



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

**CESAG SANTE**

**MBA ECONOMIE DE LA SANTE  
(MBA-ES)**

**POUR L'OBTENTION DU MBA ECONOMIE DE LA SANTE  
21<sup>ème</sup> Promotion  
Année Académique : 2018-2019**



**ANALYSE DES COUTS DE LA CESARIENNE  
DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE  
L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

**Présenté par :**

**Mlle Yédjoutchari Diane SEKONGO**

**Encadré par :**

**Dr El Hadji GUEYE**

**Enseignant permanent au CESAG**

**Avril 2020**

## **DEDICACE**

Je dédie ce mémoire à :

Feu Père SEKONGO Sangalaya de ce qu'il s'est investi beaucoup avec amour et détermination pour mon éducation et mes études.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont à l'endroit de :

Mon encadreur Dr El Hadji GUEYE pour son temps accordé à la rédaction de mon mémoire, ses conseils et remarques qui m'ont permis de mener à bien ce travail ;

Mes oncles SEKONGO Jean, SEKONGO Kitcha, SEKONGO Frédéric et SEKONGO Kifori pour leur soutien moral et financier ;

Mon fiancé AKA Kouakou Bruno pour son aide et ses encouragements ;

Madame Aïssatou SY NDIAYE, Directrice de l'Institut d'Hygiène Sociale pour m'avoir accepté au sein de sa structure sanitaire ;

Mademoiselle Fatou Sy pour son aide lors de mes collectes de données ;

Tout le personnel médical du service gynécologie de l'Institut d'Hygiène Sociale pour le temps qu'ils m'ont consacré durant ma collecte de données ;

Monsieur DIATTA, Directeur des Ressources Humaines de l'Institut d'Hygiène sociale pour son aide durant mon stage ;

Ma mère adoptive YEO Aby pour l'éducation reçue et son soutien de tous les jours ;

Ma mère biologique KONE Mili Naminata pour ses prières et encouragements ;

Monsieur ADOMBI Ulrish, Consultant Economiste de la santé pour son suivi à mon égard et ses conseils lors de ma rédaction de mémoire ;

Madame SEYE Mously, Assistante des programmes MBA-GSS et MBA-ES pour ses conseils et orientations ;

Tous les stagiaires de la 21<sup>ème</sup> promotion du MBA-ES de l'année académique 2018-2019 pour l'esprit familial.

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ABC</b>	Activity Based Costing
<b>ABM</b>	Activity Based Management
<b>ACMU</b>	Agence de la Couverture Maladie Universelle
<b>AOF</b>	Afrique Occidentale Française
<b>ANSD</b>	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
<b>CARMMA</b>	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CFA</b>	Communauté Financière Africaine
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>DRH</b>	Directeur des Ressources Humaines
<b>EPS</b>	Etablissement Public de Santé
<b>H</b>	Hypothèse
<b>HALD</b>	Hôpital Aristide Le Dantec
<b>HAS</b>	Haute Autorité de la Santé
<b>IHS</b>	Institut d'Hygiène Sociale
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>ORL</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
<b>PGAC</b>	Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne
<b>SAF</b>	Service Administratif Financier
<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>TRC</b>	Taux de Recouvrement des Créances

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : les étapes utilisées par les auteurs pour le calcul de coût.....	12
Tableau 2 : Phases, étapes techniques et outputs du modèle d'analyse de coût.....	24
Tableau N°3 : Répartition du personnel selon leur statut.....	34
Tableau N°4: Dépenses d'investissement. ....	35
Tableau N°5 : Ressources financières.....	36
Tableau N°6 : les services de soins et les prestations offertes. ....	36
Tableau N°7: types d'accouchements. ....	45
Tableau N°8: les activités, leurs processus ainsi que les codifications.....	54
Tableau N°9: Récapitulative des charges du personnel médical (en FCFA).....	56
Tableau N°11 : les charges liées aux consommables.....	59
Tableau N°12: les charges liées à l'administration (en FCFA).....	60
Tableau N°13: charges liées à la pharmacie (en FCFA).....	61
Tableau N°14: les ressources consommées par la césarienne et leurs montants .....	63
Tableau N°15: les inducteurs de ressources et leur volume.....	64
Tableau N°16: les inducteurs d'activités et leurs volumes .....	66
Tableau N°17: répartition des volumes.....	70
Tableau N°18 : coûts unitaires des inducteurs d'activités (en FCFA).....	73
Tableau N°19 : Coût total des produits (en FCFA).....	77
Tableau N°20 : Coût unitaire et résultats des deux types de césarienne (en FCFA).....	77
Tableau N°21 : calcul des TRC réel de nos produits (en FCFA).....	79

## LISTE DES FIGURES

Figure N°1 : des coûts aux produits .....	11
Figure N°2 : conseils de la parturiente à respecter avant l'acte opératoire.....	43
Figure N°3: répartition des types d'accouchements. ....	46
Figure N°4 : circuit des deux types de césariennes.....	49
Figure N°5 : répartition des charges la main d'œuvre entre l'Etat et l'IHS .....	81
Figure N°6 : répartition du coût unitaire de la césarienne pour les acteurs .....	82
Figure N°7 : répartition des ressources consommées par la césarienne.....	83

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 : guide d'entretiens.....	92
Annexe 2 : kit de la césarienne. ....	93
Annexe 3 : l'ordonnance après l'acte chirurgical.....	94
Annexe 4 : répartition des inducteurs de ressource.....	95
Annexe 5 : répartition des ressources entre les activités.....	97
Annexe 6 : répartition des coûts des inducteurs d'activité et calcul du coût unitaire des produits.....	98
Annexe 7 : calcul de l'amortissement des locaux de la gynécologie.....	99

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## SOMMAIRE

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS .....	II
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES ANNEXES.....	VI
SOMMAIRE .....	VII
RESUME.....	VIII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	7
CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE .....	8
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE.....	21
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....	39
CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU PROCESSUS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CESARIENNE A L'HOPITAL DE L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR....	40
CHAPITRE 4 : CALCULS DES COÛTS ET ANALYSES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CÉSARIENNE.....	52
CONCLUSION .....	85
BLBLIOGRAPHIE.....	87
ANNEXES .....	91
TABLE DE MATIERES.....	100

## **RESUME**

La césarienne est une intervention chirurgicale mise en place pour sauver la vie de la mère et de l'enfant. Ayant compris la délicatesse de cet acte pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le Sénégal a donc mis en place depuis 2005 la politique de la gratuité de la césarienne dans tous les hôpitaux publics. Ainsi l'ACMU procède par un remboursement au forfait de 85 000 FCFA par césarienne aux structures sanitaires. Cette politique mise en place suscitera donc la nécessité d'une étude d'analyse de coût de la césarienne dans les structures sanitaires publiques pour connaître le coût réel de la césarienne. C'est dans ce contexte que notre étude portant sur l'analyse des coûts de la césarienne dans le contexte de gratuité au sein de l'Institut d'Hygiène Sociale a eu pour objectif général de calculer le coût de la prise en charge d'une césarienne pour la structure d'accueil. Pour ce faire, nous avons eu recours à la méthode de la comptabilité par activité qui nous a permis d'estimer les coûts de productions de la césarienne. En prenant en compte toutes les ressources dont dispose la structure sanitaire, le calcul de coût nous a permis d'obtenir les coûts unitaires des deux types de césariennes avec la somme de 395 685,88 FCFA pour la césarienne d'urgence et 147 543,89 FCFA pour la césarienne programmée. Ces résultats nous ont permis de montrer que le coût supporté par la structure sanitaire est élevé par rapport à celui de l'Etat ce qui a été vérifié par notre première hypothèse.

## INTRODUCTION GENERALE

### CONTEXTE GENERAL

Sur une projection à long terme, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a estimé l'évolution de la population mondiale qui passera de 6,2 milliards habitants en 2000 à 8,6 milliards habitants en 2030 (ONU, 2019). Cette évolution démographique a induit une importante croissance de la demande et de l'offre de soins, particulièrement dans les pays en développement, qui enregistrent par conséquent une hausse des dépenses des services de santé. Selon le rapport publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les dépenses en santé, celles-ci augmentent rapidement, en particulier dans les pays à revenu faible, où l'augmentation est de 6% par an en moyenne contre 4% dans les pays à revenu élevé (OMS, 2018a :1).

L'augmentation des dépenses entrainera un problème d'accès aux soins de santé des groupes vulnérables tels que les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. On assiste donc à un taux de mortalité maternelle et infantile élevé. L'OMS a montré qu'entre 1990 et 2015, le taux mondial de mortalité maternelle (soit le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) n'a diminué que de 2,3% par an (OMS, 2018b). Néanmoins, la baisse de la mortalité maternelle s'est accélérée à partir de 2000. Pour la CARMMA (Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique) malgré les progrès accomplis, 57 % de tous les décès maternels surviennent sur le continent africain, ce qui fait de l'Afrique la région du monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé (CARMMA, 2013 :1). Mais les taux de mortalité maternelle varient d'un pays à l'autre.

Au Sénégal, l'Enquête Continue Cinquième Phase 2017 réalisée par l'Agence Nationale de la Statistiques et de la Démographie(ANSD), le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et la Cellule de Lutte contre la Malnutrition montre un taux de mortalité maternelle en baisse mais considérable qui est de 236 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (ANSD et al, 2018 : 12).

Pour baisser davantage ce taux, le Sénégal a mis en œuvre une Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne (PGAC) qui a été déployée en 2005 dans cinq régions essentiellement pauvres (Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick et Matam) dans le but d'augmenter le nombre d'accouchements dans les établissements de santé. Cette politique a

été étendue à tous les hôpitaux régionaux (à l'exception de ceux de Dakar) un an plus tard. La PGAC prend en charge les accouchements normaux dans les cliniques et centres de santé, ainsi que les césariennes dans les hôpitaux régionaux et de district, pour toutes les femmes enceintes.

Dans ce cadre, le gouvernement a procédé à la mise en place de blocs opératoires et d'un équipement adéquat pour la prise en charge des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) dans les centres de santé. Sont concernées par cette gratuité toutes les structures de santé publiques du pays qui sont en mesure de pratiquer la césarienne à savoir les hôpitaux, les centres de santé, les centres de santé avec bloc opératoire et les structures de santé qui assurent des SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence). Les bénéficiaires sont toutes les femmes sénégalaises en état de grossesse dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à une césarienne. Dans le cadre de la gratuité de la césarienne, l'État donne un forfait de 85 000 FCFA aux hôpitaux pour chaque césarienne réalisée. Ce forfait couvre l'acte opératoire, le bilan préopératoire, le kit de médicaments et de produits consommables accompagnant ledit acte, le séjour hospitalier n'excédant pas cinq (05) jours, les produits et les médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle et le bilan y afférent.

## **CONTEXTE SPECIFIQUE**

La politique de gratuité mise en place dans les hôpitaux suscitera donc l'intérêt d'une analyse des coûts hospitaliers qui s'inscrit dans le cadre de la comptabilité analytique hospitalière. En effet, elle est un outil de gestion et de pilotage permettant de connaître les coûts et les résultats des différentes fonctions concourant à la production des soins. Elle fournit également les éléments d'informations nécessaires au management pour éclairer les décisions de gestion et d'organisation.

L'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) est un Etablissement Public de Santé de niveau 1 (EPS 1) qui prend en charge la majorité des problèmes de santé de la population de Dakar plus précisément ceux de la commune de Médina. Il dispose de plusieurs services dont le service gynécologie-obstétrique. Nous disposons de deux types d'accouchement au sein de ce service tels que l'accouchement par voie basse et l'accouchement par césarienne. Notre étude portera sur l'accouchement par césarienne. De ce fait, ce service effectue deux types de césariennes qui sont la césarienne d'urgence et la césarienne programmée. Avant l'acte opératoire, les

patientes payent le kit de la césarienne à hauteur de 60 000 FCFA. A l'IHS le kit de la césarienne ne rentre pas dans le cadre de la gratuité pour deux raisons. La première est que la somme de 85 000 FCFA que donne la CMU (Couverture Maladie Universelle) ne parvient pas à couvrir la totalité des dépenses. La deuxième raison est due au fait que le kit qui rentre en compte dans la gratuité ne comprend pas tous les produits qu'il faut pour l'opération. Vu cela l'IHS a donc décidé d'élaborer son propre kit qui prend en compte tous les produits qu'il faut pour un travail de qualité. Ainsi leur kit est composé de vingt-sept (27) produits dont vingt (20) sont utilisés au bloc opératoire et sept (07) en salle de suites opératoire ou la patiente est gardée pendant quatre (04) jours ou plus selon son état avant sa libération. Quant au séjour d'hospitalisation n'excédant pas cinq (05) jours, l'acte opératoire, le bilan préopératoire, les produits et les médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle sont payés par la CMU dans le cadre de la gratuité de la césarienne.

## **JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

Face aux contraintes financières, il est nécessaire d'optimiser les ressources mobilisées. Ainsi l'étude des coûts est l'un des outils essentiels à la gestion des ressources afin de chiffrer les dépenses, de déterminer les grandes lignes de la planification et de choisir entre différentes alternatives stratégiques. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre thème intitulé: « analyse des coûts de la césarienne dans le contexte de gratuité : cas de l'hôpital de l'institut d'hygiène sociale de Dakar ».

## **PROBLEMATIQUE**

Plusieurs études ont été faites sur l'analyse des coûts de la césarienne au Sénégal. En ce qui concerne l'Institut d'Hygiène Sociale aucune étude sur l'analyse des coûts de la césarienne n'a été effectuée en son sein afin de l'aider dans sa fonction mais aussi d'orienter les politiques à une bonne prise de décision dans le cadre de la gratuité de la césarienne. Ainsi le problème se définit comme suit: la méconnaissance des coûts de la césarienne de l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) de Dakar.

Comme causes de ce problème, nous pouvons citer :

- l'absence de comptabilité analytique ;

- la complexité de la mise en place d'une comptabilité analytique ;
- la complexité des calculs des coûts.

Les conséquences issues de la méconnaissance des coûts sont :

- l'inefficience dans l'utilisation des différentes ressources ;
- la réduction de la qualité de la césarienne dans les hôpitaux publics ;
- le mauvais pilotage de l'organisation et des activités de l'hôpital.

Pour corriger le problème, la solution à proposer à l'IHS est : de faire une analyse ponctuelle des coûts.

## **QUESTIONS DE RECHERCHE**

La question à se poser dans le cadre de notre étude est de savoir : quel est le coût de la prise en charge d'une césarienne pour l'IHS de Dakar ?

Les questions spécifiques théoriques et pratiques qui seront répondues dans la suite de l'étude sont :

- Quelles sont les différentes méthodes du calcul des coûts, ainsi que la démarche, les outils et les techniques de la méthode ABC pour la prise en charge de la césarienne ?
- Quelles sont les activités relatives au processus d'accouchement par césarienne de l'IHS de Dakar ?
- Quels sont les coûts des différentes activités et celui de la césarienne ?
- Quelles sont les solutions pour la maîtrise du coût de la césarienne ?

## **OBJECTIFS DE RECHERCHE**

L'objectif général de cette étude est de calculer le coût de la prise en charge d'une césarienne à l'IHS de Dakar.

Plus spécifiquement, cette étude vise à:

- décrire les différentes méthodes du calcul des coûts, ainsi que la démarche, les outils et les techniques de la méthode ABC ;
- analyser les activités du processus de prise en charge de la césarienne à l'IHS de Dakar;
- calculer les coûts des différentes activités ainsi que celui de la césarienne ;
- proposer des solutions pour la maîtrise du coût de la césarienne.

### **HYPOTHESE DE RECHERCHE**

En se basant sur nos objectifs, une hypothèse ressort de cette recherche. Ainsi elle est formulée de la manière suivante :

Le coût d'une césarienne supportée par l'IHS est significativement plus élevé que le coût fixé par ACMU.

### **INTERET DE L'ETUDE**

L'intérêt de cette étude d'analyse de coût au sein de l'IHS se situera à deux niveaux :

➤ **pour l'entité**

Cette étude permettra à l'IHS de prendre connaissance du coût de la césarienne qu'il supporte, de vérifier l'adéquation de sa tarification au regard des coûts ainsi calculés et d'utiliser de façon rationnelle les ressources mises à sa disposition.

➤ **pour l'auteur du document**

Quant à nous, elle permettra de nous familiariser avec le milieu professionnel, de s'approprier au travail de recherche pour l'aide à la prise de décision et de créer une ouverture pour les études de coûts à l'IHS.

## **DELIMITATION DE L'ETUDE**

Cette étude prendra en compte les deux types de césariennes effectuées à l'IHS (la césarienne d'urgence et la césarienne programmée). Seront incluses dans le calcul des coûts toutes les activités liées directement et indirectement à la césarienne ainsi que les charges administratives du service gynécologie. Le calcul des coûts se fera par la méthode ABC (Activity Based Costing) et la phase ABM (Activity Based Management) sera prise en compte. Dans notre étude de coût par la méthode ABC, les calculs se limiteront à la répartition des charges par acteurs (l'IHS et l'Etat).

## **INTRODUCTION DE LA METHODOLOGIE**

La méthodologie retenue pour la réalisation de cette étude sera axée sur trois grands points à savoir : la revue de littérature, l'exploitation des données secondaires de l'hôpital et enfin les données primaires à collecter sur le terrain. L'exploitation des données secondaires se fera par une analyse documentaire des dossiers obstétricaux. Pour la collecte des données primaires nous procéderons par des observations et les entretiens. Les observations sur le terrain consisteront à relever toutes les activités liées à la césarienne, à élaborer la cartographie mettant en évidence le circuit du patient c'est-à-dire toutes les étapes par lesquelles les femmes subissant la césarienne passent et les personnes qu'elles rencontrent à chacune de ces étapes. Les entretiens avec le personnel consisteront à identifier les ressources de chaque activité et permettront d'avoir des informations sur les inducteurs de ressources et d'activités. Toutes les informations seront recueillies par un bloc note pour ensuite être saisies et analyser à l'aide d'un tableur Excel.

## **ANNONCE DU PLAN**

Cette étude de coût s'articulera autour de deux grandes parties à savoir: le cadre théorique et le cadre pratique. Le cadre théorique comportera deux chapitres dont le premier est la revue de la littérature et le second la méthodologie et le cadre de l'étude. Le cadre pratique comprendra également deux chapitres : d'une part, le chapitre 3 décrivant les processus de la prise en charge de la césarienne et d'autre part, le chapitre 4 présentant la mise en œuvre sur le terrain du calcul des coûts, les résultats qui en découlent, et leur analyse.



**PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE**

## CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE

Ce chapitre met en scène la méthode ABC et montre comment elle peut être mise en pratique à travers ses phases et étapes. Il faut noter également que plusieurs auteurs ont abordé cette méthode et expliqué sa démarche, ses outils et les techniques utilisés pour une bonne analyse de coût avec la méthode ABC. Malgré qu'ils l'ont abordé de différente manière, le contenu de leurs étapes sont pratiquement les mêmes dans l'ensemble. Ce qui a permis de faire une synthèse de ces étapes et de les regrouper en trois phases pour une meilleure compréhension de notre analyse. Après avoir exposé cela, la dernière section de ce chapitre sera consacrée aux avantages et limites de cette méthode par rapport à l'ancienne méthode qui est la méthode des sections homogènes.

### 1.1 Présentation de la méthode ABC.

L'évolution des modes de production, de gestion des stocks, de la technologie, des conditions du marché ainsi que la multiplication des produits proposés aux patients ont entraîné une modification de la structure des coûts. On assiste à un accroissement sensible des charges indirectes qui sont : l'informatisation (c'est-à-dire l'enregistrement des dossiers des parturientes au moyen des ordinateurs) et le contrôle du produit ainsi qu'à une diminution des charges directes (main-d'œuvre directe) (Michel & al. 2014).

Afin de prendre en compte ces changements et de répondre aux nouveaux besoins de gestion des structures sanitaires, une nouvelle méthode des coûts complets intitulée : les coûts à base d'activités, ou méthode ABC (Activity Based Costing) est proposée (Collet & al. 2014).

Cette méthode est fondée sur l'analyse transversale (chaîne de valeur) des différents processus de la structure sanitaire plutôt que sur la division des coûts par fonctions. Elle intègre un niveau de coût supplémentaire : le coût des activités, dont l'étude est prépondérante par rapport à celle des produits ; elle permet de mieux comprendre l'origine des coûts. L'analyse des charges indirectes est plus fine et leur mode de répartition est plus pertinent que dans la méthode « classique » des coûts complets (Grandguillot & al. 2004).

### **1.1.1 Introduction à la méthode ABC.**

La méthode ABC, appelée aussi comptabilité d'activités, a fait son apparition dans les textes académiques de comptabilité de gestion. Plus tard dans la décennie, elle a été suivie et complétée par la méthode ABM (Activity Based Management) (Alcouffe & al. 2004 : 56). Au début des années 1980, les premiers systèmes des coûts par des activités ont été appliqués aux Etats-Unis. L'objectif essentiel était de remédier les distorsions dans les coûts observés dans un grand nombre des entreprises américaines, qui déterminaient des décisions erronées. Le concept de la méthode ABC, initié par R. Cooper et R. Kaplan, part de la constatation que ce ne sont pas les produits qui consomment les ressources mais les activités, et les diverses activités de l'entreprise sont utilisées par les produits (Wegmann. 2006).

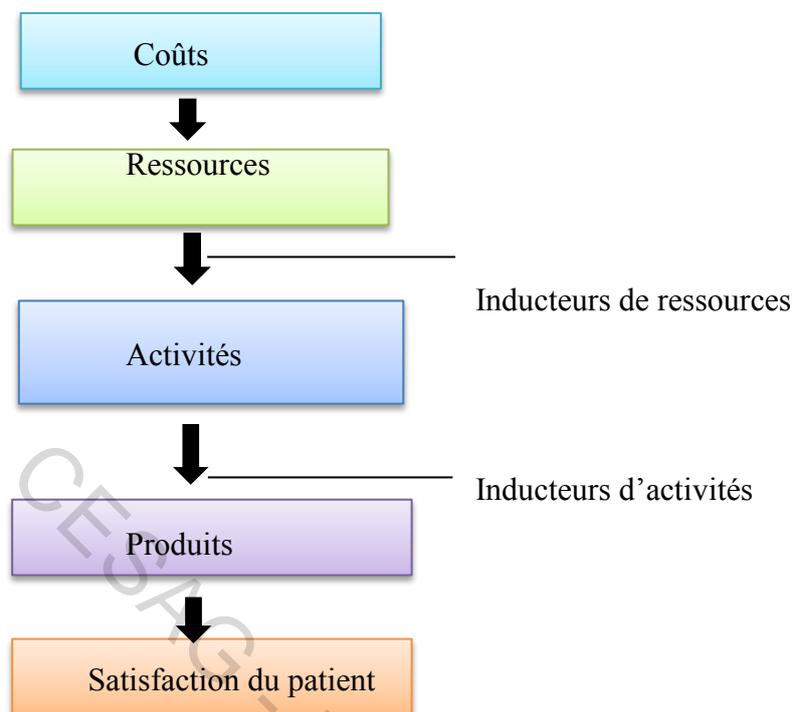
L'intérêt porté à la méthode ABC en tant qu'outil d'aide à la décision, résulte en grande partie de préoccupations liées aux modifications récentes intervenues dans ce système d'offre. Conçue à l'origine comme un moyen pour les grandes entreprises de réduire le coût des fournitures, la coopération s'est au fil du temps généralisée à l'ensemble des catégories d'entreprises quelle que soit leur taille (Chanegrih & al. 1998).

Pour Grandguillot & al. (2012) la méthode ABC a pour objectifs d'identifier pour chaque produit les activités qu'il consomme. Elle permet de calculer d'un grand nombre d'objets de coûts : coût des activités, coût des processus, coût des produits, afin d'améliorer la prise de décision, de mesurer les conséquences d'une décision relative à un produit sur les activités de l'entreprise. A titre d'exemple, le recours à la sous-traitance, la détermination des coûts de revient des produits plus pertinents que ceux issus de la méthode classique, grâce à une analyse plus fine des facteurs de coûts, d'expliquer la consommation de ressources (charges indirectes). Pour mieux comprendre la source des coûts et leur comportement afin d'améliorer la qualité des prises de décision et la performance de l'entreprise on repère :

- les activités qui créent le plus de valeur pour le patient ;
- celles que la structure a intérêt à développer ;
- celles qu'il est préférable d'externaliser.

Pour Hugues. (2011) le principe de base de la méthode est que les produits ne génèrent pas directement des coûts mais, au contraire, que les coûts sont les dépenses nécessaires pour se procurer des ressources (hommes, machines, matières) grâce auxquelles on effectue des activités qui contribuent à réaliser le produit, à le vendre et, finalement, à satisfaire le patient.

Figure N°1 : des coûts aux produits



**Source** : nous-même à partir de Hugues. (2011).

### 1.1.2. Les différentes méthodes de calculs de coûts.

Le calcul des coûts par la méthode ABC peut prendre en compte deux de ces méthodes suivantes : la méthode du coût variable, la méthode du coût direct et la méthode du coût complet. Dans notre cas, les deux méthodes qui seront utilisées sont : la méthode du coût complet et du coût direct.

#### ➤ la méthode des coûts directs

La méthode des coûts directs permet de calculer et d'analyser des marges sur coûts directs par produit ou par activité afin d'en mesurer la performance. Dans le cadre de notre étude, cette méthode sera utilisée non seulement pour le calcul de coût des césariennes mais aussi pour la détermination de la contribution de chaque produit (césarienne d'urgence et césarienne programmée) à la couverture des charges communes. L'intérêt de cette méthode est donc de mesurer l'apport fait par les différents produits ou activités à la couverture des charges

communes (Grandguillot & al. 2012). Sa limite est la méconnaissance des coûts unitaires de revient des objets de coûts.

➤ **la méthode de coûts complets**

Cette méthode est constituée par l'ensemble des charges qui peuvent lui être affectées, même les charges de structure (Torset & al. 2017). Elle sera utile pour faire des analyses de rentabilité de nos deux produits qui sont la césarienne d'urgence et la césarienne programmée. Comme dans la méthode des coûts directs, on procède à la répartition des charges indirectes fixes et des charges indirectes variables entre les objets de coûts. Elle a comme avantage la connaissance des coûts aux différentes phases d'élaboration et de distribution du produit ainsi que la détermination du prix de vente et du résultat dégagé. Ses inconvénients sont les traitements des charges indirectes mal adaptées aux nouveaux modes de production et l'ignorance du comportement des charges face à une variation du niveau d'activité (Grandguillot & al. 2019).

## **1.2 Démarche, outils, techniques, avantages et limites de la méthode ABC.**

### **1.2.1 Démarche, outils et techniques de la méthode ABC.**

Il faut noter avant de commencer que dans la démarche ABC proposée seront inclus les outils et les techniques. Pour l'élaboration de la démarche ABC, les étapes de quelques auteurs ont été utilisées à savoir : Raffish & al. (1991); Hugues. (2011); Bouquin. (1993) et Selmer. (2018). Le tableau ci-dessous illustre donc les étapes de ces auteurs.

**Tableau 1 : les étapes utilisées par les auteurs pour le calcul de coût.**

<b>Bouquin. H (1993)</b>	<b>Selmer, Caroline. (2018)</b>	<b>Hugues, Olivier (2011)</b>	<b>Raffish &amp; al. (1991)</b>
<p><b>Etape 1 :</b> dressage de la liste des activités</p> <p><b>Etape 2 :</b> classification des activités en processus</p> <p><b>Etape 3:</b> détermination de ressources consommées</p> <p><b>Etape 4 :</b> détermination des inducteurs de ressource</p> <p><b>Etape 5 :</b> répartir les ressources entre les activités</p> <p><b>Etape 6 :</b> identifier les inducteurs d'activités</p> <p><b>Etape 7 :</b> répartir le volume des inducteurs entre les ressources</p> <p><b>Etape 8 :</b> calculer le</p>	<p><b>Etape 1 :</b> identification des activités</p> <p><b>Etape 2 :</b> identification des ressources</p> <p><b>Etape 3 :</b> affectation des ressources aux activités par les inducteurs de ressources</p> <p><b>Etape 4 :</b> inventaire des inducteurs pertinents, assurant la traçabilité et faisant varier le volume de l'activité</p> <p><b>Etape 5 :</b> relever des inducteurs consommés par les axes d'analyse</p> <p><b>Etape 6 :</b> calcul du coût unitaire des inducteurs</p> <p><b>Etape 7 :</b> imputation</p>	<p><b>Etape 1 :</b> identification des processus</p> <p><b>Etape 2 :</b> identification des activités</p> <p><b>Etape 3 :</b> détermination des ressources</p> <p><b>Etape 4 :</b> recherche des inducteurs de coûts</p> <p><b>Etape 5 :</b> calcul du coût unitaire de l'inducteur</p> <p><b>Etape 6 :</b> affectation de coût des activités au produit</p> <p><b>Etape 7 :</b> calcul des coûts des produits</p> <p><b>Etape 8:</b> analyse de la performance (ABM) à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité</li> <li>- Le délai</li> </ul>	<p><b>Etape 1 :</b> identification des activités</p> <p><b>Etape 2 :</b> identification des ressources</p> <p><b>Etape 3 :</b> affectation des ressources aux activités grâce aux inducteurs de ressources</p> <p><b>Etape 4 :</b> identifier les inducteurs de ressources pour chaque activité</p> <p><b>Etape 5 :</b> calculer le taux d'inducteur pour chaque activité</p> <p><b>Etape 6 :</b> allouer les coûts des activités aux objets de coûts en utilisant un taux d'inducteur</p> <p><b>Etape 7 :</b> calculer le coût total et par unité</p>

<p>coût des inducteurs</p> <p><b>Etape 9</b> : répartir le coût des inducteurs calculés</p> <p><b>Etape 10</b> : l'ABM</p>	<p>du coût des activités aux axes d'analyse.</p> <p><b>Etape 8</b> : calculer la rentabilité des produits</p> <p><b>Etape 9</b> : analyser et améliorer la performance des activités et des processus (ABM) à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le coût</li> <li>- La valeur ajoutée</li> </ul>	<p>- Le coût</p>	<p>des objets de coûts</p> <p><b>Etape 8</b> : utiliser le coût unitaire pour calculer la profitabilité des produits</p> <p>Etape 9 : analyse de la performance (ABM) à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité</li> <li>- Le délai</li> <li>- Le coût</li> </ul>
--	--	------------------	---

**Source** : nous-même

Après une synthèse des étapes de ces auteurs dans le tableau ci-dessus, il convient de regrouper ces étapes en trois phases qui sont : l'analyse des activités, Activity Based Costing (ABC) et la gestion par activité (ABM). Chaque phase présentée est composée de plusieurs étapes qui seront expliquées par la suite.

**Phase 1 : analyse des activités.**

A travers notre synthèse, nous avons identifié dans cette phase deux étapes. Il faut noter que la première étape qui est l'identification des processus n'a été abordé que par Bouquin. (1993) et Hugues (2011) sur les quatre auteurs. Quant à l'étape 2, ces quatre auteurs l'ont abordé. Ainsi ces étapes sont :

**Etape 1.1 : identification des processus.**

Selon Hugues. (2011) pour l'identification des processus il faudra observer au sein de l'entreprise le parcours du client puis interroger les membres du personnel sur l'intervention des autres services dans le fonctionnement de leurs activités. Ces informations permettront par la suite d'identifier les types de processus à prendre en compte tels que le processus métier

qui réalise la mission de l'entité, le processus support qui représente le service de la maintenance et le processus de pilotage qui est le service administratif (Dumenil. 2018). Allant dans le même sens Alazard & al. (2018) signifient la nécessité d'établir la cartographie des processus, regroupés en deux familles qui sont le processus support (composé des activités administratives et de la maintenance) et le processus de réalisation (composé des activités directement liées au produit) et présenté sous forme d'une liste arborescente à deux niveaux (processus et activités).

Collet & al. (2014) signifient que l'identification des processus prend en compte le parcours du patient au sein de l'entité mais également les autres services qui participent au fonctionnement du service concerné. Ainsi, ces processus déterminés permettront de regrouper par la suite les activités afin de mieux organiser la suite du travail et d'avoir une certaine compréhension des processus qui seront retenus (les processus support et le processus administratif) après des interviews auprès des responsables du service en question (Engel & al. 2015).

### **Etape 1.2 : identification des activités de chaque processus.**

Les activités décrivent ce que font les différents services concernés dans l'étude de coût; l'entreprise apparaît alors comme un ensemble d'activités ayant des liens entre elles au sein de processus identifiés (Alazard & al. 2018).

Selon Margotteau & al. (2019) les activités sont déterminées à l'aide d'entretiens menés avec les responsables des activités concernées par le périmètre de l'étude ou par observation. Mallard. (2005) dans son étude menée au service de chirurgie, souligne que dans le processus de prise en charge, deux groupes d'activités doivent être identifiées à savoir les activités fondamentales directement liées aux patients et les activités de soutien qui viennent en appui aux activités fondamentales.

Pour Nobre & al. (2002) dans son étude sur l'analyse des coûts de la chirurgie infantile menée au sein d'un centre hospitalier universitaire explique que toutes les étapes du circuit du patient dans le service sont concernées y compris le bloc opératoire et la salle de réveil dans la détermination des activités.

Cette étape consiste à identifier toutes les activités incluses dans chaque processus. Pour mener à bien l'identification des activités, il va falloir se fixer des critères de sélectivité afin de retenir suffisamment d'activités pour que le coût soit le plus précis possible mais pas trop non plus afin de ne pas alourdir inutilement le processus de calcul (Torset & al. 2017).

Selon Doriath & al. (2011) si certaines activités sont peu consommatrices de ressources et participent faiblement à la création de valeur de la structure sanitaire, on peut alors décider de ne pas les faire apparaître dans le modèle. Du fait de leur faible poids économique, cette élimination déforme peu la représentation recherchée par la modélisation.

## **Phase 2 : ABC.**

Grâce aux étapes de Raffish & al. (1991); Hugues. (2011); Bouquin. (1993) et Selmer. (2018) sept étapes ont été identifiées dans cette phase.

### **Etape 2.1 : détermination des ressources de chaque activité identifiée en phase 1.**

Dans cette étape, il s'agit de déterminer les ressources consommées par chaque activité ainsi que leurs coûts c'est-à-dire les ressources qui seront intégrées dans le périmètre d'analyse et de calcul des coûts (Denis & al. 2016). Cette détermination passe par l'identification de trois types de ressources dans le cadre d'une analyse de coûts à savoir les ressources humaines, matérielles et les consommables (Pottier. 2004). Ainsi la détermination des ressources se fait par entretiens avec les responsables des activités mais également par observation (Lardy & al. 2001). Pour ce qui concerne les coûts des ressources humaines, ils relèvent du Directeur des ressources humaines et celui des ressources matérielles et consommables relèvent du Comptable matière (Doriath. 2007).

### **Etape 2.2 : identification des inducteurs des ressources et leurs volumes.**

Les inducteurs sont déterminés ici en fonction des types de ressources disponibles et cela est perçu tant en milieu hospitalier qu'à tout autre entité (Chanegrih & al. 1998). Pour cela, il faudra dresser pour chaque ressource une liste de plusieurs inducteurs soit à travers la revue ou en fonction des ressources. Après avoir dressé la liste des inducteurs, il va falloir en

choisir pour chaque ressource un seul qui devra être quantitatif, disponible et accessible. Allant dans le domaine hospitalier Zofia & al. (2000) dans son étude sur les inducteurs appliqués dans le secteur hospitalier montre que dans une étude de coût avec la méthode ABC plusieurs inducteurs devront être définis par ressource pour ensuite en choisir un seul par ressource.

### **Etape 2.3 : répartition des inducteurs de ressource entre les activités identifiées.**

Une fois les catégories de ressources déterminées, il convient d'en répartir les coûts sur les activités qui les consomment (Grandguillot & al 2018). Cette répartition s'effectue en utilisant les inducteurs de ressource et leurs volumes identifiés dans l'étape précédente. Étant donné que chaque ressource se voit dotée d'un seul et unique inducteur, il est nécessaire de ne regrouper en son sein que des charges qui ont un inducteur commun. Dans le cas contraire, et afin d'éviter d'introduire des biais trop importants dans les calculs, il vaudra mieux séparer les charges dont le montant est important en différentes ressources (Alcouffe & al. 2013).

### **Etape 2.4 : identification des inducteurs d'activités et leurs volumes.**

À chaque activité doit être associé un inducteur, variable permettant de mesurer l'activité (Leclère. 2011). Il s'agira ici pour chaque activité d'énumérer une liste d'inducteurs en fonction de la nature de l'activité (Véronique. 2009). En faisant une matrice dont les lignes correspondent aux inducteurs et les colonnes aux activités, il est alors possible d'identifier les inducteurs les plus fréquents et de repérer le nombre d'inducteurs par activité (Denis & al. 2016). Elle peut se faire également par une revue qui permettra d'avoir pour chaque activité les indicateurs adéquats pour ensuite aboutir au choix d'un seul indicateur qui devra être quantitatif, accessible et disponible (Kaldjob & al. 2014). Allant pratiquement dans le même sens, Grandguillot & al. (2015) souligne dans son livre que le choix de l'inducteur à retenir doit être basé sur trois critères qui sont :

- L'inducteur qui prend le mieux en compte l'échelle de complexité du produit, du service ;
- L'inducteur qui présente la meilleure linéarité entre la quantité d'inducteur d'activité et l'activité ;
- Et au-delà, la facilité d'obtention de l'information.

**Etape 2.5 : répartition du volume des inducteurs d'activités entre les produits ou objets de coûts.**

Il s'agit de déterminer, pour chaque objet de coût, les activités auxquelles il a recours et la quantité d'inducteurs consommée par ces activités (Alazard & al. 2018). Pour Dobler & al. (2009) cela se fait en établissant pour chaque produit une fiche qui indique les activités qu'il utilise, ainsi que le nombre d'inducteurs de chacune des activités. Il en résulte que le coût d'un produit sera constitué des coûts des différentes activités utilisées. Ainsi la répartition des volumes totaux consiste à affecter à chaque produit les quantités de volume d'activités utilisé et cela grâce aux inducteurs retenus par activités (Dobler & al. 2009).

**Etape 2.6 : calcul de coût des inducteurs de chaque activité.**

Selon Margotteau et al (2019), le calcul de coût des inducteurs consiste à calculer pour chaque activité le coût de l'inducteur. Ainsi la formule est présentée comme suite :

$$\text{Coût de l'inducteur d'activité} = \frac{\text{coût de l'inducteur}}{\text{volume de l'inducteur}} \text{ sachant que :}$$

- Le coût de l'inducteur est le montant total affecté à l'activité.
- Le volume de l'inducteur est le nombre total d'unités d'inducteur de l'activité.

**Etape 2.7 : repartir les coûts des inducteurs d'activités calculés entre les produits ou objets de coûts.**

Selon Alcouffe & al. (2013) pour chaque objet de coût, les volumes d'inducteurs d'activités consommés sont multipliés par les coûts unitaires de chaque inducteur afin d'obtenir le coût des différentes activités consommées. Ainsi la répartition consiste à affecter les coûts des inducteurs retenus aux activités de chaque produit selon leur consommation.

**Phase 3 : la gestion par activité (ABM)**

Pour Alazard & al. (2018) l'ABM est définie comme une méthode de management de l'entreprise qui doit permettre un pilotage stratégique de l'organisation dans le but d'améliorer la performance par des démarches de progrès continu. Dans le cadre de cette

étude, elle nous permettra d'effectuer des analyses de nos deux produits mais aussi de proposer des axes pour la maîtrise des activités.

Ainsi selon Selmer, Caroline. (2018), Hugues. (2011) et Raffish & al. (1991) cette phase comprend une seule étape qui est :

### **Etape 3.1 : analyse de la performance des produits**

Dans cette étape, il s'agit d'analyser les attributs des activités qui sont : la valeur ajoutée, le coût, le délai, la qualité. Selon Hugues. (2011) elle concerne l'analyse détaillée des activités en se référant à la qualité, aux délais prévus et aux coûts. Ainsi Pour Raffish & al. (1991) la performance concerne tout d'abord le produit (ou la prestation), qui doit être de qualité (Q), servi dans les délais prévus (D), en maîtrisant les coûts (C). Par contre pour Selmer, Caroline. (2018) l'analyse et l'amélioration de la performance se fait au travers de deux spectres qui sont : le coût et la valeur ajoutée. Après une synthèse des différents attributs utilisés par ces auteurs, nous avons retenu quatre à savoir la valeur ajoutée, le coût, la qualité et le délai.

#### ▪ **La valeur ajoutée et coût**

Selon Malleret. (2009) la valeur ajoutée est la valeur aperçue par le patient en termes d'activité ou les activités qui ajoutent de la valeur au client. Dans le cadre de la césarienne, cela consiste à faire une liste de toutes les activités et de demander aux femmes césarisées de les évaluer sur une échelle. Quant aux coûts, il s'agit de voir ici quelles sont les activités les plus coûteuses et les moins coûteuses (Alcouffe & al. 2004). Ainsi pour Selmer, Caroline. (2018) les activités sont classées en quatre groupes :

- celles ayant une valeur perçue faible, mais réalisées à moindre coût ;
- celles ayant une valeur perçue faible, mais réalisées à coût élevé : il est recommandé de les supprimer, ou au moins de diminuer les volumes d'inducteurs de ressources et d'activités ;
- celles ayant une valeur perçue élevée, réalisée avec un coût faible : ces activités sont à maintenir tout en continuant à en maîtriser le coût ;
- celles ayant une valeur perçue élevée, réalisées avec un coût élevé : on s'attachera à en maintenir le niveau d'excellence, tout en cherchant à en réduire le coût.

▪ **Le délai.**

Pour Mevellec. (2002) il s'agit de voir les activités qui consomment plus de temps et celles qui consomment moins de temps. Pour cette étude, il s'agira d'énumérer les activités de la césarienne qui consomment plus ou moins de temps.

▪ **La qualité.**

Selon Hugues. (2011) l'analyse de performance au travers de la qualité consiste à voir les activités qui sont sources de non qualité.

### **1.2.2 Avantages et limites de la méthode ABC.**

➤ **Avantages de l'ABC par rapport à la méthode des sections homogènes.**

Pour Torset & al. (2017) les particularités de la méthode ABC au regard de la méthode traditionnelle (les sections homogènes) sont:

- Dans la méthode ABC, on va raisonner en termes d'activités contribuant à la création de valeur du bien ou du service vendu ;
- La notion de centres auxiliaires et de centres principaux disparaît ;
- Il n'y a plus de vision « verticale » et fonctionnelle de l'entreprise mais un découpage transversal (horizontalité) ;
- La production n'est plus la seule activité génératrice de coûts. Il faut prendre en compte toutes les activités situées en amont (début) et en aval (fin) de la production.

Pour Michel & al. (2014) la différence entre l'ABC et la méthode des sections homogènes fondée sur les centres d'analyse est que les ressources sont affectées à des inducteurs de ressources et non directement à des produits. De plus, ces inducteurs de ressources sont attribués à des activités, qui sont elles-mêmes allouées à des inducteurs d'activités et finalement aux objets de coût. Selon Mallard. (2005) dans la méthode traditionnelle (méthode des sections homogènes), les produits consomment les ressources alors que dans la méthode ABC, ce sont les activités qui consomment les ressources et les produits qui consomment les activités. C'est ainsi que pour Selmer. (2018) elle favorise :

- une meilleure compréhension des coûts (directs et indirects) liés à chaque produit ;
- une réduction des frais généraux grâce à la réduction des capacités en excès ;
- un management basé sur le pilotage des coûts.

La méthode ABC est donc plus qu'un simple outil d'imputation des coûts, elle peut constituer un outil de pilotage des activités d'une entreprise dans le but d'optimiser l'allocation des ressources. Malgré sa pertinence dans l'estimation et la maîtrise des coûts de revient par rapport à la méthode des sections homogènes, cette méthode présente également des limites.

➤ **Limites de l'ABC.**

Selon Dobler & al. (2009) sa mise en œuvre est parfois complexe et coûteuse. En effet, sa vocation à mieux décrire la réalité des entreprises, et notamment leur complexité, reste souvent un frein à son utilisation. Ici le coût est à la fois financier et organisationnel. En effet, le coût financier de la mise en œuvre de la méthode ABC explique la réticence de certaines entreprises à l'adopter. Par ailleurs, dans certains cas les entreprises craignent que l'abondance d'informations détaillées nuise à leur analyse. Pour Hedhili. (2013) la mise en place et la maintenance du modèle ABC, en particulier dans les grandes entreprises est coûteuse dans la réalisation des interviews et enquêtes nécessaires à la construction du modèle d'activité représentatif de l'entreprise. Le recensement des activités de grande taille et la valorisation des coûts des activités, ainsi que le volume consommé ne sont pas des tâches faciles et supposent la mise en place d'un système d'information comptable performant, or, ceci sous-tend des dépenses énormes.

## **CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE.**

Dans ce chapitre, il est question de montrer la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude de coût mais aussi la présentation de la structure sanitaire d'accueil au sein de laquelle s'est effectuée la collecte des données. Ce chapitre a pour but de faciliter, d'orienter et de donner une meilleure organisation pour les collectes de données afin d'aboutir à un résultat satisfaisant avec des objectifs précis. Pour parvenir à ces résultats des méthodes, techniques et outils de recherche s'imposent. Ainsi la méthodologie consiste à montrer le modèle utilisé avec ses phases et étapes mais aussi comment la collecte de données pour les étapes de chaque phase a été effectuée au sein de la structure sanitaire. Des outils seront également utilisés pour cette collecte de données à la suite du travail. Après cela, la dernière section sera consacrée à la présentation de l'entité qui consistera d'abord à présenter la structure de façon générale, ensuite à montrer son organisation et enfin à présenter le service portant sur notre étude.

### **2.1 Méthodologie de l'étude.**

La méthodologie de l'étude sera composée de deux parties. La première consistera à la présentation du modèle d'analyse de coût, des collectes de données, des types et périodes de l'étude. Quant à la deuxième partie, elle parlera de la description des variables et techniques de collecte de données.

#### **2.1.1 Présentation du modèle d'analyse de coût, collecte de données, types et période de l'étude.**

Dans cette section, il s'agira de présenter le modèle d'analyse de coût qui est la méthode ABC, de montrer les techniques par lesquels nous avons collecté les données mais aussi de préciser la période de l'étude.

##### **2.1.1. 1. Présentation du modèle d'analyse de coût.**

Le modèle d'analyse de coût choisi dans le cadre de cette étude est la méthode ABC. C'est elle qui permet de calculer le coût unitaire de la prise en charge des deux types de césariennes (césarienne d'urgence et césarienne programmée). Pour mener à bien l'étude de coût, les étapes de quatre auteurs à savoir Bouquin (1993), Selmer (2018), Hugues (2011) et Raffish & al (1991) ont été utilisées ce qui a permis de faire une synthèse pour en déterminer les phases et étapes à retenir dans le calcul de coût. Ainsi, trois phases en découlent de cette synthèse

avec chacune des étapes. La première phase qui est l'analyse des activités comprend deux étapes. La deuxième phase appelée ABC est composée de sept étapes et enfin la dernière phase nommée la gestion par activité (ABM) est constituée d'une seule étape. Ces phases et étapes sont ainsi présentées ci-dessous avec les techniques et outils utilisés pour les collectes de données.

### **Phase 1 : Analyse des activités.**

Selon la synthèse de Bouquin. (1993), Selmer. (2018), Hugues. (2011) et Raffish & al. (1991) cette phase comprend deux étapes qui sont :

- Identification des processus ;
- Identification des activités de chaque processus.

Les étapes de cette phase ont été déterminées par des entretiens avec le personnel médical et paramédical du service mais aussi par des observations. Ce qui a permis de faire ressortir le circuit de la patiente et d'élaborer le dictionnaire des activités. Par ces techniques, il était question de voir parmi les processus quelles sont celles à prendre en compte et à laisser. Cela concernera plus précisément le processus de l'administration générale qui ne sera pas pris en compte dans le calcul. Comme outils de collecte de données, nous aurons à utiliser un bloc note pour renseigner dans un premier temps les informations recueillies et après les saisir sur le tableur Excel.

### **Phase 2 : ABC.**

Grâce aux étapes de Raffish & al. (1991); Hugues. (2011); Bouquin. (1993) et Selmer. (2018) nous avons identifié sept étapes qui sont :

- Détermination des ressources de chaque activité identifiée en phase 1;
- Identification des inducteurs des ressources et leurs volumes ;
- Répartition des inducteurs de ressource entre les activités identifiées ;
- Identification des inducteurs d'activités et leurs volumes ;
- Répartition du volume des inducteurs d'activités entre les produits ou objets de coût ;

- Calcul de coût des inducteurs de chaque activité ;
  
- Repartir les coûts des inducteurs d'activités calculés entre les produits ou objets de coûts.  
La détermination de ces étapes sera effectuée grâce à des entretiens, des observations et des analyses documentaires. Pour la première, deuxième et troisième étape, les entretiens et les observations s'effectueront auprès des responsables de chaque activité afin d'avoir des informations fiables sur les ressources et le temps mis par activité. Quant à l'analyse documentaire, elle servira d'appui à la collecte de données dans la détermination des inducteurs à prendre en compte pour chaque activité. Pour les coûts de la main d'œuvre cela sera donné par le Directeur des ressources humaines suite à un entretien dans les étapes une et trois. Tout comme la première phase, les outils de collecte de données utilisés dans cette phase seront également le bloc note et le tableur Excel pour l'enregistrement des valeurs, montants, quantités et nature des ressources consommées. Toutes ces informations recueillies seront par la suite utilisées pour le calcul des coûts unitaires des deux types de césarienne.

### **Phase 3 : La gestion par activité (ABM).**

Selon Selmer. (2018), Hugues. (2011) et Raffish & al. (1991) cette phase comprend une seule étape qui est :

- analyse de la performance des produits.

La dernière phase sera effectuée par des entretiens avec les femmes ayant subi les deux actes chirurgicales (césarienne d'urgence et césarienne programmée) pour relever les activités importantes selon elles mais aussi voir leurs satisfactions par rapport à chaque activité. Cela se fera à travers une note que chaque femme donnera sur 10 pour l'utilité des activités et sur 100% pour leurs satisfactions. Le personnel affecté aux différentes activités de la prise en charge de la césarienne sera également interviewé quant aux utilités des activités de la césarienne. Ces informations qui seront recueillies par un bloc note nous permettront d'analyser la performance des produits et activités à travers leurs valeurs ajoutées, coûts, délais et qualités. C'est grâce à cette dernière phase que nous pourrions apporter des solutions pour l'amélioration des objets de coût.

Mais il faut signifier que pour manque d'information et d'indisponibilité du personnel dans la mise en pratique de la démarche citée plus haut, nous n'aborderons pas dans l'analyse de la performance la valeur ajoutée et la qualité.

Les phases, étapes, techniques et résultats (Outputs) énumérés sont ainsi présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 2 : Phases, étapes techniques et outputs du modèle d'analyse de coût.**

<b>Phases</b>	<b>Etapes</b>	<b>Techniques</b>	<b>Outputs</b>
<b>Analyse des activités</b>	Description du processus métier	Entretiens	Elaboration des processus
		Observations	
	Identification des activités	Entretiens	Dictionnaire des activités
		Observations	
<b>Activity Based Costing (ABC)</b>	Détermination des ressources de chaque activité	Entretiens	Nature et le montant des ressources
		Observations	
		Analyses documentaires	
	Identification des inducteurs de ressources	Entretiens	Volume des inducteurs de ressources
		Analyses documentaires	
	Répartition des inducteurs de ressources entre les activités	Analyses documentaires	- Volumes alloués aux activités des ressources - Coût par activités
		Analyse documentaire	
	Identification des inducteurs d'activités et leurs volumes	Entretiens	Volume des inducteurs d'activités
		Analyses documentaires	
	Répartition du volume des inducteurs d'activités entre les produits	Analyse documentaire	Volume alloué à chaque activité
Calcul du coût des inducteurs de chaque activité	Analyses documentaires	Coûts des inducteurs d'activités	
Répartition du coût des inducteurs d'activités calculés entre les produits	Analyses documentaires	Coût unitaire des produits	
<b>La gestion par activité (ABM)</b>	L'analyse de la performance des produits	Analyses documentaires	Comparaison des utilités, coûts, délais et qualité des activités

**Source : nous-même**

Ce tableau présenté ci-dessus montre les phases, étapes et techniques utilisées lors du stage pour la collecte d'information. Il montre aussi les résultats (outputs) obtenus à la suite de l'utilisation des phases, étapes et techniques.

#### **2.1.1.2. Collecte de données, type et période de l'étude.**

##### **➤ Collecte de données.**

Dans cette partie, il sera question d'expliquer comment les collectes de données s'effectueront au sein de la structure sanitaire pour nos trois phases identifiées plus haut. Cela consistera également à énumérer les personnes avec qui les informations seront recueillies. Ainsi nous procéderons phase par phase pour la description de nos collectes de données.

##### **Phase 1 : Analyse des activités.**

Dans la première phase, les deux techniques à utiliser sont l'entretien et l'observation. L'entretien sera effectué avec le chef de service pour connaître le parcours de la parturiente dès son entrée du service. Puis avec la gérante du service pour une orientation vers le personnel intervenant dans le parcours de la parturiente. Ce qui permettra par la suite de relever pour chaque étape les différentes activités. En ce qui concerne l'observation, cela s'effectuera également par activité par le biais de chaque responsable pour voir le déroulement des activités menées. Tout cela nous permettra à la fin de cette première phase de décrire le processus métier mais également d'élaborer le dictionnaire des activités.

##### **Phase 2 : Activity Based Costing (ABC).**

La collecte de données de cette phase s'est déroulée au travers de trois techniques. La première qui est l'entretien aura lieu avec les responsables des activités. Cette technique permettra d'identifier les types de ressources à prendre en compte dans notre calcul et leurs natures. Par la suite un autre entretien sera mené avec le DRH (Directeur des Ressources Humaines) et le comptable matière pour avoir les salaires du personnel et les quantités, montants et durées des consommables utilisés au sein du service sur notre période d'étude. L'observation ici concernera également chaque activité pour la détermination du temps qui

leurs sont consacré, les ressources qui rentrent en compte dans la prise en charge. L'analyse documentaire sera utilisée pour l'aide à la détermination de nos deux inducteurs (inducteurs de ressource et d'activité). Car elle facilitera le choix de nos différents inducteurs par activité et par ressource même si les inducteurs à retenir dépendront des critères énumérés dans le chapitre 1.

### **Phase 3 : La gestion par activité (ABM).**

Dans cette dernière phase, une seule technique est utilisée à savoir l'analyse documentaire. Elle permet d'analyser les attributs des activités mais aussi des inducteurs. Grâce à cela, des solutions seront proposées face aux résultats de notre calcul. Mais aussi de faire des recommandations à la structure d'accueil et à l'Etat pour une césarienne de qualité.

#### **➤ Type et période de l'étude.**

Il s'agit d'une étude descriptive de type rétrospectif portant sur l'analyse des coûts de la césarienne dans le contexte de gratuité à l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar. La collecte des données s'est effectuée du 1<sup>er</sup> Juillet au 30 Septembre 2019. Mais les données utilisées ont concerné les mois de Janvier à Juin 2019.

### **2.1.2 Description des variables et techniques de collecte de données.**

Cette sous-section est une partie très importante de notre méthodologie qui en effet nous permettra de décrire non seulement les variables de cette étude mais aussi les techniques utilisées pour la collecte de données.

#### **2.1.2.1 Description des variables.**

Cette étude est composée de deux types de variables qui sont : la variable expliquée et les variables explicatives.

➤ **La variable expliquée.**

La variable expliquée de cette étude est le coût unitaire de la césarienne. En effet c'est la variable que notre étude se propose de déterminer et d'analyser. Elle est donc expliquée par les composantes de la variable explicative présentées ci-dessous.

➤ **Les variables explicatives.**

Les variables explicatives sont l'ensemble des ressources consommées dans le cadre de la prise en charge de la césarienne. Dans le cadre de notre étude, ces ressources sont :

- Les charges du personnel médical.
- Les charges du personnel paramédical.
- Les charges d'amortissement des locaux de la gynécologie.
- Les charges d'amortissement des équipements.
- Les ressources consommables.
- Les charges administratives du service.
- Les charges de la maintenance.
- Les charges de la pharmacie.
- Les charges de la buanderie.
- Les charges de la restauration.
- Les charges de gardiennage.
- Les charges de nettoyages et d'hygiène des locaux.
- Les charges des brancardiers.
- Les charges des fournitures non stockables.
- Les charges de télécommunication.

### **2.1.2.2 Techniques de collecte de données.**

Pour chaque étape, une technique est utilisée pour la collecte. Cela se fera à travers trois techniques qui sont l'analyse documentaire au moyen duquel nous aurons les données secondaires qui sont en effet des données qui existe déjà au sein du service gynécologie. Après cela, viennent les observations et les entretiens qui représentent les données primaires c'est-à-dire les informations que nous recueillerons au sein du service sans consulter les dossiers obstétricaux.

#### **➤ Analyse documentaire.**

L'analyse documentaire concerne dans un premier temps les registres des femmes césarisées de janvier à juin 2019 qui seront à notre disposition grâce à l'accord du chef de service et de la gérante. Cela permettra de recueillir des informations sur le nombre total de femme ayant subies les deux types de césariennes durant la période considérée.

Les archives administratives ont été également consultées pour avoir des informations sur le fonctionnement et l'organisation de l'établissement et du service obstétrical où nous effectuons notre étude. En plus de cela cette technique sera aussi utile dans l'identification de nos ressources, dans le choix de nos inducteurs et dans l'analyse de la performance des produits. En somme nous pouvons dire que l'analyse documentaire concerne tout document pouvant aider à bien mener l'étude de coût.

#### **➤ L'observation.**

Cette technique est utilisée tout au long du travail. Elle consiste à relever toutes les activités liées à la césarienne mais aussi d'élaborer la cartographie mettant en évidence le circuit de la patiente. L'observation permet également de repérer certaines activités qui ne sont pas mentionnées par le personnel. Grâce à elle, quelques ressources utilisées pour mener les activités et non mentionnées par le personnel sont identifiées.

L'observation a été utilisée dans les phases 1 et 2 plus précisément pour la détermination de : l'identification des activités; l'identification des inducteurs des ressources et leurs volumes et de l'identification des inducteurs d'activités et leurs volumes. Pour cela nous avons dû assister à deux césariennes en commençant depuis l'entrée de la parturiente jusqu'à son

hospitalisation en salle de suite opératoire. Ce qui a permis de déterminer les temps consacrés à chaque activité et le personnel affecté à ces activités.

➤ **Les entretiens.**

Des entretiens sont réalisés durant cette étude avec le personnel du service gynécologie plus précisément avec le chef de service et les responsables des différentes activités pour la détermination des ressources humaines, matérielles et consommables utilisées pour la réalisation des activités.

Mais il y aura également d'autres entretiens avec les chefs des services suivants: le comptable matière pour les quantités et les prix des produits et des fournitures de bureau du service gynécologie, le chef de la pharmacie pour les produits que compose le kit de la césarienne et leurs prix , le chef de la restauration pour le nombre de plats servis par jour aux équipes de garde et le prix d'un plat, le chef du service de nettoyage pour avoir des informations sur le nombre de femmes affectées au service gynécologie pour le nettoyage et leurs salaires, le chef du service gardiennage pour connaître le nombre de vigiles affectés au service et leurs salaires et enfin la responsable de la buanderie pour des informations sur les tenues lavées et leurs coûts.

En somme les entretiens et les observations permettent d'établir le circuit de la patiente. Ce circuit commence en salle d'accueil des urgences (pour la césarienne d'urgence) ou en salle d'hospitalisation (pour la césarienne programmée) en passant par la salle de travail, au bloc opératoire puis en salle de réveil pour prendre fin en salle de suite opératoire où la patiente reste pendant quatre jours ou plus avant sa sortie.

Toutes les informations recueillies et collectées sont saisies et analysées à l'aide d'un bloc-notes et d'un tableur Excel. Le bloc-notes est utilisé pour enregistrer toutes les informations recueillies et collectées au sein du service gynécologie à parcourir. Il va servir aussi à prendre toutes les explications concernant l'étude. Le tableur Excel quant à lui, permet de saisir au fur et à mesure toutes les informations à notre portée durant la période de collecte de données pour ensuite les calculer.

## **2.2 Cadre de l'étude.**

Le cadre de l'étude sera composé de la présentation de l'Hôpital de l'Institut d'Hygiène sociale et de la présentation du service gynécologie.

### **2.2.1 Présentation de l'hôpital de l'Institut d'Hygiène Sociale.**

Créé en 1932 par l'administration française, l'Institut d'Hygiène Sociale devenu établissement public de santé hospitalier fait partie des plus anciennes structures sanitaires du pays. Il était appelé « Polyclinique ROUME » du nom de l'ancien Gouverneur général de l'Afrique Occidentale Française (AOF).

La Polyclinique ROUME était une structure sanitaire qui ne pratiquait que des consultations externes, faisant souvent office de centre d'isolement, avec un panorama nosologique très varié : tuberculose, infections gonococciques, choléra, salmonelloses, tétanos, diphtérie, méningite, scarlatine, érysipèles, coqueluche, parasitoses, maladies endémo-épidémiques.

Cette structure sanitaire constituait avec la maternité africaine actuellement maternité de l'HALD, est construite en 1912 pour prendre en charge essentiellement les maladies endémo-épidémiques de l'époque et « soulager » le pavillon des contagieux de l'Hôpital colonial (actuel Hôpital Principal de Dakar).

Les étudiants de l'ancienne Ecole de médecine instituée par décret du 9 juin 1918 du Sénégal avaient comme terrain d'application de leurs connaissances, l'Hôpital central Indigène et ses annexes composés de la Polyclinique ROUME et la Maternité africaine. On remarquera l'architecture soudano-sahélienne de ces deux (02) structures sanitaires qui font partie aujourd'hui du patrimoine historique classé.

En 1953, une réorganisation est intervenue de l'ancienne Polyclinique ROUME qui fut érigée en organisme autonome pour compter du 1er janvier 1954 sous l'appellation « Institut d'Hygiène Sociale » de Dakar. Ce qui était considéré comme une réforme opportune avec trois (03) sous-organismes : le Centre de Consultations Externes qui existait déjà, auquel on ajouta un Centre de Phtisiologie pour une prise en charge plus spécialisée de la tuberculose et des maladies pulmonaires ainsi que le Centre de Protection Maternelle et Infantile. Chaque centre est dirigé par un Directeur avec cependant une gestion unique par un Directeur général.

C'est donc l'arrêté du Gouverneur général du Sénégal n° 5553 du 27 juillet 1953 qui réorganise l'ancienne annexe de l'HALD en lui adjoignant deux (2) autres centres en plus du centre de consultations externes qui était composé d'un Service de Médecine, de Chirurgie générale, de Dermatovénérologie, d'Odontostomatologie, d'ORL (l'Oto-Rhino-Laryngologie), d'Ophtalmologie, de Gynécologie, d'un Laboratoire microbiologique et d'une Pharmacie.

Sous l'administration coloniale ses services étaient essentiellement destinés aux habitants de la Médina. En 1965, avec l'avènement du décret 65-393 du 10 juin 1965 créant le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), l'IHS qui était déjà dans l'espace universitaire devient une structure conventionnée avec aujourd'hui quatre (4) professeurs d'université, Chefs de service.

Avec la loi portant décentralisation au Sénégal en 1976 (Acte I), l'IHS devient Centre de santé de référence du District sanitaire Sud en 1978. En 2010, Il est érigé en Etablissement public de santé de niveau 1 par décret n° 2010-774 du 15 juin 2010. L'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale s'étend sur une superficie de 11 077 m<sup>2</sup>. Il dispose des services médicaux et médicotechniques suivants : gynécologie-obstétrique ; dermatovénérologie ; médecine générale (avec une unité de cardiologie) ; pédiatrie ; odontologie ; laboratoire de biologie ; laboratoire de bactériologie-virologie ; imagerie médicale ; pharmacie.

A l'achèvement des travaux de réhabilitation et d'extension de l'Etablissement Public de Santé (EPS) financés par la Coopération japonaise, la capacité d'accueil de la maternité est portée à 70 lits.

### **2.2.1.1 Organisation et fonctionnement de l'IHS.**

L'EPS 1 IHS comme tout Etablissement public a une mission de service public. Ainsi, il assure à toutes les populations un accès équitable à des soins de qualité. En application des textes de lois 98-08 et 98-12 portant respectivement réforme hospitalière et organisation et fonctionnement des EPS, l'Etablissement Public de Santé Institut d'Hygiène Sociale a mis sur pied un organigramme structuré.

Au sommet de l'organigramme, se trouve le Conseil d'Administration dans lequel sont représentés l'Etat, les Collectivités locales et les Usagers, entre autres. Sur le plan

hiérarchique et fonctionnel, le Directeur est au-dessus des chefs de service administratif, médical et technique.

Sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et financière du Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, l'hôpital à sa tête un conseil d'administration. Il évalue et valide les objectifs déclinés par la direction. Ce qui veut dire qu'il définit la politique de l'établissement et délibère sur toutes les mesures concernant sa gestion. Ses délibérations portent notamment sur les orientations stratégiques. Il donne son avis sur la nomination du Directeur.

Ce dernier applique les décisions du conseil d'administration et assure la gestion de l'établissement. Il est l'ordonnateur et l'administrateur des crédits. Il a la possibilité de procéder à des recrutements directs et il a une autorité sur l'ensemble des services de l'établissement. Pour la gestion de l'établissement, il s'appuie sur :

- Un organe délibérant représenté par le Conseil d'administration et deux organes consultatifs qui sont le Comité technique et la Commission médicale d'établissement ;
- Un staff de direction qui se réunit à la demande du Directeur.
- Les autres chefs de service.

Chaque chef de service est chargé du bon fonctionnement de son service tant sur le plan administratif que technique. Il est assisté dans ses tâches par des chefs de divisions ou surveillants de service.

En dehors des chefs de service, de division et des surveillants de service les attributions du personnel ne sont pas toujours clairement définies. Ainsi l'administration est composée des cinq (05) services :

- **Le service de la direction générale.**

Ce service est composé de la division du secrétariat et de la division chargé des relations avec les autres institutions. Il travaille en collaboration avec tous les autres services de l'hôpital pour le bon fonctionnement de la structure.

- **Service Administratif et Financier (SAF).**

Ce service travaille en collaboration avec le Contrôle de Gestion et l'Agence Comptable dans le cadre de la gestion administrative et financière de l'hôpital de même qu'avec le chef de service des soins infirmiers. Dans le cadre du fonctionnement de l'établissement, il travaille également avec les chefs des services techniques responsables des centres auxiliaires d'approvisionnement pour l'expression de leurs besoins en équipements ou autres consommables. Ce service est composé de cinq (05) divisions qui sont : la division mouvements des malades, la division des ressources, la division de la maintenance, la division de la comptabilité et la division de l'économat.

- **Le service de soins infirmiers.**

Il s'occupe de la qualité des soins, de la recherche et de la formation et travaille en collaboration directe avec les chefs de services techniques et les surveillants de service. Il est composé de deux (02) divisions qui sont : la division de la formation et la division de l'hygiène et de la sécurité.

- **Le service du contrôle de gestion.**

Il intervient dans les prévisions, le suivi et le contrôle des activités. Il s'occupe du Contrôle Interne qui permet d'assurer pour la Direction la conduite ordonnée, efficace et efficiente des affaires de l'hôpital. Ce service est composé d'une seule division qui est la division du suivi budgétaire.

- **L'agence comptable.**

L'agence comptable est disposée de trois (03) divisions qui sont la division de la comptabilité, la division du recouvrement des coûts et la division des recettes et dépenses. Il s'occupe de la comptabilité de l'hôpital.

### **2.2.1.2 Les ressources disponibles et capacité d'accueil de l'IHS**

L'IHS dispose de plusieurs ressources pour son fonctionnement telles que les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources financières. Mais elle a aussi une

capacité d'accueil en lits qui est repartis dans les différents services. Ainsi elles sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

➤ **Ressources humaines.**

**Tableau N°3 : Répartition du personnel selon leur statut**

<b>Statut</b>	<b>effectifs (2012)</b>	<b>effectifs (2013)</b>	<b>effectifs (2014)</b>	<b>effectifs (2015)</b>	<b>effectifs (2016)</b>
<b>Agent d'Etat</b>	70	81	82	70	70
<b>Agent contractuel de MSAS</b>	7	8	9	14	15
<b>Agent universitaire</b>	5	0	0	7	7
<b>Agent collectivités locales</b>	18	15	14	14	18
<b>Internes des hôpitaux</b>	0	1	0	1	0
<b>Vacataires</b>	0	0	42	54	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>106</b>	<b>147</b>	<b>165</b>

Source : nous-même

Ce tableau nous montre une augmentation du personnel de 2012 à 2016. Il nous montre également que les agents d'Etat constituent plus de la moitié du personnel.

➤ **Ressources matérielles : équipements.**

Les ressources matérielles et équipements sont constitués essentiellement des équipements médicaux de chaque service ainsi que les matériels informatiques et bureautiques qui sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°4: Dépenses d'investissement.**

Désignation	2013	2014	2015
Equipements médicaux	880 000	1 064 912	4 655 800
Matériel informatique, matériel bureautique	7 324 000	6 967 000	10 596 800
<b>Total</b>	<b>8 204 000</b>	<b>8 031 912</b>	<b>15 252 600</b>

**Source : nous-même**

Globalement, le niveau des investissements est très faible, surtout celui des équipements médicaux. Cela signifie que l'hôpital fonctionne toujours avec les équipements qu'il a hérité du District sanitaire Sud.

Cependant, il convient de signaler que l'hôpital a bénéficié d'un financement d'environ 800.000.000 FCFA de la Coopération japonaise pour un projet de réhabilitation, d'extension et d'équipement du Service de Gynécologie Obstétrique, piloté par le MSAS.

➤ **Ressources financières.**

Les ressources financières de l'hôpital proviennent des produits des prestations de services qui représentent ses ressources propres et de la dotation annuelle de l'Etat, ainsi que des bailleurs.

**Tableau N°5 : Ressources financières.**

Désignations	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Produits internes</b>	100 723 775	160 112 525	185 380 475	295 641 864	301 851 324
<b>Subventions</b>	8 000 000	38 752 700	71 226 465	70 596 465	70 569 465
<b>Total Produits</b>	<b>108 723 775</b>	<b>198 865 225</b>	<b>256 606 940</b>	<b>366 238 329</b>	<b>372 420 789</b>

**Source : nous-même**

Le tableau ci-dessus montre une augmentation des recettes au fil des années. Les subventions ont accru de 2011 à 2013 et n'ont pas évolué depuis 2014.

➤ **Capacité d'accueil et prestation offerte.**

L'IHS dispose d'une capacité de quatre-vingt-huit (88) lits répartis selon les services de la façon suivante:

**Tableau N°6 : les services de soins et les prestations offertes.**

Services	Nombre de lits	Type de consultation
<b>Gynécologie-Obstétrique</b>	70	Gynécologie, obstétrique et PF
<b>Médecine, cardiologie</b>	18	Médecine générale, cardiologie
<b>Dermatovénérologie</b>	0	Dermatologie
<b>Odontologie</b>	0	Odontologie
<b>Pédiatrie</b>	0	Pédiatrie
<b>ORL</b>	0	ORL
<b>Total</b>	<b>88</b>	

**Source : nous-même**

Les laboratoires de biologie de bactériologie virologie et l'Imagerie médicale sont des services d'aide au diagnostic. La pharmacie quant à elle fournit l'appui logistique en médicaments et produits pharmaceutiques.

En somme l'EPS 1 IHS offre un service de consultation, d'hospitalisation, de soins, d'examen complémentaires et de dispensation de médicaments et produits essentiels.

### **2.2.2 Présentation du service gynécologie.**

Le service gynécologie-obstétrique de l'IHS était en construction depuis plus de dix 10 ans et ce n'est qu'en avril 2018 après la fin des travaux que le personnel a aménagé au sein du bâtiment. C'est également à cette même date que la gratuité de la césarienne a été mise en pratique. Ce service a pour principal objectif de promouvoir :

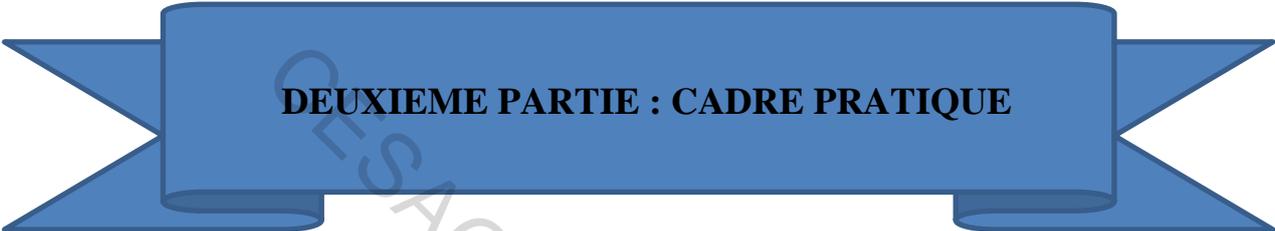
- L'administration des soins aux malades ;
- L'enseignement et la recherche concernant les formations, les thèses et mémoires des étudiants en médecine ;
- La planification familiale.

Ce service est composé de deux compartiments. Au rez-de-chaussée on dispose de un (01) secrétariat, de quatre (04) salles de consultations, une (01) salle d'hospitalisation, une (01) salle d'hospitalisation pour les grossesses à risque, quatre (04) salles de naissance et d'un bloc (01) opératoire. A l'étage on a un (01) bloc pédagogique, une (01) salle de réunion, une (01) bibliothèque et un bureau pour les médecins. L'effectif du personnel est au nombre de 26 dont un (01) professeur agrégé en gynécologie qui est le chef de service, trois (03) médecins gynécologue, un (01) majore, dix-sept (17) sages-femmes, deux (02) assistante infirmières, un (01) aide infirmier et une (01) aide infirmière.

Il est composé de deux grandes activités à savoir les activités du jour et les activités d'urgence. Les activités du jour débutent à 8 heures et prennent fin à 16 heures. Ces activités sont : la consultation gynécologie et prénatale, l'échographie, la colposcopie qui est l'examen du col de l'utérus et l'hystéroscopie qui est l'examen de l'utérus. Les activités d'urgence s'effectuent 24 heures sur 24 heures et elles ne concernent que les accouchements par voie base et par césarienne. En plus de ces deux activités, ce service effectue également des activités d'enseignements et de recherches qui sont destinés aux étudiants de la 5<sup>ème</sup> année en médecine pour leurs thèses et mémoires. Ces étudiants sont au nombre de 8 à effectuer leurs stages dans ce service.

Le chef de service est responsable de l'organisation et du fonctionnement médical du service gynécologie et s'intéresse à la prise en charge globale des patientes. Après lui viens son assistant qui a pour rôle d'épauler le chef de service. Au quotidien, il fait le suivi des dossiers médicaux. Nous avons par la suite la maîtresse sage-femme qui gère le plateau médicale, les commandes des matériels et des médicaments. La secrétaire quant à elle est l'intermédiaire entre les professionnels de la santé et les patientes. Elle élabore le planning des médecins et se charge du classement des dossiers des patientes. Les médecins gynécologues travaillent en collaboration avec les sages-femmes et les infirmiers.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



**DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE**

## **CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU PROCESSUS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CÉSARIENNE A L'HOPITAL DE L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR.**

Dans ce chapitre, il est question de présenter le processus de la prise en charge de la césarienne tant au niveau conventionnelle et au niveau de la structure d'accueil. Les structures sanitaires doivent respecter les exigences établies par les organisations internationales pour une césarienne de qualité. Mais il faut également noter que malgré le respect de ces protocoles par les structures sanitaires, il existe quelque différence dans l'application en allant d'une structure à l'autre. Ainsi l'IHS dispose des ressources matérielles et humaines nécessaires pour la prise en charge des deux types de césariennes (césarienne d'urgence et césarienne programmée). Dans le processus de prise en charge, la parturiente a aussi sa part à jouer car elle devra respecter les critères concernant son hygiène avant l'acte chirurgical.

### **3.1. Prise en charge de la césarienne.**

Comme présenter plus haut, la prise en charge de la césarienne sera présentée au niveau international et au niveau de la structure d'accueil pour ainsi voir la procédure normale et ce qui est appliqué sur le terrain par le corps médical.

#### **3.1.1. Normes de la prise en charge selon les organismes internationaux.**

La prise en charge de la césarienne doit respecter un certain nombre d'exigences établis par les organisations internationales. Le protocole de suivi de la parturiente est exigé dans tous les hôpitaux. Ainsi nous aborderons la prise en charge de la césarienne programmée et de la césarienne d'urgence.

##### **3.1.1.1 Prise en charge de la césarienne programmée.**

La prise en charge des césariennes programmées nécessite un certain nombre de suivi de la parturiente et ce fait on a les étapes suivantes :

- **avant la césarienne.**

Avant la césarienne la parturiente doit être d'abord programmée puis bénéficier des conseils, ensuite elle ira pour la consultation de l'anesthésie et enfin elle sera préparée pour le préopératoire.

➤ **La consultation d'anesthésie.**

Elle est prévue systématiquement au début du 9<sup>ième</sup> mois. Le plus souvent, l'intervention est réalisée sous anesthésie loco-régionale qui consiste à abolir de manière transitoire la transmission des messages nerveux dans une zone du corps prédéfinie, afin d'y pratiquer une intervention chirurgicale, un examen médical ou un traitement. Elle est de plus en plus utilisée du fait de sa capacité à remplacer l'anesthésie générale. Seul le bas du corps est anesthésié, ce qui lui permet d'être consciente au moment de la naissance.

➤ **La programmation.**

Le médecin qui suit la parturiente, programmera la date de la césarienne avec elle vers la 39<sup>ième</sup> semaine. La sage-femme de programmation téléphonera la parturiente la semaine de la césarienne et reverra avec elle les modalités de son entrée. Elle rentrera par la suite le matin même à 6h 30 dans l'Unité de suites de couches indiquée par la sage-femme de programmation (ou la veille vers 18h si besoin ou en fonction de son lieu d'habitation et de ses conditions de vie).

➤ **Les conseils de préparation préopératoire.**

Si elle est hospitalisée la veille de la césarienne alors elle sera accompagnée par les professionnels de l'unité pour lui indiquer les modalités de préparation préopératoire (douche la veille et le matin même). Par contre si elle entre le matin, elle devra respecter scrupuleusement les conseils donnés dans ce guide ci-dessous avant d'aller à l'hôpital.

Figure N°2 : conseils de la parturiente à respecter avant l'acte opératoire.



**Source : nous-même à partir de HAS.**

Hygiène corporelle de la parturiente doit être contrôlée par le personnel soignant avant le départ au bloc opératoire. Si cela s'avère nécessaire, le personnel doit lui demander de reprendre une douche dans le service de soins. Dans ce cas l'intervention chirurgicale est susceptible d'être retardée ou reportée.

#### - Le déroulement de la césarienne.

L'aide-soignant(e) de bloc opératoire viendra chercher la parturiente dans la chambre et l'accompagnera en salle de césarienne. Le conjoint ou un membre proche de sa famille peut l'accompagner en salle, il sera alors préparé et habillé en tenue adaptée. Cependant, en fonction des circonstances, le conjoint ou l'accompagnant(e) peut ne pas être autorisé à l'accompagner.

➤ **Au bloc opératoire.**

Arrivée au bloc opératoire, il faudra procéder à l'installation de la parturiente sur la table d'opération, poser une perfusion intraveineuse (qui est l'administration de liquides à l'organisme par l'intermédiaire d'une veine) et le tensiomètre, mettre l'anesthésie (le plus souvent il s'agit de l'anesthésie loco-régionale), poser la sonde urinaire puis préparer le champ opératoire.

➤ **L'acte chirurgical.**

Le plus souvent, l'incision est horizontale, juste au-dessus du pubis. L'incision verticale est devenue exceptionnelle, cependant elle peut être préférable du fait des antécédents ou de circonstances particulières. Le chirurgien doit ouvrir successivement différentes épaisseurs avant d'accéder à l'utérus : peau, graisse, aponévrose, muscles et péritoine. Suivant les techniques, elles sont soit totalement incisées, soit entaillées puis écartées avec les doigts. L'ouverture se fait sur la partie inférieure de l'utérus. Une pression exercée sur le haut du ventre permet la sortie de l'enfant. Elle peut être ressentie par la mère. Parfois une aide instrumentale est nécessaire. Le bébé est confié à la sage-femme ou au pédiatre qui le présenterons à la mère sauf si son état de santé nécessite des soins rapides. Selon l'équipe médicale et l'état de santé du bébé celui-ci pourra rester contre elle pendant la durée de la suture (Réunion, à l'aide de fils, de parties de chair coupées). Le placenta est retiré. Les différentes épaisseurs sont suturées une à une. Ce qui peut être long (30-45 min). La peau est refermée avec des fils résorbables ou des agrafes. L'équipe d'anesthésie doit rester aux côtés de la patiente tout au long de l'intervention.

**3.1.1.2 Prise en charge de la césarienne d'urgence.**

Contrairement à la césarienne programmée, la césarienne d'urgence est décidée le jour de l'accouchement en salle de travail ou salle d'accouchement. Quant au déroulement de la pratique de la césarienne tel qu'au bloc opératoire et l'acte chirurgical il est pareil dans les deux types de césariennes car que la césarienne soit programmée ou en urgence, la femme enceinte est installée dans une salle d'opération et le processus ne change pas.

### **3.1.2. Prise en charge de la césarienne à l'IHS.**

Avant l'explication du déroulement de la prise en charge de la césarienne à l'IHS, il convient de présenter les nombres d'accouchements qui ont été effectués sur la période de l'étude. Dans cette section, il figure également les types de césariennes pratiquées à l'IHS ainsi que la durée d'hospitalisation de la parturiente après l'acte chirurgical.

#### **3.1.2.1 Types d'accouchements**

L'IHS effectue deux types d'accouchements qui sont l'accouchement par voie basse et l'accouchement par césarienne. Ces accouchements effectués sont enregistrés dans les registres qui ont été dépouillés pour avoir le nombre total d'accouchement qui est de 854 dont 324 césariennes durant la période de l'étude. . Cela est ainsi illustré dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°7: types d'accouchements.**

<b>Mois</b>	<b>Accouchements par voie basse</b>	<b>Césariennes d'urgences</b>	<b>Césariennes programmées</b>	<b>Total accouchements (voie basse plus césarienne)</b>	<b>Total césariennes</b>
<b>Janvier</b>	126	9	42	177	<b>51</b>
<b>Février</b>	82	20	45	147	<b>65</b>
<b>Mars</b>	105	16	55	176	<b>71</b>
<b>Avril</b>	70	10	41	121	<b>51</b>
<b>Mai</b>	100	18	30	146	<b>46</b>
<b>Juin</b>	47	15	25	87	<b>40</b>
<b>Total</b>	<b>530</b>	<b>88</b>	<b>236</b>	<b>854</b>	<b>324</b>
<b>Moyenne</b>	<b>89</b>	<b>15</b>	<b>40</b>	<b>143</b>	<b>54</b>

**Source : nous-même**

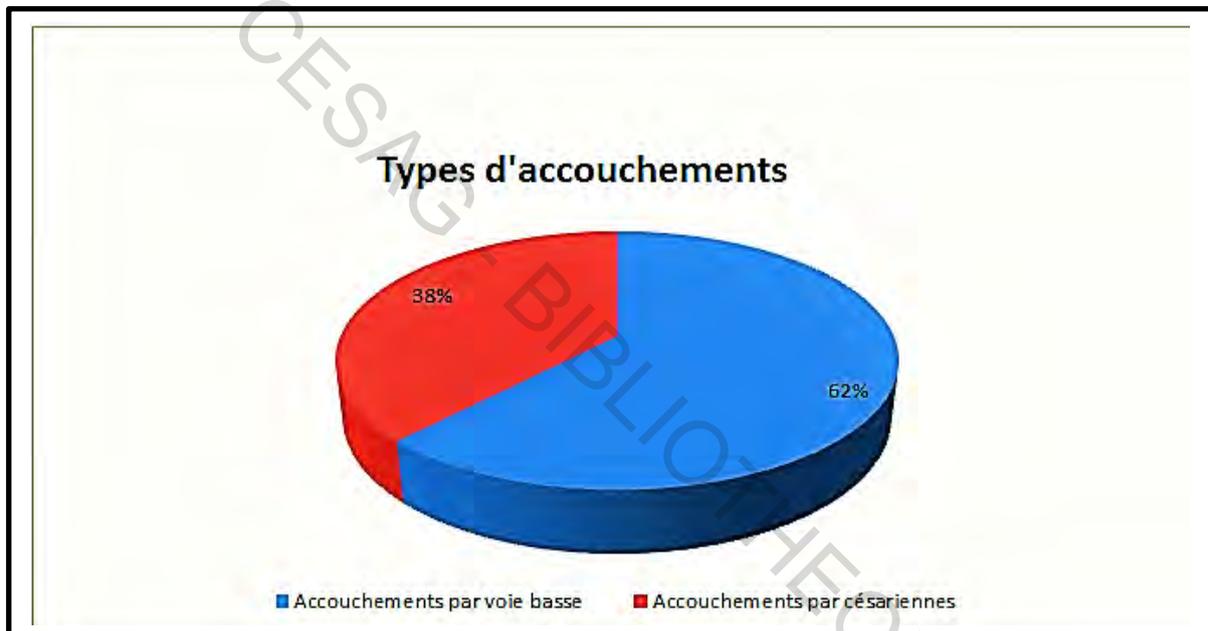
Ce tableau nous montre que sur un total de 854 accouchements (accouchements par voie basse et césariennes) nous avons 324 césariennes repartir comme suit : 88 césariennes d'urgence et 236 césariennes programmées. Quant aux accouchements normaux, ils sont au nombre de 530. Il ressort également de ce tableau qu'en moyenne 89 femmes admises au service gynécologie ont accouché par voie basse chaque mois durant la période de six (06) mois. Il y a eu 15 césariennes d'urgences et 40 césariennes programmées qui ont été effectuées chaque mois sur notre période considérée. Le nombre d'accouchement (accouchements par voie basse et accouchements par césariennes) en moyenne effectué par

mois est de 143 dont 54 césariennes (césariennes d'urgences et césariennes programmées). De ce fait, la répartition des types d'accouchements est représentée dans la figure ci-dessous. Il faut noter que le calcul de la moyenne a été effectué sur six (06) mois d'où la formule

$$\text{Moyenne} = \frac{\text{total des actes chirurgical}}{\text{nombre de mois de l'étude}}$$

De cette analyse, il ressort donc les différentes proportions qu'occupent les deux types d'accouchements de l'IHS sur la période d'étude. Ainsi la figure ci-dessous illustre les proportions d'occupation de la césarienne et de l'accouchement par voie basse.

**Figure N°3: répartition des types d'accouchements.**



**Source : nous-même**

Cette figure nous montre que sur 854 accouchements, les accouchements par césariennes (césariennes d'urgences et césariennes programmées) représentent 38% et les accouchements par voie basse 62%.

➤ **Durée de séjour après l'opération.**

La durée de séjour de la parturiente après l'acte opératoire est au minimum quatre jours et au maximum cinq jours. C'est ce nombre de jours qui est pris en charge par la CMU. Au-delà de cinq jours, la patiente devra supporter les charges. Il revient aussi à noter que le séjour dépend de l'état de la patiente ainsi elle peut être gardée pendant une semaine avant sa libération.

Après la présentation des types de césariennes et les jours d'hospitalisations, nous passons maintenant à l'explication de leurs prises en charge.

### **3.1.2.2 Le déroulement de la césarienne à l'IHS**

Le début du déroulement de la prise en charge varie selon que la césarienne soit d'urgence ou programmée. De même, des variations peuvent exister selon les lieux et les équipes. Ainsi la prise en charge des césariennes à l'IHS est la suivante :

➤ **La préparation de la parturiente.**

Pour la césarienne programmée la parturiente est hospitalisée, soit la veille de la césarienne, soit le jour même. Tandis que dans le cas de la césarienne d'urgence, c'est dans la salle d'urgence que les vérifications sont faites. L'intervention nécessite une préparation des deux types de césariennes: retrait du vernis à ongles et des bijoux, rasage du pubis, douche, tenue pour le bloc avant qu'elle ne soit admise au bloc.

➤ **Le déroulement au bloc opératoire.**

Arrivée au bloc opératoire, le personnel procède à l'installation d'une perfusion et du tensiomètre, mettre en place l'anesthésie (Seul le bas du corps est anesthésié, ce qui permet à la parturiente d'être consciente au moment de la naissance. Une anesthésie générale est parfois nécessaire mais elle sera alors mise en place au dernier moment), installer la parturiente sur la table opératoire complètement ou partiellement dénudée en position allongée (avec ou non attachement des bras en croix), poser la sonde urinaire et préparer le champ opératoire.

➤ **L'acte chirurgical de la césarienne.**

L'incision est horizontale, juste au-dessus du pubis. Le chirurgien ouvre successivement différentes épaisseurs avant d'accéder à l'utérus. L'ouverture se fait sur la partie inférieure de l'utérus. Une pression exercée sur le haut du ventre permet la sortie de l'enfant. Le bébé est

confié à la sage-femme qui le présentera à la mère en salle de suite opératoire ou elle est admise après la salle de réveil. Le placenta est retiré et les différentes épaisseurs sont suturées.

➤ **Après la césarienne.**

Elle est surveillée au moins 2 heures en salle de réveil avant d'être admise en salle de suites opératoire où elle bénéficiera d'une surveillance jusqu'à sa sortie de l'hôpital, elle pourra réaliser une première mise au sein et faire du « peau à peau » avec son bébé. Quant aux heures de visites, elles sont réglementées les matins les parents sont autorisés à aller de 7 heures à 8 heures et le soir de 18 heures à 19 heures.

Les jours suivants la sonde urinaire et la perfusion intraveineuse sont laissées en place pendant quelques heures. Un traitement anticoagulant (piqûre quotidienne) sera instauré pendant la période de l'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire (caillot dans les poumons). Les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques (antidouleurs).

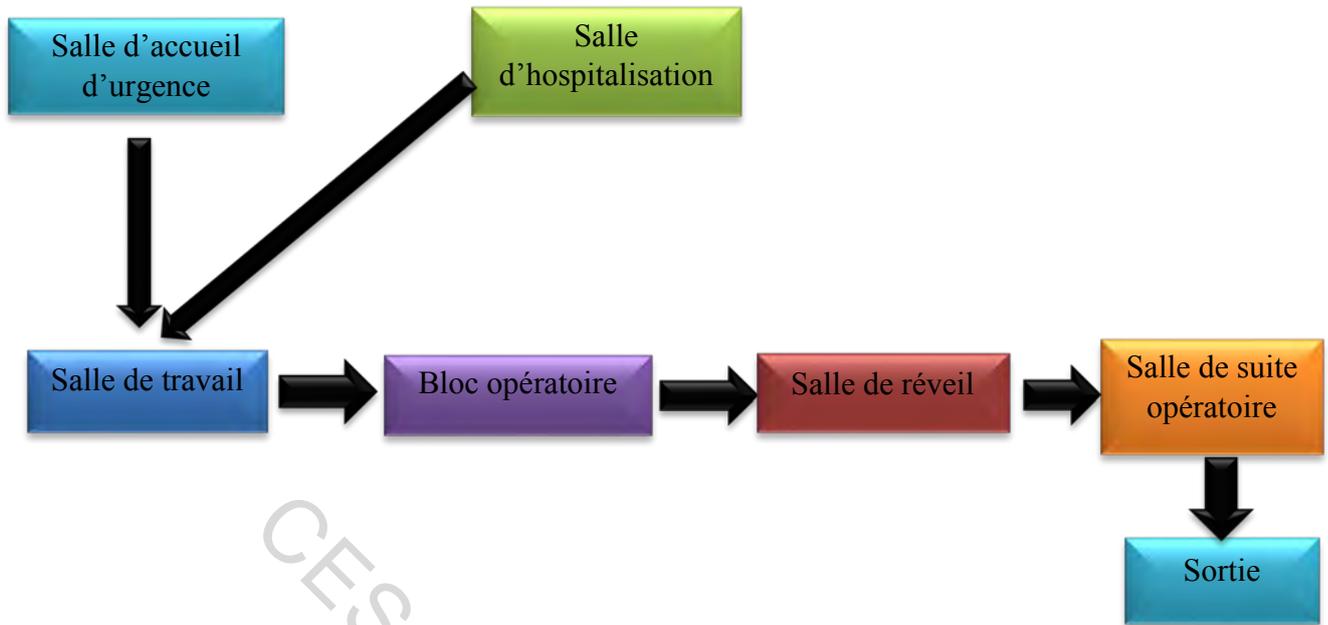
### **3.2. Processus de la prise en charge de la césarienne.**

Le processus de prise en charge des césariennes effectuées à l'IHS est le même, la seule différence entre la césarienne programmée et la césarienne d'urgence est que la décision de faire une césarienne d'urgence est prise en salle de travail tandis que pour la césarienne programmée, la parturiente sait d'avance qu'elle doit accoucher par césarienne alors elle est programmée pour ensuite être hospitalisée la veille de l'acte opératoire.

#### **3.2.1. Présentation du parcours de la parturiente.**

Le parcours de la parturiente est présenté dans la figure ci-dessous. De ce fait, le parcours des deux types de césariennes a été fusionné pour en faire un seul. Ce parcours sera par la suite représenté par un processus.

Figure N°4 : circuit des deux types de césariennes.



Source : nous-même

### 3.2.2. Explications du parcours de la parturiente.

Le parcours de la parturiente est composé de sept (07) étapes pour chacune des césariennes.

➤ **En salle d'accueil d'urgence.**

La salle d'accueil d'urgence est la salle où sont admises les femmes qui sont sur le point d'accoucher. Ainsi la parturiente est admise dans cette salle d'abord avant d'aller en salle de travail. Dans cette salle, le personnel est composé de deux médecins gynécologues et de deux sages-femmes. Le personnel a pour rôle d'accueillir et installer la parturiente, de l'interroger sur les premiers signes apparus avant son admission au centre de sorte à la mettre en confiance. Après cela les sages-femmes contrôlent sa tension, sa température et procèdent à une analyse d'urine. Elles s'intéressent ensuite à la grossesse elle-même, mesurent la hauteur utérine, écoutent le cœur du bébé et effectuent un examen pour vérifier l'ouverture du col. S'il n'a pas bougé et la poche des eaux intacte alors la parturiente est renvoyée chez elle car son heure n'est pas arrivée pour accoucher. Par contre si elle est gardée, une vérification de son hygiène corporelle expliquée dans la figure 2 est aussi vérifiée avant qu'elle ne soit admise en salle de travail.

➤ **En salle d'hospitalisation.**

Cette salle est réservée aux femmes ayant été programmées pour la césarienne. Elle est hospitalisée la veille de l'opération. Le personnel de cette salle est composé de deux sages-femmes et d'un infirmier qui ont pour rôle de surveiller la constante de la parturiente et de vérifier son hygiène corporelle qui a été expliqué dans la figure 2.

➤ **En salle de travail.**

Une fois arrivée en salle de travail, les sages-femmes qui sont au nombre de trois (03) sont accompagnées d'un médecin en cas d'hémorragies ou de complications particulièrement graves d'une pathologie maternelle de la grossesse ou associées à la grossesse. C'est dans cette salle que sera décidée par le médecin la césarienne d'urgence pour sauver soit la vie de la mère ou du bébé. Avant la prise de décision de la césarienne par le médecin, les sages-femmes installent le monitoring (une ceinture avec des capteurs sur le ventre) et surveillent ainsi les bruits du cœur du bébé et les contractions.

➤ **Au bloc opératoire.**

Le bloc opératoire est là où se déroule l'opération des césariennes d'urgences et programmées. Le personnel du bloc a pour rôle de poser la perfusion et le tensiomètre, mise en place de l'anesthésie, installation de la parturiente sur la table complètement ou partiellement dénudée en position allongée, poser la sonde urinaire et installation du champ opératoire. Il faut aussi noter que l'accès du bloc opératoire est interdit aux accompagnateurs.

➤ **Salle de réveil.**

La salle de réveil du service gynécologie, est un espace spécifique à proximité de la salle d'opération. Elle est dédiée à la surveillance des femmes ayant subir la césarienne après le bloc opératoire. La patiente est surveillée jusqu'à ce qu'elle est suffisamment récupérée pour

retourner en salle de suites opératoire en toute sécurité. Il n'existe pas de durée standard de séjour en salle de réveil, la sortie est décidée en fonction de l'état clinique de la patiente. Elle peut donc passer seulement quelques minutes ou plusieurs heures. C'est le médecin anesthésiste qui, en fonction de sa récupération, autorisera sa sortie de la salle. En salle de réveil, elle est prise en charge par quatre (04) infirmiers qui se relaient. C'est le médecin anesthésiste qui décidera de sa sortie en fonction de critères établis pour garantir sa sécurité en hospitalisation. Cette salle regroupe plusieurs patientes et chacune bénéficie d'une surveillance. Les visites comme les appels téléphoniques ne sont pas autorisés en salle de réveil afin de respecter le calme et la sérénité des autres femmes. Après son réveil, un infirmier va rassurer ses proches de son réveil. Puis elle sera apprêtée pour la salle de suites opératoires.

➤ **En salle de suites opératoires.**

Après la salle de réveil, la patiente est admise en salle de suite opératoire pour des soins. Dans cette salle elle est gardée au minimum quatre jours ou une semaine selon son état. Deux sages-femmes ainsi deux médecins ont pour rôle d'élaborer le protocole de traitement afin de suivre les traitements des patientes.

➤ **La sortie de la parturiente.**

La sortie du service gynécologie à lieu le 5<sup>ième</sup> jour s'il n'y a pas de complications. Dans le cas contraire la sortie se fera le 7<sup>ième</sup> jour. Pour cela, la mère et le bébé doivent respecter un certain nombre de critère. Pour la mère le personnel de la salle de suites opératoire devra s'assurer qu'il n'y a pas de complications telles que l'hémorragie, les infections évolutives ou de signes d'infection et les douleurs contrôlées. Pour le bébé les conditions sont l'absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection, perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance, dépistages néonataux réalisés à la maternité avant la sortie.

## **CHAPITRE 4 : CALCULS DES COÛTS ET ANALYSES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CÉSARIENNE.**

Le dernier chapitre du mémoire sera consacré aux calculs de coûts et à leurs analyses. Cette partie est en effet la plus importante de cette étude. Dans ce chapitre, il sera question de calculer d'abord les coûts de la prise en charge de la césarienne tout en se servant des phases et étapes expliquées dans la méthodologie. Ce qui permettra de connaître après les calculs le coût unitaire de nos produits. Ensuite nous procéderons aux différentes analyses de coûts calculés pour faire ressortir les problèmes rencontrés par la structure sanitaire dans le cadre de la gratuité. Enfin des recommandations adressées à l'hôpital mais aussi à l'ACMU pour pallier aux problèmes qui ressortent de nos calculs de coûts.

### **4.1. Calcul des coûts de la césarienne.**

Le calcul de coûts se fera en deux phases. La première est consacrée à l'analyse des activités qui permet d'identifier les processus concernés dans le calcul mais aussi de montrer les activités de chaque processus. La deuxième phase concerne Activity Based Costing qui permet de montrer les ressources collectées sur le terrain, leurs coûts ainsi que les inducteurs et leurs volumes. Cette phase permet également d'identifier les inducteurs d'activités, leurs volumes pour ensuite aboutir au calcul des coûts.

#### **4.1.1 Analyse des activités.**

Dans cette section, il s'agit d'analyser les activités au moyen de la description du processus métier qui représente l'ensemble des activités liées directement à la pratique de la césarienne mais aussi par la détermination des activités qui constituent ce processus

##### **4.1.1.1 Description du processus métier.**

Les entretiens et les observations menés au sein du service gynécologie nous ont permis dans la phase 1 de décrire notre processus. Il est appelé aussi processus technique et permet de couvrir principalement les activités liées à la césarienne plus précisément l'ensemble des prestations fournies par le personnel médical et paramédical. Il faut cependant noter que les activités de l'administration du service gynécologie mais liées à la prise en charge de la césarienne ont été prises en compte. Ainsi, ce processus est composé des activités suivantes :

- ✓ Accueillir et installer la parturiente ;
- ✓ Interroger la parturiente ;
- ✓ Faire l'examen clinique et paraclinique ;
- ✓ Surveiller la constante ;
- ✓ Décision de la césarienne ;
- ✓ Installation sur la table ;
- ✓ Pose d'une perfusion intraveineuse et du tensiomètre ;
- ✓ Mise en place de l'anesthésie ;
- ✓ Pose de la sonde urinaire ;
- ✓ Désinfection de la peau ;
- ✓ Préparation du champ opératoire ;
- ✓ L'extraction fœtale et mise en place du pansement ;
- ✓ Surveillance en salle de réveil ;
- ✓ Elaborer le protocole de traitement en salle de suites opératoire;
- ✓ Suivre le traitement de la patiente ;
- ✓ Gestion et suivi des fournitures de bureau et produits consommables ;
- ✓ Gestion des dossiers des parturientes ;
- ✓ Gestion des repas ;
- ✓ Suivi de l'entretien des locaux.

#### **4.1.1.2 Identification des activités du processus.**

Grâce aux entretiens et observations, nous avons pu établir le dictionnaire des activités. Ainsi il est composé de trois sous processus qui sont : les sous processus préopératoire, opératoire et post opératoire ainsi présenté dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°8: les activités, leurs processus ainsi que les codifications.**

	Activités	Processus		
		P1	P2	P3
1	Accueillir et installer les parturientes	x		
2	Interroger et vérifier l'hygiène des parturientes	x		
3	Faire l'examen clinique et paraclinique	x		
4	Surveiller la constante	x		
5	Décision de la césarienne	x		
6	Installation sur la table		x	
7	Pose d'une perfusion intraveineuse et du tensiomètre		x	
8	Mise en place de l'anesthésie		x	
9	Pose de la sonde urinaire		x	
10	Désinfection de la peau		x	
11	Préparation du champ opératoire		x	
12	L'extraction fœtale et Mise en place du pansement		x	
13	Surveillance en salle de réveil			x
14	Elaborer le protocole du traitement en salle de suites opératoire			x
15	Suivre le traitement des patientes			x
16	Gestion et suivi des fournitures de bureau et produits consommable	x	X	x
17	Gestion des dossiers des parturientes	x		x
18	Gestion du linge	x		x
19	Gestion des repas	x		x
20	suivi de l'entretien des locaux	x		x

**Source : nous-même**

Ce tableau montre un total de 20 activités liées directement à la pratique de la césarienne. Il faut noter que P1 est le sous processus préopératoire, P2 le sous processus opératoire et P3 le sous processus poste opératoire. Quant aux signes (x) situés à l'intérieur de chaque processus, cela signifie l'appartenance des activités aux sous processus c'est-à-dire la réalisation de ces activités aux différents sous processus.

La description de processus ainsi que l'identification des activités au travers du dictionnaire nous permettrons ainsi de passer à la deuxième phase qui est Activity Based Costing dans laquelle le contenu de chaque étape est déterminé.

#### **4.1.2 Activity Based Costing (ABC).**

Activity Based Costing représente la deuxième phase de notre méthode calcul de coût. Elle est composée de sept (07) étapes qui sont ainsi décrit dans la suite du travail tout en restant dans le contexte de notre étude.

##### **4.1.2.1 Identification des ressources consommées.**

Les ressources consommées représentent l'ensemble des charges qui rentrent en compte dans la prise en charge de la césarienne à l'IHS de Dakar.

##### **➤ Les charges du personnel médical.**

Le personnel médical du service comprend ceux ayant suivi leurs formations à l'école de médecine. Ainsi le service compte trois (03) médecins gynécologues et un professeur agrégé en gynécologie tous orientés par l'Etat. Le salaire des médecins gynécologues et du professeur gynécologue ne nous a pas été communiqué. Quant aux primes, les médecins perçoivent 120 000 FCFA et le professeur 200 000 FCFA, ce qui nous donne un total de 3 360 000 FCFA de prime reçut par le personnel médical de janvier à juin.

Le personnel de la gynécologie reçoit une motivation d'un même montant mais qui varie d'un mois à l'autre. Pour le mois de janvier ils ont reçu 82 500 FCFA chacun, le mois de février s'élève à 83 000 FCFA, le mois mars on a 103 000 FCFA, avril 111 500 FCFA, mai 93 500 FCFA et juin 104 500 FCFA. Donc la motivation du personnel médical sur la période de six mois est de 2 312 000 FCFA. En nous basant sur des interrogatoires, nous avons eu un total de travail de 910,02 heures par personnel sur la période des six (06) mois. Ce qui nous donne un total de **3 640,08 heures** avec une charge total de **5 672 000 FCFA**. Le tableau ci-dessous les charges du personnel médical.

**Tableau N°9: Récapitulative des charges du personnel médical (en FCFA)**

	Primes( de janvier à juin)	Motivations( de janvier à juin)	Total
Professeur gynécologue	1 200 000,00	578 000,00	1 778 000,00
Médecins gynécologues (03)	2 160 000,00	1 734 000,00	3 894 000,00
<b>Total</b>	<b>3 360 000,00</b>	<b>2 312 000,00</b>	<b>5 672 000,00</b>

**Source : nous-même**

➤ **Les charges du personnel paramédical.**

Les professions paramédicales comprennent l'ensemble des professionnels du service gynécologie qui ne sont pas formés comme les médecins. Sur les 17 sages-femmes qui travaillent à l'HIS, nous avons 09 affectées de l'Etat avec un salaire de 157 000 FCFA et 8 engagées par l'IHS qui perçoivent un salaire de 135 000 FCFA. Quant à la maîtresse sage-femme en plus de son salaire qui est de 183 299 FCFA, elle reçoit une prime de 130 000 FCFA par mois. Les 17 sages-femmes et la maîtresse sage-femme ont reçues chacune une motivation d'un montant de 578 000 FCFA sur la période des six mois.

En salle de suites opératoire, nous avons 04 équipes de garde qui se relaient pour le traitement des femmes. Chaque équipe est composée de trois (03) sages-femmes (deux orientées par l'Etat et une par l'IHS) à savoir deux (02) de garde le matin et une le soir. Elles sont aidées par deux étudiants de médecine. Le nombre de jours obtenu sur notre période est de 181 jours, ce qui nous donne un total de **4 344 heures** avec une charge de **9 720 200 FCFA**.

En salle de réveil, on a un total de quatre (04) infirmiers engagés par la structure qui se relaient à savoir deux (02) matin et deux (02) le soir. Ils ont travaillé également **4 344 heures** pour un salaire de 135 000 FCFA par infirmier plus les motivations ce qui nous donne une charge de **5 552 000 FCFA** de janvier à juin 2019 dont la part des césariennes s'élève à **4 996 800 FCFA**.

Au niveau du bloc opératoire, nous avons une anesthésiste qui est la gérante du bloc avec un salaire de 290 000 FCFA et une prime de 200 000 FCFA, 01 infirmier engagé par l'hôpital et

qui reçoit la somme de 135 000 FCFA avec aussi 03 aides infirmiers dont un instrumentaliste, un circulant et un agent de stérilisation qui ont pour salaire de 100 000 FCFA. La motivation du personnel du bloc s'élève également à 578 000 FCFA par personne sur la période des six mois. Ainsi la charge du personnel du bloc est de **8 440 000 FCFA** et celle imputable à la césarienne est **7 596 000 FCFA**. Le temps consacré par l'équipe du bloc pour les 324 césariennes est de 14 580 minutes soit 45 minutes par césarienne ce qui donne **243 heures**.

L'activité administrative de la gynécologie est assurée par la maîtresse sage-femme qui consacre 25% de son temps pour les commandes des matériels du bloc opératoire et de la salle de suites opératoire. Elle a reçu durant les six mois un montant total de 2 457 794 FCFA. La charge imputable à la césarienne est de **614 448,5 FCFA**.

Il faut noter qu'au niveau du bloc il a été enregistré sur la période de six premiers mois 2019, 358 interventions dont 324 césariennes ce qui signifie que les césariennes ont occupé 90% des activités du bloc opératoire et des salles de réveil et de suites opératoire. Le tableau ci-dessous est un récapitulatif des charges du personnel paramédical.

**Tableau N°10: Récapitulative des charges du personnel paramédical (en FCFA)**

	Salaires( de janvier à juin)	Primes( de janvier à juin)	Motivations( de janvier à juin)	Total
Maitresse sage-femme	1 099 794,00	780 000,00	578 000,00	2 457 794,00
Anesthésiste	1 740 000,00	1 200 000,00	578 000,00	3 518 000,00
Sages-femmes(17)	14 958 000,00	-	578 000,00	15 536 000,00
Infirmiers(05)	4 050 000,00	-	578 000,00	4 628 000,00
Aides-infirmiers(03)	1 800 000,00	-	578 000,00	2 378 000,00
Total	23 647 794,00	1 980 000,00	2 890 000,00	<b>28 517 794,00</b>

**Source : nous-même**

➤ **Les charges d'amortissement des locaux de la gynécologie.**

Pour les charges d'amortissement des locaux de la gynécologie, nous avons la durée de vie du bâtiment qui est de 30 ans et le coût du bâtiment de 800.000.000 FCFA. Quant à la construction du bâtiment elle a été achevée en Avril 2018. Ainsi à travers le logiciel plan d'amortissement, nous avons calculé les amortissements sur les 30 ans tout en renseignant le coût du local, la durée de vie et la date du début des activités. Pour obtenir l'annuité de l'année 2018, nous avons calculé d'abord le taux de l'amortissement qui est de 3,33%

(100/30) par année. Nous avons par la suite calculé l'amortissement réel au prorata du nombre de jours de l'exercice sur un total de 360 jours par année. Donc à compter du premier avril à décembre 2018 on a un total de 270 jours d'exercice pour l'année 2018 ce qui nous donne une annuité de 20 000 000 FCFA  $[(800\ 000\ 000\ \text{FCFA} * 3,33\% * 270\ \text{jours}) / 360]$ . Ainsi l'annuité de 2019 nous donne la somme de 26 000 000 FCFA  $(800\ 000\ 000\ \text{FCFA} * 3,33\%)$ , ce qui nous donne un amortissement de 2 166 666.667 FCFA par mois soit un total de **13 000 000 FCFA** sur les six mois. Il faut noter que pour la dernière année il va falloir rattraper les 90 jours de non exercice d'où on multipliera la base d'amortissement par 90 jours restant en plus du taux. Le détail du calcul de l'amortissement est donné dans l'annexe (7).

➤ **Les charges d'amortissement des équipements.**

Par manque d'information sur les coûts des équipements du service gynécologie pour le calcul de l'amortissement, nous avons pris au niveau de l'agence comptable le total des amortissements des 18 services du centre hospitalier sur la période des six mois qui est de 27 286 317 FCFA qu'on a divisé par le nombre total de service (18) ce qui nous a donné la somme de 1 515 907 FCFA par service. Donc les charges de l'amortissement des équipements du service gynécologie de janvier à juin 2019 est de 1 515 907 FCFA. Après un entretien avec la gérante du service, elle nous a fait savoir que les équipements qui rentrent en compte dans la prise en charge de la césarienne représentent 25% de tous les équipements de la gynécologie. Ainsi la charge imputable à la césarienne est de **378 976,75 FCFA**.

➤ **Les charges liées aux consommables.**

Le comptable matière a mis à notre disposition les consommables du service gynécologie tels que les produits d'entretiens, les consommables des fournitures de bureau, les fournitures imprimées et les fournitures de consommable informatique de janvier à juin 2019. Ainsi, les produits d'entretiens s'élèvent à 99 4435 FCFA, les fournitures de bureau à 274 516 FCFA, les fournitures imprimées à 343 000 FCFA et les fournitures de consommable informatique à 271 000 FCFA. Ce qui nous donne un total de **1 882 951 FCFA** illustré dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°11 : les charges liées aux consommables.**

<b>Consommables</b>	<b>Montants en FCFA</b>
Produits d'entretiens	99 4435
Fournitures de bureau	274 516
Fournitures de consommables informatiques	271 000
Fournitures imprimées	343 000
<b>Total</b>	<b>1 882 951</b>

**Source : nous-même**

➤ **Les charges administratives.**

Les charges de l'administration sont l'ensemble des charges administratives du service gynécologie. Pour avoir la charge imputable à la césarienne, nous avons dû utiliser l'effectif pour la répartition des charges. Après cumul de toutes les charges administratives présentées dans le tableau, nous avons procédé à une répartition en fonction du personnel. L'effectif total du personnel de la gynécologie est de 26 dont 17 interviennent dans les activités de la prise en charge de la césarienne ce qui nous donne 65%. Au vu de cela, nous avons estimé que le personnel de l'administration consacre 65% de son temps à la gestion des activités de la césarienne. L'agence comptable a mis à notre disposition l'ensemble des charges de janvier à juin 2019. Les détails des charges sont dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°12: les charges liées à l'administration (en FCFA).**

Désignations	Coûts en FCFA de janvier à juin	65% imputable à la césarienne
<b>Charge du personnel</b>	3 496 220,00	2 272 543,00
<b>Consommation d'électricité</b>	119 696,93	77 803,00
<b>Télécommunication</b>	267 020,00	173 563,00
<b>Produits d'entretiens</b>	70 603,13	45 892,03
<b>Fournitures de bureau</b>	140 963,03	91 625,97
<b>Ramassage des ordures</b>	170 950,00	111 117,50
<b>Nettoyage des locaux</b>	84 934,20	55 207,23
<b>Total</b>	<b>4 350 387,29</b>	<b>2 827 751,74</b>

**Source : nous-même**

➤ **Les charges de la maintenance.**

Grâce à un entretien avec le chef de la maintenance, nous avons obtenu les informations sur l'unité de la maintenance hospitalière qui compte huit (08) agents à savoir un électricien, un frigoriste, un informaticien, un technicien biomédical, un technicien en téléphone, un menuisier métallique, un menuisier ébéniste et un plombier. Durant la période de janvier à juin seuls l'électricien et le technicien biomédical qui ont effectué des travaux au service gynécologie et consacrent en moyenne 1 heure pour chaque intervention. Nous avons un total de 20 interventions de la maintenance durant notre période. Ainsi les charges de la maintenance s'élèvent à **1 798 476 FCFA** sur la période des six mois.

➤ **Les charges de la pharmacie.**

La pharmacie compte 09 personnes dont la charge durant la période de janvier à juin est de 13 297 000 FCFA y compris les primes et motivations. Après un interrogatoire avec le chef adjoint de la pharmacie, nous avons eu l'information selon laquelle parmi les charges de la pharmacie, la césarienne en occupe 16%. En effet durant les six mois, la pharmacie a reçu 324 ordonnances pour les femmes césarisées à raison de 7 000 FCFA, ce qui rentre dans le cadre de la gratuité. Quant aux kits, ils ne rentrent pas dans le cadre de la gratuité car à l'IHS c'est la parturiente qui paye le montant du kit qui s'élève à 60 000 FCFA. Le tableau ci-dessous montre la répartition des charges de la pharmacie.

**Tableau N°13: charges liées à la pharmacie (en FCFA).**

Désignations	Charges sur six mois	16% imputable à la césarienne
<b>Charges du personnel</b>	13 297 000	2 127 520
<b>Télécommunication</b>	120 000	19 200
<b>L'électricité</b>	112 376,94	17 980,31
<b>Fournitures de bureau</b>	94 325	15 092
<b>Produits d'entretien</b>	101 725	16 276
<b>Total</b>	<b>13 725 525,33</b>	<b>2 196 068,31</b>

**Source : nous-même**

➤ **Les charges de la buanderie.**

Le service de buanderie a repris ses activités en janvier 2019. Il est composé une seule personne qui se charge du ramassage de draps en salle de suites opératoire, en salle de réveil, en médecine et de la salle d'hospitalisation tous les jours pour les laver. Et pour cela, elle reçoit une somme de 75 000 FCFA par mois ce qui nous donne un montant de 450 000 FCFA sur notre période d'étude. Après un entretien, elle nous a fait savoir que le nombre de draps récupéré en salle de suite opératoire et en salle de réveil sont au nombre de 11 draps (08 en salle de suites opératoire et 03 en salle de réveil) sur 25 soit 44% des draps récupérés. Ce qui nous a permis de dire qu'elle consacre 44% de son temps pour les linges de la césarienne. Donc la charge imputable à la césarienne est de **270 000 FCFA**.

➤ **Les charges de la restauration.**

La restauration du centre hospitalier est confiée à un prestataire extérieur qui se charge d'apporter à manger uniquement aux équipes de garde du centre. Les repas des patients hospitalisés sont assurés par leurs parents et cela est pareil pour le service gynécologie. Vu que les activités de la césarienne ont débuté en Avril 2018 alors les équipes de garde gynécologie ont commencé à bénéficier du repas en Avril 2019. Ainsi le service de l'agence comptable a mis à notre disposition les factures respectives du service de la gynécologie 1 143 000 FCFA pour le mois d'Avril, 1 068 000 FCFA pour le mois Mai et 1 080 000 FCFA pour le mois de juin la facturation se fait en fonction du nombre de repas servi. Le nombre de repas servi par jour est de 09 ce qui nous donne un total de 1 629 repas sur les six mois pour une charge total de 3 291 000 FCFA. Soit **1 828 333,33 FCFA** pour la césarienne à raison de

905 repas pour l'équipe de garde de la césarienne ce qui nous donne 05 plats par jour sur les six mois.

➤ **Les charges de gardiennage.**

La sécurité du centre hospitalier est assurée par 20 vigiles, dont six sont affectés au service gynécologie mais qui se relaient. La somme perçue par vigile est de 60 000 FCFA. Parmi eux, 03 sont chargés de la surveillance du bloc, de la salle de suites opératoire, la salle de réveil et la salle d'accueil. Ainsi la charge du gardiennage de la gynécologie s'élève à 210 000 FCFA sur la période des six mois et celle imputable à la césarienne est de **1 080 000 FCFA**.

➤ **Les charges de nettoyages et d'hygiène des locaux.**

Le service de nettoyage est composé de 25 agents avec un salaire de 54 445 FCFA par personne. Parmi ces agents, sept (07) sont affectés au service gynécologie. Donc la charge incombant à la gynécologie est de 381 115 FCFA par mois. La charge totale sur la période de six mois s'élève à **2 286 690 FCFA**.

➤ **Les charges des brancardiers.**

L'IHS comprend deux brancardiers dont un est affecté au service gynécologie. Il a pour rôle de transporter les parturientes dans la salle opératoire et son salaire est de 99 500 FCFA, ce qui nous donne la charge de **597 000 FCFA** sur notre période d'étude.

➤ **Les charges des fournitures non stockables.**

Les charges des fournitures non stockables concernent les charges d'eau et d'électricité. Pour la consommation de l'électricité, la responsable de la maintenance a mis à notre disposition la facture du mois d'Août. Ainsi la consommation de l'hôpital est de 2 024 556 FCFA. Après un inventaire des appareils électriques consommés par la prise en charge de la césarienne, nous avons relevé leurs puissances par l'aide de l'électricien de la maintenance, nous avons eu un total de 1 849,31 KWH avec la somme de 112,65 FCFA comme coût du HWH. La charge imputable à la césarienne est de **208 324,77 FCFA**.

Pour la charge d'eau, nous n'avons pas pu avoir d'information sur la consommation d'eau car aucune facture n'est disponible au sein de l'hôpital. Le chef de la maintenance nous a fait savoir que la facture n'est pas payée par l'IHS.

➤ **Les charges de télécommunication.**

Pour la communication le centre met à la disposition de chaque service un certain nombre de portable avec une souscription par mois. Le service gynécologie dispose de 03 téléphones pour la communication à savoir un pour le chef de service, un pour la maitresse sage-femme et un pour la responsable du bloc opératoire. Le montant de la facture de télécommunication s'élève à **90 000 FCFA** à raison de 15 000 FCFA par mois pour les téléphones. Toutes ces informations nous ont été données par l'agence comptable.

Après l'énumération des ressources citées, nous allons par la suite les mettre dans un tableau ainsi que leurs montants pour simplifier les explications données plus haut. Ainsi le tableau ci-dessous présente les ressources consommées par la césarienne et leurs montants.

**Tableau N°14: les ressources consommées par la césarienne et leurs montants**

<b>Ressources</b>	<b>Montants en FCFA</b>
<b>Main d'œuvre</b>	34 189 794,00
<b>Amortissement des équipements</b>	378 976,75
<b>Buanderie</b>	270 000
<b>Charges administratives</b>	2 827 751,74
<b>Produits pharmaceutiques</b>	2 196 068,31
<b>Consommables</b>	1 882 951
<b>Electricité</b>	324 755,30
<b>Gardiennage</b>	1 080 000
<b>Maintenance</b>	1 798 476
<b>Nettoyage des locaux</b>	2 286 690
<b>Restauration</b>	1 828 333,33
<b>Télécommunication</b>	90 000

**Source : nous-même**

Ce tableau est une récapitulation des ressources consommées par la prise en charge de la césarienne ainsi que les montants qui leur sont alloués sur la période de l'étude. Il nous montre que parmi les ressources consommées par la césarienne, la main d'œuvre est la plus élevée.

#### **4.1.2.2 Identification des inducteurs de ressources et leurs volumes**

Les inducteurs de ressource servent à relier les ressources aux activités. Le tableau ci-dessous illustre les inducteurs possibles et ceux retenus.

**Tableau N°15: les inducteurs de ressources et leur volume.**

<b>Ressources</b>	<b>Inducteurs possibles</b>	<b>Inducteurs retenus</b>	<b>Volume</b>
<b>Main d'œuvre</b>	Nombre d'heure consacré à l'activité	Nombre d'heure consacré à l'activité	1 787 heures
	Nombre de patients		
<b>Amortissement des équipements</b>	Durée d'utilisation	Durée d'utilisation	1 403 heures
	Type d'équipement		
<b>Buanderie</b>	Nombre de draps lavés	Nombre de draps lavés	11 draps
	Poids du linge		
	Coût unitaire de la tenue lavée		
<b>Charges administratives</b>	Nombre d'heure consacrée à l'activité	Effectif du personnel	37 personnes
	Nombre d'activité		
	Effectif du personnel		
<b>Produits pharmaceutiques</b>	Quantité de produit utilisé	Quantité de produit utilisé	1 274 unités
	Type de produit		
	Nombre d'ordonnance		
<b>Fournitures et Consommables</b>	Quantité consommée	Quantité consommée	3 072 unités
	Nombre de malade		

**ANALYSE DES COÛTS DE LA CESARIENNE DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE  
L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

	Type de consommable		
<b>Electricité</b>	Nombres d'équipements électriques Types d'équipement Temps d'utilisation de l'électricité Puissance consommée Nombre de service	Puissance consommée	2 882,87 KWh
<b>Gardiennage</b>	Nombre de pièces surveillées m <sup>2</sup> surveillé nombre de service surveillés	Nombre de pièces surveillées	07 salles
<b>Maintenance</b>	Nombre d'interventions Types d'interventions Durée des interventions	Nombre d'interventions	20 interventions
<b>Nettoyage locaux</b>	Nombre de pièces nettoyées m <sup>2</sup> nettoyé Nombre de services nettoyés	Nombre de pièces nettoyées	10 pièces
<b>Restauration</b>	Nombre de repas servi Type de repas Coût unitaire du plat servi Nombre de journée alimentaire	Nombre de repas servi	905 repas
<b>Télécommunication</b>	Nombre d'appels Durée d'appels Coût d'un appel Nombre d'unités consommées Fréquence d'utilisation Montant consommé	Nombre d'appels	2 164 appels

**Source : nous-même**

#### **4.1.2.3 Allocation des ressources entre les activités.**

L'allocation des ressources entre les activités consiste à répartir les ressources entre activités. Ainsi les ressources ne sont pas toutes consommées par toutes les activités car certaines ressources sont consommées par une seule activité alors que d'autres activités consomment la même ressource. La répartition des ressources entre les activités est présentée dans l'annexe 5 et celles des inducteurs dans l'annexe 4.

#### **4.1.2.4 Identification et choix des inducteurs d'activités et leurs volumes.**

Les inducteurs d'activités aussi appelés inducteurs de coût sont des moyens permettant de répartir les coûts des activités entre les objets de coût. Ces inducteurs ont été déterminés à travers les entretiens, et les analyses documentaires. Ainsi le tableau ci-dessous présente les inducteurs par activités, ceux retenus et leurs volumes.

**Tableau N°16: les inducteurs d'activités et leurs volumes**

<b>Activités</b>	<b>Inducteurs possibles</b>	<b>Inducteurs retenus</b>	<b>Volumes des inducteurs</b>
Accueillir et installer les parturientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de femmes accueillies et installées</li> <li>• Nombre d'heures de mains d'œuvre</li> </ul>	Nombre de femmes accueillies et installées	324 femmes accueillies et installées
Interroger la parturiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de femmes interrogées</li> <li>• Nombre d'heures consacrées à l'activité</li> </ul>	Nombre de femmes interrogées	324 femmes interrogées

**ANALYSE DES COÛTS DE LA CESARIENNE DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE  
L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

Faire l'examen clinique et paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'examen</li> <li>• Nombre d'heures consacrées aux examens</li> <li>• Nombre de femmes examinées</li> </ul>	Nombre d'examen	324 examens
Surveiller la constante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de constante surveillée</li> <li>• Temps mis pour la surveillance des constantes</li> <li>• Nombre de femmes surveillées</li> </ul>	Nombre de femmes surveillées	324 femmes surveillées
Décision de la césarienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de décision</li> <li>• Temps mis pour la décision</li> </ul>	Nombre de décision	324 décisions
Installation sur la table	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de femmes installées</li> </ul>	Nombre de femmes installées	324 femmes
Pose d'une perfusion intraveineuse et du tensiomètre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de perfusion et de tensiomètre</li> </ul>	Nombre de perfusion et de tensiomètre	324 perfusions et tensiomètres
Mise en place de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'anesthésie</li> </ul>	Nombre d'anesthésie	324 anesthésies

**ANALYSE DES COÛTS DE LA CESARIENNE DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE  
L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

l'anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'heure de main d'œuvre</li> </ul>		
Pose de la sonde urinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de sonde urinaire</li> <li>• Nombre de femmes</li> </ul>	Nombre de sonde urinaire	324 sondes urinaires
Désinfection de la peau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de désinfection</li> <li>• Nombre de femmes</li> </ul>	Nombre de femmes	324 femmes
Préparation du champ opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps mis pour la préparation</li> <li>• Nombre d'intervention</li> <li>• Nombre d'intervention</li> </ul>	Nombre d'intervention	324 d'interventions
L'extraction fœtale et mise en place du pansement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de femmes césarisées</li> <li>• Nombre de temps consacré</li> </ul>	Nombre de femmes césarisées	324 femmes césarisées
Surveillance en salle de réveil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de femme surveillée</li> <li>• Nombre d'heure de</li> </ul>	Nombre de femme surveillée	324 femmes surveillées

**ANALYSE DES COÛTS DE LA CESARIENNE DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

	main d'œuvre		
Elaborer le protocole du traitement en salle de suites opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de protocole élaboré</li> <li>• Nombre d'heure de main d'œuvre</li> </ul>	Nombre de protocole élaboré	324 protocoles
Suivre le traitement des patientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patiente</li> </ul>	Nombre de patiente	324 patientes
Gestion et suivi des fournitures de bureau et produits consommables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'heure de main d'œuvre</li> </ul>	Nombre d'heure de main d'œuvre	48 heures
Gestion des dossiers des parturientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de médicament</li> <li>• Nombre de dossiers</li> </ul>	Nombre de dossiers	324 dossiers
Gestion du linge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de femmes accouchées</li> <li>• Nombre d'heure de main d'œuvre</li> <li>• Nombre de drap lavé</li> </ul>	Nombre de femmes accouchées	324 accouchements
Gestion des repas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de repas servi</li> <li>• Nombre d'heure de main d'œuvre</li> </ul>	Nombre de repas servi	905 repas
Suivi de l'entretien des locaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de suivi</li> </ul>	Nombre de suivi	24 suivis

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'heure de main d'œuvre</li> </ul>		
--	--	--	--

**Source : nous-même**

Il faut noter que l'inducteur nombre de femme a été le plus utilisé parce qu'il est à la base du calcul de coût.

#### **4.1.2.5 Répartition des volumes d'inducteurs entre les objets de coûts.**

Elle consiste à affecter à chaque objet de coût le volume de son inducteur. Et cette répartition permettra de voir la part de chaque objet de coût sur le volume total. La répartition est ainsi présentée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°17: répartition des volumes**

<b>Activités</b>	<b>Inducteurs retenus</b>	<b>Volume des inducteurs</b>	<b>Césarienne d'urgence</b>	<b>Césarienne programmée</b>	<b>Total</b>
Accueillir et installer les parturientes	Nombre de femmes accueillies et installées	324	88	236	324
Interroger la parturiente	Nombre de femmes interrogées	324	88	236	324
Faire l'examen clinique et paraclinique	Nombre d'examen	324	88	236	324
Surveiller la constante	Nombre de femmes surveillées	324	88	236	324

**ANALYSE DES COÛTS DE LA CESARIENNE DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE  
L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

Décision de la césarienne	Nombre de décision	324	88	236	324
Installation sur la table	Nombre de femmes installées	324	88	236	324
Pose d'une perfusion intraveineuse et du tensiomètre	Nombre de perfusion et de tensiomètre	324	88	236	324
Mise en place de l'anesthésie	Nombre d'anesthésie	324	88	236	324
Pose de la sonde urinaire	Nombre de sonde urinaire	324	88	236	324
Désinfection de la peau	Nombre de femmes	324	88	236	324
Préparation du champ opératoire	Nombre d'intervention	324	88	236	324
L'extraction fœtale et mise en place du pansement	Nombre de femmes césarisées	324	88	236	324
Surveillance en salle de réveil	Nombre de femme surveillée	324	88	236	324

**ANALYSE DES COÛTS DE LA CESARIENNE DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE  
L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

Elaborer le protocole du traitement en salle de suites opératoire	Nombre de protocole élaboré	324	88	236	324
Suivre le traitement des patientes	Nombre de patiente	324	88	236	324
Gestion et suivi des fournitures de bureau et produits consommables	Nombre d'heure de main d'œuvre	48	13	35	48
Gestion des dossiers des parturientes	Nombre de dossiers	324	88	236	324
Gestion du linge	Nombre de femme accouchée	324	88	236	324
Gestion des repas	Nombre de repas	905	246	659	905
Suivi de l'entretien des locaux	Nombre de suivi	24	6	18	24

**Source : nous-même**

#### 4.1.2.6 Calcul du coût des inducteurs

Le coût d'un inducteur est le quotient du coût attribué à l'activité sur le volume de l'inducteur.

Ainsi la formule est :

$$\text{Coût de l'inducteur d'activité} = \frac{\text{coût de l'activité}}{\text{volume de l'inducteur}}$$

- Le coût de l'inducteur est le montant total affecté à l'activité.
- Le volume de l'inducteur est le nombre total d'unités d'inducteur de l'activité.

Le tableau ci-dessous nous montre les coûts unitaires des activités.

**Tableau N°18 : coûts unitaires des inducteurs d'activités (en FCFA)**

Activités	Montants total des activités en FCFA	Inducteurs d'activités	Volumes de l'inducteur	Coûts unitaire des inducteurs
Accueillir et installer les parturientes	810 000,00	Nombre de femmes accueillies et installées	324	2 500,00
Interroger la parturiente	1 620 000,00	Nombre de femmes interrogées	324	5 000,00
Faire l'examen clinique et paraclinique	1 440 000,00	Nombre d'examen	324	4 444,44
Surveiller la constante	810 000,00	Nombre de femmes surveillées	324	2 500,00
Décision de la césarienne	720 000,00	Nombre de décision	324	2 222,22
Installation sur la table	810 000,00	Nombre de femmes installées	324	2 500,00

**ANALYSE DES COÛTS DE LA CESARIENNE DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE  
L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

Pose d'une perfusion intraveineuse et du tensiomètre	600 000,00	Nombre de perfusion et de tensiomètre	324	1 851,85
Mise en place de l'anesthésie	1 200 000,00	Nombre d'anesthésie	324	3 703,70
Pose de la sonde urinaire	600 000,00	Nombre de sonde urinaire	324	1 851,85
Désinfection de la peau	810 000,00	Nombre de femmes	324	2 500,00
Préparation du champ opératoire	600 000,00	Nombre d'intervention	324	1 851,85
L'extraction fœtale et mise en place du pansement	578 000,00	Nombre de femmes césariées	324	1 783,95
Surveillance en salle de réveil	3 240 000,00	Nombre de femme surveillée	324	10 000,00
Elaborer le protocole du traitement en salle de suites opératoire	1 620 000,00	Nombre de protocole élaboré	324	5 000,00
Suivre le traitement des patientes	2 544 000,00	Nombre de patiente	324	7 851,85
Gestion et suivi des fournitures de bureau et	1 879 794,00	Nombre personne accueillie et orientée	48	39 162,38

produits consommables				
Gestion des dossiers des parturientes	1 752 000,00	Nombre d'ordonnance	324	5 407,41
Gestion du linge	1 620 000,00	Nombre de femme accouchée	324	5 000,00
Gestion des repas	810 000,00	Nombre de suivi	905	895,03
Suivi de l'entretien des locaux	891 299,00	Nombre de réparation	24	37 137,46

**Source : nous-même**

#### **4.1.2.7 Répartition des coûts des inducteurs d'activités et calcul du coût unitaire des produits ou objets de coût.**

Les objets de coût sont les prestations offertes par le service gynécologie. Dans le cadre de notre étude, cela représente la césarienne d'urgence et la césarienne programmée qui constituent la destination finale du coût des activités. Le calcul du coût unitaire ainsi que les autres coûts sont présentés dans l'annexe 6.

## 4.2 La gestion par activité (ABM)

La gestion par activité portera sur deux niveaux d'analyses. La première sera consacrée à l'analyse de la performance des produits et la deuxième portera sur l'analyse du taux de recouvrement.

### 4.2.1 Analyse de la performance des produits.

La performance des produits sera analysée à travers deux attributs des activités qui sont le coût et le délai. Pour manque d'information sur les valeurs perçues et les satisfactions des femmes césarisées en ce qui concerne les différentes activités, nous ne pourrions donc pas analyser la valeur ajoutée et la qualité des activités.

#### 4.2.1.1 Le coût des produits.

L'analyse du coût permet de voir les produits qui consomment plus de ressources et celles qui en consomment moins. Cette analyse se fera au travers du coût total puis par le coût unitaire.

##### ➤ Coût total

A ce niveau, notre calcul nous montre que le produit le plus consommateur de ressource est la césarienne programmée avec une consommation total de 25 345 587,30 FCFA soit 73% des ressources. Quant à la césarienne d'urgence, elle consomme un montant de 9 474 770,49 FCFA soit 27% du coût total. Donc la césarienne programmée à une consommation plus importante en ressource. Ce coût élevé s'explique principalement par les activités liées à l'acte opératoire (de l'activité 6 à l'activité 12) qui occupent un montant total de 3 786 197,54 FCFA et les surveillances en salle de réveil et suites opératoire qui s'élèvent chacun à 2 360 000 FCFA. Le tableau ci-dessous illustre les explications données plus haut.

**Tableau N°19 : Coût total des produits (en FCFA)**

<b>Intitulés</b>	<b>Césarienne d'urgence</b>	<b>Césarienne programmée</b>	<b>Total</b>
<b>Coût total</b>	<b>9 474 770,49</b>	<b>25 345 587,30</b>	<b>34 820 357,78</b>
<b>Quote-part des ressources consommées</b>	<b>27%</b>	<b>73%</b>	<b>100%</b>

**Source : nous-même**

➤ **Coût unitaire et résultats**

Au niveau coût unitaire, nous pouvons dire qu'une césarienne programmée coûte à la structure sanitaire la somme de 147 543, 89 FCFA avec un revenu unitaire qui s'élève à 67 000 FCFA ce qui nous donne un résultat unitaire (perte) de 80 543, 89 FCFA. Quant à la césarienne d'urgence, en prenant en compte les coûts de toutes les ressources calculées, elle coûte à la structure sanitaire 395 685,88 FCFA pour un revenu unitaire de 67 000 FCFA d'où on obtient également une perte mais beaucoup plus significative allant à 328 685,88 FCFA. Toutes ces informations sont illustrées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°20 : Coût unitaire et résultats des deux types de césarienne (en FCFA)**

<b>Intitulés</b>	<b>Césarienne d'urgence</b>	<b>Césarienne programmée</b>	<b>Total</b>
<b>Coût unitaire</b>	<b>395 685,88</b>	<b>147 543,89</b>	<b>543 229,77</b>
<b>Chiffre d'affaires théorique</b>	<b>5 896 000,00</b>	<b>15 812 000,00</b>	<b>21 708 000,00</b>

<b>Revenu unitaire</b>	<b>67 000,00</b>	<b>67 000,00</b>	<b>-</b>
<b>Résultat unitaire</b>	<b>- 328 685,88</b>	<b>- 80 543,89</b>	<b>-</b>
<b>Résultat global</b>	<b>- 3 578 770,49</b>	<b>- 9 533 587,30</b>	<b>- 13 112 357,78</b>

**Source : nous-même**

#### **4.2.1.2 Le délai des activités**

Il s'agit ici de voir les activités qui consomment plus de temps et celles qui consomment moins de temps.

Les activités qui consomment le plus de temps dans notre analyse sont : faire l'examen clinique et paraclinique qui nous a donné 324 heures à raison de 1 heure pour ces deux examens, l'extraction fœtale et mise en place du pansement qui a occupé 243 heures sur notre période d'étude soit 45 minutes par césarienne. Après ces activités, nous avons les activités interroger la parturiente et élaborer le protocole du traitement en salle de suites opératoire qui ont consommé chacune 162 heures avec 30 minutes par activité. Pour finir on a : la gestion des dossiers des parturientes et la mise en place de l'anesthésie qui ont consommé chacune 108 heures soit 20 minutes par activité.

Les activités qui ont consommé moins de temps sont : la pose de la sonde urinaire qui a fait un total de 16 heures soit 3 minutes par parturiente, le suivi de l'entretien des locaux qui donne 24 heures soit 1 heure de suivi par semaine, la préparation du champ opératoire qui prend en moyenne 10 minutes par césarienne soit un total de 54 heures, l'installation sur la table qui occupe 22 heures soit 4 minutes par parturiente enfin on a la décision de la césarienne et la désinfection de la peau qui ont occupé 27 heures chacune avec 5 minutes par activité. Ainsi la figure ci-dessus illustre les délais d'occupations de toutes les activités.

#### **4.2.2 Analyse du taux de recouvrement des créances (TRC).**

Le taux de recouvrement des créances est la proportion du chiffre d'affaires qui a été effectivement encaissée. Le remboursement de la prise en charge de la césarienne est stimmé à un taux forfaitaire (fixe) de 85 000 FCFA quel que soit le type de césarienne. Notre calcul de coût nous montre que la somme supportée par l'hôpital pour la prise en charge d'une césarienne est largement supérieure à celle de l'Etat.

Pour la césarienne d'urgence, on a un chiffre d'affaires théorique de 5 896 000,00 FCFA. L'hôpital a encaissé la somme de 5 896 000,00 FCFA ce qui représente 100% du chiffre d'affaires théorique d'où le montant de 5 896 000,00 FCFA avec un coût total de 9 474 770,49 FCFA. On obtient donc un TRC réel de 62%.

Pour la césarienne programmée, l'hôpital réalise un chiffre d'affaires théorique de 15 812 000 FCFA. Le montant encaissé est de 15 812 000 FCFA qui représente 100% du chiffre d'affaires théorique avec un coût total de 25 345 587,30 FCFA. Cela nous donne un TRC réel de 62%. La formule du TRC réel est :

**TRC réel** =  $\frac{\text{Chiffre d'affaire encaissé}}{\text{Coût total}} * 100$ . Le tableau ci-dessous présente clairement les TRC réel de nos deux produits.

**Tableau N°21 : calcul des TRC réel de nos produits (en FCFA)**

<b>Intitulés</b>	<b>Césarienne d'urgence</b>	<b>Césarienne programmée</b>	<b>Total</b>
<b>Taux d'encaissement</b>	100%	100%	
<b>Chiffre d'affaires encaissé</b>	5 896 000	15 812 000	21 708 000
<b>Coût total</b>	9 474 770,49	25 345 587,30	34 820 357,78
<b>TRC réel</b>	<b>62%</b>	<b>62%</b>	<b>62%</b>

**Source : nous-même**

Ce tableau nous montre des taux de recouvrement des créances inférieures à 100 pour les deux produits. Ce qui signifie que l'hôpital a réalisé une perte durant la période de six mois. En effet il faut souligner que les résultats obtenus représentent des TRC réels sans la prise en compte du forfait fixé.

Dans le cadre de la gratuité de la césarienne, l'ACMU procède par un remboursement au forfait d'un montant de 85 000 FCFA pour tous les types de césariennes effectuées.

Il faut noter que depuis la mise en place de la gratuité à l'IHS qui date d'avril 2018, l'ACMU n'a jusque-là payé aucune des factures pour le recouvrement des coûts effectués par la structure sanitaire.

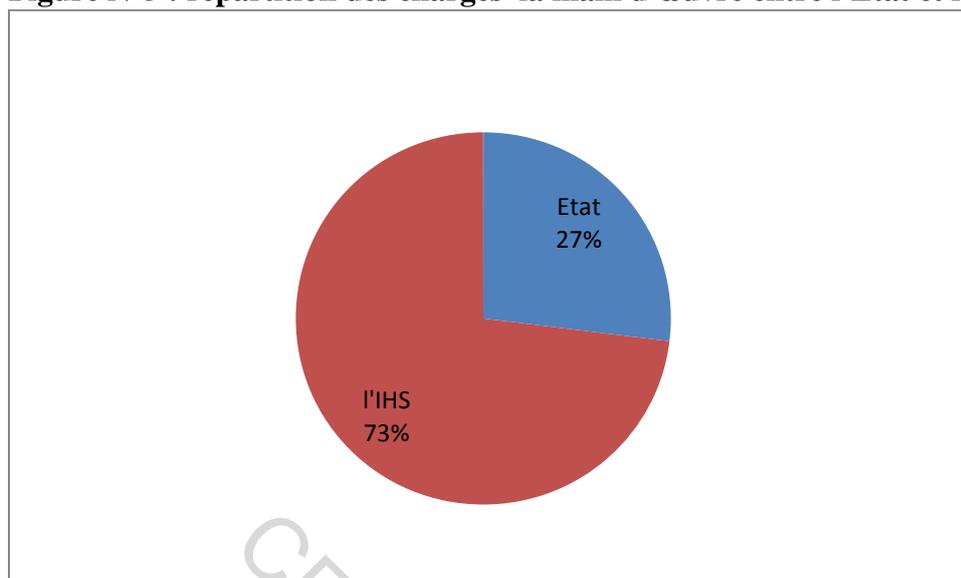
#### **4.2.3 Analyse des charges par acteurs dans la prise en charge de la césarienne.**

Cette analyse concernera les deux acteurs qui interviennent dans la prise en charge de la césarienne à savoir l'IHS et l'Etat. Les charges de ces acteurs seront analysées sous deux volets. Le premier sera focalisé sur la répartition de la main d'œuvre dans le coût unitaire des deux types de césariennes et le second volet consistera à la répartition du coût unitaire par acteurs.

##### **4.2.3.1 La répartition de la main d'œuvre dans le coût unitaire des deux types de césariennes.**

A l'IHS, la main d'œuvre dans la prise en charge des deux types de césariennes est composée des agents de l'Etat et des employés de la structure sanitaire. Il faut noter que dans les charges de la main d'œuvre, les primes et motivations sont incluses. Ainsi sur un total de 34 189 794,00 FCFA, la figure ci-dessous nous montre que les charges en terme de main d'œuvre supportée par l'IHS sont plus élevées soit 73% du montant total alors que celles de l'Etat sont de 27%.

**Figure N°5 : répartition des charges la main d'œuvre entre l'Etat et l'IHS**



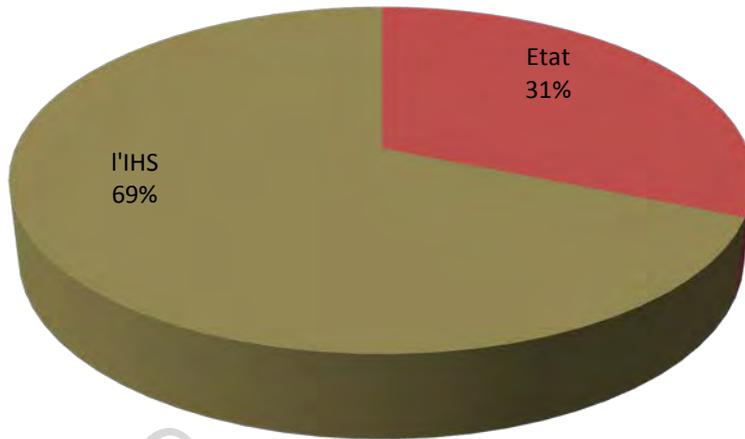
**Source : nous-même**

Le pourcentage élevé de la main d'œuvre de l'IHS est dû au fait que la structure sanitaire a investi en mains d'œuvre pour la réalisation des activités de la césarienne.

#### **4.2.3.2 Répartition du coût unitaire entre les acteurs.**

En prenant en compte toutes les ressources qui sont utilisées pour la prise en charge de la césarienne, notre calcul montre que le total du coût unitaire des deux types de césariennes est de 543 229,77 FCFA soit 395 685,88 FCFA pour la césarienne d'urgence et 147 543,89 FCFA pour la césarienne programmée. Chaque césarienne effectuée quel que soit le type est remboursé par le biais de l'ACMU à la structure la somme de 85 000 FCFA. Ce qui nous fait un montant de 170 000 FCFA pour les deux types de césariennes.

Figure N°6 : répartition du coût unitaire de la césarienne pour les acteurs



**Source : nous-même**

Cette figure nous montre que sur un coût unitaire total de 543 229,77 FCFA, l'Etat supporte 31% et l'IHS 69% du coût unitaire. Ce qui signifie que la prise en charge de la césarienne coûte beaucoup plus à la structure sanitaire qu'à l'Etat.

#### 4.2.4 Vérification des hypothèses.

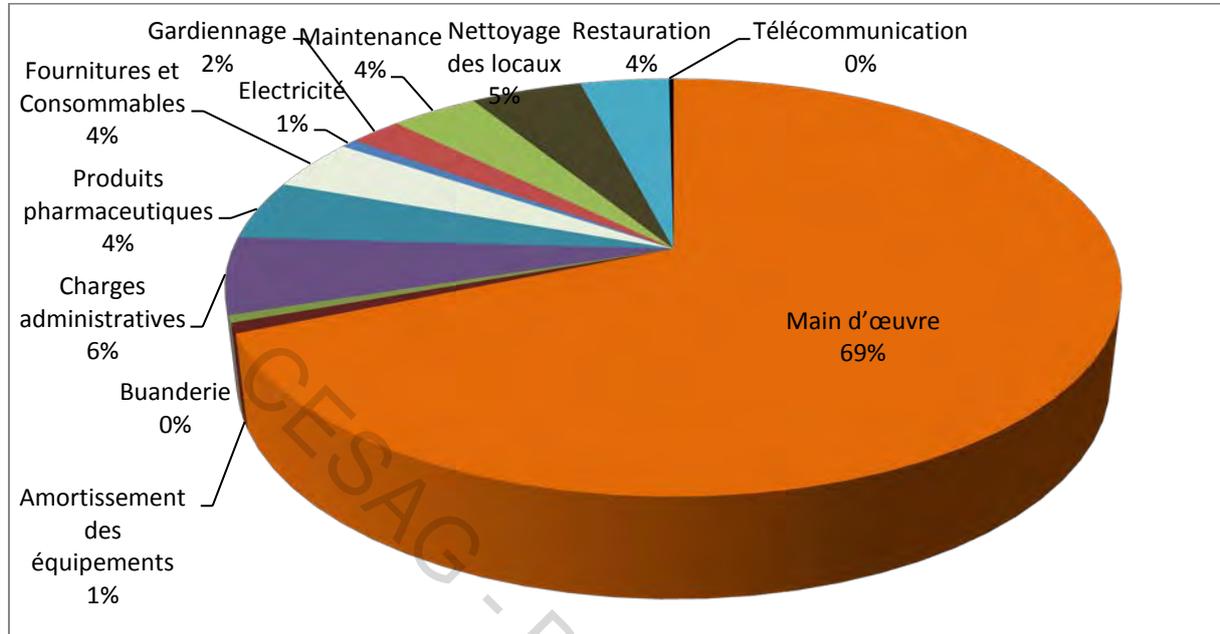
Notre méthode utilisée pour le calcul de coût est l'ABC. Elle nous a permis de connaître le coût unitaire des deux types de césariennes pratiquées au service gynécologie de l'IHS de Dakar. Ainsi l'hypothèse stipule que :

Le coût d'une césarienne supportée par l'IHS est significativement plus élevé que le coût fixé par ACMU.

L'analyse de coût montre qu'en prenant en compte toutes les ressources utilisées pour la production de la césarienne, le coût unitaire de la césarienne d'urgence s'élève à 395 685,88 FCFA et celui de la césarienne programmée à 147 543,89 FCFA. Quant au forfait fixé par l'ACMU il est de 85 000 FCFA pour chaque type de césarienne. Ces valeurs sont également démontrées par la figure de répartition du coût unitaire de la césarienne pour les acteurs. Au vu de tout cela, notre hypothèse qui est le coût d'une césarienne supportée par l'IHS est significativement plus élevé que le coût fixé par ACMU est donc vérifiée. Ceci pourrait s'expliquer par les charges de la main d'œuvre élevée pour la structure sanitaire car parmi

toutes les ressources utilisées, la main d'œuvre occupe une proportion élevée soit 69% du coût des ressources. Quant aux autres pourcentages, ils sont illustrés sur la figure ci-dessous.

**Figure N°7 : répartition des ressources consommées par la césarienne**



**Source : nous-même**

Il ressort de cette figure que sur l'ensemble des ressources consommées par la prise en charge de la césarienne, la main d'œuvre occupe à elle seule une proportion élevée qui est de 69%. Après elle suit les charges administratives qui occupent 6% des ressources et le nettoyage des locaux qui est de 5%. Il faut aussi noter que la vérification de l'hypothèse de départ (H1) s'explique par la proportion élevée de la main d'œuvre qui coûte plus à la structure qu'à l'Etat.

#### 4.2.5 Recommandations

Face aux résultats obtenus par notre calcul de coût, il convient donc de formuler quelques recommandations aux acteurs intervenant dans la prise en charge de la césarienne pour améliorer l'application de la politique de gratuité des césariennes dans les structures sanitaires du Sénégal. Ainsi nos recommandations vont à l'endroit des responsables de l'IHS y compris ceux du service gynécologie et de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle.

- **Aux responsables de l'Institut Hygiène Sociale.**

- Mettre en place un système de contrôle pour évaluer les consommations en eau et électricité des services ;
- Enregistrer toutes les informations contenues dans les dossiers des parturientes à travers l'outil informatique ;
- Assurer l'appropriation des initiatives de gratuités par le personnel soignant ;
- Faire une évaluation des équipements pour voir leurs capacités et leurs amortissements.

- **A l'Agence de la Couverture Maladie Universelle.**

- Faire une analyse des coûts dans toutes les structures sanitaires concernées dans l'application de la gratuité de la césarienne pour connaître le réel du coût de la césarienne ce qui consistera à revoir le forfait appliqué à la césarienne ;
- Mettre en place une plateforme digitale dans laquelle se trouvera les factures de recouvrement des créances avec des conseils à l'appui pour les structures concernées de sorte à éviter les erreurs dans le remplissage des factures. Ce qui réduira les retards du remboursement ;
- Organiser une fois dans le mois une rencontre avec les agents de recouvrement de toutes les structures sanitaires concernées pour des séances de formation et d'explications du processus de remboursement ;
- Partager à chaque structure un manuel expliquant le fonctionnement et le déroulement de la gratuité de la césarienne pour éviter la divergence d'application et de coût dans les structures ;
- Appliquer le ciblage dans la politique de gratuité de sorte à ce que la césarienne soit totalement gratuite pour les personnes ne pouvant pas faire face aux coûts qui leurs seront imposés dans les hôpitaux.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

L'étude portant sur l'analyse des coûts de la césarienne dans le contexte de gratuité a été réalisée au sein de l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar. Elle avait pour objet de calculer le coût de la prise en charge d'une césarienne à l'IHS de Dakar par la méthode ABC. En effet la prise en charge de la césarienne doit respecter un certain nombre d'exigence établie par les organisations internationales. Le protocole de suivi de la parturiente est exigé dans tous les hôpitaux. L'IHS de Dakar qui prend en charge la césarienne programmée et d'urgence met en sa disposition les moyens pour le respect du protocole de suivi de la parturiente.

Ainsi l'étude menée en son sein est descriptive de type rétrospectif dont les données utilisées ont été celles allant de janvier à juin 2019. L'analyse documentaire, l'observation et les entretiens ont été les trois techniques utilisées pour la collecte de données. Le calcul des coûts par la méthode ABC a été effectué grâce à une synthèse des étapes de quatre auteurs qui ont permis d'élaborer la méthodologie à suivre. Cette méthodologie a été composée de trois phases avec chacune des étapes.

Ce calcul a fourni aux responsables une idée plus claire quant à la connaissance du coût unitaire de la césarienne. Ainsi pour un coût total de 34 820 357.78 FCFA, la césarienne d'urgence a consommé 9 474 770.49 FCFA et la césarienne programmée en a consommé 25 345 587.30 FCFA. Le coût unitaire de la césarienne d'urgence est de 395 695.88 FCFA et celle de la césarienne programmée est à 147 543.89 FCFA.

Cette étude effectuée au sein de la structure sanitaire montre que le produit le plus consommateur de ressources est la césarienne programmée qui a occupé à elle seule 73% des ressources contre 27% pour la césarienne d'urgence. Il ressort également de notre calcul de coût que l'IHS réalise une perte quant à la prise en charge des deux produits avec un taux de recouvrement de 62%.

Cette perte s'explique par le fait que les chiffres d'affaires engendrés par les deux types de césarienne sont inférieurs aux coûts que supporte la structure. Il ressort du calcul que sur un coût total de 9 474 770.49 FCFA de la césarienne d'urgence, son chiffre d'affaires est de 5 896 000 FCFA. Pour la césarienne programmée, le coût total est de 25 345 587.30 FCFA alors que son chiffre d'affaires est de 15 812 000 FCFA.

Cette analyse de coût fait ressortir deux enseignements. Le premier est que les charges de la main d'œuvre coûtent plus à l'hôpital qu'à l'Etat. Le deuxième enseignement nous montre qu'en prenant en compte toutes ces ressources supportées par la structure alors le coût d'une césarienne devient plus coûteux pour elle et donc plus élevé que le forfait fixé par l'ACMU dans le cadre de la gratuité de la césarienne.

En se référant aux résultats obtenus, il convient donc à l'ACMU de mener des études d'analyse de coût dans les structures sanitaires publiques appliquant la gratuité pour avoir une idée réelle du coût de la césarienne dans chaque structure afin d'augmenter le forfait par césarienne.

### **Limites de l'étude.**

Durant nos collectes de données, nous avons été confrontés à plusieurs difficultés. Au niveau des salaires, nous n'avons pas pu avoir le salaire de tout le personnel intervenant dans la prise en charge de la césarienne plus précisément celui du professeur et des médecins gynécologues. Nous avons été également confrontés à un manque d'information sur la consommation d'eau car aucune facture d'eau n'a été à notre possession du fait que la structure ne reçoit plus les factures d'eau. En outre, les charges liées à la formation continue du personnel et celui des stagiaires de la médecine n'ont pas été considérées dans notre calcul.

Pour une bonne Prise de décision, il serait donc avantageux de poursuivre cette recherche au calcul des coûts de l'accouchement par Voie basse pour avoir une idée réelle de l'ensemble des coûts de la prise en charge des Accouchements à l'IHS.

## BLBLIOGRAPHIE

- 1) ALAZARD C et SEPARI S. (2018), *DCG 11 Contrôle de gestion-Manuel*, 5<sup>ème</sup> édition, Dunod, France, 672 pages.
- 2) ALCOUFFE S et MALLERET V. (2004), Les fondements conceptuels de ABC « A la française », *Comptabilité- Contrôle- Audit*, Vol. 2 (10) : 155-178.
- 3) ALCOUFFE S; BOITIER M et RIVIERE A. (2013), *Contrôle de gestion sur mesure : Industrie, grande distribution, banque, secteur public, culture*, Dunod, France, 267 pages.
- 4) BOUQUIN H. (1993), *Comptabilité de Gestion*, 3<sup>e</sup> édition, Dalloz- Siruy, France,
- 5) CHANEGRIH T et GODEY B. (1998), L'ABC : outil d'aide à la décision de coopération, *Gestion 2000*, vol. 15 (4) :51- 65.
- 6) COLLET P et CORROY C. (2014), *Détermination et analyse des coûts*, Editions Corroy, France, 84 pages.
- 7) DENIS J; MARTINET A et SILEM A. (2016), *Lexique de gestion et de management*, Dunod, France, 240 pages.
- 8) DOBLER P; MENDOZA C et DELMOND M. (2009), *Coûts et décisions*, 3<sup>e</sup>édition, Gualino, France, 412 pages.
- 9) DORIATH B. (2007), *Comptabilité de gestion*, 4<sup>ème</sup> édition, Dunod, France, 156 pages.
- 10) DORIATH B et GOUJET C. (2011), *Comptabilité de gestion*, Dunod, France, 318 pages.
- 11) DUMENIL M. (2018), *Le contrôle de gestion : 200 questions sur le pilotage, la stratégie, l'analyse des coûts*, 3<sup>e</sup> édition, GERESCO, France, 139 pages.

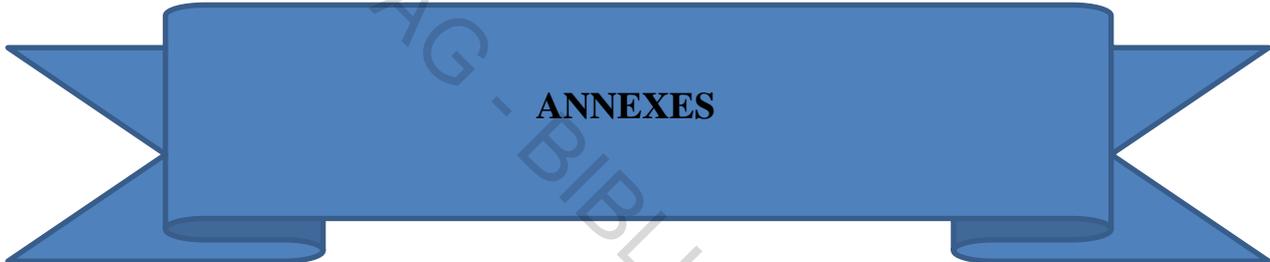
- 12) EL MEHDI L. (2013), Du contrôle de gestion à l'évaluation des politiques publiques : le cas de la direction de la culture dans une mairie, *La Revue des Sciences de Gestion*, vol. 5-6 (263-264) : 27-35.
- 13) ENGEL F et KLETZ F. (2015), *Cours de comptabilité analytique*, Presses des Mines, France, 76 pages.
- 14) GRANDGUILLOT B et GRANDGUILLOT F. (2004), *L'essentiel de la gestion prévisionnelle*, Gualino, France, 129 pages.
- 15) GRANDGUILLOT B et GRANDGUILLOT F. (2012), *Comptabilité de gestion 2012-2013*, 13<sup>e</sup> édition, Gualino, France, 240 page.
- 16) GRANDGUILLOT F et GRANDGUILLOT B. (2015), *L'essentiel de la comptabilité de gestion 2015-2016*, 7<sup>e</sup> édition, Gualino, France, 128 pages.
- 17) GRANDGUILLOT F et GRANDGUILLOT B. (2018), *La comptabilité de gestion : Coûts complets et méthode ABC - Coûts partiels - Coûts préétablis et coût cible - Analyse des écarts*, 19<sup>e</sup> édition, Gualino, France, 220 page.
- 18) GRANDGUILLOT F et GRANDGUILLOT B. (2019), *La comptabilité de gestion : Coûts complets et méthode ABC - Coûts partiels - Coûts préétablis et coût cible - Analyse des écarts*, Gualino, France, 220 pages.
- 19) HUGUES O. (2011), *Réconcilier la qualité et le contrôle de gestion*, AFNOR, France, 176 pages.
- 20) KALDJOB M et VICTOR M. (2014), *Calcul des coûts, prix et marges à la portée de tous : terminologie et concepts, bases théoriques*, Harmattan, France, 170 pages.
- 21) LARDY P et PIGE B. (2001), *La gestion stratégique des coûts : Consommation de ressources et création de valeur*, EMS Editions, France, 216 pages.

- 22) LECLERE D. (2011), *L'essentiel de la comptabilité analytique*, Editions d'Organisation, France, 209 pages.
- 23) MAILLET R ; SCHAAL J C et SLOUKGI J C. (1991), Comment réduire le taux de césarienne en CHU ?, *Fr Gynecol obstet*, vol. 86 (17) : 294-300.
- 24) MALLARD M C. (2005), Méthode ABC service de chirurgie une démarche de gestion pour les établissements de la santé : raisons et modalités de mise en place.
- 25) MARGOTTEAU E et BURLAUD A. (2019), *Contrôle de gestion - Manuel et applications*, Foucher, France, 580 pages.
- 26) MICHEL G et ÉLODIE A. (2014), Réflexion sur les calculs de coûts complets en comptabilité de gestion, *Recherches en Sciences de Gestion*, vol. 3 (102) : 119-150.
- 27) MBAYE E M ; DUMONT A ; RIDDE V et BRIAND V. (2011), « En faire plus pour gagner plus » : La pratique de la césarienne dans le contexte d'exemption des paiements au Sénégal, *Santé Publique*, vol. 3 (23) : 2017- 2019.
- 28) MOLHO D et FERNANDEZ-POISSON D. (2009), *Tableaux de bord : Outils de performance*, Editions d'Organisation, France, 216 pages.
- 29) MONGO V ; GODIN I ; MAHIEU C ; OUENDO E M et OUEDRAOGO L. (2016), La césarienne dans le contexte de gratuité au Bénin, *Santé publique*, vol. 28 (3) : 399-407.
- 30) NOBRE T et BIRON N. (2002), l'ABC à l'hôpital : cas de la chirurgie infantile, *Revue Finance, Contrôle, Stratégie (FCS)*, vol. 5 (2) : 85.
- 31) POTTIER F. (2004), *L'analyse des coûts : Une clé des choix de l'entreprise*, EMS Editions, France, 146 pages.
- 32) SELMER C. (2018), *la boîte à outil du Responsable financier : 64 outils et méthodes*, 3<sup>e</sup> édition, Dunod, France, 199 pages.

- 33) SERIGNE D. (2018), Le management africain face aux nouvelles méthodes de calcul des coûts : cas du Sénégal, *Revue Congolaise de Gestion*, vol. 1 (25) : 97-131.
- 34) TORSET C ; BURLAUD A et BENSIMHON L. (2017) *Management et contrôle de gestion*, Foucher, 196 pages.
- 35) VERONIQUE M. (2009), Peut-on gérer le couple coûts-valeur ?, *Comptabilité - Contrôle - Audit*, vol. 1 (tome 15) : 7-34.
- 36) WEGMANN G. (2006), *Pilotage des coûts et des performances : une lecture critique des innovations en contrôle de gestion*, EMS Editions, France, 213 pages.

### WEBOGRAPHIE

- 1) Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et la Cellule de Lutte contre la Malnutrition. (2018), Enquête Continue Cinquième Phase 2017 : Rapport de synthèse,  
<http://www.ansd.sn/ressources/publications/Rapport%20de%20synthese%20Senegal%202017.pdf>
- 2) CARMMA. (2013), SANTE MATERNELLE EN AFRIQUE  
[https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FR\\_Maternal%20Health%20in%20Africa\\_factsheet\\_web\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FR_Maternal%20Health%20in%20Africa_factsheet_web_0.pdf)
- 3) Lalla Touré Defa., Wane., Sylvia Alford Rachel., Taylor (Avril 2012) ,  
SANTE MATERNELLE ET NEONATALE AU SENEGAL : Succès et Défis,  
[https://www.mchip.net/.../default/.../Senegal%20case%20study\\_French.pdf](https://www.mchip.net/.../default/.../Senegal%20case%20study_French.pdf)
- 4) Ministère de la Santé et de la Prévention. (Janvier 2009), PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE PNDS 2009-2018  
[https://www.who.int/pmnch/media/events/2014/sen\\_pnds.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/events/2014/sen_pnds.pdf)
- 5) OMS. (2018a), Dépenses publiques en santé: examen des tendances mondiales  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>
- 6) OMS. (2018b) Mortalité maternelle,  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>



**ANNEXES**

**Annexe 1 : Guide d'entretiens.**

**Thème:** Analyse des coûts de la césarienne dans le contexte de gratuité : cas de l'hôpital de l'institut d'hygiène sociale de Dakar

Notre étude vise à calculer et à analyser le coût unitaire de la prise en charge d'une césarienne à l'hôpital de l'institut d'hygiène sociale de Dakar par la méthode de comptabilité par activité. Les prestations concernées par cette étude sont la césarienne d'urgence et la césarienne programmée.

Ainsi ce guide d'entretien établi s'adresse au personnel du service gynécologie afin de nous permettre de collecter les données pour la rédaction de notre mémoire. L'entretien consistera à décrire le processus et la méthode de prise en charge de la césarienne afin de connaître les ressources humaines, les ressources matérielles, les ressources consommables, les meubles disponibles ainsi que les équipements et de déterminer le personnel par activité et le temps consacré pour exécuter les activités. L'entretien durera au maximum 25 minutes et les informations recueillies ne seront communiquées à aucune autre personne sauf ceux concernés par cette étude.

<b>Libellés</b>	<b>Questions</b>
<b>Description du processus de prise en charge</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Quelles sont les types de césariennes prise en charge?</li> <li>2) Quel est le parcours de la parturiente?</li> <li>3) Comment se déroule le parcours de la prise en charge ?</li> <li>4) Quel est le rôle du personnel intervenant ?</li> <li>5) De quelle manière se déroule la prise en charge ?</li> <li>6) Où se passe l'accouchement par césarienne ?</li> <li>7) Quelles sont les différentes activités figurant dans le circuit de la parturiente ?</li> <li>8) Quel est le personnel qui exécute chaque activité ?</li> </ol>
<b>Description de la méthode de prise en charge</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9) Quel est le temps consacré par le personnel pour exécution des activités</li> <li>10) Quels sont les matériels utilisés pour chaque activité ?</li> <li>11) Quel est le nombre de matériels utilisés ?</li> <li>12) Quelle est la durée des matériels utilisés ?</li> <li>13) Quelles sont les fournitures de bureau et les produits utilisés dans le processus de prise en charge ?</li> <li>14) Quels sont les meubles et équipements que trouve-t-on dans le processus de prise en charge ainsi que leurs durées?</li> </ol>

**Source :** nous- même

**Annexe 2 : Kit de la césarienne.**

<b>N°</b>	<b>Désignations</b>	<b>Quantités</b>	<b>Prix (en FCFA)</b>
1	Fil de suture 5/2 ronde resorb	2	4000
2	Fil de suture 2/0 ronde resorb	1	2000
3	Fil de suture 4/1 ronde resorb	1	2000
4	Fil à peau serti 2/0	1	2000
5	SSI 0,9% FL/ 500 ML	3	1800
6	SG 5% FL/ 500 ML	3	1800
7	Ringer Lacté FL/ 500 ML	2	1200
8	Bétadine jaune FL/ 125 ML	1	1000
9	Bétadine rouge FL/ 125 ML	1	1000
10	Bétadine bleu FL/ 125 ML	1	1000
11	Paracétamol 1g perf	4	4800
12	Syntocinon 5 UI B/10	2	3475
13	Seringue 5cc	2	200
14	Seringue 10cc	6	750
15	Cathéter 18 G	1	450
16	Cathéter 20 G	1	450
17	Perfuseur	1	300
18	Gants stériles 7/ 7,5	4	800
19	Sparadrap	1	900
20	Sonde urinaire 2 voies	1	1050
21	Poche à urine 2L	1	750
22	Céfazoline 1 G	2	5750
23	Kit champs opératoire	1	18000
24	Champs de table	2	2825
25	Embalage sachet pour placenta	1	135
26	Clamp barre	1	565
27	Sonde d'aspiration ch8	1	1000
<b>Total</b>			<b>60000</b>

**Source : pharmacie de l'IHS**

**Annexe 3 : l'ordonnance après l'acte chirurgical**

<b>N°</b>	<b>Désignations</b>	<b>Quantités</b>	<b>Prix (en FCFA)</b>
1	Fer + AC follicule	60cp	300
2	Amox + AC clav	4 pl	4000
3	Gants stérils 7/7,5	2 paires	400
4	Compresse stéril 40 * 40	2 B	2000
5	Paracetamol 1 G CP	4 pl	300
<b>Total</b>			<b>7000</b>

**Source : pharmacie de l'IHS**

**Annexe 4 : Répartition des inducteurs de ressource**

Activités	Main d'œuvre	Amortissement des	Buanderie	Charges adminis	Produits pharmaco	Fournitures et Co	Electricité	Gardiennage	Maintenance	Nettoyage des lo	Restauration	Télécommunication
Accueillir et installer les parturientes	81,00			1,00			107,14	1,00		1,00		
Interroger la parturiente	162,00			1,00		324,00						
Faire l'examen clinique et paraclinique	324,00			1,00		88,00	364,07	1,00	6,00	1,00		
Surveiller la constante	81,00			1,00		324,00						
Décision de la césarienne	27,00			1,00								900,00
Installation sur la table	22,00			1,00			456,02	1,00		1,00	181,00	
Pose d'une perfusion intraveineuse et du tensiomètre	54,00			1,00								
Mise en place de l'anesthésie	108,00			1,00								540,00
Pose de la sonde urinaire	16,00			1,00								
Désinfection de la peau	27,00			1,00	11,00	10,00						
Préparation du champ opératoire	54,00	1 086,00		1,00	5,00				7,00			
L'extraction fœtale et mise en place du pansement	243,00			1,00	648,00	8,00						
Surveillance en salle de réveil	81,00	136,00	3,00	4,00	270,00	734,00	116,83	1,00	4,00	1,00	181,00	
Elaborer le protocole du traitement en salle de suites opératoire	162,00	90,00	8,00	3,00		324,00	296,86			2,00		
Suivre le traitement des patientes	81,00	91,00		12,00	340,00	450,00		1,00	3,00		543,00	
Gestion et suivi des fournitures de bureau et produits consommables	48,00			1,00		710,00	508,40	1,00		1,00		724,00
Gestion des dossiers des parturientes	108,00			2,00		6,00	107,14	1,00		1,00		
Gestion du linge	36,00			1,00		44,00	321,96			1,00		
Gestion des repas	48,00			1,00		35,00	387,73			1,00		
Suivi de l'entretiens des locaux	24,00			1,00		15,00	216,73					
<b>Total</b>	<b>1 787,00</b>	<b>1 403,00</b>	<b>11,00</b>	<b>37,00</b>	<b>1 274,00</b>	<b>3 072,00</b>	<b>2 882,87</b>	<b>7,00</b>	<b>20,00</b>	<b>10,00</b>	<b>905,00</b>	<b>2 164,00</b>

**Source : nous- même**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Annexe 5 : Répartition des ressources entre les activités.**

	Main d'œuvre	Amortissement des équipements	Buanderie	Charges administratives	Produits pharmaceutiques	Fournitures et Consommables	Electricité	Gardiennage	Maintenance	Nettoyage des locaux	Restauration	Télécommunication
<b>Montant</b>	<b>34 189 794,00</b>	<b>378 976,75</b>	<b>270 000,00</b>	<b>2 827 751,74</b>	<b>2 196 068,31</b>	<b>1 882 951,00</b>	<b>324 755,30</b>	<b>1 080 000,00</b>	<b>1 798 476,00</b>	<b>2 286 690,00</b>	<b>1 828 333,33</b>	<b>90 000,00</b>
Volume de l'inducteur	1 787,00	1 403,00	11,00	37,00	1 274,00	3 072,00	2 882,87	7,00	20,00	10,00	905,00	2 164,00
Coût de l'inducteur	19 132,51	270,12	24 545,45	76 425,72	1 723,76	612,94	112,65	154 285,71	89 923,80	228 669,00	2 020,26	41,59
Accueillir et installer les parturientes	1 549 733,25	-	-	76 425,72	-	-	12 068,89	154 285,71	-	228 669,00	-	-
Interroger la parturiente	3 099 466,50	-	-	76 425,72	-	198 592,49	-	-	-	-	-	-
Faire l'examen clinique et paraclinique	6 198 932,99	-	-	76 425,72	-	53 938,70	41 012,33	154 285,71	539 542,80	228 669,00	-	-
Surveiller la constante	1 549 733,25	-	-	76 425,72	-	198 592,49	-	-	-	-	-	-
Décision de la césarienne	516 577,75	-	-	76 425,72	-	-	-	-	-	-	-	37 430,68
Installation sur la table	420 915,20	-	-	76 425,72	-	-	51 370,74	154 285,71	-	228 669,00	365 666,67	-
Pose d'une perfusion intraveineuse et du tensiomètre	1 033 155,50	-	-	76 425,72	-	-	-	-	-	-	-	-
Mise en place de l'anesthésie	2 066 311,00	-	-	76 425,72	-	-	-	-	-	-	-	22 458,41
Pose de la sonde urinaire	306 120,15	-	-	76 425,72	-	-	-	-	-	-	-	-
Désinfection de la peau	516 577,75	-	-	76 425,72	18 961,34	6 129,40	-	-	-	-	-	-
Préparation du champ opératoire	1 033 155,50	293 349,07	-	76 425,72	8 618,79	-	-	-	629 466,60	-	-	-
L'extraction fœtale et mise en place du pansement	4 649 199,74	-	-	76 425,72	1 116 995,50	4 903,52	-	-	-	-	-	-
Surveillance en salle de réveil	1 549 733,25	36 736,16	73 636,36	305 702,89	465 414,79	449 897,80	13 160,47	154 285,71	359 695,20	228 669,00	365 666,67	-
Elaborer le protocole de traitement en salle de suites opératoire	3 099 466,50	24 310,70	196 363,64	229 277,17	-	198 592,49	33 440,89	-	-	457 338,00	-	-
Suivre le traitement des patientes	1 549 733,25	24 580,82	-	917 108,67	586 077,88	275 822,90	-	154 285,71	269 771,40	-	1 097 000,00	-
Gestion et suivi des fournitures de bureau et produits consommables	918 360,44	-	-	76 425,72	-	435 187,24	57 271,81	154 285,71	-	228 669,00	-	30 110,91
Gestion des dossiers des parturientes	2 066 311,00	-	-	152 851,45	-	3 677,64	12 068,89	154 285,71	-	228 669,00	-	-
Gestion du linge	688 770,33	-	-	76 425,72	-	26 969,35	36 268,86	-	-	228 669,00	-	-
Gestion du repas	918 360,44	-	-	76 425,72	-	21 452,89	43 677,75	-	-	228 669,00	-	-
Suivi de l'entretien des locaux	459 180,22	-	-	76 425,72	-	9 194,10	24 414,68	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>34 189 794,00</b>	<b>378 976,75</b>	<b>270 000,00</b>	<b>2 827 751,74</b>	<b>2 196 068,31</b>	<b>1 882 951,00</b>	<b>324 755,30</b>	<b>1 080 000,00</b>	<b>1 798 476,00</b>	<b>2 286 690,00</b>	<b>1 828 333,33</b>	<b>90 000,00</b>

**Source : nous- même**

**Annexe 6 : Répartition des coûts des inducteurs d'activité et calcul du coût unitaire des produits**

Activités	Coûts	Inducteurs	Volumes	Coûts des inducteurs	Césarienne d'urgence	Césarienne programmée	Total
<b>Volume d'activité</b>					<b>88</b>	<b>236</b>	
Accueillir et installer les parturientes	810 000,00	Nombre de femmes accueilli et installé	324	2 500,00	220 000,00	590 000,00	810 000,00
Interroger la parturiente	1 620 000,00	Nombre de femmes interrogés	324	5 000,00	440 000,00	1 180 000,00	1 620 000,00
Faire l'examen clinique et paraclinique	2 596 000,00	Nombre d'examen	324	8 012,35	705 086,42	1 890 913,58	2 596 000,00
Surveiller la constante	810 000,00	Nombre de femmes surveillées	324	2 500,00	220 000,00	590 000,00	810 000,00
Décision de la césarienne	720 000,00	Nombre de décision	324	2 222,22	195 555,56	524 444,44	720 000,00
Installation sur la table	810 000,00	Nombre de femmes installées	324	2 500,00	220 000,00	590 000,00	810 000,00
Pose d'une perfusion intraveineuse et du tensiomètre	600 000,00	Nombre de perfusion et de tensiomètre	324	1 851,85	162 962,96	437 037,04	600 000,00
Mise en place de l'anesthésie	1 200 000,00	Nombre d'anesthésie	324	3 703,70	325 925,93	874 074,07	1 200 000,00
Pose de la sonde urinaire	600 000,00	Nombre de sonde urinaire	324	1 851,85	162 962,96	437 037,04	600 000,00
Désinfection de la peau	810 000,00	Nombre de femmes	324	2 500,00	220 000,00	590 000,00	810 000,00
Préparation du champ opératoire	600 000,00	Nombre d'intervention	324	1 851,85	162 962,96	437 037,04	600 000,00
L'extraction fœtale et mise en place du pansement	578 000,00	Nombre de femme césarisées	324	1 783,95	156 987,65	421 012,35	578 000,00
Surveillance en salle de réveil	3 240 000,00	Nombre de femme surveillée	324	10 000,00	880 000,00	2 360 000,00	3 240 000,00
Elaborer le protocole du traitement en salle de suites opératoire	1 620 000,00	Nombre de protocole élaboré	324	5 000,00	440 000,00	1 180 000,00	1 620 000,00
Suivre le traitement des patientes	1 620 000,00	Nombre de patiente	324	5 000,00	440 000,00	1 180 000,00	1 620 000,00
Gestion et suivi des fournitures de bureau et produits consommables	1 879 794,00	Nombre personne accueilli et orienté	48	39 162,38	3 446 289,00	9 242 320,50	12 688 609,50
Gestion des dossiers des parturientes	1 752 000,00	Nombre d'ordonnance	324	5 407,41	475 851,85	1 276 148,15	1 752 000,00
Gestion du linge	1 620 000,00	Nombre de femme accouchée	324	5 000,00	440 000,00	1 180 000,00	1 620 000,00
Gestion des repas	810 000,00	Nombre de suivi	905	895,03	11 635,36	31 325,97	42 961,33
Suivi de l'entretien des locaux	891 299,00	Nombre de réparation	24	37 137,46	148 549,83	334 237,13	482 786,96
<b>COÛT TOTAL</b>				<b>143 880,05</b>	<b>9 474 770,49</b>	<b>25 345 587,30</b>	<b>34 820 357,78</b>
<b>Coût unitaire (Coût total/Volume d'activité)</b>					<b>395 685,88</b>	<b>147 543,89</b>	<b>543 229,77</b>
<b>Quote-part des ressources consommées</b>					<b>27%</b>	<b>73%</b>	<b>100%</b>
<b>Chiffre d'affaire théorique</b>					<b>5 896 000,00</b>	<b>15 812 000,00</b>	<b>21 708 000,00</b>
<b>Revenu unitaire ( CA/ Volume d'activité)</b>					<b>67 000,00</b>	<b>67 000,00</b>	
<b>Resultat unitaire ( Revenu unitaire- Coût unitaire)</b>					<b>- 328 685,88</b>	<b>- 80 543,89</b>	
<b>Resultat global( Chiffre d'affaire théorique - Coût total )</b>					<b>- 3 578 770,49</b>	<b>- 9 533 587,30</b>	<b>- 13 112 357,78</b>
<b>Taux de rentabilité (Résultat / CA)</b>					<b>-61%</b>	<b>-60%</b>	<b>-60%</b>
<b>Taux de recouvrement des créance réel (CA/CT)</b>					<b>62%</b>	<b>62%</b>	<b>62%</b>

**Source : nous- même**

**ANALYSE DES COÛTS DE LA CESARIENNE DANS LE CONTEXTE DE GRATUITE : CAS DE L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR**

**Annexe 7 : calcul de l'amortissement des locaux de la gynécologie**

VALEURS À SAISIR			VALEURS CALCULÉES		
Désignation		paj sport bvm 215 DK1966 EP37	Année acquisition		2018
Base amortissable		800 000 000	Taux linéaire		3,33%
Date mise en service		01/04/2018	Prorata 1ère année		270
Date début exercice		01/01/2018	Date fin 1ère année		31/12/2018
Durée de vie		30 ans	Date fin d'amortissement		01/04/2048
paj sport bvm 215 DK1966 EP37		245100	Fin dernier exercice		31/12/2048
LOCALISATION			Début dernier exercice		01/01/2048
NATURE DES FONDS			BCI 201		
Années	VCN début	Annuité	Amort. Cumulé	VCN fin	VCN fin
2018	800 000 000	20 000 000 (800 000 000*3,33%*270/360)	20 000 000	780 000 000	
2019	780 000 000	26 666 667	46 666 667	753 333 333	
2020	753 333 333	26 666 667	73 333 334	726 666 666	
2021	726 666 666	26 666 667	100 000 001	699 999 999	
2022	699 999 999	26 666 667	126 666 668	673 333 332	
2023	673 333 332	26 666 667	153 333 335	646 666 665	
2024	646 666 665	26 666 667	180 000 002	619 999 998	
2025	619 999 998	26 666 667	206 666 669	593 333 331	
2026	593 333 331	26 666 667	233 333 336	566 666 664	
2027	566 666 664	26 666 667	260 000 003	539 999 997	
2028	539 999 997	26 666 667	286 666 670	513 333 330	
2029	513 333 330	26 666 667	313 333 337	486 666 663	
2030	486 666 663	26 666 667	340 000 004	459 999 996	
2031	459 999 996	26 666 667	366 666 671	433 333 329	
2032	433 333 329	26 666 667	393 333 338	406 666 662	
2033	406 666 662	26 666 667	420 000 005	379 999 995	
2034	379 999 995	26 666 667	446 666 672	353 333 328	
2035	353 333 328	26 666 667	473 333 339	326 666 661	
2036	326 666 661	26 666 667	500 000 006	299 999 994	
2037	299 999 994	26 666 667	526 666 673	273 333 327	
2038	273 333 327	26 666 667	553 333 340	246 666 660	
2039	246 666 660	26 666 667	580 000 007	219 999 993	
2040	219 999 993	26 666 667	606 666 674	193 333 326	
2041	193 333 326	26 666 667	633 333 341	166 666 659	
2042	166 666 659	26 666 667	660 000 008	139 999 992	
2043	139 999 992	26 666 667	686 666 675	113 333 325	
2044	113 333 325	26 666 667	713 333 342	86 666 658	
2045	86 666 658	26 666 667	740 000 009	59 999 991	
2046	59 999 991	26 666 667	766 666 676	33 333 324	
2047	33 333 324	26 666 667	793 333 343	6 666 667	
2048	6 666 667	6 666 667 (800 000 000*3,33%*90/360)	800 000 000	0	

**Source : nous-même à partir du logiciel plan d'amortissement**

## **TABLE DE MATIERES**

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS .....	II
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES ANNEXES.....	VI
SOMMAIRE .....	VII
RESUME.....	VIII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	7
CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE .....	8
1.1 Présentation de la méthode ABC.....	8
1.1.1 Introduction à la méthode ABC. ....	9
1.1.2. Les différentes méthodes de calculs de coûts.....	10
1.2 Démarche, outils, techniques, avantages et limites de la méthode ABC.....	11
1.2.1 Démarche, outils et techniques de la méthode ABC.....	11
1.2.2 Avantages et limites de la méthode ABC.....	19
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE.....	21
2.1 Méthodologie de l'étude.....	21
2.1.1Présentation du modèle d'analyse de coût, collecte de données, types et période de l'étude.....	21
2.1.2 Description des variables et techniques de collecte de données. ....	26
2.1.2.1 Description des variables. ....	26
2.1.2.2 Techniques de collecte de données. ....	28
2.2 Cadre de l'étude.....	30
2.2.1 Présentation de l'hôpital de l'Institut d'Hygiène Sociale.....	30

2.2.1.1 Organisation et fonctionnement de l'IHS.....	31
2.2.1.2 Les ressources disponibles et capacité d'accueil de l'IHS.....	33
2.2.2 Présentation du service gynécologie. ....	37
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....	39
CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU PROCESSUS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CÉSARIENNE A L'HOPITAL DE L'INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE DE DAKAR....	40
3.1. Prise en charge de la césarienne. ....	40
3.1.1. Normes de la prise en charge selon les organismes internationaux. ....	40
3.1.1.1 Prise en charge de la césarienne programmée.....	40
3.1.1.2 Prise en charge de la césarienne d'urgence.....	43
3.1.2. Prise en charge de la césarienne à l'IHS. ....	44
3.1.2.1 Types d'accouchements.....	44
3.1.2.2 Le déroulement de la césarienne à l'IHS.....	47
3.2. Processus de la prise en charge de la césarienne.....	48
3.2.1. Présentation du parcours de la parturiente.....	48
3.2.2. Explications du parcours de la parturiente.....	49
CHAPITRE 4 : CALCULS DES COÛTS ET ANALYSES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CÉSARIENNE.....	52
4.1. Calcul des coûts de la césarienne. ....	52
4.1.1 Analyse des activités. ....	52
4.1.1.1 Description du processus métier. ....	52
4.1.1.2 Identification des activités du processus.....	53
4.1.2 Activity Based Costing (ABC). ....	55
4.1.2.1 Identification des ressources consommées.....	55
4.1.2.2 Identification des inducteurs de ressources et leurs volumes.....	64
4.1.2.3 Allocation des ressources entre les activités.....	66
4.1.2.4 Identification et choix des inducteurs d'activités et leurs volumes.....	66

4.1.2.5 Répartition des volumes d'inducteurs entre les objets de coûts.....	70
4.1.2.6 Calcul du coût des inducteurs.....	73
4.1.2.7 Répartition des coûts des inducteurs d'activités et calcul du coût unitaire des produits ou objets de coût.....	75
4.2 La gestion par activité (ABM).....	76
4.2.1 Analyse de la performance des produits. ....	76
4.2.1.1 Le coût des produits. ....	76
4.2.1.2 Le délai des activités ....	78
4.2.2 Analyse du taux de recouvrement des créances (TRC).....	79
4.2.3 Analyse des charges par acteurs dans la prise en charge de la césarienne.....	80
4.2.3.1 La répartition de la main d'œuvre dans le coût unitaire des deux types de césariennes. .....	80
4.2.3.2 Répartition du coût unitaire entre les acteurs. ....	81
4.2.4 Vérification des hypothèses. ....	82
4.2.5 Recommandations .....	83
4.2.6 Limites de l'étude.....	86
CONCLUSION .....	85
BLBLIOGRAPHIE.....	87
ANNEXES .....	91