde de trésorerie annuel (R-E)	5 901 593	1 778 022	117 205	2 434 979	289 945	22 533 984
Trésorerie cumulée	5 901 593	7 679 615	7 796 820	10 231 800	10 521 744	33 055 728
Trésorerie de début d'année	0	5 901 593	7 679 615	7 796 820	10 231 800	10 521 744
Trésorerie en fin d'année	5 901 593	7 679 615	7 796 820	10 231 800	10 521 744	33 055 728

Comme l'indique le tableau ci-dessus, le solde de trésorerie n'est que faiblement affecté par l'augmentation des charges d'exploitation. L'intensité de la variation diffère d'une année à une autre. Cependant, malgré la diminution légère de la trésorerie en fin d'année, celle-ci reste toujours positive sur toute la période.

- Sur la rentabilité définitive du Projet

Tableau30 : Rentabilité définitive suite à une hausse de 10% des charges d'exploitation

Rubriques	Année 0	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Excédent Brut d'Exploitation		12022320,8	17174744	17174744	17174744	17174744
Reprise sur FDR						8 430 847
Valeur Résiduelle						12 187 257
Sous-total 1	-	12 022 321	17 174 744	17 174 744	17 174 744	37 792 847
Investissements	42 390 000					
Besoins en FDR		5 901 593	2 529 254			
Sous-total 2	42 390 000	5 901 593	2 529 254	-	-	-
Flux net	- 42 390 000	6 120 728	14 645 490	17 174 744	17 174 744	37 792 847
Flux nets cumulés	- 42 390 000	- 36 269 272	- 21 623 782	- 4 449 038	12 725 706	50 518 553
TRI	25%					
VAN	21 310 554					
Délai de récupération	3 ans	3 mois	4 jours			

Le TRI qui était à 32%, est passé à 25%. La VAN aussi est devenue 21 310 554 FCFA au lieu de 31 526 787 FCFA. Le délai de récupération a également changé. Il est passé à trois ans trois mois et quatre jours.

Les différents indicateurs de rentabilité qui ont subi nos tests, ont connu d'importantes variations à prendre à compte dans le projet. Ces variations sont quand même dans des proportions acceptables car elles n'affectent pas trop la réalisation du projet. Le projet demeure bien rentable dans son ensemble car nous avons pu constater qu'il résiste aux différents tests de sensibilité.

RECOMMANDATIONS

Le désir de transformer le cabinet médical en polyclinique moderne s'inscrit dans un contexte de difficultés sanitaires auxquelles sont confrontées les populations de la région de Kolda.

Nos recommandations tournent autour de l'étude du marché, l'étude technique, l'étude organisationnelle et l'étude financière.

❖ Sur le plan marché

Toute personne malade est un potentiel client pour le présent projet. Normalement, le cabinet médical existant depuis 1987, devrait être connu par tous dans la région. Mais notre étude a révélé que bon nombre des répondants à notre questionnaire ignoraient l'existence du cabinet ou ne le fréquentaient pas parce que selon eux, le cabinet n'était bien équipé.

Il appartient donc au projet qui veut se positionner durablement sur le marché de définir une stratégie compétitive sur une base cohérente. Cette stratégie lui permettra de déterminer et de maîtriser le mix-marketing idéal afin de satisfaire la clientèle. Ceci passera par la mise en place d'une bonne politique communication en interne et en externe en consolidant les acquis et en développant de nouvelles pistes d'attraction d'autres clients.

La Communication en interne devra être basée sur un bon système d'information dans la structure. Les dirigeants doivent faire en sorte que l'information soit fluide entre tous les intervenants dans le système de production du projet. Le personnel doit avoir les mêmes informations au même niveau, au bon moment et les bonnes informations.

La communication en externe mettra un accent particulier sur la visibilité de la Polyclinique en appliquant rigoureusement la stratégie marketing de développement et le plan de communication développés dans la partie II section 1 du chapitre 2 précisément à la page 64 du document.

La future Polyclinique doit être consciente de l'importance de la place qu'elle occupera dans cette zone et mettra donc un accent particulier dans ses prestations, sur la qualité du service qui est l'élément fondamental pour les clients.

Par ailleurs, il serait intéressant de tenir compte des réalités sociales de la région dans la fixation des prix des prestations. La majorité de la population de la zone est très pauvre avec un revenu généralement trop faible. L'application des prix moyens leur faciliterait l'accès à la polyclinique.

❖ Sur le plan technique

L'ensemble du matériel nécessaire pour la réalisation du projet est disponible sur le marché local selon les fournisseurs contactés pendant l'étude. Mais nous recommandons qu'il ait beaucoup plus de vigilance à l'achat de ce matériel car le marché est envahi par beaucoup de contrefaçons qui peuvent entraver la réussite du projet. Pour cela l'achat doit s'effectuer uniquement chez un ou des spécialistes du domaine.

Le projet n'a pas encore de partenaires mais en avoir serait l'idéal pour faciliter sa réalisation. Le promoteur ne pouvant financer que **25% du coût global du projet**, Il apparaît indispensable pour ce projet d'avoir au moins un partenaire financier pour le financement des travaux et du matériel de travail. Le document de projet sera donc **déposé auprès des banques pour le financement des 75% restants du coût global du projet**. Aussi, le promoteur envisage de se trouver des partenaires techniques à moyen et long terme.

Notre séjour sur le terrain nous a permis de découvrir qu'il y avait trop de moustiques dans l'enceinte du cabinet médical. Il apparaît donc nécessaire de doter de moustiquaires imprégnées toutes les salles où doivent interner les malades et prévoir également des insecticides pour les bureaux.

❖ Sur le plan organisationnel

La réussite et la pérennité du projet dépendra en grande partie du personnel. De ce fait, le personnel recruté doit être réellement qualifié et compétent. Surtout le médecin à recruter doit avoir capitalisé une expérience qui lui permettra de mieux diriger les activités de la polyclinique.

Henri FAYOL disait au début du XIX^e siècle : « Le chef doit montrer ses qualités morales, ses capacités intellectuelles, son courage, son dynamisme, sa connaissance des hommes et de leurs aptitudes, son esprit d'équité et de sacrifice. Le chef devra tenir compte du contexte organisationnel, de la situation en présence ».

Le directeur général doit faire en sorte qu'il soit entouré d'une équipe motivée en l'impliquant dans toutes les activités de la polyclinique et en l'impliquant aussi dans la prise de décision par les concertations par exemple.

Nous avons constaté aussi que la clinique ne travaille que la journée. Avec le projet, il serait intéressant d'instaurer un système de garde de sorte que la polyclinique fonctionne 24h/24. Ce serait beaucoup plus profitable pour le promoteur et pour les populations bénéficiaires.

Aussi, la réussite et la pérennité dépendront du coût des soins, de la qualité des soins et du délai de prise en charge des malades.

Le coût des soins : en raison de la pauvreté des populations de la zone d'implantation du projet, les coûts doivent être supportables par le pouvoir d'achat des populations.

La qualité des soins : elle doit être irréprochable car la moindre bavure coûterait chère à la Polyclinique.

Le délai de prise en charge des malades : le délai d'attente des malades ne doit pas être trop long car un long délai d'attente peut avoir comme conséquence chez un patient une complication de la maladie ou même entraîner des morts de personnes, ce qui pourrait emmener les clients à ne plus fréquenter la Polyclinique.

❖ Sur le plan financier

Les analyses sommaire et détaillé du projet ont clairement montré la rentabilité et la solvabilité du projet de transformation du cabinet médical en polyclinique moderne. Mais cette rentabilité et cette solvabilité ne seront réalisées que par une volonté de la gestion du projet. Il faudrait donc que la gestion des fonds et des recettes soit saine pour que les objectifs du projet soient effectivement atteints.

❖ Sur le plan politique de santé publique

L'Etat du Sénégal fait beaucoup d'efforts pour améliorer les conditions de santé des populations. Mais, nous pensons qu'il peut encore mieux agir en encourageant les investisseurs privés à s'intéresser au secteur de la santé. Pour se faire, l'Etat à travers le ministère de la santé, peut accorder des subventions et des exonérations fiscales à tous ceux qui désirent créer des Cabinets médicaux ou des polycliniques sur tout le territoire du pays. Aussi, le matériel médical pourrait bénéficier d'exonérations douanières étant donné que ce matériel est importé avant d'être vendu sur le marché local.

Le ministère de la santé doit également aider les investisseurs de ce secteur à trouver des bailleurs de fonds qui les soutiendront dans leur investissement.

CONCLUSION

La présente étude intitulée « Etude de faisabilité de la transformation d'un cabinet médical en polyclinique moderne : cas du cabinet médical « Diamtann » à Kolda, avait pour objet d'analyser la possibilité de créer une polyclinique moderne de taille moyenne respectant les normes de la santé. L'étude consistait donc à identifier les facteurs de faisabilité pour la transformation du cabinet médical existant depuis 1987 en polyclinique moderne satisfaisant les attentes de la clientèle. Pour y arriver, nous avons mené une enquête à deux volets dont un auprès des ménages et l'autre auprès des prestataires de santé dans la ville de Kolda. L'objectif de l'enquête était de faire ressortir les conditions réelles de la transformation du cabinet médical en polyclinique au regard des dimensions de la faisabilité à savoir la faisabilité sociale, la faisabilité institutionnelle, la faisabilité organisationnelle et la faisabilité financière. A l'issue de l'analyse des résultats de l'enquête, nous pouvons affirmer que les conditions sont favorables pour la transformation du cabinet médical en polyclinique moderne. Il ressort que le projet procurera de véritables revenus tant pour le promoteur que pour l'Etat du Sénégal. Le promoteur récupérera son investissement en moins de trois ans et réalisera d'importants profits sur toute la durée du projet. L'impôt prélevé sur les recettes d'exploitation du projet constitue une richesse pour l'Etat.

Pour les populations de la commune et de la région de Kolda, la polyclinique va participer à l'amélioration leurs conditions de vie en facilitant l'accès aux soins de santé par sa proximité et la qualité de ses prestations. Elle appuiera les infrastructures sanitaires existantes, à lutter contre les nombreuses et dangereuses maladies dans la zone telle que le paludisme qui apparaît la plus sévissante comme l'ont révélé les résultats de nos enquêtes.

Le projet créera des emplois et changera ainsi positivement la vie de certaines personnes et de leurs familles, ce qui participera activement à réduire la pauvreté dans la région de Kolda.

Par ailleurs, la présente étude de faisabilité a mis en exergue plusieurs aspects à prendre en compte :

- au plan financier, la nécessité d'avoir un fonds de roulement important pour l'activité d'exploitation du projet ;
- au niveau du marché, le besoin d'identifier de niches non satisfaites et un système marketing et communication adapté et efficace ;
- au niveau administratif, l'importance de définir les exigences suivantes : la stabilité, le niveau de compétence, le niveau de qualification, la motivation du personnel, le respect des engagements avec les clients et les partenaires ;

- enfin au niveau organisationnel, la capacité managériale de la direction du projet.

L'initiative de mettre en place une polyclinique au service des populations de la commune et de la région de Kolda et même de certains pays voisins (Gambie, Guinée-Bissau), doit être encouragée et appuyée par l'Etat du Sénégal et les partenaires du secteur de la santé. A ce jour, il n'existe aucune initiative à notre connaissance de création de polyclinique ou même de centre de santé privé dans cette région, d'où la nécessité d'un accompagnement de ce projet. La réussite d'un tel projet fera tache d'huile au Sénégal en général et dans la zone d'implantation en particulier car constituant un grand soulagement pour les populations en matière de santé. Ce soulagement affectera positivement sans aucun doute les autres secteurs de l'économie car la santé est avant tout.

De ce fait, nous invitons les entrepreneurs à s'intéresser aux projets du secteur de la santé au Sénégal et plus précisément dans la région de Kolda. La création de polyclinique ou de centre de santé dans cette région, ne pose aucun risque majeur selon notre étude. Au contraire, c'est une zone bien rentable pour tout promoteur, lorsque ce dernier conçoit et réalise son projet en respectant toutes les phases essentielles du dit projet.

Cependant, rappelons que dans cette étude, l'aspect analyse économique n'a pas été pris en compte dans la présentation des résultats de l'étude compte tenu du temps dont nous disposions pour réaliser ce travail. L'étude réalisée n'est donc pas exhaustive, elle ouvre aussi la porte à la possibilité de poursuivre la réflexion sur l'impact économique réel de la réalisation de ce projet sur les recettes de l'Etat du Sénégal et sur les collectivités locales. Une telle réflexion conduira à faire l'analyse économique du projet soit par la méthode des prix de référence soit par la méthode des effets.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Cathérine Léger-Jarniou & Georges Kalousis, Construire son business plan, DUNOD
Octobre 2008
- 2- Vincent YDE, créer son entreprise : du projet à la réalité, 2^e édition
- 3- ERIC Vernet, techniques d'études de marché, 2^e édition
- 4- Daouda YABRE, DESS gestion des Projets CESAG, Décembre 2008, Etude de faisabilité pour l'érection d'une forge moderne dans la communauté rurale de Mampatin (Région de Kolda)
- 5- Dr Ibrahima Claude TOURE, DESS gestion des services de santé, CESAG 2004-2005, Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein de la fédération communale des groupements de promotion féminine de Kolda
- 6- ASSOUKOU Séry Roland, DESS gestion des projets, CESAG, Décembre 2003, Etude de faisabilité d'un projet de création d'entreprise : cas d'une société d'intérim au Sénégal
- 7- NDIKUMANA Désiré, DESS économie de la santé, CESAG, Août 2005, Etude de faisabilité pour la mise en place d'une mutuelle de santé au sein de l'association « GH » du Burundi
- 8- KANTE Oumar, DESS gestion des projets, CESAG 2005, Etude de faisabilité pour la création d'un abattoir frigorifique moderne pour l'approvisionnement du marché de Dakar
- 9- Issiakha DIAKHATE, DESS gestion des projets, CESAG 2005, Etude d'un projet de création d'une murisserie de bananes à Dakar
- 10- Ahmadou TRAORE, CODEX : nature, caractéristiques et contexte des projets
- 11- Boubacar AW, support de cours d'étude de faisabilité des projets
- 12- Rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement ; Ministère du plan, du développement durable et de la coopération internationale : comité régional de suivi des OMD-Kolda, Juin 2007

WEBOGRAPHIE

- 1- http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_sen_fr.pdf du 28/07/10 à 20h35

- 2- <http://www.who.int/whr/2008/overview/fr/index.html> du 28/07/10 à 20h12.

- 3- http://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf du 28/07/10 à 20h28

- 4- <http://www.who.int/countries/sen/fr/> du 28/07/10 à 20h 32

- 5- www.pplateformeane.sn/.../Etude_de_l_accessibilite_des_populations_aux_soins_hospitaliers_au_Senegal.pdf du 18 /11/ 2010 à 16h41

ANNEXES

- Annexe 1 : Guide d'entretien avec le promoteur
- Annexe 2 : Questionnaire d'enquête auprès des ménages
- Annexe 3 : Questionnaire d'enquête auprès des prestataires
- Annexe 4 : Résultats du questionnaire des ménages : tris à plat (Sphinx)
- Annexe 5 : Résultats du questionnaire des prestataires: tris à plat (Sphinx)
- Annexe 6 : Liste des pièces à fournir pour l'ouverture d'une clinique

Annexe 1 :

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE PROMOTEUR

- Présentation du promoteur, profession et expériences
- Contexte et objectifs
- Environnement du projet
- Localisation et durée du projet
- Motivation
- Services offerts
- Clients cibles
- Choix du matériel d'exploitation
- Marketing et communication du projet
- Organisation de la polyclinique
- Le financement du projet
- Rémunération du personnel
- Existence de concurrents
- Perspectives

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES MENAGES

Octobre 2009 - CESAG-ISMEO

Madame, Monsieur, nous réalisons une enquête visant à déterminer la possibilité de créer une polyclinique à Kolda au Sud du Sénégal. La présente enquête est réalisée dans le cadre de notre formation afin de rédiger notre mémoire du Master Gestion des Projets du CESAG. Vu l'importance de l'étude, nous vous prions de répondre à toutes les questions en considérant qu'il n'ya ni bonne ni mauvaise réponse. Nous vous assurons de la confidentialité totale de vos réponses. Aucune donnée ne sera divulguée

1. Nom et Prénom(s) de l'enquêteur

2. Date

3. Lieu

4. Numéro

Identification de l'enquêté

5. Nom et prénom(s) de l'enquêté

6. Quelle est votre tranche d'âge?

1. de 20 à 30 ans 2. de 30 à 40 ans 3. de 40 à 50 ans 4. 50 ans et plus

7. Votre catégorie socio-professionnelle?

1. cadre Supérieur 2. cadre moyen 3. profession libérale 4. Agent de maîtrise 5. commerçant
 6. employé ou ouvrier 7. autre

8. Si 'autre', précisez :

9. Quel est votre statut matrimonial?

1. Célibataire 2. Marié 3. Divorcé 4. veuf

10. Etes-vous le chef de votre ménage?

1. non 2. oui

11. De combien de personnes est composé votre ménage (personnes vivant sous votre toit)?

12. De combien d'hommes est composé votre ménage?

13. De combien de femmes est composé votre ménage?

Fréquence des maladies dans le ménage

14. Est ce qu'il vous arrive de tomber malade?

1. non 2. oui souvent 3. oui régulièrement 4. oui rarement

15. Allez-vous à la recherche de soins quand vous souffrez d'une maladie?

1. non 2. oui

16. Si non; pourquoi?

1. manque de moyens financiers 2. automédication 3. autre

17. Si 'autre', précisez :

18. Si oui, quels sont les trois(3) principaux lieux de recours aux soins? Classez -les dans les cases.

1. hôpital 2. centre de santé 3. cabinet médical 4. clinique privée 5. polyclinique 6. poste de santé 7. tradipraticien

Ordonnez 3 réponses.

19. Quel est le facteur qui a le plus influencé le lieu classé en premier?

1. coût abordable des prestations 2. proximité de la structure 3. bonne qualité de l'accueil 4. Qualité des soins
 5. urgences 6. autre

20. Si 'autre', précisez :

21. lorsqu'un membre de la famille est malade, où se soigne-t-il?

1. hôpital 2. cabinet médical 3. polyclinique 4. clinique privée 5. centre de santé
 6. poste de santé 7. tradipraticien

22. comment justifie-t-il ce choix?

23. Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans votre région? Citez-les par ordre d'importance.

1. paludisme 2. infections respiratoires 3. diarrhée 4. infections cutanées 5. malnutrition 6. anémie 7. SIDA

Ordonnez 7 réponses.

24. Fréquentez-vous des cliniques hors de Kolda?

1. non 2. oui

25. Si oui, pourquoi?

CAPACITE CONTRIBUTIVE ET FINANCEMENT DE LA SANTE

26. Quel est votre niveau de revenu personnel mensuel?

1. moins de 100 000 2. 100 000-200 000 3. 200 000-300 000 4. 300 000-500 000 5. 500 000 et plus

27. Estimez vos dépenses personnelles mensuelles:

1. moins de 100 000 2. 100 000-200 000 3. 200 000-300 000 4. 300 000-500 000 5. 500 000 et plus

28. Estimez votre épargne personnelle mensuelle:

1. moins de 100 000 2. 100 000-200 000 3. 200 000-300 000 4. 300 000-500 000 5. 500 000 et plus

29. Combien dépensez-vous pour les soins en moyenne lorsqu'un membre de la famille est malade?

1. moins de 100 000 2. 100 000-200 000 3. 200 000-300 000 4. 300 000-500 000 5. 500 000 et plus

30. Comment financez-vous les dépenses de santé des membres de votre famille?

1. avec les revenus du ménage 2. j'appartiens à un Institut de Prévoyance Maladie(IPM) 3. prise en charge de l'Etat
 4. assurance 5. solidarité familiale 6. aides
 7. emprunt d'argent 8. autre

31. Si 'autre', précisez :

32. Existe-t-il des cliniques à Kolda?

1. non 2. oui

33. Fréquentez-vous ces cliniques?

1. non 2. oui

34. Si non, pourquoi?

35. Si oui, que pensez-vous des prestations dans ces cliniques?

1. très cher 2. cher 3. moyen 4. acceptable

36. Cochez ces structures si elles existent à Kolda:

1. laboratoire biologique privé 2. maternité privée 3. clinique d'échographie 4. salle de rééducation(musculation)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

37. Avez-vous connaissance de l'existence d'une polyclinique ici?

1. non 2. oui

38. Si oui, pensez-vous qu'elle satisfait ses clients(malades)?

1. non 2. oui

39. Que pensez-vous de la création d'une polyclinique à Kolda?

40. Seriez-vous prêt à aller dans la polyclinique si elle était créée? pourquoi?

41. Quelles sont les prestations que vous souhaiteriez que la future polyclinique couvre?

1. consultations 2. vaccinations 3. analyses 4. accouchements
 5. hospitalisations 6. médicaments 7. actes chirurgicaux 8. échographie
 9. musculation 10. ambulance 11. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

42. Si 'autre', précisez :

Prix proposés

43. Proposez un prix pour les consultations

44. Proposez un prix pour les hospitalisations

45. Proposez un prix pour les vaccinations

46. Proposez un prix pour les analyses

47. Proposez un prix pour les accouchements

48. Proposez un prix pour les médicaments

49. Proposez un prix pour les actes chirurgicaux

50. Proposez un prix pour les échographies

51. Proposez un prix pour les musculatures(rééducation)

52. Proposez un prix pour le transport(ambulance)

53. Proposez un prix pour les autres prestations

54. Quels sont selon vous les obstacles qui peuvent faire échouer un projet de création d'une polyclinique à Kolda?

1. la cherté des services 2. la non qualification du personnel 3. l'accueil
 4. les conditions difficiles de vie des populations 5. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

55. Quels sont vos avis et suggestions?

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES PRESTATAIRES

Octobre 2009 - CESAG-ISMEO

Bonjour Monsieur/Madame, Nous réalisons une enquête sur la couverture en santé des populations de la région de Kolda. La présente enquête est réalisée dans le cadre de notre formation en vue de rédiger le mémoire du Master Gestion des Projets au CESAG Dakar. vu l'importance de l'étude, nous vous prions de répondre à toutes les questions en considérant qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. nous vous rassurons de la confidentialité totale de vos réponses. Aucune donnée ne sera divulguée.

1. Nom et prénom(s) de l'enquêteur

2. Nom de la structure

3. Adresse/Téléphone de la structure

4. Nom de la personne(s) contactée(s)

5. Titre de la personne

6. date

Nature de la structure

7. Quelle est la nature de la structure?

1. hôpital
 2. centre de santé
 3. poste de santé
 4. clinique
 5. cabinet médical
 6. autres, précisez
 7. autre

8. Si 'autre', précisez :

Services et Personnel médical

9. Votre structure dispose de combien de services?

10. Citez les principaux services.

11. Quel est l'effectif total du personnel médical au sein de votre structure?

35. Si 'autre', précisez :

36. Quels sont les différents types de médicaments que la structure délivre à ses patients?

1. génériques 2. spécialités

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

37. Connaissez-vous des problèmes d'approvisionnement en médicaments?

1. non 2. oui

38. Vous arrive-t-il de transférer certains de vos malades?

1. non 2. oui

39. Si oui, où les transférez-vous le plus souvent?

1. hôpital 2. cabinet médical 3. centre de santé 4. poste de santé 5. clinique privée 6. polyclinique

40. Quelles sont les maladies qui font le plus souvent l'objet de ces transferts?

1. paludisme 2. infections respiratoires 3. diarrhée 4. infections cutanées 5. malnutrition
 6. anémie 7. sida

41. Durant l'année 2008, veuillez nous indiquer pour quelques services, le nombre de cas annuels traités

42. Quels sont les coûts moyens des principales maladies(médicaments inclus)?

43. A votre avis, quelles sont les difficultés auxquelles sont confrontés les malades qui fréquentent votre structure?

44. Avez-vous déjà signé un contrat de partenariat avec une clinique?

1. non 2. oui

45. Si non, pourquoi?

46. Si oui, quelles sont les prestations que vous pourriez fournir à cette clinique?

47. Comment souhaitez-vous être payé par la dite clinique et selon quelles échéances?

48. Veuillez mentionner vos avis et suggestions:

effectif par categorie

12. Catégorie Medecins ?

13. Catégorie Pharmaciens ?

14. Catégorie Techniciens supérieurs ?

15. Catégorie Sage-femmes ?

16. Catégorie Infirmiers et Infirmières ?

17. Catégorie Aide-soignants ?

18. Catégorie Garçons et filles de salles ?

19. Catégorie Autres ?

Capacité d'accueil

20. Quelle est la capacité totale d'accueil de la structure ?

reception

21. Le nombre de chambres d'hospitalisation ?

22. Le nombre de salles d'accouchement ?

23. Le nombre de laboratoires ?

24. Le nombre de lits ?

25. Le nombre de salles ?

26. Le nombre de pharmacies ?

27. Le nombre de salles de rééducation

28. La structure dispose-t-elle d'équipements médicaux ?

1. radiologie 2. échographie 3. cabinet dentaire 4. chirurgie 5. génécologie
 6. ophtamologie 7. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

29. Si 'autre', précisez :

30. Le personnel médical est-il suffisant dans la structure ?

1. non 2. oui

31. La structure a-t-elle des difficultés financières ?

1. non 2. oui

32. Quelles sont les prestations que vous offrez aux patients ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. soins | <input type="checkbox"/> 2. planification familiale |
| <input type="checkbox"/> 3. médicaments | <input type="checkbox"/> 4. chirurgie |
| <input type="checkbox"/> 5. CPN | <input type="checkbox"/> 6. CPoN |
| <input type="checkbox"/> 7. vaccination | <input type="checkbox"/> 8. accouchement |
| <input type="checkbox"/> 9. hospitalisation | <input type="checkbox"/> 10. analyse laboratoire |
| <input type="checkbox"/> 11. examen médical (échographie, radiologie etc) | <input type="checkbox"/> 12. autre |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

33. Si 'autre', précisez :

34. Qui sont vos principaux clients ?

1. particuliers à leur frais 2. Etat 3. entreprise privée 4. IPM 5. mutuelles de santé 6. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Annexe 4 :

Résultats du questionnaire des ménages : Iris à
Irat (Spinnx)

Quelle est votre tranche d'âge?

tranche âge	Nb. cit.	Fréq.
de 20 à 30 ans	12	18,8%
de 30 à 40 ans	24	37,5%
de 40 à 50 ans	17	26,6%
50 ans et plus	11	17,2%
TOTAL OBS.	64	100%

Moyenne = 2,42 Ecart-type = 0,99

Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

catégorie	Nb. cit.	Fréq.
cadre Supérieur	7	10,9%
cadre moyen	14	21,9%
profession libérale	4	6,3%
Agent de maîtrise	1	1,6%
commerçant	7	10,9%
employé ou ouvrier	19	29,7%
autre	12	18,8%
TOTAL OBS.	64	100%

Quel est votre statut matrimonial?

statut	Nb. cit.	Fréq.
Célibataire	14	21,9%
Marié	47	73,4%
Divorcé	2	3,1%
veuf	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Etes-vous le chef de votre ménage?

chef ménage	Nb. cit.	Fréq.
non	12	18,8%
oui	52	81,3%
TOTAL OBS.	64	100%

De combien de personnes est composé votre ménage (personnes vivant sous votre toit)?

nbre de personnes	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2	2	3,1%
De 2 à 4	6	9,4%
De 4 à 6	8	12,5%
De 6 à 8	12	18,8%
De 8 à 10	9	14,1%
De 10 à 12	10	15,6%
Plus de 12	17	26,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 0, Maximum = 27
Somme = 591

Moyenne = 9,23 Ecart-type = 5,52

De combien d'hommes est composé votre ménage?

nbre d hommes	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2	5	7,8%
De 2 à 4	21	32,8%
De 4 à 6	20	31,3%
De 6 à 8	10	15,6%
De 8 à 10	1	1,6%
De 10 à 12	4	6,3%
Plus de 12	3	4,7%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 0, Maximum = 15

Somme = 293

Moyenne = 4,58 Ecart-type = 3,04

Est ce qu'il vous arrive de tomber malade?

possibilité d'être malade	Nb. cit.	Fréq.
non	0	0,0%
oui souvent	23	35,9%
oui régulièrement	3	4,7%
oui rarement	38	59,4%
TOTAL OBS.	64	100%

De combien de femmes est composé votre ménage?

nbre de femmes	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2	7	10,9%
De 2 à 4	21	32,8%
De 4 à 6	17	26,6%
De 6 à 8	9	14,1%
De 8 à 10	6	9,4%
De 10 à 12	2	3,1%
Plus de 12	2	3,1%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 0, Maximum = 15

Somme = 298

Moyenne = 4,66 Ecart-type = 3,20

Allez-vous à la recherche de soins quand vous souffrez d'une maladie?

recherche de soins	Nb. cit.	Fréq.
non	0	0,0%
oui	64	100%
TOTAL OBS.	64	100%

Si non; pourquoi?

raison	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	64	100%
manque de moyens financier	0	0,0%
automédication	0	0,0%
autre	0	0,0%
TOTAL OBS.	64	100%

Quel est le facteur qui a le plus influencé le lieu classé en premier?

facteur de choix	Nb. cit.	Fréq.
coût abordable des prestations	9	14,1%
proximité de la structure	18	28,1%
bonne qualité de l'accueil	7	10,9%
Qualité des soins	24	37,5%
urgences	0	0,0%
autre	6	9,4%
TOTAL OBS.	64	100%

Lorsqu'un membre de la famille est malade, où se soigne-t-il?

membre malade	Nb. cit.	Fréq.
hôpital	33	51,6%
cabinet médical	7	10,9%
polyclinique	0	0,0%
clinique privée	2	3,1%
centre de santé	11	17,2%
poste de santé	8	12,5%
tradipraticien	3	4,7%
TOTAL OBS.	64	100%

Fréquentez-vous des cliniques hors de Kolda?

cliniques hors Kolda	Nb. cit.	Fréq.
non	51	79,7%
oui	13	20,3%
TOTAL OBS.	64	100%

Quel est votre niveau de revenu personnel mensuel?

niveau de revenu	Nb. cit.	Fréq.
moins de 100 000	22	34,4%
100 000-200 000	18	28,1%
200 000-300 000	11	17,2%
300 000-500 000	8	12,5%
500 000 et plus	5	7,8%
TOTAL OBS.	64	100%

Moyenne = 2,31 Ecart-type = 1,28

Estimez vos dépenses personnelles mensuelles:

estimation dépenses	Nb. cit.	Fréq.
moins de 100 000	30	46,9%
100 000-200 000	16	25,0%
200 000-300 000	12	18,8%
300 000-500 000	5	7,8%
500 000 et plus	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Moyenne = 1,92 Ecart-type = 1,06

Estimez votre épargne personnelle mensuelle:

estimation épargne	Nb. cit.	Fréq.
moins de 100 000	55	85,9%
100 000-200 000	4	6,3%
200 000-300 000	4	6,3%
300 000-500 000	0	0,0%
500 000 et plus	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Moyenne = 1,25 Ecart-type = 0,71

Combien dépensez-vous pour les soins en moyenne lorsqu'un membre de la famille est malade?

coût moyen des soins	Nb. cit.	Fréq.
moins de 100 000	58	90,6%
100 000-200 000	6	9,4%
200 000-300 000	0	0,0%
300 000-500 000	0	0,0%
500 000 et plus	0	0,0%
TOTAL OBS.	64	100%

Moyenne = 1,09 Ecart-type = 0,29

Existe-t-il des cliniques à Kolda?

existence de cliniques	Nb. cit.	Fréq.
non	8	12,5%
oui	56	87,5%
TOTAL OBS.	64	100%

Fréquentez-vous ces cliniques?

fréquentation cliniques	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	3,1%
non	44	68,8%
oui	18	28,1%
TOTAL OBS.	64	100%

Si oui, que pensez-vous des prestations dans ces cliniques?

prestations cliniques	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	46	71,9%
très cher	1	1,6%
cher	5	7,8%
moyen	6	9,4%
acceptable	6	9,4%
TOTAL OBS.	64	100%

Moyenne = 2,94 Ecart-type = 0,94

Cochez ces structures si elles existent à Kolda:

existence	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	50	78,1%
laboratoire biologique privé	0	0,0%
maternité privée	7	10,9%
clinique d'échographie	3	4,7%
salle de rééducation (musculatioi	6	9,4%
TOTAL OBS.	64	

Avez-vous connaissance de l'existence d'une polyclinique ici?

existence polyclinique	Nb. cit.	Fréq.
non	64	100%
oui	0	0,0%
TOTAL OBS.	64	100%

Si oui, pensez-vous qu'elle satisfait ses clients (malades)?

satisfaction clients	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	64	100%
non	0	0,0%
oui	0	0,0%
TOTAL OBS.	64	100%

Quelles sont les prestations que vous souhaiteriez que la future polyclinique couvre?

prestations souhaitées	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	3,1%
consultations	62	96,9%
vaccinations	49	76,6%
analyses	59	92,2%
accouchements	57	89,1%
hospitalisations	57	89,1%
médicaments	45	70,3%
actes chirurgicaux	57	89,1%
échographie	56	87,5%
musculature	42	65,6%
ambulance	51	79,7%
autre	8	12,5%
TOTAL OBS.	64	100%

Prix proposés : Proposez un prix pour les consultations

prix de consultations	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	27	42,2%
Moins de 1000	7	10,9%
De 1000 à 2000	15	23,4%
De 2000 à 3000	7	10,9%
De 3000 à 4000	3	4,7%
De 4000 à 5000	1	1,6%
De 5000 à 6000	1	1,6%
Plus de 6000	3	4,7%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 300, Maximum = 10000
Somme = 79050
Moyenne = 2136,49 Ecart-type = 2337,87

Prix proposés : Proposez un prix pour les hospitalisations

prix d'hospitalisation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	34	53,1%
Moins de 1000	1	1,6%
De 1000 à 2000	13	20,3%
De 2000 à 3000	4	6,3%
De 3000 à 4000	4	6,3%
De 4000 à 5000	1	1,6%
De 5000 à 6000	2	3,1%
Plus de 6000	5	7,8%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 0, Maximum = 10000
Somme = 89200
Moyenne = 2973,33 Ecart-type = 2645,22

Prix proposés : Proposez un prix pour les vaccinations

prix des vaccinations	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	37	57,8%
Moins de 1000	18	28,1%
De 1000 à 2000	6	9,4%
De 2000 à 3000	2	3,1%
De 3000 à 4000	0	0,0%
De 4000 à 5000	0	0,0%
De 5000 à 6000	0	0,0%
Plus de 6000	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 0, Maximum = 10000
Somme = 25400
Moyenne = 940,74 Ecart-type = 1894,88

Prix proposés : Proposez un prix pour les analyses

prix des analyses	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	32	50,0%
Moins de 1000	1	1,6%
De 1000 à 2000	13	20,3%
De 2000 à 3000	6	9,4%
De 3000 à 4000	4	6,3%
De 4000 à 5000	2	3,1%
De 5000 à 6000	3	4,7%
Plus de 6000	3	4,7%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 500, Maximum = 10000
Somme = 86600
Moyenne = 2706,25 Ecart-type = 2129,66

Prix proposés : Proposez un prix pour les accouchements

prix des accouchements	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	36	56,3%
Moins de 50000,00	27	42,2%
De 50000,00 à 100000,00	0	0,0%
De 100000,00 à 150000,00	0	0,0%
De 150000,00 à 200000,00	0	0,0%
De 200000,00 à 250000,00	0	0,0%
De 250000,00 à 300000,00	0	0,0%
Plus de 300000,00	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 0, Maximum = 300000
Somme = 434500
Moyenne = 15517,86 Ecart-type = 56067,17

Prix proposés : Proposez un prix pour les médicaments

prix des médicaments	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	48	75,0%
Moins de 5000,00	6	9,4%
De 5000,00 à 10000,00	3	4,7%
De 10000,00 à 15000,00	5	7,8%
De 15000,00 à 20000,00	0	0,0%
De 20000,00 à 25000,00	0	0,0%
De 25000,00 à 30000,00	1	1,6%
Plus de 30000,00	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 0, Maximum = 30000
Somme = 130350
Moyenne = 8146,88 Ecart-type = 8501,56

Prix proposés : Proposez un prix pour les échographies

prix des échographies	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	39	60,9%
Moins de 4000	5	7,8%
De 4000 à 6000	10	15,6%
De 6000 à 8000	3	4,7%
De 8000 à 10000	2	3,1%
De 10000 à 12000	3	4,7%
De 12000 à 14000	0	0,0%
Plus de 14000	2	3,1%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 2500, Maximum = 15000
Somme = 162500
Moyenne = 6500,00 Ecart-type = 3388,09

Prix proposés : Proposez un prix pour les musculatures

prix des musculatures	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	46	71,9%
Moins de 2000	2	3,1%
De 2000 à 4000	5	7,8%
De 4000 à 6000	5	7,8%
De 6000 à 8000	1	1,6%
De 8000 à 10000	0	0,0%
De 10000 à 12000	4	6,3%
Plus de 12000	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 1000, Maximum = 15000
 Somme = 101500
 Moyenne = 5638,89 Ecart-type = 3913,80

Prix proposés : Proposez un prix pour le transport

prix du transport	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	39	60,9%
Moins de 3000	16	25,0%
De 3000 à 6000	7	10,9%
De 6000 à 9000	0	0,0%
De 9000 à 12000	1	1,6%
De 12000 à 15000	0	0,0%
De 15000 à 18000	0	0,0%
Plus de 18000	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 0, Maximum = 20000
 Somme = 73000
 Moyenne = 2920,00 Ecart-type = 4184,99

Prix proposés : Proposez un prix pour les autres prestations

prix des autres presta	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	47	73,4%
Moins de 6000	15	23,4%
De 6000 à 12000	1	1,6%
De 12000 à 18000	0	0,0%
De 18000 à 24000	0	0,0%
De 24000 à 30000	0	0,0%
De 30000 à 36000	0	0,0%
Plus de 36000	1	1,6%
TOTAL OBS.	64	100%

Minimum = 500, Maximum = 40000
 Somme = 71000
 Moyenne = 4176,47 Ecart-type = 9457,04

BIBLIOTHEQUE

Si oui, quels sont les trois(3) principaux lieux de recours aux soins? Classez-les dans les cases.

lieux soins	Nb. cit. (rang 1)	Fréq.	Nb. cit. (rang 2)	Fréq.	Nb. cit. (rang 3)	Fréq.	Nb. cit. somme	Fréq.
hôpital	35	54,7%	12	18,8%	16	25,0%	63	98,4%
centre de santé	16	25,0%	28	43,8%	8	12,5%	52	81,3%
cabinet médical	7	10,9%	6	9,4%	3	4,7%	16	25,0%
clinique privée	3	4,7%	5	7,8%	14	21,9%	22	34,4%
polyclinique	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
poste de santé	2	3,1%	8	12,5%	13	20,3%	23	35,9%
tradipraticien	1	1,6%	5	7,8%	10	15,6%	16	25,0%
TOTAL OBS.	64		64		64		64	

Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans votre région? Citez-les par ordre d'importance.

maladies plus fréquentes	Nb. cit. (rang 1)	Fréq.	Nb. cit. (rang 2)	Fréq.	Nb. cit. (rang 3)	Fréq.	Nb. cit. (rang 4)	Fréq.	Nb. cit. (rang 5)	Fréq.	Nb. cit. (rang 6)	Fréq.	Nb. cit. (rang 7)	Fréq.	Nb. cit. (somme)	Fréq.
paludisme	60	93,8%	2	3,1%	2	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	64	100%
infections respiratoires	3	4,7%	21	32,8%	15	23,4%	11	17,2%	12	18,8%	2	3,1%	0	0,0%	64	100%
diarrhée	0	0,0%	20	31,3%	9	14,1%	16	25,0%	12	18,8%	4	6,3%	3	4,7%	64	100%
infections cutanées	1	1,6%	6	9,4%	17	26,6%	12	18,8%	13	20,3%	14	21,9%	1	1,6%	64	100%
malnutrition	0	0,0%	7	10,9%	7	10,9%	9	14,1%	15	23,4%	24	37,5%	2	3,1%	64	100%
anémie	0	0,0%	6	9,4%	11	17,2%	12	18,8%	11	17,2%	17	26,6%	7	10,9%	64	100%
SIDA	0	0,0%	2	3,1%	3	4,7%	4	6,3%	1	1,6%	3	4,7%	51	79,7%	64	100%
TOTAL OBS.	64		64		64		64		64		64		64		64	

Comment financez-vous les dépenses de santé des membres de votre famille?

financement des dépenses	Nb. cit.	Fréq.
avec les revenus du ménage	29	45,3%
j'appartiens à un Institut de Prévoyance Maladie (IPI)	10	15,6%
prise en charge de l'Etat	4	6,3%
assurance	5	7,8%
solidarité familiale	9	14,1%
aides	0	0,0%
emprunt d'argent	2	3,1%
autre	5	7,8%
TOTAL OBS.	64	100%

Quels sont selon vous les obstacles qui peuvent faire échouer un projet de création d'une polyclinique à Kolda?

obstacles possibles	Nb. cit.	Fréq.
la cherté des services	48	75,0%
la non qualification du personnel	45	70,3%
l'accueil	30	46,9%
les conditions difficiles de vie des population	28	43,8%
autre	0	0,0%
TOTAL OBS.	64	

Annexe 5 :

**Résultats du questionnaire des prestataires :
iris a plat (sphinx)**

Nom de la structure :

- 1 : Centre Hospitalier Régional de Kolda
- 2 : Centre Hospitalier régional de Kolda
- 3 : Centre Hospitalier Régional de Kolda
- 4 : Centre Hospitalier Régional de Kolda
- 5 : Centre Hospitalier Régional de Kolda
- 6 : Centre Hospitalier Régional de Kolda
- 7 : Cabinet Para Médical Privé (Saliou DAO)
- 8 : Poste de santé BOUNAKANE
- 9 : Centre Hospitalier Régional de Kolda
- 10 : Centre de Santé de Kolda
- 11 : District Sanitaire de Kolda
- 12 : Centre Hospitalier régional de Kolda
- 13 : District Sanitaire de Kolda
- 14 : Centre de santé de Kolda
- 15 : District Sanitaire de Kolda
- 16 : District Sanitaire de Kolda
- 17 : Centre Médical de Garnison
- 18 : Centre Médical Garnison de Kolda
- 19 : Centre Médical de Garnison
- 20 : Structure privée à domicile
- 21 : Clinique privée à domicile
- 22 : ASBEF Antenne de Kolda

Titre de la personne :

- 1 : Technicien Supérieur de santé- chef du service soins infirmiers
- 2 : Chef de service de la Radiologie&Imagerie médicale
- 3 : Comptable-chef de division de la gestion du personnel
- 4 : Assistant Social
- 5 : Chef des services administratifs et financiers
- 6 : Sage-femme d'Etat
- 7 : Agent sanitaire-spécialiste des grandes endémies en retraite
- 8 : infirmière
- 9 : Technicien Supérieur en Ophtalmologie
- 10 : Infirmier- Major
- 11 : Responsable de l'éducation de l'information pour la santé
- 12 : Chef de service du Laboratoire
- 13 : Technicien Supérieur de santé- Imagerie Médicale(Radiologie)
- 14 : Technicien Supérieur en Odontologie
- 15 : Infirmière
- 16 : Technicien Biologiste

- 17 : technicien de Labo
- 18 : Infirmier Major
- 19 : Médecin Militaire
- 20 : Tradipraticien- ancien ICP
- 21 : Infirmier spécialiste en ophtalmologie tropical
- 22 : Coordinateur Régional

Quelle est la nature de la structure ?

nature struct	Nb. cit.	Fréq.
hôpital	8	36,4%
centre de santé	9	40,9%
poste de santé	1	4,5%
clinique	1	4,5%
cabinet médical	1	4,5%
autres, précisez	0	0,0%
autre	2	9,1%
TOTAL OBS.	22	100%

Si 'autre', précisez :

- 20 : tradipraticien
- 21 : Dispensaire privé

Votre structure dispose de combien de services ?

nbre de services	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2,00	4	18,2%
De 2,00 à 4,00	0	0,0%
De 4,00 à 6,00	1	4,5%
De 6,00 à 8,00	0	0,0%
De 8,00 à 10,00	3	13,6%
De 10,00 à 12,00	6	27,3%
Plus de 12,00	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 1, Maximum = 19

Somme = 248

Moyenne = 11,27 Ecart-type = 6,78

Quel est l'effectif total du personnel médical au sein de votre structure ?

effectif personnel	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 30,00	5	22,7%
De 30,00 à 60,00	3	13,6%
De 60,00 à 90,00	6	27,3%
De 90,00 à 120,00	0	0,0%
De 120,00 à 150,00	0	0,0%
De 150,00 à 180,00	0	0,0%
Plus de 180,00	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 1, Maximum = 181

Somme = 1985

Moyenne = 90,23 Ecart-type = 73,86

Effectif par catégorie : Catégorie Médecins

Medecin	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 1,17	5	22,7%
De 1,17 à 2,33	3	13,6%
De 2,33 à 3,50	6	27,3%
De 3,50 à 4,67	0	0,0%
De 4,67 à 5,83	0	0,0%
De 5,83 à 7,00	0	0,0%
Plus de 7,00	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 7

Somme = 80

Moyenne = 3,64 Ecart-type = 2,82

Effectif par catégorie : Catégorie pharmaciens

Pharmacien	Nb. cit.	Fréq.
val = 0	11	50,0%
val = 1	11	50,0%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 1

Somme = 11

Moyenne = 0,50 Ecart-type = 0,51

Effectif par catégorie : Catégorie techniciens Supérieurs

Techniciens sup	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 1,67	5	22,7%
De 1,67 à 3,33	9	40,9%
De 3,33 à 5,00	0	0,0%
De 5,00 à 6,67	0	0,0%
De 6,67 à 8,33	0	0,0%
De 8,33 à 10,00	0	0,0%
Plus de 10,00	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 10

Somme = 101

Moyenne = 4,59 Ecart-type = 4,29

Effectif par catégorie : Catégorie Sages-femmes

Sage-femme	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 1,17	5	22,7%
De 1,17 à 2,33	0	0,0%
De 2,33 à 3,50	3	13,6%
De 3,50 à 4,67	0	0,0%
De 4,67 à 5,83	6	27,3%
De 5,83 à 7,00	0	0,0%
Plus de 7,00	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 7

Somme = 96

Moyenne = 4,36 Ecart-type = 2,68

Effectif par catégorie : Catégorie infirmiers-infirmières

infirmiers	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2	5	22,7%
De 2 à 4	0	0,0%
De 4 à 6	0	0,0%
De 6 à 8	8	27,3%
De 8 à 10	0	0,0%
De 10 à 12	0	0,0%
Plus de 12	11	50,0%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 20

Somme = 212

Moyenne = 9,64 Ecart-type = 6,71

Effectif par catégorie : Catégorie Aides-soignants

Aide-soignants	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2	4	18,2%
De 2 à 4	1	4,5%
De 4 à 6	0	0,0%
De 6 à 8	0	0,0%
De 8 à 10	3	13,6%
De 10 à 12	6	27,3%
Plus de 12	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 28

Somme = 319

Moyenne = 14,50 Ecart-type = 11,07

Effectif par catégorie : Catégorie garçons et filles de salle

Garçon et Fille de salle	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 1,00	6	27,3%
De 1,00 à 2,00	2	9,1%
De 2,00 à 3,00	0	0,0%
De 3,00 à 4,00	0	0,0%
De 4,00 à 5,00	0	0,0%
De 5,00 à 6,00	6	27,3%
Plus de 6,00	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 6

Somme = 80

Moyenne = 3,64 Ecart-type = 2,66

Effectif par catégorie : Catégorie Autres

Autres	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 10	8	36,4%
De 10 à 20	0	0,0%
De 20 à 30	0	0,0%
De 30 à 40	6	27,3%
De 40 à 50	0	0,0%
De 50 à 60	0	0,0%
Plus de 60	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 108

Somme = 1086

Moyenne = 49,36 Ecart-type = 47,35

Quelle est la capacité totale d'accueil de la structure ?

capacité accueil	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	4,5%
Moins de 20	4	18,2%
De 20 à 40	3	13,6%
De 40 à 60	6	27,3%
De 60 à 80	0	0,0%
De 80 à 100	0	0,0%
De 100 à 120	0	0,0%
Plus de 120	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 143

Somme = 1459

Moyenne = 69,48 Ecart-type = 60,60

Le nombre de chambres d'hospitalisation

chambres d'hospit	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 2	5	22,7%
De 2 à 4	2	9,1%
De 4 à 6	0	0,0%
De 6 à 8	0	0,0%
De 8 à 10	0	0,0%
De 10 à 12	0	0,0%
Plus de 12	15	68,2%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 52

Somme = 530

Moyenne = 24,09 Ecart-type = 22,45

Le nombre de salles d'accouchement

salles d'accouchement	Nb. cit.	Fréq.
val = 0	8	36,4%
val = 1	6	27,3%
val = 2	0	0,0%
val = 3	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 3

Somme = 30

Moyenne = 1,36 Ecart-type = 1,33

Le nombre de laboratoires

laboratoire	Nb. cit.	Fréq.
val = 0	5	22,7%
val = 1	17	77,3%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 1

Somme = 17

Moyenne = 0,77 Ecart-type = 0,43

Le nombre de lits

lits	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 20	5	22,7%
De 20 à 40	3	13,6%
De 40 à 60	6	27,3%
De 60 à 80	0	0,0%
De 80 à 100	0	0,0%
De 100 à 120	0	0,0%
Plus de 120	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 143

Somme = 1459

Moyenne = 66,32 Ecart-type = 60,96

Le nombre de salles

salles	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	7	31,8%
Moins de 10	7	31,8%
De 10 à 20	0	0,0%
De 20 à 30	0	0,0%
De 30 à 40	0	0,0%
De 40 à 50	0	0,0%
De 50 à 60	0	0,0%
Plus de 60	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 97

Somme = 795

Moyenne = 53,00 Ecart-type = 48,71

Le nombre de pharmacies

pharmacies	Nb. cit.	Fréq.
val = 0	3	13,6%
val = 1	13	59,1%
val = 2	6	27,3%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 2

Somme = 25

Moyenne = 1,14 Ecart-type = 0,64

Le nombre de salles de rééducation

salles de rééducation	Nb. cit.	Fréq.
val = 0	11	50,0%
val = 1	3	13,6%
val = 2	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 0, Maximum = 2

Somme = 19

Moyenne = 0,86 Ecart-type = 0,94

La structure dispose-t-elle d'équipements médicaux ?

équipements	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	9,1%
radiologie	14	63,6%
échographie	9	40,9%
cabinet dentaire	17	77,3%
chirurgie	17	77,3%
génécologie	10	45,5%
ophtamologie	9	40,9%
autre	10	45,5%
TOTAL OBS.	22	100%

Le personnel médical est-il suffisant dans la structure ?

personnel strucutre	Nb. cit.	Fréq.
non	19	86,4%
oui	3	13,6%
TOTAL OBS.	22	100%

La structure a-t-elle des difficultés financière ?

capacité financière	Nb. cit.	Fréq.
non	7	31,8%
oui	15	68,2%
TOTAL OBS.	22	100%

Quelles sont les prestations que vous offrez aux patients ?

prestations aux clients	Nb. cit.	Fréq.
soins	21	95,5%
planification familiale	18	81,8%
médicaments	20	90,9%
chirurgie	18	81,8%
CPN	19	86,4%
CPoN	16	72,7%
vaccination	12	54,5%
accouchement	14	63,6%
hospitalisation	18	81,8%
analyse de laboratoire	17	77,3%
examen médical (échographie, radiologie et autre)	14	63,6%
autre	8	36,4%
TOTAL OBS.	22	

Si 'autre', précisez :

- 1 : fibroscopie
- 4 : kinésithérapie, appareillage
- 6 : SAA, Césarienne, intervention gynéco
- 7 : Petite chirurgie
- 9 : Soins oculaires et chirurgie oculaire
- 12 : fibroscopie
- 19 : Evacuation sanitaire
- 22 : IEC

Quels sont vos principaux clients ?

principaux clients	Nb. cit.	Fréq.
particuliers à leur frais	22	100%
Etat	11	50,0%
entreprise privée	10	45,5%
IPM	12	54,5%
mutuelles de santé	13	59,1%
autre	4	18,2%
TOTAL OBS.	22	

Si 'autre', précisez :

- 5 : Les Assurances
- 8 : population du quartier
- 12 : Plan SESAM, IPRES
- 21 : Des malades venant de la Gambie, Guinée-Bissau, guinée Conakry

Quels sont les différents types de médicaments que la structure délivre à ses patients ?

type de médicament	Nb. cit.	Fréq.
génériques	21	95,5%
spécialités	7	31,8%
TOTAL OBS.	22	

Connaissez-vous des problèmes d'approvisionnement en médicament ?

appro en médicament	Nb. cit.	Fréq.
non	6	27,3%
oui	16	72,7%
TOTAL OBS.	22	100%

Arrive-t-il de transférer certains de vos malades ?

transférer des malades	Nb. cit.	Fréq.
non	0	0,0%
oui	22	100%
TOTAL OBS.	22	100%

Où les transférez-vous le plus souvent ?

lieu de référence	Nb. cit.	Fréq.
hôpital	19	86,4%
cabinet médical	0	0,0%
centre de santé	3	13,6%
poste de santé	0	0,0%
clinique privée	0	0,0%
polyclinique	0	0,0%
TOTAL OBS.	22	100%

Quelles sont les maladies qui font le plus souvent l'objet de ces transferts ?

maladies objet de référence	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	3	13,6%
paludisme	1	4,5%
infections respiratoires	13	59,1%
diarrhée	0	0,0%
infections cutanées	0	0,0%
malnutrition	1	4,5%
anémie	2	9,1%
sida	2	9,1%
TOTAL OBS.	22	100%

Pour l'année 2008, veuillez nous indiquer pour quelques services, le nombre de cas annuels traités

certain cas traités	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	15	68,2%
Moins de 2000	1	4,5%
De 2000 à 4000	2	9,1%
De 4000 à 6000	0	0,0%
De 6000 à 8000	0	0,0%
De 8000 à 10000	0	0,0%
De 10000 à 12000	3	13,6%
Plus de 12000	1	4,5%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 583, Maximum = 15000

Somme = 55998

Moyenne = 7999,71 Ecart-type = 5457,74

Quels sont les coûts moyens des principales maladies (Médicaments inclus) ?

coûts moyens	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	13	59,1%
Moins de 8000	4	18,2%
De 8000 à 16000	4	18,2%
De 16000 à 24000	0	0,0%
De 24000 à 32000	0	0,0%
De 32000 à 40000	0	0,0%
De 40000 à 48000	0	0,0%
Plus de 48000	1	4,5%
TOTAL OBS.	22	100%

Minimum = 1000, Maximum = 50000

Somme = 99700

Moyenne = 11077,78 Ecart-type = 14957,59

A votre avis, quelles sont les difficultés auxquelles sont confrontés les malades qui fréquentent votre structure?

- 1 : Paiement des coûts des prestations (hospitalisation, opération)
- 2 : Paiement des frais de prestation difficile
- 3 : Problème de paiement des médicaments
- 4 : Manque de moyens et la pauvreté des patients
- 5 : prise en charge du coût des hospitalisations et des médicaments
- 7 : Difficultés financières
- 8 : Difficultés financières
- 9 : Difficultés financières et d'accessibilité
- 11 : Pauvreté des populations pour faire face à leurs frais de soins.
- 12 : Difficultés financières pour recouvrer leur frais
- 13 : Problème de communication souvent
- 15 : Problème financier
- 18 : difficultés financières
- 19 : Manque de moyens, Retard de consultation, bilan para clinique
- 20 : Problèmes de moyens financiers
- 21 : Problème de moyens financiers
- 22 : Problèmes financiers

Avez-vous déjà signé un contrat de partenariat avec une clinique ?

contrat de partenariat	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	4,5%
non	21	95,5%
oui	0	0,0%
TOTAL OBS.	22	100%

Si non, pourquoi?

- 1 : Il n'existe pas dans toute la région de Kolda des cliniques spécialisées.
- 3 : Il n'existe pas de cliniques spécialisées à Kolda
- 4 : Le besoin n'est pas encore ressenti
- 5 : L'opportunité ne s'est pas encore présentée
- 7 : Manque d'information et de contact
- 8 : Il ya une seule clinique qui existe ici
- 9 : je ne connais pas de clinique ici
- 10 : Pas de clinique spécialisée à Kolda
- 11 : Il n'existe pas de clinique privée à Kolda
- 12 : Nous avons un plateau technique plus performant
- 13 : Il n'ya pas de clinique à Kolda
- 14 : Charge travail oblige, pas d'offre aussi
- 15 : Pas de proposition
- 17 : Nous n'avons pas le droit
- 18 : Nous sommes une structure militaire
- 19 : Nous sommes militaires et nous n'avons pas ce droit
- 20 : je n'ai aucun contact de partenariat avec une clinique
- 21 : il n'ya pas de clinique spécialisée en ophtalmologie ici
- 22 : Inexistence de clinique moderne à Kolda

Veuillez mentionner vos avis et suggestions:

- 1 : Les hôpitaux sont confrontés à des problèmes financiers et manque ou déficit de personnel qualifié.
- 7 : Grand salut pour cette idée. Je suggère de faire en sorte que les populations aient confiance surtout
- 8 : Notre poste de santé ne dispose pas de logement pour le personnel, pas de maternité pour les accouchements.
- 11 : RAS
- 13 : Il faut améliorer les conditions de travail du personnel de santé et leur prestation.
- 19 : Augmenter les services du centre médical de Garnison
- 21 : Il faut un chirurgien ophtalmo pour la ville de Kolda
- 22 : Une bonne chose pour les populations pourvue que le coût des prestations ne soit pas trop élevé



LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR L'OUVERTURE D'UNE CLINIQUE

Les cliniques privées sont réglementées par le décret 77-745 du 20 septembre 1977, instituant la liste de pièces ci-dessus comme suit étant obligatoire pour l'ouverture d'une clinique :

- ✓ Une demande adressée au Ministre de la Santé et de la Prévention médicale, avec adresse exacte du lieu d'installation et la catégorie de clinique ;
- ✓ Clinique d'Accouchement ;
- ✓ Clinique Chirurgicale ;
- ✓ Clinique médicale, ;
- ✓ Clinique mixte ; ✓

La dimension des locaux et l'équipement matériel d'une clinique mixte sont déterminés en fonction d'un nombre théorique de lits qui se calcule comme suit :

- ✓ Clinique médicale, chirurgicale et d'accouchement, le nombre théorique de lits par nature d'activité est fixé à la moitié de la capacité totale d'accueil ;
- ✓ Clinique médicale et chirurgicale, clinique médicale et chirurgicale et d'accouchement ;
- ✓ Clinique chirurgicale et d'accouchement : le nombre théorique de lits par nature d'activité est fixé aux trois quarts de la capacité totale d'accueil ;
- ✓ Une copie certifiée conforme du diplôme ;
- ✓ Diplôme étranger copie certifiée conforme plus homologation ;
- ✓ Un extrait de naissance datant moins de 3 mois ;
- ✓ Un certificat de nationalité sénégalaise ;
- ✓ Un extrait de casier judiciaire datant moins de 3 mois ;



.../...

- ✓ Un acte attestant que le demandeur n'est pas en activité dans la fonction publique, si agent de l'Etat (Décision de retraite, Acte de démission ou Décision de radiation) ; avec cachet nominatif pour tout autre cas.
- ✓ Une enveloppe timbrée portant l'adresse exacte du demandeur ;
- ✓ Un numéro de téléphone ;
- ✓ Avis du Médecin-chef du lieu d'implantation.
- ✓ Un curriculum vitae ;
- ✓ Une copie l'égalisée de (s) diplôme (s) ;
- ✓ Un plan de masse visé par le cadastre ;
- ✓ Une présentation du projet d'installation informant sur ;
- ✓ Les objectifs visés ;
- ✓ Les différentes activités à mener ;
- ✓ Le fonctionnement ;
- ✓ Les installations ;
- ✓ L'équipement ;
- ✓ Les tarifs honoraires pratiqués ;
- ✓ Le personnel (effectif et contrat de travail) ;
- ✓ Le coût de l'investissement ;
- ✓ Les normes de sécurités en cas d'incendie pour l'exploitation (urbanisme) ;
- ✓ Assurance.