

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTES DES ABREVIATIONS

LISTES DES TABLEAUX

GLOSSAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 ^{ère} Partie: IDENTIFICATION DU PROJET	4
Chapitre I: Présentation du projet.....	4
Section 1: Historique du projet.....	4
Section 2: Caractéristique du projet	14
Section 3: L'exploitation du site	18
Section 4: Renseignements administratifs sur le projet	19
Chapitre II: Etude de marché	20
Section 1: Description du marché	20
Section 2: Analyse de l'offre	21
Section 3:Analyse de la demande.....	22
Section 4: La politique et stratégie marketing à adopter	24
Chapitre III: Théorie Générale sur les outils d'évaluation	27
Section 1: les outils d'évaluation du projet	27
Section 2: les critères d'évaluation	29
2 ^{ème} Partie: CONDUITE DU PROJET	31
Chapitre I: Techniques de Productions et de Soins.....	31
Section 1: les investissements	31
Section 2: le mode d'activité à entreprendre.....	3
Section 3: Les autres soins	40

Chapitre II: La capacité de réception des clients.....	42
Section 1: Une estimation et évaluation quantitative	42
Section 2: La gestion de la clientèle.....	44
Chapitre III: Etude Organisationnelle du projet.....	47
Section 1: Les ressources humaines.....	47
Section 2: Les fonctions et l'organigramme	51
Section 3: Chronogramme du projet	54
3 ^{ème} Partie: ETUDE FINANCIERE	55
Chapitre I: Les besoins de financement	55
Section 1: les investissements nécessaires.....	55
Section 2: les amortissements des immobilisations	58
Section 3: Le plan de financement du projet	60
Section 4: Les moyens de financement.....	73
Chapitre II: Analyse de la rentabilité et étude de faisabilité du projet.....	76
Section 1: les comptes de résultat prévisionnel.....	76
Section 2: le tableau des flux de trésorerie.....	78
Section 3:le tableau de variation des capitaux propres	81
Section 4: le bilan prévisionnel	83
Chapitre III: Evaluation du projet	86
Section 1: Evaluation financière	86
Section 2: Evaluation économique.....	91
Section 3: Evaluation sociale	91
Section 4: Autres évaluations.....	92

CONCLUSION GENERALE

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

LISTES DES ABREVIATIONS

ACC: Accouchement

C.P.N : Consultation Périnatale

C.S.B : Centre de Santé de Base

E.D.S: Etude Démographique de Santé

E.N.A: Etrangers Non Assurés

FNUAP: Fonds des Nations Unies pour la Population

G.E.R.M: Groupe d'Etude et de Recherche en Marketing

H.C: Hors Catégorie

I.S.T: Infection Sexuellement Transmissible

J.A.L: Journal d'Annonce Légal

L.N.A: Locaux Non Assurés

L.A : Locaux Assurés

MAMA: Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

M.S.T: Maladie Sexuelle Transmissible

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

P.F: Planning Familial

SARL: Société à Responsabilité Limitée

SO: Soins Obstétricaux

SOGE: Soins Généraux

SIDA : Sydrôme Immunodéficience Acquise

USAID : Agence des Etats- Unis pour le développement International

UNICEF: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

V.A.T: Vaccin Antitétanique

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTES DES TABLEAUX

- Tableau N° 1: Soins prénatals
- Tableau N°2: Lieu d'accouchement
- Tableau N°3: Soins post-natals
- Tableau N°4: Distribution des enfants selon l'état de survie
- Tableau N°5: Caractéristiques d'un panel de femme type
- Tableau N°6: Offre dans la maternité "saint François d'Assise"
- Tableau N°7: Offre dans la maternité "Pavillon Fleur"
- Tableau N°8: Les équipements de base
- Tableau N°9: Le calendrier vaccinal
- Tableau N°10: Tableau récapitulatif des investissements
- Tableau N°11: Prévisions des amortissements
- Tableau N°12: Prévisions de consommation des médicaments
- Tableau N°13: Prévisions de consommation des nourritures
- Tableau N°14: Prévisions de consommation des fournitures de bureau
- Tableau N°15: Prévisions de consommation des fournitures de soins
- Tableau N°16: Prévisions de consommation d'eau et électricité
- Tableau N°17: Prévisions de consommation de carburant et lubrifiant
- Tableau N°18: Prévisions des charges d'entretien et réparation
- Tableau N°19: Prévisions des charges d'assurances
- Tableau N°20: Prévisions des charges de publicités
- Tableau N°21: Prévisions des charges de revues, des colloques, des séminaires
- Tableau N°22: Prévisions des charges de poste et télécommunication
- Tableau N°23: Prévisions des charges des impôts et taxes
- Tableau N°24: Prévisions des salaires détaillés
- Tableau N°25: Prévisions des charges du personnel
- Tableau N°26: Tableau récapitulatif de charges prévues
- Tableau N°27: Prévisions des recettes d'échographie
- Tableau N°28: Prévisions des recettes de consultation gynécologie
- Tableau N°29: Prévisions des recettes de la consultation prénatale
- Tableau N°30: Prévisions des recettes d'accouchements
- Tableau N°31: Prévisions des recettes de la consultation postnatale
- Tableau N°32: Prévisions des recettes des nourritures
- Tableau N°33: Prévisions de vente des médicaments
- Tableau N°34: Tableau récapitulatif des produits prévus

Tableau N°35: Prévisions de remboursement des emprunts

Tableau N°36: Prévisions des comptes de résultats prévisionnels par nature

Tableau N°37: Prévisions des flux de trésorerie

Tableau N°38: Tableau des variations des capitaux propres

Tableau N°39: Prévisions des bilan prévisionnels

Tableau N°40: Tableau de Marge Brute d'Autofinancement

Tableau N°41: Tableau de Taux de Rentabilité Interne

Tableau N°42: Tableau de délai de récupération des capitaux investis

Tableau N°43: Tableau d'évolution des chiffres d'affaires et des résultats

Tableau N°44: Tableau des charges et des résultats

Tableau N°45: Tableau des variation de la valeur ajoutée

Tableau N°46: Tableau de calcul des ratios

Tableau N°47: Tableau de prévision de la capacité d'autofinancement

GLOSSAIRE

Anémie : Etat maladif causé par une diminution du nombre de globules rouges du sang

Contraception : Ensemble des procédés visant à éviter, de façon temporaire et réversible la conception

Césarienne: Extraction du nouveau- né par ouverture chirurgicale de l'utérus et presque toujours réalisé par voie abdominale.

Intervalle inter génésique: c'est l'intervalle entre deux grossesses

Infantile: enfant décédé avant d'atteindre le 1^{ère} anniversaire

Mortalité infantile: c'est le rapport du nombre des décès avant un an sur le nombre des naissances vivantes

Multiparité: Le fait qu'une femme a déjà eu plusieurs enfants

Néonatale: mesure la naissance d'enfant décédé avant d'atteindre l'âge d'un mois exact

Ocytocique: Médicaments qui force les contractions utérines

Prématuré: " Nouveau- né dont le poids à la naissance est égal ou inférieur à 2 500 kg" selon l'OMS. Cette définition recouvre à la fois le prématuré vrai: durée de vie intra-utérine est inférieure à 9 mois, le petit poids dû à une souffrance intra-utérine, et le nouveau- né à terme strictement normal dû à des caractères génétiques familiaux ou ethnique.

Prématurité: L'état d'être prématuré.

Présentation non- céphalique: c'est une présentation au cours de laquelle la tête ne se présente pas en premier au cours de l'accouchement. La présentation peut être transversale ou podalique (présentation de siège).

Post -néonatale: mesure chez les enfants âgés d'1 mois exact, décédé avant d'atteindre le 12ème mois exact.

Soins obstétricaux: c'est l'ensemble des soins donnés lors de l'accouchement

Soins prénatals: Des soins effectués à la femme enceinte pour pouvoir suivre sa grossesse, par un agent de santé (sage femme) au niveau d'un centre de santé.

Soins post-natals: Soins effectués après l'accouchement pour suivre l'état de santé de la mère et son enfant.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement constituent des événements majeurs de la vie des femmes et de leur famille. De plus, les soins prénataux ainsi que les consultations gynécologiques antérieures à l'accouchement deviennent primordiales pour la femme afin de bénéficier des meilleures conditions possibles lors du jour « fatidique ». A ce stade, nous ressentons déjà, l'importance de la préparation de la femme à la procréation.

Bien que la grossesse ne soit pas une maladie mais un processus physiologique normal, elle présente à travers toutes ses étapes caractéristiques certains risques pour la femme et bien entendu pour l'enfant qu'elle porte. Chaque grossesse est un voyage vers l'inconnu dont trop de femmes ne reviennent jamais, surtout dans les pays en voie de développement. En effet, le taux de mortalité maternelle est encore très élevé à Madagascar, il est estimé à 32 pour 1000 naissances vivantes (Source : Etudes Démographiques Sanitaires, 2003-2004, Ministère de la Santé) ; par contre dans les pays développés, il se situe entre 1 à 10 décès pour 100 000 naissances vivantes. C'est pourquoi la mortalité foeto-infantile (périnatale et infantile) demeure un problème majeur de santé publique. La part de la mortalité post-néonatale a diminué au cours des 20 dernières années après l'identification et le contrôle de ses principales étiologies (causes et manifestations).

La composante périnatale atteinte aujourd'hui 40 à 50 % de la mortalité foeto-infantile. La diminution de cette dernière dépend maintenant principalement d'une réduction de la mortalité périnatale. Les facteurs de risque de mortalité périnatale les plus fréquemment rapportés dans les pays en voie de développement se répartissent en 4 groupes :

- Facteurs économiques : âges extrêmes, faibles revenus, grossesse non désirée et risques anthropométriques (petite taille, boiterie...),
- Antécédents obstétricaux : nulliparité, grande multiparité, antécédents de mortinances ou de mort néonatale, antécédents de césarienne, intervalle inter génésique court,
- Facteurs de risques détectables pendant la consultation périnatale (CPN) : anémie, syphilis, hypertension, hémorragie génitale, absence de vaccination antitétanique, paludisme,
- Facteurs de risques dépistages pendant la période anténatale immédiate et le travail : prématuré, présentation non céphalique, utilisation d'ocytociques,

Par conséquent, pour parvenir à la réduction de ce taux de mortalité maternelle et pour éviter ces facteurs de risques, les solutions et dispositions suivantes ont été préconisées :

- la prévention des grossesses non désirées et le traitement des complications des avortements,
- le dépistage précoce et la prise en charge des facteurs de risques au cours des visites prénatales pendant l'accouchement et la période post-natale,
- le renforcement des soins obstétricaux essentiels,
- la prise en charge des urgences obstétricales par la mise en place d'une antenne chirurgicale de proximité,

Ces différentes dispositions concernent essentiellement donc la prévention, le dépistage précoce des soins à administrer et renforcent le fondement de l'adage qui stipule que « mieux vaut prévenir que guérir » ; d'où l'importance de ce projet qui vise à fournir des services gynécologiques et prénatals aux femmes enceintes ou non. D'autant plus que les centres de soins prestataires de ce type de service manquent encore cruellement à notre dispositif national de santé.

Par ailleurs, sur un plan beaucoup plus international, et sur ce même sujet, l'engagement de tous les gouvernements du monde, l'assistance permanente de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), font naître une lueur d'espoir pour pallier à ces carences en matière de santé alors que les Conventions Internationales sur les droits de la femme et de l'enfant, que Madagascar a ratifié, préconisent un meilleur traitement et accès des femmes aux soins.

Malheureusement, en termes d'échanges de technologies et de savoirs, l'évolution de la médecine connue dans les pays industrialisés souffre d'un retard considérable dans les pays en voie de développement. A Madagascar, les outils et matériels, les dispositifs de santé existants ne correspondent pas dans leur majorité aux normes universellement requises. En l'occurrence, les formations sanitaires publiques sont délaissées, les seuls matériels acceptables sont souvent des dons offerts par des organismes internationaux.

Les instituts privés font de leur mieux pour s'approprier de nouvelles technologies et offrir les meilleurs soins possibles avec des personnels sanitaires qualifiés.

Par ailleurs, le gouvernement malgache a adopté depuis une décennie déjà une politique accrue dans le domaine de la planification familiale et cela pour sensibiliser les femmes sur la contraception et l'incidence de l'avortement qui est la plus grande cause de mortalité chez les jeunes femmes et qui est un facteur de complication sur l'accouchement ultérieure (400 avortements par jour dans la capitale, Source : Ministère de la Santé, novembre 2004)

De par ces différentes constatations, la création urgente d'un centre de gynécologie et de santé maternelle bien équipée est primordiale et renforcera d'autant plus ceux qui oeuvrent déjà dans ce sens. En s'implantant dans la périphérie de la capitale, plus précisément à Andoharanofotsy (où il n'existe qu'un centre de santé de base niveau II), le centre offrira une accessibilité accrue aux usagers de la santé avec une disponibilité maximum de 24 heures par jour. Par ailleurs, le coût des différentes prestations des services sera fixé à un niveau tel qu'il sera à la portée des bourses de chacun.

Pour mener à bien le développement de notre projet de création d'un centre de gynécologie et de santé maternelle, nous allons dans une première partie, **identifier le projet** avec comme cela le sous-entend, une présentation succincte, une étude de marché ciblée et des apports théoriques sur la littérature des outils et des critères d'évaluation d'un projet.

Dans une deuxième partie, on entamera concrètement **la conduite du projet** en développant dans un premier chapitre les différentes techniques puis la capacité de réception de clients et enfin on analysera le projet sous son aspect organisationnel.

L'étude financière du projet constituera notre troisième partie, dans laquelle on calculera les coûts des investissements à mener, puis, on établira une étude complète de faisabilité et enfin le chapitre sera clos par une évaluation globale du projet (économique, sociale et financière).

**PREMIERE PARTIE: IDENTIFICATION DU
PROJET**

Faire des affaires est une opération périlleuse. qu'il est imprudent de s'engager sans une véritable connaissance des opportunités et contraintes que présente l'environnement où évolue l'entreprise sans une analyse des forces et des faiblesses de la firme.

Dans cette partie, nous aborderons trois chapitres exogènes du sujet à savoir:

- la présentation du projet
- l'étude du marché
- la théorie générale sur les outils d'évaluation

CHAPITRE I : PRESENTATION DU PROJET

La connaissance générale et spécifique de l'entreprise permet de l'identifier précisément et accorde ainsi au lecteur des éléments de perception et de différenciation utile et nécessaire à une bonne compréhension. Mais il importe tout d'abord de relater l'historique du projet et d'apporter des indications chiffrées quant à l'environnement dans lequel évoluera le centre.

SECTION I : HISTORIQUE DU PROJET :

Nous allons voir les états statistiques qui concernent principalement notre projet.

1-1) Etats statistiques autour de la maternité :

Ce paragraphe nous informe sur les données statistiques chiffrées relatives au processus de la maternité (visites prénatales, fréquence et importance des soins, taux de natalité), ainsi que des incidences éventuelles sur la survie du nouveau-né (durée de vie infantile, taux de mortalité ...et autres indicateurs utiles.

En effet, ayant en esprit la création d'un centre de santé maternelle et gynécologique, il nous importe de savoir et d'appréhender les différents éléments pouvant avoir une incidence sur la velléité d'usagers à fréquenter les centres de soins, privés d'autant plus. Ces différents indicateurs sus-mentionnés conditionnent largement la motivation et le psychisme des femmes à vouloir bien préparer la naissance de leurs enfants, que ce soit proche ou futurs.

a) Soins prénataux

Dans notre tableau dans la page suivante , nous avons la répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type de

personne consultée par la mère durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. (cf.: tableau soins prénatals).

Tableau N°1 : SOINS PRENATAUX

Caractéristique	Médecin	Infirmière/sage femme/auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Personne	Total	Effectif
Âge à la naissance						
< 20	20,8	69,7	3,9	5,6	100	652
20-34	21,3	72,4	2,9	3,3	100	1820
35-49	22,7	69,8	3,5	4,0	100	440
Rang de naissance						
1	21,8	71,4	3,2	3,5	100	636
2-3	22,5	70,8	3,3	3,5	100	961
4-5	19,0	76,7	1,7	2,6	100	488
6+	21,7	68,5	4,3	5,4	100	528
Milieu de résidence						
Urbain	15,0	79,5	1,7	3,8	100	452
Rural	22,9	69,9	3,5	3,7	100	2160
Province						
Antananarivo	18,7	78,2	0,7	2,4	100	1349
Fianarantsoa	24,5	64,5	5,8	5,2	100	1263
Niveau d'instruction						
Aucun	19,3	70,5	3,7	6,4	100	249
Primaire/Alphabet.	23,3	68,0	4,3	4,5	100	1538
Secondaire ou plus	18,9	78,6	78,6	1,6	100	825
Ensemble	21,5	71,6	3,2	3,7	100	2613

Source: EDS Madagascar 2003-2004, zone d'intervention USAID (JSI/ Linkages).

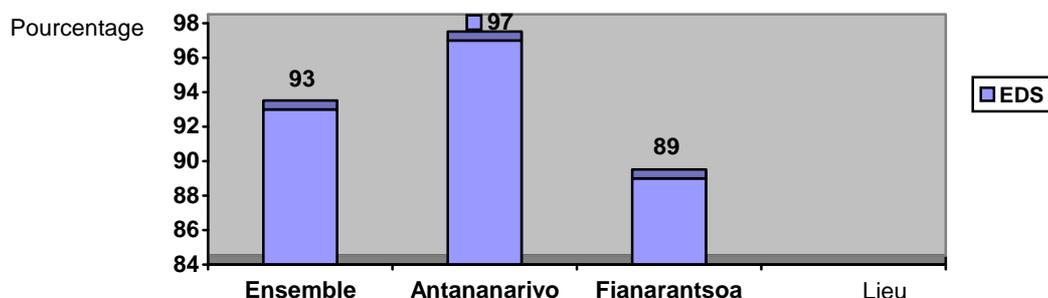
Parmi les dernières naissances vivantes survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, plus neuf naissances sur dix (93%) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, sages-femmes,, infirmières et auxiliaires) dans la zone d'intervention.

Par province à l'intérieur de la zone d'intervention, les différences sont assez grandes. En effet, si 97% des mères de la province d'Antananarivo ont consulté un médecin ou une

infirmière ou auxiliaire pendant la grossesse leur dernier enfant né à la cour des cinq dernières années, le pourcentage est de 89% dans la province de Fianarantsoa.

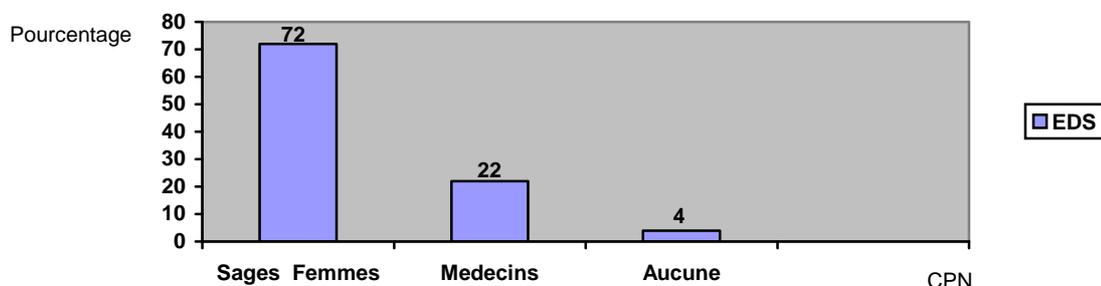
Ces informations sont représentées par les graphes suivants:

- **Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels la mère a bénéficié de soins prénataux pendant la grossesse**



Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières/auxiliaires (72%) et, dans beaucoup moins des cas, elles ont été dispensées par des médecins (22%). En revanche, seulement pour 4% des naissances, les mères n'ont fait aucune consultation prénatale.

- **Pourcentage des femmes reparties selon lieu où elles ont effectué leurs CPN**



Nous avons constaté aussi que pour près de quatre naissances sur dix (42%), les mères ne se sont présentées en consultation prénatale que deux ou trois fois, et dans seulement 5 % des cas elles n'ont été qu'une fois en consultation.

Dans notre projet, nous espérons inciter plus en avant les femmes qui sont accouchées par des accoucheuses traditionnelles et aussi celles qui ne disposent pas de personnes qualifiées pour les accoucher, à les inviter à effectuer des soins prénataux pour le suivi de sa grossesse afin que l'enfant naisse en parfaite santé et que sa mère ne soit pas en état de risque.

b) Accouchement

Nous avons ici dans le tableau après la répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu de l'accouchement et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau N° 2 : LIEU D'ACCOUCHEMENT

Etablissement Sanitaire							
Caractéristique	Secteur public	Secteur privé	Maison	Autre	ND	Total	Effectif de naissance
<u>Âge de la mère à la naissance de l'enfant</u>							
<20	42,4	2,9	53,9	0,9	0,0	100	604
20-34	37,7	4,1	57,4	0,5	0,3	100	2819
35-49	33,9	2,8	63,3	0,0	0,0	100	567
<u>Rang de naissance</u>							
1	48,3	5,5	46,0	0,2	0,0	100	977
2-3	36,6	5,2	57,1	0,8	0,3	100	1478
4-5	34,3	1,5	63,6	0,5	0,1	100	738
6+	30,8	0,8	67,9	0,2	0,3	100	797
<u>Milieu de résidence</u>							
Urbain	32,9	8,2	58,6	0,3	0,1	100	640
Rural	38,8	2,8	57,6	0,5	0,2	100	3351
<u>Province</u>							
Antananarivo	36,5	7,1	55,9	0,6	0,0	100	1939
Fianarantsoa	39,3	0,5	59,5	0,4	0,3	100	2051
<u>Niveau d'instruction de la mère</u>							
Aucun	34,7	0,2	64,1	0,4	0,6	100	421
Primaire/Alphabet	34,1	2,2	63,0	0,6	0,2	100	2430
Secondaire	47,2	8,2	44,2	0,3	0,0	100	1139
NSP/ND	6,4	0,8	92,8	0,0	0,0	100	98
<u>Visites prénatales</u>							
None	34,9	2,8	61,5	0,8	0,0	100	1224
1-3	43,3	5,8	50,5	0,4	0,0	100	1255
4+	31,0	15,6	52,0	0,9	0,5	100	36
NSP/ND	37,9	3,7	57,7	0,5	0,2	100	3990

Source: EDS Madagascar 2003-2004, zone d'intervention USAID (JSI/ Linkages).

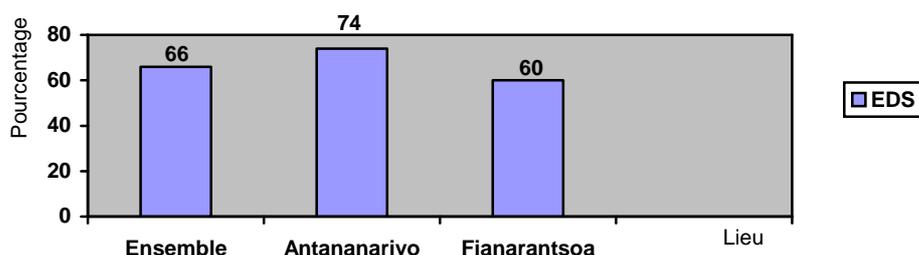
Parmi les naissances survenues dans la zone d'intervention au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, un peu plus de la moitié (58%) ont eu lieu à la maison. Le lieu d'accouchement ne varie pas beaucoup avec l'âge de la mère : 54% pour les moins de 20 ans, 57% pour les 20-34 ans et 63% pour les 35 ans ou plus.

L'analyse des données fait ressortir que plus de la moitié des naissances (66 %) ont eu lieu avec l'assistance d'une personne médicalement formée, en majorité des sages femmes, infirmières et assistances médicales (52 %) et médecins (15%). On relève aussi que près du tiers des accouchements (33%) ont été assistés par des gens non qualifiés (accoucheuses traditionnelles: 25% et amies ou parentes: 8%).

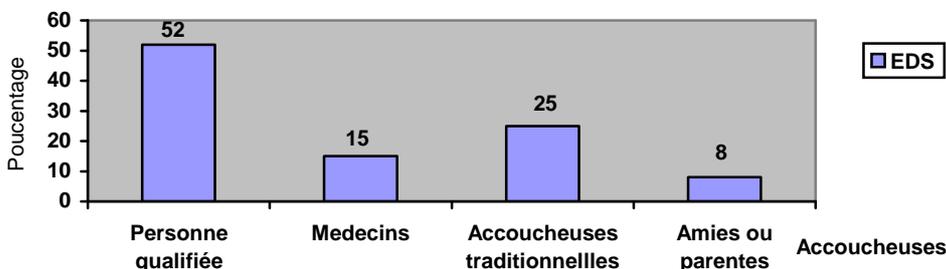
Les femmes qui ont accouché avec l'aide de personnel se rencontrent le moins parmi les femmes de la zone d'intervention de la province de Fianarantsoa (60%) que dans celle d'Antananarivo(74%).

Ces informations sont représentées par les graphes suivants:

- **Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans nés avec l'assistance d'un professionnel de la santé**



- **Pourcentage des femmes reparties selon leurs accoucheuses**



Cette relation pourrait s'expliquer, en partie, par une conjonction de facteurs : niveau d'instruction élevé, meilleure disponibilité et meilleur accès d'accouchement.

c) **Soins post-nataux**

Le tableau ci dessus présente la distribution des dernières naissances survenues dans la zone d'intervention au cours des cinq dernières années selon que la mère a accouché ou non en établissement sanitaire et pour celles qui n'ont pas accouché en établissement sanitaire, selon qu'elles ont eu ou non des soins post-nataux.

Tableau N°3 : SOINS POST-NATAUX

Temps écoulé avant les 1^{er} examens postnataux

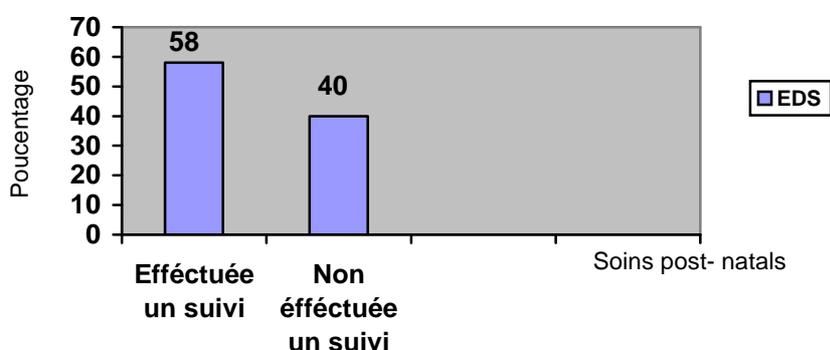
Caractéristique	Dans les 2 jours après accouchement	3-6 jours après accouchement	7-41 jours après accouchement	NSP/ND	Aucune visite postnatale	Total	Effectif
<u>Âge à la naissance</u>							
<20	43,5	7,7	9,5	0,6	38,7	100	197
20-34	39,0	9,9	8,6	2,9	39,5	100	1042
35-49	42,3	4,3	10,7	0,7	42,1	100	272
<u>Rang de naissance</u>							
1	37,2	7,6	10,4	3,4	41,4	100	295
2-3	42,3	10,1	9,2	1,5	37,0	100	532
4-5	38,8	8,9	8,6	2,3	41,4	100	322
6+	40,8	7,0	8,5	2,2	41,5	100	361
<u>Milieu de résidence</u>							
Urbain	44,8	12,2	5,7	2,1	35,1	100	259
Rural	39,2	7,8	9,8	2,2	40,9	100	1252
<u>Province</u>							
Antananarivo	40,3	7,3	9,1	0,6	42,8	100	758
Fianarantsoa	40,1	9,9	9,1	3,8	37,0	100	753
<u>Niveau d'instruction</u>							
Aucun	36,8	4,9	2,7	4,0	51,6	100	154
Primaire/Alphabet	39,1	7,8	10,3	2,0	40,8	100	990
Secondaire ou plus	44,5	12,3	8,6	2,1	32,5	100	366
<u>Ensemble</u>	40,2	8,6	2,2	2,2	39,9	100	1510

Source: EDS Madagascar 2003-2004, zone d'intervention USAID (JSI/ Linkages).

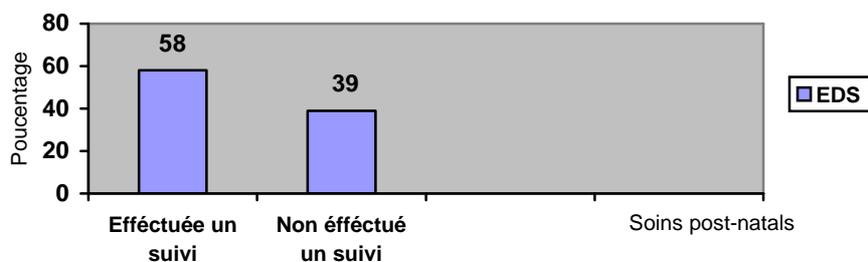
Près de quatre femmes sur dix (42%) ont accouché en établissement sanitaire et l'on suppose qu'à la suite de l'accouchement, son état de santé et celui de l'enfant a été suivi avant qu'elle ne quitte l'établissement (ces femmes sont donc supposées avoir reçu des soins post-nataux) ; parmi les 58% de femmes qui n'ont pas accouché en établissement sanitaire, près de 40% n'ont eu aucun suivi post-natal.

Ces informations sont représentées par les graphes suivants:

* **Pourcentage des femmes accouchées en établissement sanitaire effectuant ou non un suivi des soins postnataux**



* **Pourcentage des femmes non accouchée en établissement effectuant ou non un suivi des soins postnataux**



En effet, plus la moitié (58%) n'ont pas accouché en établissement, mais ont effectué des consultations pour le suivi de leur santé et celle de leur enfant. La majorité de ces femmes dans la zone d'intervention (40 %) sont allées en consultation relativement tôt, c'est à dire dans les 2 jours qui ont suivi l'accouchement. Et(39 %) n'ont eu aucun suivi post-nataux.

Le tableau retrace l'ensemble des données concernant le nombre de naissances qu'on peut enregistrer sur une zone déterminée (semblable à notre secteur de marché) avec une ventilation selon le nombre d'enfants survivants ainsi que le nombre d'enfants décédés.

Tableau N° 4 : DISTRIBUTION DES ENFANTS SELON L'ETAT DE SURVIE

Distribution des enfants par année de naissance selon l'état de survie, Madagascar 2003-2004					
Année du calendrier	Enfants survivants	Enfants décédés	Ensemble des enfants	Taux de survivance (en %)	Taux de mortalité (en %)
2003	1251	87	1338	94	6
2002	1262	79	1340	94	6
2001	1021	88	1110	92	8
2000	1240	125	1365	91	9
1999	1074	70	1145	94	6
1998	897	103	1000	90	10
1997	1403	178	1582	89	11
1996	1047	180	1227	85	15
1995	1010	178	1188	85	15

Source : Documents EDS 2003-2004 INSTAT

Nous n'avons pas dans ce tableau une répartition selon l'âge de décès mais seulement une évaluation brute. Logiquement, l'indicateur le plus pertinent qu'on peut tirer de ce tableau reste le taux de mortalité calculé sur la base du panel des enfants nés au cours des années d'études. Le niveau de mortalité recense donc l'ampleur des carences médicales et sanitaires que le dispositif de santé doit encore déployer pour arriver à un taux « acceptable » en matière de santé maternelle.

Plus concrètement, on remarque d'une part que les naissances ont augmenté sur les huit dernières années et d'autre part que les décès se sont réduits de moitié. Il y a donc une plus forte fécondité chez les femmes et qu'un effort très palpable a été fourni au niveau des soins post-nataux pour diminuer les mortalités.

Cependant, un taux de mortalité de 6 par rapport à 100 naissances reste encore élevé. Une amélioration de la chaîne médicale autour de la mère reste à faire, d'où encore une fois, prévoir des visites fréquentes chez le gynécologue ou les dispensaires pour préparer la naissance de l'enfant.

Et compte tenu de ces taux, on perçoit la nécessité absolue d'être plus prévoyant et prudent avant l'accouchement car ces décès dénotent des complications à l'accouchement ou bien des antécédents en matière de santé de la mère qui auront été fatales à l'enfant tôt ou tard.

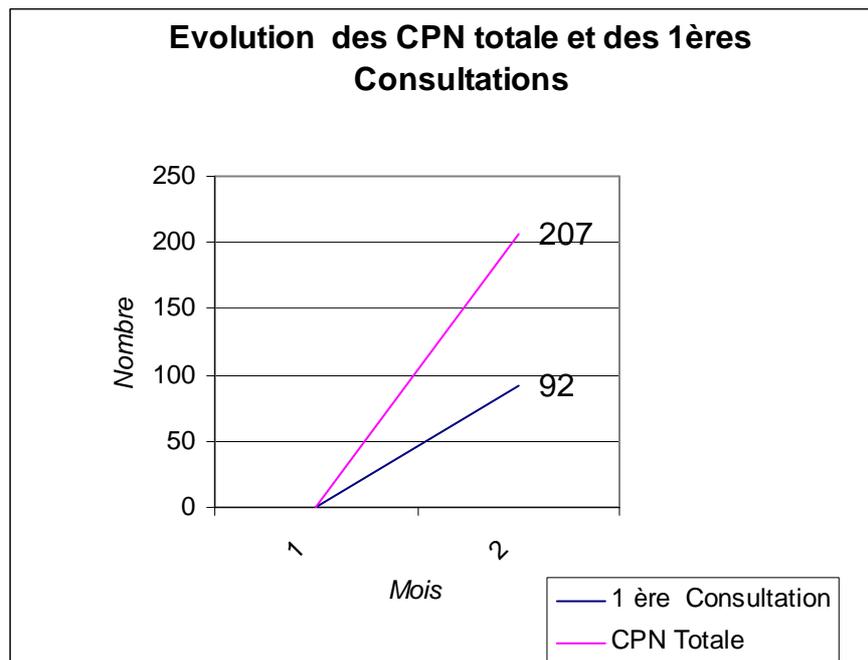
1-2) Fréquence des visites et volume moyen des soins dans un CSB II:

TABLEAU DE BORD concernant un centre de santé de santé pilote :

Mois de janvier 2005 :

- Nouveau cas à la consultation : 943
- Ordonnance prescrite : 947
- Ordonnances servies: 763
- Nouvelles inscrites à la CPN (consultation prénatale) : 92
- Inscrites suivies à la CPN : 207
- Nombre d'utilisatrices régulières en planification familiale: 647

GRAPHE sur CPN et première consultation



Source: Documents CSB II, 2005

On remarque ici d'une part, le nombre élevé des nouveaux cas à la consultation (943 cas) et durant le seul mois de janvier, à peu près une centaine de nouvelles femmes inscrites à la consultation prénatale qui équivaut au tiers de celles qui suivent déjà un contrôle régulier à ce stade de préparation de l'accouchement.

Ces chiffres qu'on peut qualifier d'encourageant pour la santé maternelle démontrent bien que les femmes soient de plus en plus conscientes des atouts en terme de santé que leur procure ces visites périodiques chez le centre sanitaire le plus proche. Cela nous motive d'autant plus à vouloir améliorer et créer d'autres centres qui peuvent aider les femmes de tous âges à être plus préventives.

Tableau N°5 : CARACTERISTIQUE D'UN PANEL DE FEMME- TYPES

Age moyen de la femme	Profession	Fréquences de visites	Situation matrimoniale	Observations
24 ans	CS2 : 10 CS1 : 05	1	Non marié : 03 Marié : 12	- Consultation prénatale - Vaccination
26 ans	CS2 : 23 CS1 : 13	2	Non marié : 07 Marié : 29	- Consultation prénatale - Vaccination
25 ans	CS2 : 05 CS1 : 06	3	Non marié : 04 Marié : 07	- Consultation prénatale Vaccination

Source : Enquête sur terrain sur un panel de 89 femmes, Mars 2005,

CS1 : étudiante, ménagère, inactive

CS2 : artisan, ouvrière

Un des points évidents de ce tableau se situe dans le fait que les femmes plus âgées (dans la moyenne d'âge de 25 et de 26 ans) sont plus conscientes des nécessités de la CPN. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela, d'abord une certaine maturité et donc plus de prudence dans l'optique d'une maternité future; ensuite l'écho des différents canaux de sensibilisation par l'intermédiaire des médias (exemple: MAMA).

Il apparaît aussi que les femmes les plus enclines à procéder à des consultations prénatales (fréquence de 3 à 2 visites par mois) se situent surtout dans la catégorie des ouvrières (CS2), qu'elles ne sont pas hautement qualifiées et donc qu'elle ne dispose pas d'un revenu assez conséquent mais qu'elles sont pour la plupart mariées (sur 47 femmes, 36 sont mariées légalement) et que logiquement ce sont les pères de famille qui prennent en charge les coûts éventuels de consultation, à noter que les coûts moyens de consultation au niveau d'un CSB II s'élèvent à 2500 Fmg (500 Ariary).

En outre, on voit bien que les femmes qui fréquentent le plus souvent le centre de santé de base demeurent les femmes qui ont déjà des enfants (36 femmes pour 2 visites), nous savons bien alors que ces femmes se préoccupent de la santé de ses enfants, on s'efforcera donc de leur proposer des coûts de soins à la portée de tout le monde.

SECTION II : PARTICULARITE DU PROJET :

Dans cette section, nous allons caractériser l'importance de l'implantation du centre de santé maternelle et de gynécologie et de savoir qu'est ce qui différencie le projet des autres projets.

2-1) Justification du projet

Tout projet consiste en une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. Bien qu'ayant des points communs auxquels tout bon projet ne peut se départir, celui ne déroge pas à la règle selon laquelle il comporte des aspects stratégiques et techniques qui lui sont particuliers. En effet, ce projet compte apporter une sensibilisation notable et des soins concrets quant aux problèmes de gynécologies et de soins anténataux que peuvent connaître les femmes. A vrai dire, la naissance de l'enfant peut très bien se passer et son espérance de vie améliorée si la femme a l'occasion et les moyens (puisque le coût des soins n'est pas très onéreux) de préparer son accouchement sur le plan médical.

En conséquence, ce projet consiste à offrir en amont à ces clients, les meilleurs soins et diagnostics possibles et en aval réduire le taux de mortalité maternelle et infantile et augmenter comme mentionné précédemment l'espérance de vie du nouveau-né mais aussi pour éviter aux femmes tous facteurs de risques et complications à l'accouchement. Un apport complémentaire, puisque concomitant à toute politique de santé réside aussi dans l'éducation et la sensibilisation. On remarque ici l'aspect éducatif qui doit accompagner la vie familiale (prévention des MST/SIDA, éducation sexuelle, prévention des avortements, promotion d'un comportement sexuel responsable. En ce sens, le centre s'équippa de tous les moyens et ressources utiles pour la mise en œuvre de ces objectifs, en l'occurrence, l'équipement nécessaire pour le service de la maternité sans risque.

Tout en sachant que la compétence technique se rapporte aussi bien aux aptitudes qu'à la performance effective des prestataires de santé, des gestionnaires et du personnel de soutien. Le centre se charge de recruter des agents de santé qui ont les aptitudes et les connaissances (capacités) nécessaires pour effectuer les tâches et que ces tâches soient effectuées de manières constantes et exactes (performances effectives). La compétence technique se rapporte à l'application des directives et normes des pratiques du point de vue fiabilité, exactitude et constance. Pour les prestataires de santé, elle se rapporte aux compétences cliniques liées aux soins préventifs, au diagnostic, au traitement et aux conseils sanitaires.

2-2) La qualité offerte

De plus, qui dit centre de santé dit un niveau de qualité exceptionnel. En effet, le centre se targue de se doter d'un niveau de qualité qui répond aux normes internationalement admises en termes de santé, c'est à dire la qualité des soins est donc définie au regard des normes techniques des prestataires et des attentes du patient en tenant compte du contexte local. Dans sa technique de production et sa stratégie de fonctionnement, le centre veille constamment à subvenir aux besoins et à respecter les droits du client et donc offrir une qualité de service digne de ce nom.

Quant on parle de « qualité », l'activité d'assurance de qualité peut s'adresser à ces dimensions suivantes :

a) L'accès aux services

L'accès signifie que les barrières à l'utilisation effective des soins de santé ont été réduites au minimum ou supprimées. Cette dimension de la qualité recoupe les barrières géographiques, économiques, sociales et culturelles, organisationnelles ou linguistiques.

Accès géographique : signifie les moyens de transport, distance, temps de déplacement et toute autre barrière physique empêchant le client de recevoir des soins.

Accès économique : se rapporte à l'accessibilité financière des produits et des services pour les clients.

Accès social ou culturel : se rapporte à l'acceptabilité des services offerts en tenant compte des valeurs culturelles locales. Par exemple, les services de planification familiale risquent de ne pas être acceptés s'ils sont offerts de manière qui contredise les valeurs et les attitudes culturelles locales.

Accès organisationnel : se rapporte au côté pratique des services pour les futurs clients : heures du centre et systèmes pour les rendez-vous, temps d'attente et de mode de prestation sont autant d'exemples montrant comment l'organisation des services peut créer des barrières à l'utilisation. Par exemple si le centre n'est pas ouvert le soir, cela peut présenter une barrière d'ordre organisationnel pour les ouvriers qui travaillent pendant la journée ou par exemple pour les femmes qui accouchent pendant la nuit.

Accès linguistique : signifie que les services sont disponibles dans une langue qui permette au client de s'exprimer facilement et de comprendre l'agent de santé. Ce n'est pas forcément l'usage de la langue nationale du client mais devrait être une langue qu'il ou elle parle couramment car les clients cibles ne sont pas forcément des clients nationaux.

Ce centre s'efforce de résoudre tous ces accès ou les freins qui poussent les clients à ne pas aller dans un centre de santé.

Les clients ont droit à des informations claires, des services accessibles en toute sécurité, continuité, intimité, confidentialité et dignité.

Pour assurer cette qualité de service, les prestataires, c'est à dire, nous les responsables et gestionnaires de ce service, auront aussi besoin d'un approvisionnement satisfaisant en matériels et équipements, d'une infrastructure adéquate (respect des normes de constructions des habitats sanitaires, aération, hygiène et sécurité des locaux

b) La continuité

La continuité signifie que le client peut recevoir une gamme complète de services de santé dont il a besoin du système sans interruption, sans cessation ou répétition inutile du bilan, du diagnostic ou du traitement. Les services doivent continuer à être offerts dans le temps pour que les clients qui les demandent ne soient pas déçus. De plus, les clients doivent avoir un accès continu aux soins routiniers et préventifs auprès d'un prestataire qui connaît leurs antécédents et qui les aiguille en temps opportun vers des services spécialisés lorsque c'est nécessaire et à des soins de suivi complets. La continuité est parfois assurée en vérifiant que les clients voient le même agent de santé chaque fois qu'ils viennent se faire soigner ou alors elle est assurée par le biais de dossiers médicaux bien tenus permettant à un nouveau prestataire de prendre connaissance des antécédents des patients et de renforcer et compléter le diagnostic et le traitement des anciens prestataires.

La continuité est donc une dimension très importante des soins de qualité et son absence peut compromettre l'efficacité, diminuer la qualité des relations interpersonnelles ainsi que l'efficience des soins.

c) L'innocuité

L'innocuité en tant que dimension de la qualité signifie : diminuer les risques de blessures, d'infections, d'effets secondaires nuisibles ou autres dangers pouvant être liés à la prestation de services. L'innocuité est un souci de prestataire ainsi que du patient. Par exemple, l'innocuité est une dimension importante de la qualité pour les transfusions de sang, tout particulièrement depuis le SIDA. Les patients doivent être protégés contre l'infection et les agents de santé qui manipulent le sang et les aiguilles doivent également être protégés grâce à

des méthodes de prévention. En ce qui concerne, les transfusions sanguines, l'innocuité touche également aux conditions aseptiques et à la technique de transfusion du sang.

Si l'innocuité semble surtout importante lors de la prestation du service clinique complet, elle n'en existe pas moins au niveau des services de santé de base.

Par exemple, les salles d'attente des centres de santé peuvent exposer des clients au risque d'infection de la part de patients infectieux si l'on ne prend pas des mesures de contrôle de désinfection. Ou si les instructions pour la thérapie de réhydratation par voie orale ne sont pas bien données par l'agent de santé, une mère peut administrer à son enfant une solution d'eau, de sel et de sucre qui, si elle est trop concentrée en sel, est dangereuse pour l'enfant.

d) Agréments

Les agréments concernent les aspects des services de santé qui ne se rapportent pas directement à l'efficacité clinique, mais qui peuvent augmenter la satisfaction du client ainsi que les chances de voir revenir à l'avenir pour des soins dans le centre. Les agréments sont également importants car ils peuvent influencer les attentes et la confiance qu'a le client dans d'autres aspects du service ou du produit. En outre, dans les endroits où on cherche à recouvrer les coûts, les agréments peuvent faire en sorte que le client soit davantage prêt à payer pour les services.

Par ailleurs, les informations circulant dans le centre doivent être claires et précises pour accroître son efficacité et les prestataires doivent pouvoir bénéficier de formations régulières de manière à renforcer leurs compétences.

Ce centre veille aussi à ce que les actions engagées dans le domaine du planning familial, la sensibilisation pour une meilleure nutrition, la lutte contre la sous-alimentation, la protection des enfants, les maladies infantiles, la vaccination demeurent l'une des priorités de ses objectifs.

Il assure aussi que le slogan lors de la Journée Mondiale de la Santé qui est « Donnons sa chance à chaque enfant et à chaque mère » sera le but même de ce centre.

SECTION III : L'EXPLOITATION DU SITE

On doit tout d'abord étudier l'emplacement de notre projet pour qu'il soit rentable pour tout le monde, c'est e que nous allons entamer dans cette section.

3-1) Choix de l'emplacement

Un des critères distinctifs de ce centre réside dans la « proximité » de ces soins. Actuellement, en matière de santé, la notion de « proximité » est primordiale puisque la distance du patient par rapport au centre de soins peut influencer la psychologie du patient et donc éventuellement nuire à son état de santé. Le choix du site est important pour que l'accès géographique ne soit pas une barrière à l'utilisation effective des soins de santé en ce qui concerne les moyens de transport, les distances, et le temps de déplacement et autres. La localisation du centre se situant à Andoharanofotsy (à la fois résidentiel et populaire sur ses périphéries), cet axe très fréquenté de la RN 7, celui ci va fournir plus de sécurités sanitaires aux femmes en offrant ses services près de chez elles.

3-2) La valorisation à long terme du centre de proximité

Une fois l'emplacement du site fixé, il importe d'abord de rendre le centre fonctionnel et opérationnel. Ces deux stades d'activités sont atteints à partir du moment où le centre s'ouvre à sa clientèle et octroie ses premières prestations. Cependant, amener le centre à seulement « produire » ses services et ne pas prévoir sa pérennité reste une optique de court terme qui ne sied pas à son objectif final qui est de rendre les soins accessibles à tous à la fois dans l'espace et dans la durée. Il est donc primordial d'envisager une politique de long terme qui se chargera de valoriser techniquement, socialement et financièrement le centre de santé. Pour cela, les organes de décisions du centre, en l'occurrence la direction ainsi que les différents responsables, vont engager une politique précise et ciblée surtout en matière de communication sociale.

Cette politique a pour but de transmettre des informations, développer une bonne image de marque et influencer le comportement de l'acheteur potentiel de manière à ce que le centre soit perçu positivement par l'ensemble de la population. A partir de cette stratégie, on peut par exemple relever l'action sensibilisatrice des animateurs sociaux, la mise en place des moyens de parrainage et sponsoring avec des activités culturelles, sportives où la participation financière de l'entreprise à de grandes causes nationales contribuent largement à renforcer son image de marque.

SECTION IV : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PROJET

Un des critères essentiels dans notre étude est l'administration car elle fait partie de l'environnement de l'entreprise, nous étudions dans cette section les matières administratifs.

3-1) Les spécificités du projet

Dans son fondement et sa mise en œuvre, le projet respecte les conditions préalables, les grandes lignes ainsi que les critères relatifs à une bonne initialisation de ses cycles d'activités. Cela se comprend par le fait que tout bon projet, où qu'elle soit menée, comment et qui seront ses groupes cibles dispose d'une base commune (organisation, technique, administratif, finances...) qui lui est propre. Cependant, en fonction de ses objectifs, de sa stratégie, chaque projet comporte aussi certaines spécificités.

Dans notre cas, de par sa raison sociale même, cette initiative est fondamentalement spécifique car les rares centres de gynécologies se trouvent essentiellement au sein des grands centres hospitaliers et donc par conséquent distants et presque inaccessibles des usagers potentiels. D'autant plus, le caractère malgache, qui est très prude restreint la gynécologie ainsi que les problèmes afférents à la fécondité de la femme dans un cercle hermétique. Peu de gens et qui plus est des femmes osent parler ouvertement de leur problème relatif à la gynécologie. Elles doivent relever un certain nombre de barrières comportementales pour pouvoir se faire prodiguer des soins et des conseils sur ce point. Le centre, comme on l'a déjà souligné, dans un but de sensibilisation et d'éducation, s'efforcent de changer les mentalités pour un meilleur bien-être et santé de la population concernée. Cela reste un défi que ce centre devra réussir.

Une autre spécificité du centre se situe dans le fait, que sans vouloir être prétentieux, il essaie de se constituer en une véritable petite clinique où tous les soins sont disponibles et accessibles. Dans un langage plus technique, le centre essaie de se doter de tous les maillons de « production », de la « distribution jusqu'au service après vente » pour optimiser ses activités. La présence de tous les soins nécessaires (de la gynécologie, de la santé maternelle jusqu'aux différentes analyses) marque bien la volonté du centre de commencer à fonctionner à partir d'une stratégie commerciale très diversifiée, à l'instar des autres projets qui débutent prudemment en se spécialisant d'abord dans une branche d'activité avant de se diversifier.

3-2) Forme juridique

Le choix juridique, lors d'une création de société, est très important car cela dépend la structure de l'entreprise, la gestion adaptée, et la considération fiscale. Le choix de la forme dépend de la taille de l'entreprise et des objectifs fixés.

Notre projet prendra donc la forme et les caractéristiques d'une société de capitaux.

Dans le chapitre II, nous effectuerons une étude approfondie au niveau des caractéristiques du marché existant, du fait que il faut absolument connaître les offres existantes, la demande des clients. Entre aussi en ligne de compte la définition du produit que nous devons mettre sur le marché, et surtout déterminer les clients à cibler et et définir ainsi les politique et stratégie marketing qu'on mettra en exergue pour notre projet.

CHAPITRE II ETUDE DE MARCHE

Une définition préalable s'impose. Le dictionnaire de l'Académie des Sciences Commerciales donne du mot "marché" plusieurs sens dont il convient de retenir les deux suivants :

"Le marché est l'ensemble des transactions effectuées dans une aire géographique déterminée" et "l'ensemble des consommateurs et des acheteurs présentant de l'importance pour l'entreprise".

En ce qui nous concerne, l'étude de marché est alors une étude conduite scientifiquement en vue de recueillir sur le marché les informations nécessaires à l'entreprise pour qu'elle puisse prendre des décisions sur le plan commercial.

SECTION I : DESCRIPTION DU MARCHE

Dans notre cas, le marché visé correspond à la fois au marché théorique et potentiel qui se trouve sur cette périphérie de la ville. Tout d'abord, nous allons savoir le marché que nous avons ciblé.

1-1) Historique du marché visé

Premièrement, le marché visé réunit l'ensemble des consommateurs, des utilisateurs, des usagers d'un bien ou d'un service qui théoriquement, pourraient ou voudraient se procurer un produit ou un service. Dans notre cas, ce seraient essentiellement les femmes qui pensent avoir des problèmes de santé en termes de gynécologie et de fertilité ou bien des femmes n'ayant aucun mal en particulier mais qui voudraient se faire examiner pour bien préparer leur maternité future étant donné que l'accouchement présente un risque élevé pour la mère et l'enfant.

1-2) Le marché potentiel

Deuxièmement, le marché potentiel qui nous intéresse ici, se définit par l'ensemble des personnes ci-dessus qui, en plus, ont les moyens d'acheter le produit ou de se procurer le service, car celui est disponible dans un centre proche (voir la notion de proximité citée dans la particularité du projet) et que le niveau de prix des prestations correspond à leur possibilité

d'achat (voir la notion d'accessibilité citée précédemment). En effet, compte tenu du niveau actuel du pouvoir d'achat des ménages, le centre est obligé d'aligner ses prix sur les capacités financières de ses futures clientes. Il s'agit ici essentiellement des classes moyennes.

Le service de qualité engendrera des prix qui ne seront pas toujours accessibles aux plus démunis mais s'efforcera d'être aussi à la portée des classes les plus défavorisées, et ce par l'intermédiaire des coopérations, des échanges que va mener le centre avec des organismes publics de santé et des Organisations Non Gouvernementales (ONG).

SECTION II : ANALYSE DE L'OFFRE

On doit tout d'abord connaître les concurrents existantes et les offres qui sont déjà existées pour pouvoir posséder une part de marché sur ce site.

2-1) La concurrence existante

A un niveau global, trois catégories de formations sanitaires fournissent leurs services dans la capitale. Il s'agit entre autres des organismes publics financés par des fonds publics dont les activités sont strictement régies par leurs statuts. Ces entités publiques sont extrêmement limitées dans leurs moyens et leurs capacités à satisfaire l'attente des usagers. Ensuite, nous sommes en présence des organismes semi-privées qui bénéficient à la fois de l'aide de l'Etat et de celle des ONG et autres bailleurs de fonds et donc qui ont obligation de plus de qualités et de résultats dans leurs activités puisqu'ils doivent justifier de l'emploi des fonds accordés. Cependant, leurs portées restent assez limitées puisque ces organismes ne sont pas encore vulgarisés.

Et enfin les centres de santé privés qui s'autofinancent, arrivant parfois difficilement à une véritable autonomie financière et qui éventuellement dans le cadre de coopérations et d'aides bénéficient de soutiens financiers, matériels et humaines extérieurs. Dans ce cas, les coûts des prestations sont un peu plus élevés que la moyenne.

Concrètement, au niveau de la périphérie Sud de la capitale, il existe une clinique privée dans le secteur de Tanjombato mais elle propose des services que la plupart des couches moyennes ne peuvent s'offrir. Ensuite, il existe un Centre de santé de base niveau II à Andoharanofotsy, ainsi qu'un cabinet médical de petite taille, mais dont les ressources sont insuffisantes compte tenu du nombre de la population féminine et des besoins que cela engendre.

Bref, la concurrence reste encore à établir et celle existante n'a, dans la plupart des cas, ni les moyens financiers, matériels, humaines, ni les compétences techniques qu'imposent actuellement les nécessités du secteur de la santé dans cette zone et plus généralement dans toute l'île.

2-2) L'offre existante

D'après les études que nous avons fait, on a pu recueillir les offres dans deux maternités différentes :

- Pour la maternité sise à ANKADIFOTSY :

Dans la maternité "Saint François d'Assise", les patients sont classés dans les services demandés selon le pouvoir d'achat de tout à chacun.

Ici, les patients sont classés selon 3 catégories (catégories A, 1^{ère} Catégorie B, 2^{ème} Catégorie).

Tableau N° 6 : OFFRE DANS LA MATERNITE « SAINT FRANCOIS D'ASSISSE »

1 ère Catégorie A	1 ère Catégorie B	2 ème Catégorie
<u>Accouchement Normal</u>	<u>Accouchement Normal</u>	<u>Accouchement Normal</u>
Sage- Femme : 240 000 Ar	Sage- Femme : 190 000 Ar	Sage- Femme : 170 000 Ar
Gynécologue : 280 000 Ar	Gynécologue : 240 000 Ar	Gynécologue : 190 000 Ar
<u>Césarienne</u> : 900 000 Ar	<u>Césarienne</u> : 800 000 Ar	<u>Césarienne</u> : 750 000 Ar
<u>Menace</u> : 400 000 Ar	<u>Menace</u> : 300 000 Ar	<u>Menace</u> : 240 000 Ar

CPN : Sage- femme : 4 000 Ar ; Docteur : 9 015 Ar

- Pour la maternité « Sainte Fleur », sise à Anosy : En Ariary

Dans la maternité "Pavillon Sainte Fleur", les patients sont classés selon les services demandés comme précédemment; à vrai dire ;selon leurs pouvoirs financiers qui leur permettent de demander des services en plus comme un peu plus de confort, et ou plus des traitementsLes patients sont classés selon 7 catégories : il y a :

- LNA : Locaux Non Assurés Catégorie 1, 2,3
- LA : Locaux Assurés 1,2,3
- ENA : Etrangers non assurés
- EA : Etrangers Assurés

Nous avons dans le tableau dans la page suivante les frais de chaque service offerts par la maternité dont le frais de séjour, le frais de l'acte, le frais de bloc, le repas, et les frais de médicaments.

Tableau N° 7 : CONSULTATION EXTERNE

Elle consiste à tous les consultations effectuées en dehors l'accouchement.

	LNA	HC / ENA / LA
Carnet Bleu	1 000	1 000
Carnet Rose	2 000	2 000
Consultation Prénatale	2 000	4 000
Echo avec Photo	12 000	16 000
Echo sans Photo	10 000	14 000
Pansement Ombilical	2 000	4 000
Perçage oreille	1 000	2 000
Pesée > 1 mois	2 000	4 000
Test de grossesse	3 000	5 000
Vaccin BCG, DT Coq Polio	Gratuit	Gratuit
Pédiatrie	6 200	6 200

SECTION III : ANALYSE DE LA DEMANDE

Cette section consiste à déterminer les usagers qui demandent le produit et savoir quels sont les satisfactions exigées des clients.

3-1) Détermination des usagers

Les usagers ou la clientèle se caractérisent par les individus ayant besoin occasionnellement ou habituellement des services que propose le centre. Dans notre optique, s'agissant des soins gynécologiques et maternels, c'est toute prestation qui a trait à l'accouchement, à la fécondité des femmes, à l'éducation et planification familiale. Ainsi, la clientèle attendue sera composée de femmes en âge de procréer, de femmes enceintes, des enfants en bas âges, des nourrissons, des femmes mûres, des mères de familles âgées ayant des problèmes gynécologiques à la ménopause, ainsi que les couples voulant réguler leur fécondité...

Andoharanofotsy étant une zone très peuplée, et disposant d'un axe routier se dirigeant vers le sud de l'île, la clientèle ciblée ne sera pas exclusivement locale et le centre sera éventuellement sollicité pour des objectifs de santé ayant une ampleur régionale surtout dans le district voisin d'Ambatofotsy et de Behenjy..

3-2) Satisfaction des clients

Par rapport à leurs besoins, les clients attendent d'être pleinement satisfaits. Ce niveau de satisfaction dépend de plusieurs critères à la fois objectifs et subjectifs selon la particularité du secteur dans lequel ils évoluent. Dans notre cas, le secteur de la santé à Madagascar ne bénéficie pas d'une très bonne renommée et fait même l'objet de violentes critiques selon lesquelles à peu près tout le processus de soins et de traitements (moyens humains, matériels, financiers) connaissent de graves carences. Le ministère œuvre à grand pas pour pallier à ces manquements en formant ses personnels et en modernisant ses équipements (réhabilitation, construction et récemment en 2004 acquisition de nouvelles ambulances dans les régions enclavées...).

Au vu de ces constats, les clients doivent disposer de plusieurs droits et avantages en tant qu'usagers d'un service qu'on qualifiera de « public ». Le premier droit réside dans l'accessibilité du service de santé, ensuite, les prestations doivent être abordables au niveau des coûts, ces prestations doivent aussi avoir une certaine continuité dans le temps.

Au point de vue subjectif, les clients doivent avoir ressenti un niveau d'utilité conséquent après avoir consommé ce service et acquérir donc un minimum de satisfaction, ici se joue la compétence et le professionnalisme du médecin traitant et parallèlement ceux du centre.

SECTION IV : LA POLITIQUE ET STRATEGIE MARKETING A ADOPTER

La politique et stratégie marketing tient une grande importance dans notre projet c'est pour cela que dans cette section nous allons étudier quels sont les politiques et stratégies à adopter.

4-1) Le marketing mix

Cette politique peut avoir plusieurs buts: soit transmettre des informations sur le centre, soit développer une bonne image de marque; soit influencer le comportement du client potentiel. En général, dans leur stratégie de communication, les entreprises peuvent utiliser plusieurs techniques dont on peut en citer 6 : la politique de produit, la politique de prix, la politique de communication : (la publicité, la promotion de vente, la force de vente et le service après vente, le sponsoring et le parrainage) , la politique publique, et la politique partenaire. Dans le cas présent de notre projet, on en recense deux : la publicité et le parrainage.

- La politique de produit

Dans ce centre nous avons comme produit l'ensemble des services offerts par l'entreprise aux marchés cibles. Il est constitué par la promesse de satisfaction faite par l'entreprise à tous les clients potentiels. Cependant, l'objectif de cette politique est d'améliorer la position de l'entreprise sur le marché vis à vis des concurrents. Donc pour maîtriser cette politique de produit, la société peut offrir la quantité et la rapidité de la prestation avec un coût compétitif et une assurance à long terme dans le domaine.

a) La publicité :

Elle est destinée à informer le public et à convaincre le client de se procurer les services proposés par le centre. Faire une campagne de publicité implique de bien définir la cible que le centre souhaite atteindre et préciser les objectifs visés.

Cette action publicitaire comporte plusieurs étapes :

- définir les objectifs publicitaires (de moyenne envergure)
- préciser la cible (voir paragraphe précédent)
- créer le message (nécessité des soins et contrôles et proximité du centre)
- choisir les médias et les supports (audio, audiovisuel, plaques...
- contrôler l'action publicitaire (impacts, conséquences)

b) Le parrainage:

Il s'agit d'activités culturelles, sportives, caritatives où la participation financière ou gratuite du centre à de grandes causes locales, régionales et même nationales contribue largement à renforcer son image de marque.

- La politique de prix

C'est un des éléments les plus déterminants du succès ou de l'échec de l'entreprise. La décision du prix se fait en fonction des plusieurs facteurs : les investissements et les charges engagées pour la création de la société, l'analyse de la concurrence dans la région et hors la région.

- La politique de communication

Par définition, la communication marketing consiste, pour une entreprise, à transmettre des messages à son public en vue de modifier leur niveau d'information et / ou leurs attitudes et par voie de conséquence leur comportement. Dans cette politique de communication nous utiliserons les moyens personnels tels que la participation des représentants du centre à des manifestations collectives non lucratives, ou revues et colloques, la relation publique cartes de visites, les différents documents à en-tête, les rapports annuels...La communication se fait aussi de bouche à oreille.

- Les politiques publiques et partenaires

Cettes politiques consistent surtout la collaboration avec l'Etat ou la collaboration avec d'autres établissements ou investisseurs pour pouvoir mieux établir notre projet.

4-2) La stratégie marketing à adopter

Nous avons employé la stratégie « Push » c'est à dire pousser le produit vers les clients car comme précédemment la publicité est l'arme idéale pour pousser le produit aux acheteurs. La stratégie « Pull » tient aussi une grande place dans cette stratégie à adopter c'est à dire attirer les clients vers le produit comme la distribution des cartes de visites aux gens lors des revues ou colloques ou séminaires que le centre y participe.

La stratégie marketing se traduit par la volonté de l'organisation de proposer systématiquement une offre supérieure à celle de ses concurrents les plus directs afin de bénéficier des avantages propices à la réalisation des objectifs.

Nous abordons dans ce chapitre, les outils et critères exigés pour qu'un projet soit acceptable, viable, et rentable.

CHAPITRE III : THEORIE GENERALE SUR LES OUTILS D'EVALUATION

On va savoir avant tout quels sont les outils d'évaluation d'un projet.

SECTION I : LES OUTILS D'EVALUATION DU PROJET

Ils sont 4 : la Valeur Actuelle Nette, l'Indice de Profitabilité, le Taux de Rentabilité Interne, et le Délai de Récupération des Capitaux Investis.

1-1) : La Valeur Actuelle Nette (VAN)

La Valeur Actuelle Nette est la différence entre la somme des marges brutes d'autofinancement actualisées et la somme des capitaux actualisés.

Elle est représentée par la formule ci-après :

$$VNA = \sum MBA_j (1+t)^{-j} - C$$

M.B.A : Marge Brute d'Autofinancement

I : Taux d'actualisation

C : Investissement Initial ou Capitaux Actualisés

Interprétation :

La VAN peut être positive, négative, nulle :

VAN > 0 : la rentabilité est supérieure au taux exigé t

VAN = 0 : la rentabilité est égale au taux exigé t

VAN < 0 : la rentabilité est inférieure au taux exigé

La VAN mesure donc le gain ou la perte que l'entreprise peut retirer d'un investissement donné. Elle permet aussi de mesurer la création de richesse attendue d'un projet.

1-2) : L'Indice de Profitabilité (IP)

L'Indice de profitabilité est le rapport entre la somme des marges brutes d'autofinancement actualisées et la somme des capitaux investis.

L'Indice de Profitabilité est représenté par la formule ci après :

$$IP = \frac{\sum MBA_j (1+t)^{-j}}{C}$$

Interprétation

L'IP peut être supérieur, égal, inférieur à t :

IP > 1 : la rentabilité est supérieure au taux exigé t (indique que l'investissement est satisfaisant)

IP = 1 : la rentabilité est égale au taux exigé t

IP < 1 : la rentabilité est inférieure au taux exigé t

- Il faut que l'indice de profitabilité soit > 1 pour que l'investissement soit acceptable.
- Il permet de dégager la rentabilité par unité d'investissement.

1-3) : **Le Taux de Rentabilité Interne (TRI)**

Le Taux de Rentabilité Interne est le taux d'actualisation qui donne une valeur nette actualisée est égale à 0 ou une Indice de Profitabilité est égal à 1.

TRI = x est donné par la relation :

$$0 = \sum \text{MBA}_j (1+t)^{-j} - C$$

Interprétation :

Le TRI peut être supérieur, égal, inférieur à t :

TRI > t : la rentabilité est supérieure au taux exigé t

TRI = t : la rentabilité est égale au taux exigé t

TRI < t : la rentabilité est inférieure au taux exigé t

(**t** : le taux d'actualisation ou le taux de rentabilité minimum exigé par l'entreprise) .

Le TRI d'un projet peut être considéré comme le taux d'intérêt maximal que l'entreprise pourrait supporter pour financer sans perte l'investissement considéré.

1-4) : **Le Délai de Récupération des Capitaux Investis (DRCI)**

Le Délai de Récupération des Capitaux Investis est le temps au bout duquel la somme le cumul des marges brutes d'autofinancement actualisées est égale au montant des capitaux investis. Le DRCI est le nombre d'années nécessaires pour constituer le capital investi en fonction du VAN. Elle correspond au temps au bout duquel le flux net de trésorerie généré par l'investissement initial rembourse les flux nets de trésorerie.

Interprétation :

Pour 2 investissements, celui qui est le moins risqué est celui qui présente le délai le plus court. Ce délai indique la récupération des capitaux investis avant la fin de la date limite de la validation du projet. **(Plus le délai court plus le projet est rentable).**

SECTION II : LES CRITERES D'EVALUATION DU PROJET

Les critères d'évaluation d'un projet sont : la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durée de vie d'un projet.

2-1) La pertinence

La pertinence d'un projet s'apprécie par rapport à un environnement, à des critères bien déterminés. Un projet pertinent équivaut aussi à penser à l'opportunité de ce projet. Est ce que le projet sied, répond à ses objectifs pré-établis ? Est- il adéquat de penser que la réalisation de ses activités permettront d'atteindre ses buts, ses objectifs ? Le projet est-t- il mené à bon escient et saura-t- il répondre aux exigences, aux réalités, aux finalités escomptés ? On est donc ici en présence de la notion d 'adéquation, de pragmatisme, de solution.

Dans notre cas d'espèce, le projet de création d'un centre de gynécologie et de santé maternelle vise à terme une meilleure variation des taux de natalité et de mortalité parmi la population féminine dans sa zone de marché. Quant aux objectifs spécifiques, ce serait d'éduquer les femmes à un suivi automatique et un contrôle régulier au niveau du processus de procréation. Les résultats attendus résident dans la notoriété du centre et l'augmentation de sa clientèle.

2-2) L'efficacité

L'efficacité est l'un des indicateurs de performances. On dit efficacité lorsqu'un niveau d'activité est comparé à un objectif, donnant un rapport du type réalisé (par exemple, un responsable de service peut se montrer très efficace s'il dépasse systématiquement ses objectifs commerciaux). La qualité des services de « Santé » dépend de l'efficacité des normes de prestation et des directives cliniques. L'évaluation de l'efficacité devrait permettre de répondre à la question « Est ce que cette procédure ou traitement, s'il est correctement appliqué, permet d'arriver aux résultats désirés ? ». Et « est ce que le traitement recommandé est la technologie qui convient le mieux dans le contexte où il est administré ? ».

L'efficacité est une dimension importante de la qualité au niveau central où sont définies les normes et spécifications. Les questions qui se rapportent à l'efficacité sont également importantes au niveau local puisque les responsables décident de la manière dont seront appliquées les normes et les adaptent aux conditions locales. Lorsqu'on détermine les normes qui seront appliquées dans une situation donnée, il faut tenir compte des risques relatifs liés à la condition et à la procédure médicale. En somme, l'efficacité se résume par une parfaite adéquation entre les moyens, ressources de l'entreprise pour atteindre ses buts et ses objectifs.

2-3) L'efficience

On dit efficient lorsque un niveau d'activité est rapporté à une consommation de ressources, nous avons alors un indicateur de productivité (c'est une productivité à moindre coût).

La notion d'efficience fait aussi jouer la manière dont on a utilisé, sollicité les ressources de l'entreprise. Cependant, l'efficience fait apparaître la gestion de la rareté tout en escomptant le plus grand nombre de richesses. D'un côté donc, gérer efficacement les ressources de l'entreprise sans grandes dépenses tout en tablant sur la profusion des résultats.

L'efficience des services de « Santé » est une dimension importante de la qualité car les ressources pour les soins de santé sont souvent limitées. Des services sont efficaces lorsqu'ils visent au soin optimal plutôt que maximum pour le patient et la communauté ; c'est à dire que ceux ci retirent le plus d'avantages possibles des ressources disponibles. Efficience veut dire que le prestataire sanitaire n'offre pas de soins inutiles ou inappropriés. Cela demande également que l'on diminue au maximum ou que l'on élimine tout soin dangereux résultant de normes inefficace ou d'une mauvaise prestation. Des soins nuisibles non seulement entraînent pour le patient un risque et des souffrances inutiles, mais sont souvent chers et longs à corriger. Eliminer le gaspillage et éviter les erreurs sont deux manières dont on peut améliorer la qualité tout en diminuant les coûts.

Mais il serait faux de penser que les améliorations de la qualité ne demandent jamais de ressources complémentaires. Mais en analysant l'efficience, les responsables des programmes de santé peuvent choisir l'intervention la plus efficace par rapport au coût.

2-4) La durée de vie du projet

La durée de vie d'un projet s'apprécie donc de façon chronologique. Elle n'est pas ponctuelle et ne s'agit pas seulement d'une portion importante ou principale dans la vie de l'entreprise. Cette durée de vie va de la conception virtuelle de l'entité jusqu'à son extinction physique ou morale, ou bien jusqu'à son changement de statut.

Pour bien assimiler cette notion, l'analyse doit être systémique. C'est à dire que l'entité doit être appréhender depuis sa conception par une étude de faisabilité, l'élaboration des moyens d'actions et la fixation des objectifs, la mise en exécution des activités, suivi par un contrôle interne et une appréciation des résultats avec le cas échéant, en cas d'erreurs ou de déviations une réorientation ou une redéfinition des stratégies.

Par conséquent, à partir de la durée de vie du projet qu'on vise à évaluer la capacité de l'action ou des résultats à se poursuivre de façon autonome après le retrait de l'assistance extérieure (nationale ou étrangère). Il s'agira donc de la viabilité organisationnelle, technique, économique, financière, politique et culturelle.

Conclusion Partielle

Comme on l'a cité précédemment dans cette première partie, neuf naissances sur dix (93 %) ont fait l'objet d'une consultation prénatale auprès des professionnels de santé, et un peu plus de la moitié (58 %) des femmes ont accouché à la maison. Cela signifie qu'une grande majorité (65%) des femmes , (7 % qui n'ont effectué aucune visite prénatale et les 58 % mentionnés ci-dessus) ont accouché hors d'un centre de santé.

Près de quatre femmes sur dix (42 %) ont donc accouché en établissement sanitaire et ont effectué des soins postnataux pour suivre leurs états de santé et celui de leurs enfants.

Selon l'enquête sur la distribution des enfants et selon l'état de survie, on a remarqué que les naissances des enfants se sont accrues sur les huit dernières années et que les décès se sont réduits de moitié. Cependant, un taux de mortalité de 6 par rapport à 100 naissances reste encore élevé. Une amélioration du côté médical autour de la mère reste à réaliser, d'où envisager des visites fréquentes chez les gynécologues ou les centres de santé (dispensaires) pour préparer la naissance de l'enfant. C'est pourquoi l'implantation du centre de santé maternelle et de gynécologie s'avère nécessaire, du fait que ce centre compte apporter une sensibilisation importante et des soins concrets quant aux difficultés de gynécologies et des soins anténatales que peuvent rencontrer les femmes , et réduire le taux de mortalité maternelle et infantile.

Pour cela, le centre se targue de se doter d'un niveau de qualité qui répond aux attentes et aux normes internationales en matière de santé. De plus, il sera renforcé par des agents compétents pour effectuer les tâches avec le respect de certaines dimensions: l'accès aux services, la continuité des services, l'innocuité, et l'agrément.

En vue de l'assurance du bon fonctionnement du centre, il est primordial de bien choisir son emplacement. La région d'Andoharanofotsy constitue un axe très fréquenté de la RN7 à la fois résidentiel et populaire sur la périphérie de la capitale; fournissant ainsi plus de sécurités sanitaires aux femmes en offrant ses services près de chez elles.

Cependant, il ne suffit pas seulement de localiser le site, il faut comme on l'a indiqué dans cette partie, effectuer une étude de marché c'est à dire analyser les offres existantes et la demande réelle à savoir quelles sont les personnes ciblées et leurs besoins ...Un choix judicieux concernant la politique et la stratégie marketing à adopter s'impose alors.

Après avoir étudié tous les aspects nécessaires autour de notre projet, on va développer la manière de gérer notre projet, ce qui nous emmène à entrer dans la 2^{ème} partie de ce devoir, dans laquelle on explicitera plus en détail la conduite du projet.

DEUXIEME PARTIE: CONDUITE DU PROJET

DEUXIEME PARTIE : CONDUITE DU PROJET

Nous avons remarqué que dans le premier volet, nous allons parler seulement de l'environnement interne de l'entreprise, ici, dans la deuxième partie, on parle , étudie l'environnement interne de l'entreprise.

Nous allons voir:

- En primordial les techniques de productions des soins
- Ensuite, les capacités de réception des clients
- Enfin, l'étude organisationnelle

CHAPITRE I : TECHNIQUES DE PRODUCTION ET DE SOINS

Nous essayons de définir tous les matériels utiles pour le montage du projet d'une part, et les soins disponibles au sein du centre d'autre part dans ce chapitre.

SECTION I) LES INVESTISSEMENTS INITIAUX

Le démarrage du projet demande un investissement sur le terrain, ensuite le bâtiment, les équipements et les fournitures.

1-1) : Le Terrain

Pour pouvoir construire un centre, il nous faut avant tout acquérir une immobilisation initiale sur laquelle reposera l'existence physique de notre projet. Il s'agit de posséder un terrain situé près de la route nationale à Andoharanofotsy puisque la notion de proximité joue un rôle très important dans la bonne mise en œuvre de notre centre. Ce centre est placé à cet endroit pour être accessible à tous les clients de ce secteur et de ses environs. Pour des raisons d'ordre pratique et hygiénique, le terrain doit être très vaste et spacieux d'une part pour pouvoir construire un grand bâtiment avec des jardins et d'autre part accueillir les patients dans un cadre qui prête aux activités de soins.

Sur un plan beaucoup plus juridique et pour assurer la pérennité et la continuité de ses activités, le centre doit être le propriétaire même du terrain. C'est à dire qu'il est important que le terrain soit classé dans les immobilisations corporelles du centre dans l'actif du bilan (avoir du centre) pour assurer une garantie d'existence du centre et pour éviter tous les litiges éventuels qu'on peut rencontrer dans l'avenir ; en cas de location du terrain si le propriétaire décide de récupérer son avoir.

1-2) : Le bâtiment

Les infrastructures en général seront construites suivant les normes et conditions exigées par le Ministère de la Santé et en conformité avec les critères internationaux en matière de constructions sanitaires. Les bâtiments envisagés considérés parmi les constructions durs et modernes puisque les matériels employés sont selon les technologies modernes et durs et bien équipés du fait qu'on fait appel à des soutiens particuliers d'un bailleur de fond ou d'un soutien d'un bailleur autre que ceux à envergure nationale comme CRESAN pour les matériels. Ce bâtiment contient d'une part les locaux administratifs qui s'occupe de l'administration générale du centre dont la direction, la comptabilité et finance, le marketing. D'autre part, les locaux techniques qui se charge du bon fonctionnement et de l'opérationnalité du centre. Ils comprennent entre autres la salle d'attente, le cabinet du gynécologue- obstétricien, la salle de travail, la salle d'accouchement, les salles d'hospitalisation, la salle pour la planification familiale, la salle pour les soins prénatals, les WC et douches.

1-3) : Les fournitures et équipements

L'acquisition de logistiques adéquates et performantes demeure une des priorités du centre pour prétendre satisfaire ces clients, cela est d'autant plus accentué qu'il s'agit ici des questions de santé publique. La logistique est représentée par les équipements, les fournitures et accessoires médicaux.

En tout état de cause, les équipements occupent une place importante dans le centre car si ce dernier dispose des agents de santé sans matériels ou avec des matériels obsolètes, notre but affiché de satisfaire les clients, ne pourra pas être atteint.

Par conséquent, divers équipements sont nécessaires pour pouvoir réaliser une maternité sans risque et un centre de gynécologie digne de ce nom. Les fournitures de chacun des services de soins (voir ultérieurement) feront l'objet d'une hygiène et propriété absolue, d'une suffisance, d'un bon entretien et d'une organisation adéquate pour assurer la rapidité et l'efficacité des services.

Ces fournitures et ces équipements doivent être modernes et essentiellement selon les normes exigées.

Chaque service contient des mobiliers et des équipements techniques dans la page suivante :

a) Les équipements de base

Chaque maternité doit composer les matériels suivants pour pouvoir assurer un soin sans risque pour la mère et du bébé. Chaque service contient des mobiliers et des équipements techniques. Ces matériels figurent essentiellement dans le tableau ci-dessous :

Tableau N°8: EQUIPEMENTS DE BASE

ACCUEIL	NORME
MATERNITE	
1° Mobiliers	
Lits avec matelas	2
Potence	2
SALLE DE GYNECOLOGIE	
1° Mobilier	
2° Equipements et matériels	
Kit gynécologie	
Boîte gyneco : * Spéculum vaginal de différents taille	
<ul style="list-style-type: none"> • Pincés de MUSEUX • Kystéromètre 	
SALLE d'ACCOUCHEMENT	
1° Mobiliers	
Armoire	1
Escabeau à deux marches	1
Seau à pédale	1
Table à instruments	1
Table d'accouchement	2
Potence	2
2° Equipements et matériels techniques	
Horloge murale	1
Kit accouchement	2
Kit épisiotomie	1
Kit réanimation néo-natale	1
Bassin de lit plastique	4
Poissonnière	1
Réchaud à pétrole	1
Pou Pinel	1

Bassin réniforme	2
Balance pèse bébé	1
Plateau à instruments	1
Stéthoscope de Pinard	1
Tambour	2
Perce membrane	2
Chariot brancard	1
Aspirateur trachéal	1
HOSPITALISATION/ Post Accou	
1° Mobiliers	
Lit	1
Matelas	1
Table de chevet	1
Potence	1
Tabouret	1
Collupe au nitrate d'argent	1

Source: CSB Mahamasina 2005

Il existe aussi d'autres matériels médicaux dont la liste non exhaustive suit :

Sphygmomanomètres, stéthoscope, pèse-bébé, stéthoscope fœtal, stérilisateur d'instruments et pince stérilisateur et bocal pour pince, pince brucelles à pansements, cuvette haricot, bol à éponges/pansements, thermomètre médical oral, brosse à ongle pour chirurgien nylon (réchaud, seringue et aiguilles), canule intraveineux 18 G, aiguille de suture et matériels de suture, cathéter urétral, sac et masque respiratoire pour adulte, ouvre bouche, gants chirurgien, mètre ruban et ciseaux.

b) Les outils d'analyse

En dehors de ces activités naturelles conformément à son objet social, le centre essaiera de se doter des outils primaires d'analyses en matière de santé. Ces analyses ne peuvent remplacer celles faites par les instituts spécialisés mais il s'agit ici d'analyses médicales simples et bénignes.

Par conséquent, le centre pourra effectuer de petites analyses qui ne nécessitent pas des matériels ni de techniques compliquées et chères. Ces analyses peuvent être des analyses à détecter le taux de sel, du sucre ... chez les femmes enceintes, ainsi que les tests de grossesse et les outils de planification familiale.

SECTION II : LE MODE D'ACTIVITE A ENTREPRENDRE

« Répondre aux besoins des clients et les patients » demeure le grand souci du centre. Comme cité précédemment, les clients ont droit à une information claire, l'accès aux services, une offre de choix pluriel, des services en toute hygiène, sécurité, et confort ainsi que la continuité de soins. En ce qui concerne les soins et les contrôles gynécologiques, l'hygiène et la pertinence des prestations jouent un rôle primordial, en particulier pour le dépistage et la prévention des infections.

Les soins sont de plusieurs ordres et peuvent être distingués comme suit :

- les soins obstétricaux et soins maternels de base
- les soins prénataux
- les soins à l'accouchement
- les soins post-nataux
- les autres soins

En outre, la propreté est absolument exigée de la part de tout le personnel soignant du centre de santé, pour éviter les maladies nosocomiales, c'est à dire les maladies apparaissant après les interventions médicales et liées à une mauvaise hygiène des matériels employés.

2- 1) Soins obstétricaux et Soins de maternité de base

Le médecin gynécologue assure tous les soins donnés aux clientes. Ces prestations portent essentiellement sur tous les problèmes relatifs à l'appareil génital de la femme. Ces problèmes peuvent être temporaires ou permanentes selon les cas ; puisque la femme peut consulter le médecin à la fois dans le but de seulement se faire contrôler et aussi à cause de problèmes déjà apparents.

a) l'évaluation clinique

Un des aspects primordial des activités du centre concerne l'évaluation clinique des patientes :

Cette évaluation clinique porte essentiellement sur :

- la surveillance et contrôle des femmes en âge de procréer, dépistage des maladies utérines et éventuellement les cancers ;
- la radiographie, l'échographie du bassin, de l'espace utérin des femmes ;
- les contrôles et analyses sanguins (frottis, perfusions...), et l'évaluation physiologique des femmes (poids, taille et prédisposition des femmes à l'accouchement)

- la surveillance de la croissance des filles de 5 à 15 ans en milieu scolaire et non scolaire (poids/ taille)
- le dépistage et traitement des MST
- le traitement et référence des complications d'avortements

Il est important ici d'apporter quelques éclaircissements sur un des piliers de l'activité du centre : l'échographie qui va permettre de dépister les maladies éventuelles et d'affiner le diagnostic du médecin relatif au contrôle gynécologique.

L'échographie est une méthode d'exploration médicale utilisant la réflexion des ultrasons par les organes. Cet appareil avec écran est très utilisé pour les examens prénatals car il permet aux patientes de voir sur l'écran le battement du cœur du fœtus et ainsi de connaître le sexe de l'enfant.

Les images affichées sur l'écran permettent essentiellement de savoir l'état du patient et de la forme du col ainsi que la position du bébé dans le ventre de sa mère, pour aider à prendre des précautions en cas de grossesse difficile.

Par ailleurs, l'échographie est aussi destinée aux autres personnes qui veulent fréquenter le centre pour voir l'état de santé de son corps (échographie de l'estomac, de cœur...).

b) les aides et conseils médicaux

En outre, le centre doit être en mesure de dépister et traiter toutes les infections de l'appareil génital et de disposer de tous les guides et conseils pour les soins obstétricaux essentiels.

Pour les femmes en âge de procréer, enceintes, ou se préparant à la conception, notre dispositif sanitaire doit promouvoir à leur santé, c'est à dire, outre les soins proprement dits, les actions sont axées sur des conseils pour un comportement favorable à la santé maternelle. Ces conscientisations portent d'une part sur l'éducation à une vie familiale saine (prévention des MST /SIDA, éducation sexuelle, prévention des avortements, promotion d'un comportement sexuel responsable), et d'autre part apporter des conseils relatifs à une bonne nutrition favorable à la mère et à l'enfant : savoir prendre des alimentations diversifiées riches en micro nutriments, valorisant les produits locaux, consommer des fruits et légumes jaunes ainsi que du sel iodé.

2-2) Soins prénataux (pour les femmes enceintes)

La consultation prénatale est un soin effectué à la femme enceinte pour pouvoir suivre sa grossesse, par un agent de santé (sage femme) au niveau d'un centre de santé.

Les tâches à entreprendre au cours de toute CPN sont :

a) *Visite prénatale*

Cette visite doit comporter au moins 4 CPN dont :

- 1 ère CPN : 12-16 semaines d'aménorrhée c'est pour poser le diagnostic de la semaine.
- 2 ème CPN : 20-24 semaines d'aménorrhée prévention des accouchements prématurés.
- 3 ème CPN : 28-32 semaines d'aménorrhée dépister les complications.
- 4 ème CPN : à partir de la 37 ème semaines d'aménorrhée pour poser le pronostic de la grossesse.

Pour bien suivre la grossesse et pour éviter toute oubli lors des consultations prénatales, le ministère de la santé a élaboré une fiche de surveillance de la santé de la mère et du nouveau né pour tous centres de maternité et un carnet avec des conseils, et des informations pour la mère que le centre en dispose évidemment.

Au fur et à mesure, le centre assurera que :

- Un test sérologique syphilitique sera effectué sur toutes les femmes enceintes fréquentant le centre.
- La mise à jour sur le dépistage et la prise en charge de pathologies suivantes chez une femme enceinte.
- En cas de complication, le centre est ouvert en permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Lors de la surveillance prénatale, l'agent de santé dans le centre doit effectuer les services suivantes ; en primo, un contrôle général de la santé de la mère et du fœtus qui comprend un interrogatoire portant sur les antécédents obstétricaux et un examen physique, le dépistage et le traitement des MST, en particulier la syphilis , des infections des voies génitales et des infections urinaires avec un entretien confidentiel surtout pour le traitement du VIH/SIDA. En second, la prise de la santé artérielle et la recherche d'œdème et un supplément en micro nutriments(fer, acide folique et si possible une préparation multi-vitamique et du zinc), ensuite il doit dépister et traiter l'hémorragie prénatale d'une grossesse ectopique, d'un avortement spontané et/ou incomplet.

Enfin, la femme enceinte doit forcément effectuer un vaccin avec l'anatoxine tétanique accompagné des conseils, sur sa nutrition, les soins du nouveau né, l'allaitement maternelle, la planification familiale, le traitement du VIH/SIDA , les effets du mauvais usages des

médicaments, de l'abus de tabac ou d'alcool sur la santé de la mère et du nourrisson , la mise en garde sur les signes évoquant une complication de la grossesse, les informations sur quand et où obtenir des soins ainsi que les notions essentielles pour la préparation à la semaine.

b) *les calendriers des vaccinations*

- Les vaccinations antitétaniques et des enfants

La vaccination antitétanique (VAT) immunise la mère et l'enfant contre le tétanos néonatal. Toutes les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) enceinte, doivent respecter le calendrier vaccinal en vigueur à Madagascar. Nous avons dans le tableau ci-dessus les calendriers vaccinaux.

Tableau N° 10 : LE CALENDRIER VACCINAL

VAT 1	VAT 2	VAT 3	VAT 4	VAT 5
Dès le premier contact avec un centre de santé	4 semaines après le VAT 1	6 mois après VAT 2	1 an après le VAT 3	1 an après le VAT 4
Protection contre le tétanos nulle	Protection contre le tétanos néonatal 20 jours avant l'accouchement pendant 3 ans après l'injection	Protection contre le tétanos néonatal pendant 5 ans après l'injection	Protège contre le tétanos néonatal pendant 10 ans après l'injection	Protège contre le tétanos néonatal pendant toute la vie féconde

Source : Protocole de soins maternels de base, juin 1999

A la naissance, l'enfant doit suivre une série de vaccination contre la tuberculose, la poliomyélite, la coqueluche et la rougeole. Ces maladies sont très dangereuses et mortelles chez les enfants non vaccinés du fait de leur fragilité.

Les vaccinations contre la tuberculose, la poliomyélite, la coqueluche et la rougeole

BCG et Polio	DT Coq 1 et Polio 1	DT Coq 2 et Polio 2	DT Coq 3 et Polio 3	DT Coq 4 et Polio 4
A la naissance	A 6 semaines	A 10 semaines	A 14 semaines	A 9 mois

Source : Protocole de soins maternels de base, juin 1999

C'est lors des consultations prénatales que s'effectuent les vaccins contre le tétanos aux femmes enceintes.

Tous les vaccins avant ou après l'accouchement devraient être effectués, suivant le carnet ou carte de vaccination pour éviter le surdosage, pour que la femme et l'enfant soient en bonne santé.

2-3) Soins à l'accouchement

Lors de tout accouchement, on doit respecter la règle de 3 propres : Mains propres, supports propres, matériels propres que le centre met en valeur essentiellement pour la santé de la femme et de son enfant.

L'évaluation clinique au cours de l'accouchement au centre est conduite à l'aide de la fiche prénatale.

Pour satisfaire les patientes et répondre leurs besoins et qu'elles soient totalement en sécurité, le centre comprendra :

- Un lieu propre et confortable pour accoucher. L'accouchement va se dérouler à l'échelon le plus bas du système de santé permettant un accouchement dans des conditions de sécurité.
- Une assistante compétente obstétrique après la délivrance (2 à 3 jours) s'occupera d'une part des soins des organes génitaux (mesure d'hygiène corporelle régulière comme renouvellement de garnitures, pansement des déchirures et épisiotomies, et le dépistage et référence de cas d'incontinence) ; d'autre part, le traitement du sein (d'hygiène habituelle normale, la prévention et traitement des engorgements ainsi que le dépistage et référence des abcès du sein).

En dépit du tout, on s'efforcera de conseiller les mères de promouvoir à l'allaitement maternel exclusif, et des appuis et des soutiens moraux en cas de décès de l'enfant.

Pour préserver la santé de la femme et pour que chacun des foyers malgaches puissent élever et mieux vivre en limitant les nombres d'enfants, le centre incite les femmes d'effectuer la planification familiale, pour les femmes qui allaitent la méthode de MAMA sera le mieux pour elles et pour les autres femmes l'utilisation des autres méthodes : Condom, Stérilet, Pilule, Femenal, Barrière, Norplant, Conceptrol, Injectables...

Il ne faut pas oublier aussi que le personnel de santé du centre assure le soin du nouveau né, comme la vaccination BCG PO dans les 7 jours après sa naissance, et tous les autres vaccins, tous cela s'effectue dans la propreté totale pour éviter toutes infections qui la plus part des femmes et enfants meurent à cause de l'imprudence et des pratiques contraire à l'hygiène de l'accouchement.

Pour pouvoir attirer beaucoup de clients, le centre s'engage d'offrir les meilleurs soins possibles pour satisfaire leurs satisfactions et leurs besoins. Par conséquent, le centre assure la surveillance de la mère dans la période de post partum (3 jours après la délivrance) d'une part, le suivi des pertes vaginales, globe de sécurité, température, montée laiteuse, tension artérielle, examen des membres inférieurs, et enfin recommander la mère de suivre la visite pendant la période de post natale (6 semaines après l'accouchement). D'autre part, la surveillance de l'enfant dont l'allaitement maternel exclusif, soins ombilicaux (tous les 2 jours), état des conjonctives, température et le suivi des vaccinations de l'enfant.

SECTION III : LES AUTRES SOINS

Il existe aussi des autres soins comme les soins post natal (après accouchement), les analyses et test de santé, l'échographie.

3-1) Soins post natal (6 semaines après l'accouchement)

L'objectif majeur est l'amélioration de l'accès, la qualité et la couverture des soins postnatals. Le centre veillera ensuite à ce que les soins postnatals soient considérés comme une priorité en possédant les moyens nécessaires.

Les soins postnatals donnent la possibilité au personnel de santé de s'assurer que la mère et l'enfant sont en bonne santé, de détecter et traiter précocement des problèmes de toutes sortes, d'encourager pour l'allaitement maternel, le suivi des vaccinations, le supplément en micronutriments et de donner des conseils sur la nutrition (information sur les règles d'hygiéno-diététique), d'inciter la mère à prendre soin d'elle-même et enfin d'offrir des informations et des services pour les soins à l'enfant ainsi que la prévention des MST /SIDA en respectant l'hygiène individuelle, fidélité mutuelle, promotion des préservatifs et en cas de multiples partenaires, il faut leur faire le traitement sans exception et la pratique de la planification familiale.

Le centre se chargera :

- D'effectuer un examen de la condition physique, nutritionnelle et psychologique des mères et des nouveau-nés, examen qui inclut la recherche de saignement, de fièvre, d'incontinence ou de déchirures.
- De donner des conseils et des informations sur les soins et l'alimentation à donner aux nourrissons sur l'allaitement maternel, sur les soins du cordon, sur la nécessité pour les mères de se reposer et de réduire les tâches physiques plusieurs semaines durant.

- De fournir des recommandations sur la nutrition, y compris la manière de s'assurer d'un apport suffisant en calories et micro nutriments et si besoin est, d'un supplément en fer et acide folique et en vitamine A.
- D'offrir des informations et des services de planification familiale.
- D'attirer l'attention sur l'intérêt pour le bien être du bébé des stimulations des gestes, d'attention et d'amour dont il est l'objet.
- De suivre de près l'évolution de la santé de la mère et de l'enfant et d'intervenir directement en cas de constat d'anomalie quelconque.

En plus une promotion des soins néonataux de qualité y sera intégrée. Ces soins seront axés sur le traitement et la prévention.

La moitié des décès maternels survient au cours de la journée qui suit l'accouchement et 70 % d'entre eux au cours de la première semaine du post partum. Pour éviter tout danger à la mère, cette dernière sera gardée à l'hôpital durant 3 jours suivant son accouchement et le centre lui fixera un rendez-vous dans 6 semaines.

3-2) Les analyses et test de santé

Les autres soins sont la pratique des analyses et tests de santé. En réalité, il ne traite ni guérisse un patient mais contribuent seulement à la guérison en fournissant un appui considérable et indispensable aux diagnostics.

Les analyses consistent à dépister les IST et les autres maladies de l'appareil génital et les autres infections de la voie génitale et les infections urinaires : les test quant eux consistent à donner le taux de sucre, de sel surtout les femmes enceinte pour éviter des complications lors de l'accouchement et l'acétone chez les futures mamans, de même les analyses permettent et donnent des informations concrètes sur la grossesse d'une femme.

3-3) L'échographie

C'est une méthode d'exploration médicale utilisant la réflexion des ultrasons par les organes. Cet appareil avec écran est très utilisé pour les examens prénatals. Les images affichées sur l'écran renseignent sur l'état du patient et de la forme du col aident à prévoir une grossesse difficile du fait de la position de l'enfant dans le ventre de sa mère.

CHAPITRE II : LA CAPACITE DE RECEPTION DES CLIENTS

La capacité de réception s'opérera en fonction du nombre de capacité de réception en soins prénatals, en soins d'accouchement, en soins postnatals et autres soins.

SECTION I : UNE ESTIMATION ET EVALUATION QUANTITATIVE

1-1) : Nombre de personnes au niveau des consultations

L'heure d'ouverture du centre sera fixée entre 8 h 00 du matin à 17 h 00 du soir avec 1 h de pause entre 12 h 00 à 13 h 00 pour que les personnels puissent manger. A ce propos, on établit dans ce centre une cantine pour les personnels qui ne peuvent pas se rendre à son domicile.

La priorité à la réception sera accordée à ceux qui ont pris un rendez vous sauf en cas d'urgence. La consultation durera à la moyenne 15 à 30 mn.

En ce qui concerne les services, ils sont composés d'une part, par le service gynécologie obstétrique qui s'occupe des femmes ou des couples qui veulent avoir des conseils pour être enceintes et de traiter des problèmes au niveau des organes génitaux (appareils génitales, le col, l'utérus.....), et d'autre part, par le service des médecines générales, le service de préparation à l'accouchement qui est le service de CPN (Consultation Périnatale) et enfin le service postnatale qui permet de suivre la santé du bébé.

1-2) : Nombre de personnes au niveau de l'hospitalisation

Une femme qui vient d'accoucher même dans des conditions normales peut éventuellement courir des dangers durant les 2 jours suivant l'accouchement (période post partum). Les accouchées feront donc l'objet d'une hospitalisation pour un contrôle de leurs nouveaux nés durant une période minimale de 2 jours.

Au cours des consultations et des différents soins, les médecins ou les agents du centre incitent ou même obligent les futures mères à se rendre au centre lorsqu'elles vont accoucher pour éviter toutes complications lors d'un accouchement à domicile même en présence d'un agent de santé. On met l'accent sur les accouchements à domicile faite par une accoucheuse traditionnelle du fait que beaucoup de risques peuvent être rencontrées comme : le non respect de 3 règles (Mains propres, Matériels propres, Supports propres).

Ensuite il faut savoir qu'on ne peut pas prévenir les risques qui vont se produire au cours de l'accouchement comme par exemple la femme n'a pas assez de force pour faire sortir son enfant ou faute de matériels à la maison, la femme et son enfant peuvent mourir.

A ce moment là, l'accoucheuse doit faire appel à un chirurgien .Néanmoins, le manque de temps lors du trajet vers l'hôpital peut coûter la vie à la fois à la mère et à l'enfant.

Il ne faut pas oublier aussi que même si l'accoucheuse a réussi l'accouchement, (nous avons vu précédemment que la femme doit suivre divers traitements avant qu'elle ne récupère normalement) et donc pour mieux assurer le rétablissement de la mère et de l'enfant, il est préférable qu'elle accouche à l'hôpital pour être bien suivi médicalement .

En résumé, le centre incite donc les mères et les futures mères à se rendre au centre lors de son accouchement même si la femme n'y a pas effectué sa consultation prénatale.

En conséquence, le centre espère accueillir 134 personnes par mois. A noter que les agents de santé n'autorisent les femmes à rentrer chez eux qu'après 2 à 3 jours de son accouchement pour bien surveiller la santé de la mère et de son bébé et éventuellement prolongent ce délai si l'on suspecte des complications.

Pour assurer la sécurité des soins des femmes accouchées et pour éviter des risques qui peuvent être fatales à l'enfant, le centre conseille à la mère d'effectuer tous les soins postnatales (vaccins, allaitement, vitamine...). Cela favorise une bonne image du centre afin de retenir les clients potentiels à être fidèles et d'inciter les nouveaux clients.

1-3): Nombre de personnes au niveau des autres soins

Ce sont des analyses effectuées en dehors de soins prénatals. Ce sont les échographies qui composent cette section. Ces soins sont offerts à toutes les personnes qui veulent bénéficier de ces services sans exception avec le moindre coût pour que ces personnes ne cherchent pas à fréquenter des autres centres.

Il est primordial pour le centre de satisfaire les clients en répondant tous ces besoins, tout en assurant l'accroissement du rendement du centre.

Ces soins sont nécessaires lors du diagnostic établi par le personnel compétent traitant.

A la moyenne de 15 mn par examen, le centre peut fournir au maximum 184 services pour chacun de ces deux services pendant une semaine.

SECTION II : LA GESTION DE LA CLIENTELE

On parle dans cette section les moyens et techniques pour gérer la clientèle dont la disponibilité de centre, un accès facilité, les moyens de fidélisation de la clientèle.

2-1) La disponibilité du centre

Dans la littérature économique, il est stipulé que pour pouvoir profiter de la demande, le produit ou la prestation de service doit être disponible sur le marché afin que les usagers puissent satisfaire leurs besoins. Cette assertion demeure jusqu'à présent valable dans la politique de vente et d'expansion de toute entité productive.

En effet, avant toute chose, vis à vis de ses clients, le centre dès qu'il est ouvert et donc fonctionnel propose ses services aux usagers. Cependant, le centre ouvert revient à dire qu'il peut recevoir sa clientèle mais dans un espace de temps limité (heure d'ouverture légale) et compte tenu de sa capacité de réception et de consultation. Le volume de soins à octroyer devient donc limité à un certain niveau.

Dans notre cas, et selon l'objectif avoué de notre projet, à la fois de plaire et de satisfaire les clients, il est primordial de se doter d'un type d'organisation et de fonctionnement qui saura à la fois satisfaire les clients usuels donc normaux et ceux inhabituels et donc nécessitant des « services et soins » spéciaux.

C'est pourquoi, pour répondre efficacement à la disponibilité du centre vis à vis de ses clients, il sera instauré un système de garde permanent assuré par un personnel adéquat, avec éventuellement des déplacements extérieurs mais limités dans la distance (par l'intermédiaire du patrimoine roulant du centre). On donne ici un extrait des articles contenus dans le règlement intérieur : « La garde est assurée à tous les échelles de services..., elle fonctionne obligatoirement en dehors des heures normales d'activité... »

Parallèlement, il faut savoir que tout le personnel traitant, du moins la majorité, y compris médecins, infirmiers et agents techniques, seront recrutés dans le plus proche voisinage du centre, au moins à l'intérieur du district sanitaire dans lequel est incorporé notre dispositif de santé. On souligne au passage, que lors du recrutement, une préférence particulière sera accordée aux femmes et cela pour donner un écho favorable à la politique gouvernementale de promotion du statut de la femme malagasy. De plus, encore dans ce souci de disponibilité, le personnel, avant d'être recruté doit donner des garanties quant à son entière dévotion et consécration aux nécessités de service du centre, c'est à dire pouvoir se libérer quand la clientèle du centre nécessite des interventions particulières.

2-2) Un accès facilité

Bien que dans le paragraphe précédent, on ait mis en évidence la nécessité et la pertinence de la disponibilité du centre, il est opportun de souligner aussi un aspect important dans la vie et l'expansion future de notre dispositif sanitaire. Cet aspect concerne les moyens usés pour attirer facilement les clients et les amener à choisir de se faire soigner ou consulter dans le centre compte de leurs nombreuses contraintes. Il s'agit ici de faciliter l'accès au centre, que ce soit à propos de la distance ou le cadre dans lequel est construit notre projet. Un accès facilité au centre suppose plusieurs critères à respecter.

D'abord la proximité du centre par rapport à une route principale ou une route très fréquentée, avec bien sûr des panneaux ou affiches indiquant clairement le schéma de direction à prendre. Le choix du site de construction, comme mentionné dans les paragraphes précédents sera donc basé sur ce critère de distance par rapport à un axe de circulation dense. Il faut noter que cet aspect est primordial dans la psychologie du consommateur.

Ensuite, et non des moindres, le centre doit accorder beaucoup d'attention sur l'état de la route ou du chemin qui mène au centre. Dans cette optique, le centre fera l'effort de réhabiliter selon le cas l'accès proprement dit qui mène au centre. Par exemple, d'un chemin de terre, le passage sera rénové en pavé. Ce genre de détail peut paraître constituer une dépense inutile mais il est primordial dans le choix et la motivation de la clientèle. En effet, étant donné que le centre constitue une entité dynamique, il est donc profondément interdépendant de son environnement immédiat (accès, cadre ...)

2-3) Les moyens de fidélisation de la clientèle

Actuellement, compte tenu de la conjoncture, la clientèle ne peut attirée que par un certain nombre de critères d'abord économiques et ensuite psychologiques. Pour pouvoir donc fidéliser rationnellement la clientèle au panel de soins proposés par le centre, il a été mis l'accent sur, premièrement le niveau des prix des services, ensuite deuxièmement le savoir faire du personnel et finalement l'aspect psychologique du consommateur.

D'abord au niveau des prix pratiqués, on peut dire qu'ils sont compétitifs, prenons un exemple général sur le montant d'une consultation gynécologique. Le prix de cette consultation se chiffre à 9 000 Ariary pour la première année de fonctionnement, (à noter que ce prix sera progressif chaque année). A ce niveau de prix, on peut dire que les prestations sont moins chères par rapport aux prix pratiqués dans les autres centres.

De plus, pour attirer les clients, le centre va opter pour la gratuité des services dans le cas de contrôle et suivis bénins qui ne nécessite pratiquement aucune charge, par exemple, le centre peut offrir des moyens de contraceptions gratuits (en partenariat avec les organismes de santé internationaux). De plus, le centre va périodiquement organiser des consultations gratuites dans le cas de la santé maternelle et infantile (vaccination...)

Ensuite, la compétence et le professionnalisme du personnel traitant constituent un des points clés de la fidélisation des usagers. Ces qualités à la fois humaines et techniques résument tout le savoir faire et savoir être de nos ressources humaines.

On donne ici un aperçu des obligations et devoirs des médecins : « Les médecins examinent leurs malades aussi souvent qu'il est nécessaire et donnent leurs directives aux surveillants et au personnel soignant pour tout ce qui a rapport au service. Ils participent notamment à l'enseignement médical et paramédical et aux activités de médecine préventive et l'éducation sanitaire ». En outre, il est exigé du personnel soignant le strict respect de l'éthique et déontologie médicale sous peine de sanctions administratives et même parfois financières.

Un autre aspect primordial se situe au niveau de la psychologie du consommateur. Le centre doit veiller à ce que la clientèle se sentent en confiance et entre de « bonnes mains » à partir de l'accueil jusqu'à la finalisation des soins .L'accueil du personnel réservé aux clients sera un accueil chaleureux et personnalisé.

Le centre s'efforcera de ne pas dériver dans la médecine caractéristique des grands centres de soins : une médecine froide et impersonnelle qui à certains moments relègue l'homme à un simple numéro sur un registre.

CHAPITRE III : ETUDE ORGANISATIONELLE DU PROJET

Une organisation réunit des ressources (humaines, financières et matérielles) ayant des relations entre elles pour atteindre des objectifs fixés.

Dans ce chapitre, nous analysons les ressources humaines qui tiennent une grande place au sein du centre, ensuite les fonctions et l'organigramme, et pour conclure ce chapitre, le chronogramme du projet.

SECTION I : LES RESSOURCES HUMAINES

L'organisation dans une entreprise est conçue en vue du contrôle interne. Elle permet de réduire autant que possible les délais nécessaires à l'acheminement des informations. Par le biais d'une bonne organisation, les informations qui seront utiles à la bonne marche du projet ont été reçues, rassemblées et traitées en temps opportun.

L'organisation, en générale, est un outil pour bien maîtriser les activités sur les plans financiers et d'avoir une bonne gestion sur les ressources humaines.

De plus, pour renforcer l'organisation interne et relationnelle du centre, tout le personnel, que ce soit médical, paramédical, administratif et de service assure respectivement leurs fonctions conformément au statut du centre et au règlement intérieur particulier à l'établissement.

En effet, pour pouvoir bien gérer et agencer les activités multiples du projet (raison sociale, culturelles, relationnelles...), il est fondamental de se doter d'une base juridique claire et précise qui régira les éventuels litiges ou différends inhérents à toute entité morale ou physique

1-1) Les profils du personnel

Pour le démarrage et fonctionnement de ce projet de construction d'un centre de santé, il a été prévu le recrutement d'un noyau de personnel composé :

- Un directeur
- Une Secrétaire
- 3 Responsables technique, commercial et financier
- Un gynécologue
- Un pédiatre
- Un médecin généraliste
- 3 sages femmes
- 1 responsable d'accueil et de triage
- Des techniciens de surfaces, un gardien ...

a) Le directeur du projet

Le directeur du centre est le cerveau du projet. Il aura à diriger toute l'équipe par l'intermédiaire de ses responsables administratifs et financier, commercial et technique. Il établira la politique générale du projet avec les différents responsables. Il représentera le projet auprès des sorties du fonds et prévoira la formation indispensable pour le bon déroulement de l'activité du projet et suivra les dossiers spéciaux.

Le directeur doit avoir à la fois une formation et une connaissance en matière de santé surtout en ce qui concerne la santé de la mère et de son bébé d'une part, et une formation en gestion qui lui permet de superviser les tâches de ses subordonnées directes.

b) Les responsables technique, commercial et financier

Ces responsables sont tous des techniciens supérieurs qualifiés, aptes à gérer efficacement le centre (approvisionnement, logistique...) et à le mener sur la voie d'une rentabilité financière solide.

De préférence, le responsable financier et donc de la comptabilité a fait 4 années d'études supérieures en comptabilité et finance. Il devrait maîtriser un logiciel comptable en l'occurrence le logiciel Ciel compta, Saari -Sage pour accélérer les enregistrement comptables et pour faciliter l'élaboration sans erreur les états financiers.

c) Un gynécologue, un médecin généraliste, des sages femmes

Ces personnels de santé doivent au minimum effectuer des expériences, des stages au près des centre ou hôpital. Pour les gynécologues et les médecins généralistes, ayant effectués une étude universitaire pendant 8 année au minimum. De même pour les sages femmes, elles devront effectuer les formations, les études nécessaires.

Le choix de ces personnes est primordial car ces personnels sont le noyau du bon fonctionnement du centre.

1-2) Répartition des tâches :

Pour optimiser le rendement, le système de travail repose essentiellement sur une répartition bien définie des tâches et des rôles de chacun. Ce choix de l'organisation et répartition des tâches relève des choix stratégiques adoptés par l'entreprise. Ces choix stratégiques doivent

concerner des domaines dans lesquels l'entreprise veut s'engager pour assurer son rendement et son efficacité.

Dans notre cas, le choix d'une nette répartition et partage des tâches se justifie en vue d'acquérir des avantages concurrentiels ainsi qu'une compétence distinctive qui différencie notre projet des autres entreprises. Par exemple, recensement des choix possibles en matière de produits ou services, de marchés ou de clientèles.

Ce type d'organisation s'effectuent en fonction des buts généraux portant sur la rentabilité recherchée, sur le risque accepté ainsi que sur le type et rythme de croissance choisie.

Concrètement, pour éviter toute inadéquation et juxtaposition des attributions rendant alors les activités du centre inefficaces et lourdes, il est mis l'accent sur la diversification et la spécialisation de tout à chacun dans ses compétences respectives. De cette manière, les risques de déviance, d'ingérence et de mauvaise gestion sont écartés. Cette stratégie n'exclut cependant pas des contrôles destinés à prévoir et à corriger éventuellement les dérives de comportement.

Voici un aperçu succinct des attributions des principaux responsables au sein de notre projet :

- Le directeur de l'établissement a pour mission de veiller sous sa responsabilité, au bon fonctionnement des services de son centre compte tenu des statuts régissant ses activités et selon les objectifs pré définis. Il est chargé, en collaboration avec les chefs de services, du maintien de l'ordre, de la discipline et de la sécurité dans l'établissement. Tout le personnel est placé sous ses ordres. Il est aussi responsable de la surveillance, de la bonne conservation et de la gestion du patrimoine du centre.
- Les personnels chefs de services (médecins ou techniciens) sont responsables de la bonne marche de leur service. Ils s'assurent que leurs directives soient scrupuleusement observées par leurs subordonnées et autres catégories de personnel relevant de leur autorité. Périodiquement, ils présentent au directeur un rapport sur l'activité (problèmes, incidents...) de leur service.

1-3) Le contrôle et suivi des activités

- Le contrôle des activités

Parmi les méthodes de contrôle, on distingue notamment : d'une part les méthodes de contrôle d'ordre purement comptable qui sont celles basées sur un procédé de contrôle intellectuel et d'autre part les méthodes d'ordre physique, qui s'applique sur celles qui permettent de

contrôler des phénomènes comptables à partir des données matérielles telles que, par exemple, l'existence de biens ou des pièces justificatives.

On constate que le contrôle d'un responsable peut s'exercer selon deux voies différents :

a) La méthode directe de contrôle

Il s'agit d'établir la concordance directe des inscriptions avec les éléments justificatifs de base correspondants (situation comptable vérifiée, en totalité ou en partie, en se référant aux pièces d'origine). Le processus de vérification peut procéder, soit par progression (c'est à dire on chemine, comme le comptable lui même, de la pièce comptable vers le bilan). Soit par régression (c'est à dire on remonte, en sens inverse, au bilan vers les pièces justificative).

Il existe deux méthodes directes de contrôles d'après notre étude, il s'agit de contrôle (ou révision) intégral(e) portant sur la totalité de la comptabilité, et le contrôle par sondages ou contrôle par épreuves portant sur des échantillons retenu pour être parfaitement représentatif de l'ensemble de la comptabilité.

b) Les méthodes indirectes de contrôle

Selon ces méthodes, le responsable de contrôle fonde son appréciation sur la qualité du travail effectué dans l'entreprise et sur la valeur du contrôle interne.

Les méthodes indirectes ont l'avantage d'être plus rapides que les méthodes directes, mais possèdent l'inconvénient d'obtenir des résultats moins probants que les méthodes directes.

- Le suivi des activités

Dans cette phase, il convient d'évaluer les méthodes utilisées pour mesurer la performance de l'unité par rapport aux missions annoncées par la hiérarchie, méthodes qui intéressent à la fois la hiérarchie et le responsable de l'entité, en tant qu'outils qu'ils emploient pour vérifier que le fonctionnement du service est adéquat, pertinent, efficace, efficient, économique.

Dans les procédures de suivi, on doit examiner :

- La nature et la matérialité des suivis dont les supports formalisés ou observation directe par la hiérarchie, les réunions d'analyse des résultats, ou examen informel, avec les risques possibles de non-connaissance des décisions correctives à effectuer, l'attention concentré sur l'essentiel, ou examen d'un grand nombre de données, et pratique du principe de la gestion par exception.
- La permanence de ces suivis,
- La fiabilité de la collecte des éléments utilisés ;

- L'adéquation des données suivies aux besoins de gestion, notamment selon les rôles et les fonctions des destinataires concernés : information, action, prévention, contrôle.
- La périodicité et les délais
- Les relations avec la mesure des performances, les sanctions positives et négatives.

Chacun de ces aspects est associé à la fois à un ensemble de risques, eux-mêmes examinés quant aux sources qui les conditionnent, et aux opportunités et au mode de leurs traitements.

SECTION II : LES FONCTIONS ET L'ORGANIGRAMME

L'organigramme est indispensable au sein d'un organisme ou entreprise car elle répartit les fonctions de chacun des personnes dans le centre de santé et pour le bon fonctionnement de l'organisation.

2-1) Définition d'organigramme

L'organigramme est un graphique représentant sous la forme d'un document d'ensemble la structure de notre projet, et permettant de se rendre compte au moins d'un dispositif complémentaire des différentes liaisons pouvant exister entre les services :

- Liaisons fonctionnelles : s'instaurent entre des organes fonctionnels et opérationnels sur le plan hiérarchique.
- Liaisons organisationnelles : ce sont des liaisons qui s'instaurent entre organes opérationnels se trouvant sur le même plan hiérarchique.

L'organigramme représente la structure de l'entreprise selon la taille ou la dimension. Il permettra à chacun des personnels de connaître la poste et les responsabilités qu'il engage au sein de notre projet.

2-2) Fonctionnement de l'organigramme

Pour réaliser sa mission, l'organisation doit compter sur ses fonctions. Le terme « fonction » se définit par l'ensemble des responsabilités normalement assumées par les supérieurs en regard d'une utilisation efficace des ressources au travail. Il caractérise donc la nature de la relation avec les subordonnés dans un cadre juridique et politique de gestion. Nous avons les fonctions suivantes dans l'organisation : la comptabilité et finance ; la production ; le marketing ; et gestion des ressources humaines.

a) La fonction commerciale

Selon Yves CHIROUZE, professeur agrégé à Montpellier expert en diagnostic de l'entreprise et Directeur du GERM (Groupe d'Etude et de Recherche en marketing), le Marketing est un état d'esprit et de techniques permettant à une entreprise de conquérir des marchés, voir les créer, de les conserver et de les développer.

La personne responsable de cette fonction doit être diplômée dans une école supérieure en marketing. Elle a des sérieuses références professionnelles dans des postes similaires, des performances confirmées dans les relations publiques et un esprit créatif.

Elle gèrera toutes les opérations commerciales du Centre, mettra en place une stratégie favorisant le développement des activités, supervisera l'atteinte des objectifs de ventes et s'assurera de la mise en œuvre des campagnes publicitaires et promotionnelles.

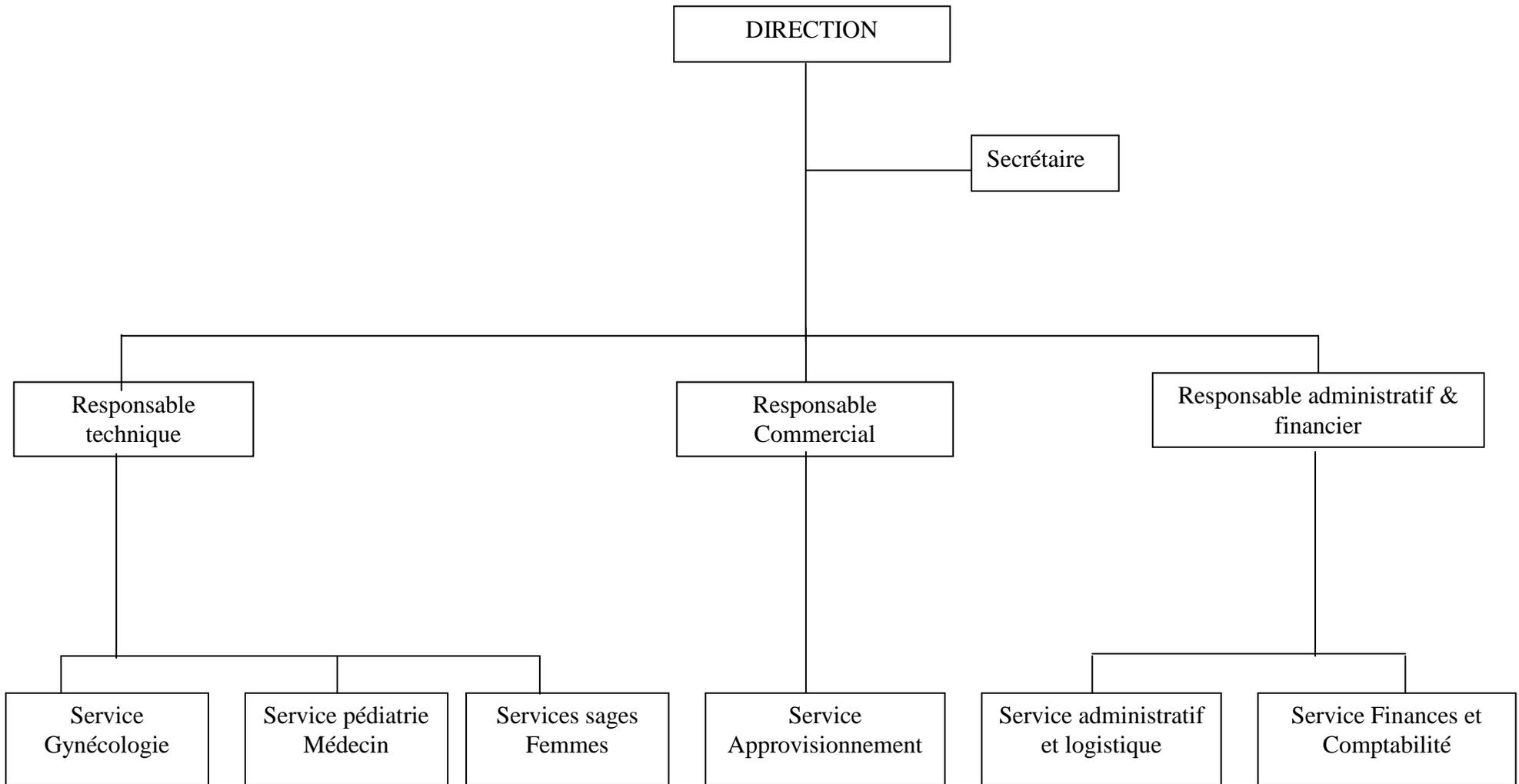
En outre, en s'occupant de la gestion des approvisionnements, il coordonnera les activités des services afin de s'assurer la disponibilité permanente des consommables, des fournitures et d'équipements.

b) La fonction administrative et financière

Cette fonction sera assurée par quelqu'un de formation en gestion (option finance et comptabilité ou économie) ayant au minimum un diplôme de maîtrise ou équivalent.

Il aura pour mission, d'assurer la gestion administrative et financière, d'établir et/ou améliorer le système de contrôle interne, d'assurer les relations avec l'administration en général ainsi que les institutions bancaires, d'assurer la gestion de trésorerie, l'élaboration des tableaux de Bord.

2-3) Schéma de l'organigramme



SECTION III : CHRONOGRAMME DU PROJET

Le chronogramme du projet est le calendrier de travail c'est à dire le planning des tâches à entreprendre, ce dernier est indispensable pour éviter une perte de temps.

3-1) Planning de travail

Pour optimiser le rendement, le planning des tâches à effectuer doit être établi au préalable. Outre la planification et l'organisation des enquêtes sur la pré faisabilité du projet, il s'avère indispensable de planifier les tâches. Il se traduit par le classement des tâches par ordre de priorité lorsque l'on va réaliser le projet.

En termes simples, il s'agit d'établir le calendrier de travail ou le chronogramme.

Voici les tâches présentées par ordre de priorités :

- Recherche et négociation du local avec les responsables sur les conditions d'exploitation du centre.
- Etude et aménagement des lieux
- Démarche administrative pour l'ouverture du centre
- Mise en place du média planning et début de publicité
- Etude et commande du mobilier, des matériels indispensables pour l'ouverture et le démarrage et listing des besoins
- Mise en place de l'organigramme
- Définition du profil de poste et recrutement
- Ouverture des bureaux
- Ouverture et inauguration du centre

3-2) Moyens mise en œuvre

Le plan de travail ne sert à rien que s'il y a une décision de mise en place des moyens nécessaires à la réalisation des objectifs.

Ce dernier point permet de distinguer nettement un plan d'un projet car si les mesures permettant de réaliser l'objectif ne sont pas prises, l'idée reste au niveau des intentions . Ce qui traduit le plan au niveau d'un simple projet dont la réalisation est hypothétique.

Pour l'exécution du chronogramme préétabli, il va falloir designer un chef du projet qui s'attellera au montage du dossier technique à l'étude financière pour les différents financements.

3-3) Les objectifs visés

Grâce au chronogramme du projet, le centre peut organiser la fonction de l'entreprise. L'organisation dans une entreprise est conçue en vue du contrôle interne. Elle permet de réduire autant que possible les délais nécessaires à l'acheminement des informations.

CONCLUSION PARTIELLE

Le démarrage du projet demande des investissements sur différents volets (terrains, bâtiments, équipements de soins...) pour pouvoir implanter le centre. Après avoir obtenu tous les équipements nécessaires, le centre peut entamer ses activités dont, dans premier temps les soins obstétricaux et les soins de maternité de base qui s'occupent essentiellement des problèmes relatifs à l'appareil génital de la femme. Ensuite les soins prénataux qui se consacrent essentiellement aux femmes enceintes pour le suivi de leurs grossesses.

Dans un deuxième temps, les soins à l'accouchement sont octroyés . Soins que le centre met un point d'honneur à assurer puisqu'en dépend la sécurité et la santé de la mère et celle de l'enfant .Conséquemment, on arrive aux soins postnataux, qui donnent la possibilité aux mères et aux agents de santé de suivre la santé de l'enfant. Enfin il existe d'autres soins corollaires, dont l'échographie, les analyses et les tests de santé, ainsi que les prestations offertes à toute la population.

Dans notre projet, la clientèle joue un rôle primordial du fait que pour bien fonctionner, il faut avoir le maximum d'usagers. Se posent alors les contraintes de gestion et de fidélisation de la clientèle tout en offrant plus de satisfactions et de services que les concurrents. Par ailleurs le centre s'efforce de rester disponible par rapport à ses patientes, supprimant toutes les barrières techniques, géographiques et financières qui freinent la venue du client .La proximité joue donc une grande importance pour l'accès au centre.

Dans une entreprise ou un organisme, l'organisation s'avère indispensable puisqu'il permet de maîtriser les activités sur le plan financier et d'avoir une bonne gestion des ressources humaines. Le fonctionnement efficace du centre réside dans l'élaboration d'un organigramme précis et clair qui permettra à chacun d'assimiler leurs postes et leurs responsabilités .

Après avoir développer tous les facteurs inhérents au centre au sein d'un environnement interne, nous étudierons les pratiques financières dans la 3^{ème} partie de ce mémoire.

TROISIEME PARTIE: ETUDE FINANCIERE

TROISIEME PARTIE : ETUDE FINANCIERE

Après avoir étudié les éléments exogènes et endogènes du projet, il est judicieux de procéder à une analyse plus quantitative que qualitative qui permettra de savoir si l'affaire est rentable ou à rejeter. L'analyse en question s'axera sur les coûts des investissements, les charges à affronter et les profits espérés et sera appuyé par l'étude des ratios, les documents de synthèses et les outils et critères d'évaluation du projet.

CHAPITRE I : LES BESOINS DE FINANCEMENT

Nous allons voir dans ce chapitre tous les investissements nécessaires pour monter ce projet et tous les études financières du projet.

SECTION I: LES INVESTISSEMENTS NECESSAIRES

Un investissement est une immobilisation de capitaux pour une longue période en vue d'avantages ou de gains ultérieurs incertains. L'entreprise investissant fait un ensemble de décaissements qui peuvent s'échelonner sur plusieurs années acquérant ainsi des actifs dont l'exploitation permettra de récupérer la mise de fonds et de réaliser un rendement minimal sur les capitaux investis.

1-1) Les immobilisations utilisées

- Les immobilisations incorporelles

a) Frais d'établissement

Ce sont des dépenses engagées à l'occasion des opérations qui conditionnent l'existence ou le développement de l'entreprise, mais dont le montant ne peut être rapporté qu'à des productions de biens et des services bien déterminés.

Dans notre étude, ce sont surtout les frais de constitution qui regroupent les différents frais de formalités à adresser :

- Enregistrement de l'acte de constitution (dans un délai de un mois auprès du service d'enregistrement)
- Insertion d'annonce légale dans le JAL (Journal d'Annonce Légale) d'un avis de constitution
- Immatriculation de la société au registre de commerce

- Les immobilisations corporelles

a) Le terrain

Pour construire ce centre, le projet est obligé d'acheter un terrain ou la location bail d'un bâtiment. La location bail est apparemment moins chère au départ mais devient coûteuse à la longueur du bail. Par contre l'acquisition d'un terrain et la construction d'un bâtiment demande des capitaux énormes au début du projet mais récupérables durant la durée de l'activité. Chacun des choix possède ses avantages et ses inconvénients.

Pour notre part, nous avons décidé d'opter pour la deuxième proposition qui est celle à acquérir un terrain et d'en bâtir.

Il s'agit de terrains sans construction. Le coût du terrain s'élève à 8 000 000 Ariary.

b) Agencement, Aménagement et installation

Ce sont les travaux destinés à mettre en état d'utilisation des terrains. Il s'agit d'une part des travaux de viabilité qui sont des dépenses engagées pour munir le terrain des équipements nécessaires (canalisation d'eau, d'électricité, réseau d'assainissement, réseau d'eau potable, etc...., les travaux de création d'espaces verts (travaux paysagers,...), travaux d'aménagement et de parking (travaux de pavage, bitumage, trottoir, etc.....)

D'autre part, des travaux destinés à mettre en état d'utilisation les bâtiments, l'installation d'eau et électricité, l'installation téléphonique.....

L'estimation du coût total est de 4 000 000 Ariary.

c) Les matériels et mobiliers de bureau

On entend par matériel de bureau tous les instruments et machines autres que le matériel informatique, destinés à faciliter les travaux administratifs (par exemple machines à écrire, machines à calculer...Il inclut les meubles et objets assimilés utilisés par l'entreprise soit pour un rangement permanent, soit pour faciliter les commodités dans le travail du personnel (par exemple : tables, chaises, casiers, armoires, etc....)

Le coût total de ces matériels est évalué à 2 000 000 Ariary

Ils seront amortis après 5 années d'utilisation.

d) Les matériels et outillages

Le matériel placé dans ce compte est représenté par l'ensemble des équipements et machines utilisés pour la transformation, le façonnage, le conditionnement des matières ou fournitures. Tandis que l'outillage s'agit des instruments dont l'utilisation va de pair avec un matériel dans un but déterminé. Les matériels et outillages sont constitués par l'ensemble des objets, des instruments et des machines utilisées pour la mise en exercice de la profession exercée.

Le coût total est de 26 400 000 Ariary.

e) Les matériels de transport

Vu les courses à faire pour le transport des médicaments et aussi, au cas où certaines patientes ont besoin d'être transportées au centre (pour celles qui malheureusement accouchent prématurément), le projet prévoit une voiture légère qui assure tous les différents transports et déplacements.

C'est une petite fourgonnette d'une valeur d'acquisition prévue à 8 000 000 Ariary.

f) Le réfrigérateur

Le réfrigérateur est nécessaire à une bonne conduite du centre. Ceci permet au projet de conserver les stocks des médicaments.

Le prix d'un réfrigérateur est à l'ordre de 600 000 Ariary

1-2) : Le tableau récapitulatif des immobilisations

Comme son nom l'indique, ce projet va regrouper toutes les immobilisations à acquérir durant le projet.

Tableau N°11 : TABLEAU RECAPITULATIF DES INVESTISSEMENTS (en Ariary)

Rubriques	Année 1
Immobilisation incorporelles	
Frais de développement	1 600 000
Immobilisation corporelles	
Terrain	8 000 000
Bâtiment	120 000 000
Matériels et outillages	48 400 000
Matériels de transport	8 000 000
Agencement, Aménagement Installation	6 000 000
Matériel et Mobilier de Bureau	2 000 000
Matériel d'informatique	6 000 000
Autres immobilisations	8 000 000
TOTAL	208 000 000

SECTION II : LES AMORTISSEMENTS DES IMMOBILISATIONS

L'amortissement est la constatation comptable de la perte de valeur de l'actif immobilisé résultant de son utilisation, de sa vétusté ou de l'obsolescence, ainsi que toute autre cause dont les effets sont jugés irréversibles. Il a pour but de faire figurer les immobilisations au bilan pour leur valeur comptable.

L'amortissement a pour objet de répartir le coût d'un élément d'actif immobilisé, diminué le cas échéant de sa valeur de récupération (valeur résiduelle) sur sa durée probable de vie et non de l'évaluer.

Il a pour but d'assurer le renouvellement des immobilisations. Il s'agit donc d'une affectation du bénéfice à la reconstitution d'un capital pour renouveler les immobilisations.

Il existe plusieurs méthodes d'amortissement. Toutefois, il faut noter que le Plan Comptable Général PCG 2005 préconise l'amortissement linéaire par mesure de simplification, et l'amortissement dégressif mais n'exclut pas l'adoption d'autres méthodes comme l'amortissement fiscal et l'amortissement variable.

Pour notre part, on va choisir l'amortissement linéaire qui est aussi appelé amortissement constant parce que sa caractéristique principale consiste à calculer la dotation aux amortissements, à passer en charge, pour chaque exercice, une fraction identique du coût d'acquisition sauf pour la première et dernière année de calcul d'amortissement où l'on applique le principe du prorata temporise.

2-1) Calculs préliminaires

Pour calculer l'amortissement, il faut employer la formule ci-après :

$$\text{Amortissement} = V_0 \times T$$

V₀ : Valeur d'origine

T : Taux d'amortissement

2-2) Tableau d'amortissement

Tableau N°12 : Prévision des achats des amortissements en ariary malagasy

Désignation	Vo	Taux (%)	Année 1		Année 2		Année 3		Année 4		Année 5	
			Amts	Cumules								
Frais développement	1 600 000	0,2	320 000	320 000	320 000	640 000	320 000	960 000	320 000	1 280 000	320 000	1 600 000
Construction	120 000 000	0,05	6 000 000	6 000 000	6 000 000	12 000 000	6 000 000	18 000 000	6 000 000	24 000 000	6 000 000	30 000 000
M.M.B	2 000 000	0,2	400 000	400 000	400 000	800 000	400 000	1 200 000	400 000	1 600 000	400 000	2 000 000
Matériel & Outillage	48 400 000	0,2	9 680 000	9 680 000	9 680 000	19 360 000	9 680 000	29 040 000	9 680 000	38 720 000	9 680 000	48 400 000
Matériel de transport	8 000 000	0,2	1 600 000	1 600 000	1 600 000	3 200 000	1 600 000	4 800 000	1 600 000	6 400 000	1 600 000	8 000 000
Aménagement, A, Inst	6 000 000	0,25	1 500 000	1 500 000	1 500 000	3 000 000	1 500 000	4 500 000	1 500 000	6 000 000		6 000 000
Matériel Informatique	6 000 000	0,2	1 200 000	1 200 000	1 200 000	2 400 000	1 200 000	3 600 000	1 200 000	4 800 000	1 200 000	6 000 000
Autres immobilisations	8 000 000	0,25	2 000 000	2 000 000	2 000 000	4 000 000	2 000 000	6 000 000	2 000 000	8 000 000		8 000 000
TOTAL	200 000 000		22 700 000	22 700 000	22 700 000	45 400 000	22 700 000	68 100 000	22 700 000	90 800 000	19 200 000	110 000 000

SECTION III : LE PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET

Nous allons voir dans cette section tous les charges et produits afférentes au projet.

3-1) Un aperçu de l'ossature financière

Le compte de gestion est constitué des comptes de charges et des produits. La différence entre ces deux rubriques constitue le résultat de l'exercice. Les services offerts par le centre se partagent selon 2 catégories différents : le 1^{ère} catégorie classe les gens qui peuvent payer plus en demandant plus des services assurés, et plus de confort ; et le 2^{ème} catégorie qualifie les services moins coûteux offerts à tout le monde.

a) Les comptes de charges

Ces comptes sont dans la classe 6 du plan comptable et représentent tous les biens et services consommés par l'entreprise durant son activité y compris ceux concernant les exercices antérieurs.

En ce sens durant son activité, le Centre supportera les décaissements annuels suivants :

- Les charges opérationnelles

- L'achat de médicaments

Pour minimiser le coût important de l'exploitation dès le départ de l'activité, l'entreprise achètera les médicaments liés directement aux soins donnés aux accouchés et aux consultés.

Différents fournisseurs travaillent en étroite collaboration avec les instituts de santé et les ravitaillent selon les commandes passées par ces dernières.

Il ne faut pas oublier que dans le nombre des médicaments à acheter, on a pris comme marge 10 personnes pour éviter le rupture de stock.

Tableau N° 13 : Prévision en consommation de médicaments (en Ariary)

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Acc Normal	710	730	750	770	790
PU	24 000	25 400	26 870	28 414	30 034
TOTAL	17 040 000	18 542 000	20 152 500	21 878 780	23 726 860
Acc césarienne	660	680	700	720	740
PU	96 000	101 000	106 250	111 762	117 550
	63 360 000	68 680 000	74 375 000	80 468 640	86 987 000
TOTAL	80 400 000	87 222 000	94 527 500	102 347 420	110 713 860

Nous avons vu que le prix des médicaments ne cesse de s'accroître d'où la nécessité d'une marge de 8 % chaque année.

Prévision 10 unités

- Achat des nourritures

Trois repas seront servis chaque jour à chaque accouchée. On suppose que, chaque accouchée consomme 9 000 Ar par personne pour la 1^{ère} Catégorie et 7 800 Ar pour la 2^{ème} Catégorie lors d'un accouchement Normal, et 12 000 Ar et 10 000 Ar pour l'accouchement Césarienne, qui est légèrement majoré de 8% chaque année à cause de l'inflation.

Tableau N° 14: Prévision en consommation des nourritures (en Ariary)

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Acc. Normal					
1 ^{ère} Catégorie	410	420	430	440	450
Prix une personne	9 000	9 720	10 497	11 337	12 244
TOTAL	3 690 000	4 082 400	4 513 710	4 988 280	5 509 800
2 ^{ème} Catégorie	310	320	330	340	350
Prix /personne	7 800	8 424	9 097	9 825	10 611
TOTAL	2 418 000	2 695 680	3 002 010	3 340 500	3 713 850
Acc. Césarienne					
1 ^{ère} Catégorie	310	320	330	340	350
Prix une personne	12 000	12 960	13 997	15 117	16 326
TOTAL	3 720 000	4 147 200	4 619 010	5 139 780	5 714 100
2 ^{ème} Catégorie	360	370	380	390	400
Prix une personne	10 000	10 800	11 664	12 597	13 605
TOTAL	3 600 000	3 996 000	4 432 320	4 912 830	5 442 000
TOTAL	13 428 000	14 921 280	16 567 050	18 381 390	20 379 750

- Les fournitures administratives

Ces fournitures concernent toutes les matières consommables.

Tableau N° 15 : Prévision en consommation de fournitures de bureau (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Fourniture de bureau	500 000	400 000	360 000	300 000	300 000

Les fournitures de bureaux augmentent de quantité à chaque année jusqu'à la 3^{ème} année.

Nous estimons aussi que ces matières ne connaissent qu'une légère hausse de prix, démontrant une augmentation en valeur est faible.

- Fournitures spécifiques aux soins

Dans cette rubrique, nous avons tous les matériels nécessaires aux soins, prenons comme exemple : l'alcool, le mercure, les bandes, les piqûres, le coton, le gel échographie, la languette

Tableau N° 16 : Prévisions des fournitures de soins (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Fournitures des soins	2 400 000	2 700 000	3 000 000	3 300 000	3 600 000

- Eau et électricité

Dans le déroulement de l'activité du projet, l'eau et l'électricité restent fondamentaux surtout pour l'hygiène et la sécurité lors de l'accouchement.

Tableau N° 17 : Prévisions de la consommation en eau et électricité (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Electricité	980	1050	1120	1190	1260
PU	703	738	775	813	854

Montant	688 940	774 900	868 000	967 470	1 076 040
Eau	360	480	648	780	960
PU	447	469	492	517	543
Montant	160 920	225 120	318 816	403 260	521 280
TOTAL	849 860	1 000 020	1 186 816	1 370 730	1 597 320

On constate que chaque année, la consommation en eau et électricité croît. Nous savons aussi que la JIRAMA sera privatisée présageant ainsi un tarif du KWH très variable.

- Carburant et lubrifiant

Tableau N° 18 : Prévisions de la consommation en carburant et lubrifiant (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Volume	1000	1050	1100	1150	1200
Prix Unitaire	2 000	2 100	2 205	2 315	2 431
Carburant	2 000 000	2 205 000	2 425 500	2 662 250	2 917 200
Lubrifiant	900 000	900 000	1 000 000	1 000 000	1 100 000
TOTAL	2 900 000	3 105 000	3425 500	3 662 250	4 017 200

- Entretien et réparation

Ce compte est ouvert spécialement pour les dépenses occasionnées par la maintenance et la mise en état normal d'utilisation des immobilisations du centre. Les visites techniques de la voiture sont incluses dans ce compte.

Tableau N° 19 : Prévision des charges d'entretien et de réparation (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Entretien et réparation	800 000	900 000	1 000 000	1 100 000	1 200 000

- Assurance

L'assurance est un contrat passé entre une personne et une compagnie d'assurance qui le garantit contre les risques éventuels. A part l'assurance pour les voitures, on peut parler aussi des assurances contre le vol, l'incendie pour le bâtiment, les matériels et autres ...

Tableau N° 20 : Prévisions des charges d'assurances (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Assurances	800 000				

Nous présumons que le montant des assurances restera fixe chaque année.

- Publicité

C'est une arme ou une stratégie commerciale qui consiste à faire connaître nos produits et services et en même temps inciter les gens à consommer ledit produit.

Tableau N° 21 : Prévision de charges de publicité (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Publicité	2 000 000	1 640 000	2 400 000	1 600 000	1 600 000
TOTAL	2 000 000	1 640 000	2 400 000	1 600 000	1 600 000

Le budget pour la publicité pour la 1 ère année s'élève à 2 000 000 Ariary parce que pour faire connaître un nouveau organisme tel que celui-ci, la publicité doit être bien élaborée, agencée et effectuée. Concrètement, émettre et installer différents affichages, et plaques partout où la loi le permet, distribuer des cartes de visites....

Nous avons remarqué aussi que pour la 3 ème année, le budget sera à 2 400 000 Ariary, en forte augmentation, puisque le centre envisage de participer à différentes manifestations médicales comme la Journée Mondiale de la Santé et autres évènements majeurs dans le domaine de la santé.

- Revues, colloques, des séminaires

Ce compte est ouvert pour des diverses raisons entre autre documentation, information, réunion. Et cela pour assurer la publicité et la notoriété du centre

Tableau N° 22 : Prévision des charges de revues, des colloques, des séminaires (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Revue, colloque	300 000	400 000	500 000	560 000	560 000
TOTAL	300 000	400 000	500 000	560 000	560 000

- Postes et télécommunications

La communication est très importante pour gérer les affaires du projet. Le téléphone, depuis son apparition, n'a cessé de révolutionner le monde de la communication en général.

Il ne cesse pas d'étonner et d'évoluer en se perfectionnant par ses dérivés (télécopie, Internet...) et ses services (messagerie, poste mobile....).

D'autres moyens de communication bien qu'archaïques restent utiles selon l'accessibilité de la région (la lettre). Le Centre se dotera de cette technologie pour mieux alléger ses dépenses et pour pouvoir échanger des informations dans un délai rapide.

Tableau N° 23 : Prévisions de charges en poste et télécommunication (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
PTT	800 000	820 000	824 000	828 000	832 000
TOTAL	800 000	820 000	824 000	828 000	832 000

En ce qui concerne les postes et télécommunications, le budget augmente 5 % chaque année pour avoir une marge face à l'inflation.

- Impôt et taxes

Sont compris dans ce compte tous les différents impôts se rapportant à l'activité à savoir la taxe professionnelle, la vignette automobile et des autres taxes liées à l'activité....

Tableau N° 24 : Prévision de charges d'impôts et taxes (en Ariary)

Eléments	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Taxe professionnelle	380 000	360 000	440 000	440 000	480 000
Impôt foncier	440 000	420 000	480 000	480 000	520 000
Vignette automobile	15 800	15 800	15 800	15800	15 800
Autres	200 000	200 000	230 000	230 000	260 000
TOTAL	1 035 800	1 035 800	1 205 800	1 205 800	1 315 800

- Charge du personnel

Salaires Annuels : Ce sont les salaires des employés supportés par le Centre à titre obligatoire. Une des assurances solides contre les tentations et les abus auxquelles les employés peuvent être exposés consiste en une rémunération équitable .

La charge de personnel représente les frais supportés par le projet pour son personnel. Le personnel à prendre en compte est celui qui est inscrit sur le livre de paie du projet, autrement dit toutes les personnes liées au projet par un contrat de travail.

Pour calculer le salaire annuel prévisionnel du personnel du projet, nous entamons la formule suivant :

$$\text{VALEUR} = \text{S.B.M.} \times \text{EFFECTIF} \times 12$$

Les charges sociales patronales sont liées aux rémunérations et au profit du personnel pour les cotisations patronales de prévoyance sociale et de médecine de travail c'est à dire le CNAPS et l'OSTIE.

Tableau N° 25 : Prévision des achats des charges du personnel (salaire) en Ariary malagasy

Désignation	Effectif	Année 1		Année 2		Année 3		Année 4		Année 5	
		S.B.M	Valeur								
Directeur	1	380 000	4 560 000	380 000	4 560 000	420000	5 040 000	420000	5 040 000	460000	5 520 000
Responsable Adm & F	1	300 000	3 600 000	300 000	3 600 000	340000	4 080 000	340000	4 080 000	380000	4 560 000
Responsable Technique	1	280 000	3 360 000	280 000	3 360 000	320000	3 840 000	320000	3 840 000	360000	4 320 000
Responsable Vente	1	280 000	3 360 000	280 000	3 360 000	320000	3 840 000	320000	3 840 000	360000	4 320 000
Pédiatrie	1	300 000	3 600 000	300 000	3 600 000	340000	4 080 000	340000	4 080 000	380000	4 560 000
Gynécologue	2	300 000	7 200 000	300 000	7 200 000	340000	8 160 000	340000	8 160 000	380000	9 120 000
Comptable	1	180 000	2 160 000	180 000	2 160 000	200000	2 400 000	200000	2 400 000	220000	2 640 000
Chef adm/ logistique	1	160 000	1 920 000	160 000	1 920 000	180000	2 160 000	180000	2 160 000	200000	2 400 000
Sages femmes	3	150 000	5 400 000	150 000	5 400 000	170000	6 120 000	170000	6 120 000	190000	6 840 000
Secrétaire	1	90 000	1 080 000	90 000	1 080 000	110000	1 320 000	110000	1 320 000	130000	1 560 000
Accueil	1	60 000	720 000	60 000	720 000	80000	960 000	80000	960 000	100000	1 200 000
Pharmacien	1	90 000	1 080 000	90 000	1 080 000	110000	1 320 000	110000	1 320 000	130000	1 560 000
Infirmières	3	80 000	2 880 000	80 000	2 880 000	100000	3 600 000	100000	3 600 000	120000	4 320 000
Techniciens de surface	2	50 000	1 200 000	50 000	1 200 000	60000	1 440 000	60000	1 440 000	70000	1 560 000
Cuisiniers	2	60 000	1 440 000	60 000	1 440 000	70000	1 680 000	70000	1 680 000	80000	1 920 000
Serveurs	2	50 000	1 200 000	50 000	1 200 000	60000	1 440 000	60000	1 440 000	70000	1 560 000
Chauffeurs	2	60 000	1 440 000	60 000	1 440 000	70000	1 680 000	70000	1 680 000	80000	1 920 000
Gardiens	2	65 000	1 560 000	65 000	1 560 000	75000	1 800 000	75000	1 800 000	85000	2 040 000
TOTAL	28		47 760 000		47 760 000		54 960 000		54 960 000		61 920 000

NB : L'augmentation de salaire est prévue tous les deux (02) ans grâce à l'accroissement du nombre des patientes du projet.

CNaPS et OSTIE

Les employeurs participent aux cotisations de la CNaPS et de l'OSTIE ,en plus de l'opération de retenue sur la rémunération de chaque employé.

Dans le cas d'un régime général, les taux pour le montant de CNaPS payé par les employeurs est de 8 % pour les prestataires de services comme les hôpitaux et de 13 % pour les industriels. Dans notre cas, on prend le taux de 13 % car il s'agit d'une société privée qui devrait payer plus à la CNaPS pour s'assurer de la retraite de leurs employés. Par contre l'OSTIE est de 5% du salaire de base mensuel de chaque employé.

Les deux tableaux nous permettent d'afficher les montants totaux annuels de ces deux dépenses patronales.

TABLEAU N°26: Tableau de charges de personnel (en Ariary)

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Salaire de Base	47 760 000	47 760 000	54 960 000	54 960 000	61 920 000
CNaPS	6 208 800	6 208 800	7 144 800	7 144 800	8 049 600
OSTIE	2 388 000	2 388 000	2 748 000	2 748 000	3 096 000
Salaire Net	56 356 800	56 356 800	64 852 800	64 852 800	73 065 600

CNAPS

Le total annuel de valeur de la CNaPS des cadres et des exécutants au sein du projet est obtenu par la formule suivante :

$$\text{VALEUR} = \text{S.B.M} \times \text{EFFECTIF} \times 12 \times 0.13$$

OSTIE

Le total annuel de valeur de l'OSTIE des cadres et des exécutants au sein du projet est obtenu par la formule suivante :

$$\text{VALEUR} = \text{S.B.M} \times \text{EFFECTIF} \times 12 \times 0.05$$

b) Tableau récapitulatif des charges prévues (en Ariary)

Ce tableau est constitué de toutes les charges que nous venons de voir auparavant.

Tableau N°27 : Tableau récapitulatif de charges prévues (en Ariary)

Rubrique	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
<u>Charges opérationnelles</u>					
Achat des médicaments	80 400 000	87 222 000	94 527 500	102 347 420	110 713 860
Achat des nourritures	13 428 000	14 921 280	16 567 050	18 381 390	20 379 750
Fournitures de bureau	500 000	400 000	360 000	300 000	300 000
Fournitures de soins	2 400 000	2 700 000	3 000 000	3 300 000	3 600 000
Eau & électricité	849 860	1 000 020	1 186 816	1 370 730	1 597 320
Carburant & lubrifiant	2 900 000	3 105 000	3 425 500	3 662 250	4 017 200
Entretien & réparation	800 000	900 000	1 000 000	1 100 000	1 200 000
Assurance	800 000	800 000	800 000	800 000	800 000
Publicité	2 000 000	1 640 000	2 400 000	1 600 000	1 600 000
Revues, colloques	300 000	400 000	500 000	560 000	560 000
P.T.T	800 000	820 000	824 000	828 000	832 000
Impôt & Taxe	1 035 800	1 035 800	1 205 800	1 205 800	1 315 800
Charge de personnel	56 356 800	56 356 800	64 852 800	64 852 800	73 065 600
TOTAL	162 570 460	171 300 900	190 649 466	200 308 390	219 981 530

c) Les comptes de produits

Ils constituent la classe 7 et regroupent tous les encaissements durant l'exploitation du Centre comme les charges. Les services offerts par le centre se partage selon 2 catégories différents : la 1 ère catégorie classe les gens qui peuvent payer plus en demandant plus des services à assurer, et plus de confort . La 2^{ème} catégorie concerne les services moins coûteux et offerts aux usagers à faibles revenus .

Parmi les recettes, le Centre obtiendra des encaissements sur les services suivants :

- Echographie

Tableau N° 28 : Prévisions des recettes d'échographie (en Ariary)

Echographie	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Nombre	500	510	520	530	540
Tarif Unitaire	12 000	12 000	12 600	13.8914	14.586
TOTAL	6 000 000	6 120 000	6 552 000	6 678 000	7 144 200

- Consultation gynécologie

Nous avons constaté que les prix de consultations gynécologiques n'augmentent que tous les deux ans et cela pour fidéliser les clients et attirer d'autres usagers à fréquenter le centre.

On a donc pris une augmentation de 5 % .

Tableau N° 29 : Prévisions des recettes de consultation gynécologie (en Ariary)

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
1 ^{ère} Catégorie	85	95	105	115	125
Tarif Unitaire	6 000	6 000	6 300	6 300	6 615
	510 000	570 000	661 500	724 500	826 875
2 ^{ème} Catégorie	45	55	65	75	85
Tarif Unitaire	3 600	3 600	3 780	3 780	3 969
	162 000	198 000	245 700	283 500	337 365
TOTAL	672 000	768 000	907 200	1 008 000	1 164 240

- Consultation Périnatale

En ce qui concerne la consultation périnatale, le tarif n'augmente que tout les 2 ans, et à un taux de 5%. On estime aussi chaque année la venue de 10 patientes en plus et que la clientèle du centre restera fidèle.

Tableau N°30 : Prévisions des recettes de consultation périnatale (en Ariary)

Consultation Périnatale	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
1 ^{ère} Catégorie	750	760	770	780	790
Tarif Unitaire	7 000	7 000	7 350	7 350	7 717
Total	5 250 000	5 320 000	5 659 500	5 733 000	6 096 430
2 ^{ème} Catégorie	650	660	670	680	690
Tarif Unitaire	4 600	4 600	4 830	4 830	5 071
Total	2 990 000	3 036 000	3 236 100	3 284 400	3 498 990
TOTAL	8 240 000	8 356 000	8 895 600	9 017 400	9 595 420

- Accouchement

Nous avons constaté que le tarif des patientes dans la 1^{ère} catégorie coûte plus cher que dans la 2^{ème} catégorie. Cela se justifie par le pouvoir d'achat de chaque personne et les services demandés car notre centre espère brasser toutes les catégories de la population. Le frais médical d'accouchement est à ce niveau car il contient à la fois le frais de séjour, le frais des actes, et le bloc...

Tableau N°31 : Prévisions des recettes des accouchements (en Ariary)

Accouchement	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
<u>Acc. Normal</u>					
1 ^{ère} Catégorie	400	410	420	430	440
Tarif Unitaire	48 000	48 000	49 920	49 920	51 917
Total	20 800 000	21 320 000	22 932 000	23 478 000	25 225 200
2 ^{ème} Catégorie	300	310	320	330	340
Tarif Unitaire	34 000	34 000	35 360	35 360	36 775
Total	10 200 000	10 540 000	11 315 200	11 668 800	12 503 500
TOTAL	31 000 000	31 860 000	34 247 200	35 146 800	37 728 700
<u>Acc.Césarienne</u>					
1 ^{ère} Catégorie	300	310	320	330	340
Tarif Unitaire	345 000	345 000	358 800	358 800	373 152
Total	103 500 000	106 950 000	114 816 000	118 404 000	126 871 680
2 ^{ème} Catégorie	350	360	370	380	390
Tarif Unitaire	235 000	235 000	244 400	244 400	254 176
Total	82 250 000	84 600 000	90 428 000	92 872 000	99 128 640
TOTAL	216 750 000	223 410 000	239 491 200	246 422 800	263 729 020

- Consultation post natale

Comme précédemment, le tarif de la consultation postnatale n'augmentent que bi annuellement et le taux ainsi augmenté est de 5 %.

Tableau N°32 : Prévisions des recettes de la consultation post natale (en Ariary)

Consultation post natale	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
1 ^{ère} Catégorie	575	585	595	605	616
Tarif Unitaire	9 000	9 000	9 660	9 660	10 143
Total	5 175 000	5 265 000	5 747 700	5 844 300	6 248 088
2 ^{ème} Catégorie	725	735	745	755	765
Tarif Unitaire	6 800	6 800	7 140	7 140	7 497
Total	4 930 000	4 988 000	5 319 300	5 390 700	5 735 205
TOTAL	10 105 000	10 253 000	11 067 000	11 235 000	11 983 293

- Vente des nourritures

Les frais de nourritures dès l'admission dans le centre, sont additionnés avec les frais d'accouchement car pour des raisons médicales, le centre n'autorise sa patiente à rentrer que 3 jours après l'accouchement.

Tableau N° 33 : Prévisions des recettes des nourritures (en Ariary)

Nourritures	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
<u>Acc. Normal</u>					
1 ^{ère} Catégorie	400	410	420	430	440
Prix pour 1 personne	11 000	11 000	11 550	11 550	12 127
Total	4 400 000	4 510 000	4 966 500	5 082 000	5 457 150
2 ^{ème} Catégorie	300	310	320	330	340
Prix	9 800	9 800	10 290	10 290	10 804
Total	2 940 000	3 038 000	3 292 800	3 395 700	3 673 360
TOTAL	7 340 000	7 548 000	8 259 300	8 477 700	9 130 510
<u>Acc.Normal</u>					
1 ^{ère} Catégorie	300	310	320	330	340
Prix pour 1 personne	14 000	14 000	14 700	14 700	15 435
Total	4 200 000	4 340 000	4 704 000	4 851 000	5 247 900
2 ^{ème} Catégorie	350	360	370	380	390
Prix	12 000	12 000	12 600	12 600	13 230
Total	4 200 000	4 320 000	4 662 000	4 788 000	5 159 700
TOTAL	8 400 000	8 660 000	9 366 000	9 639 000	10 407 600
Nourritures	15 740 000	16 208 000	17 625 300	18 116 700	19 538 110

- Vente des médicaments

Nous avons facturé un peu plus chère le prix des médicaments car nous savons tous que le prix des médicaments ne cesse d'augmenter du fait qu'on importe chez d'autres pays les médicaments dont nous avons besoin.

Mais pour que le centre obtienne sa notoriété, il n'augmente pas chaque année le prix des médicaments mais tous les deux ans avec un taux de 5 %. Dans notre charge d'achats des médicaments, on a remarqué que la prévision des charges augmente plus vite que les produits.

Cependant, le centre espère maintenir cette tactique pour éviter des ruptures de stocks de médicaments. De plus, il vérifie que les médicaments ne soient pas périmés.

Tableau N° 34 : Prévisions du vente des médicaments (en Ariary)

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Acc.Normal	700	720	740	760	780
Tarif Unitaire	28 000	28 000	29 400	29 400	30 870
TOTAL	19 600 000	20 160 000	21 756 000	22 344 000	24 078 600
Acc.césarienne	650	670	690	710	730
Tarif Unitaire	100 000	100 000	105 000	105 000	110 250
Total	65 000 000	67 000 000	72 450 000	74 550 000	80 482 500
TOTAL	84 600 000	87 160 000	94 206 000	96 894 000	104 561 100

Les produits du centre sont regroupés dans ce tableau suivants:

Tableau N°35 : Tableau récapitulatif de produits prévus (en Ariary)

Rubrique	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
<u>Produits opérationnels</u>					
Echographie	6 000 000	6 120 000	6 552 000	6 678 000	7 144 200
Accouchement	216 750 000	223 410 000	239 491 200	246 422 800	263 729 020
Consultation Périnatale	8 240 000	8 356 000	8 895 600	9 017 400	9 595 420
Gynécologie	672 000	768 000	907 200	1 008 000	1 164 240
Consultation post natale	10 105 000	10 253 000	11 067 000	11 235 000	11 983 293
Médicaments	84 600 000	87 160 000	94 206 000	96 894 000	104 561 100
Nourritures	15 740 000	16 208 000	17 625 300	18 116 700	19 538 110
TOTAL	342 107 000	352 275 000	378 744 300	389 371 900	417 715 383

SECTION IV : LES MOYENS DE FINANCEMENT

Dans cette section, on verra successivement le choix des modes de financement et le remboursement des dettes:

4-1) Les choix des modes de financement

L'entreprise a des besoins de financement permanents pour assurer la réalisation de ses investissements et de son exploitation. Pour ce faire, elle dispose de ressources stables qui restent durablement à sa disposition et qui comprennent d'une part les capitaux propres et d'autre part les dettes financières.

Les capitaux propres sont fournis par les associés de manière à renforcer et favoriser les finances du projet. Il se peut aussi que ce capital social soit constitué à partir de fonds accumulés par l'entreprise elle-même, on peut donc parler ici d'autofinancement.

Les dettes financières, par contre, comprennent les emprunts à moyen terme de 2 à 7 ans et à long terme, de plus de 7 ans. Ces emprunts sont généralement contractés auprès des établissements financiers.

Tel mode de financement sera préféré à tel autre mode de financement en fonction de critères proches de ceux développés en matière de choix d'investissement. L'objectif sera ici d'obtenir une rentabilité des fonds propres apportés la plus élevée possible.

Selon Georges LEGROS, dans son livre intitulé « Précis de Gestion et Analyse financière », édition ESG, 1992 « Lorsqu'une entreprise finance son investissement par des fonds propres, la rentabilité des fonds est égale à la rentabilité de l'investissement. En effet, la rentabilité de l'investissement est fonction des rapports entre le flux monétaire d'exploitation et d'investissement, la rentabilité des fonds propres est fonction des rapports entre le flux monétaire net et l'apport en capitaux propres ».

a) Les fonds propres

Les fonds propres représentent une ressource permanente particulièrement sûre. Ils se constituent du capital social, des réserves, des primes d'émissions, de fusions, d'apports, des subventions d'investissements et des provisions réglementées. La mise en réserve du résultat de l'exercice permet de consolider les fonds propres des entreprises. A l'inverse, une distribution de dividendes engendre un affaissement des capitaux propres et donc du fonds de roulement net.

b) Les financements externes

Il s'agit de l'emprunt bancaire qui est d'une formule courante de financement des investissements. Pour minimiser ses risques, le banquier sollicite des hypothèques, des nantissements, des cautions, des assurances.

La mise en concurrence des banques qui permettent l'obtention de taux d'intérêt plus faibles et une plus grande souplesse quant à la période de remboursement. Dans certains cas les annuités, trimestrielles ou mensualités sont constantes ; la somme des intérêts et du remboursement du principal est d'un montant égal d'une période sur l'autre. Dans d'autre cas le remboursement du capital est constant.

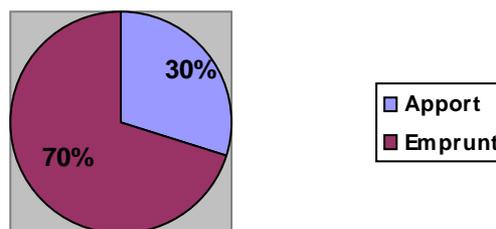
4-2) Le remboursement des dettes

Comme le promoteur du projet n'a pas la possibilité de financer la totalité des investissements nécessaires à l'implantation de ce centre, c'est à dire-nous, on a eu recours à un organisme financier dont les établissements bancaires.

La répartition des investissements est la suivante :

- Apports personnels ou financement propre s'élevant à 30% du montant global des investissements.
- Emprunts se chiffrant à 70% car par principe, les établissements de crédits ne financent jamais la totalité de la valeur des investissements.

Investissements



Dans ce paragraphe, il serait important de définir les deux modes de financement appliqués par le projet : le financement propre et le financement étranger.

Financement propre :

Ce sont les fonds injectés par les promoteurs pour acquérir une partie des investissements. Le fonds est obtenu grâce à l'autofinancement ou par le biais d'une augmentation de capital.

Financement externe :

C'est le deuxième type de financement pour que le projet puisse s'acquitter du coût des investissements.

Selon les informations recueillies auprès des banques primaires, le taux d'intérêt pour le cas d'emprunt à moyen terme est égal à 18%, et ces établissements de crédits ne financent que les 70% de la totalité de l'investissement.

Le remboursement des dettes se fera par annuité constante, c'est à dire que le montant total d'emprunt sur la durée de remboursement est égal à 5 ans.

Le montant emprunté auprès de la banque s'élève à 145 600 000 Ar.

Pour plus d'informations sur le contenu du tableau suivant, deux formules sont à connaître :

$$\text{INTERET} = \text{CAPITAL RESTANT DU} \times \text{TAUX D'EMPRUNT}$$

$$\text{CAPITAL RESTANT DU} = \text{CAPITAL AU DEBUT DE L'ANNEE} - \text{AMTS DE L'ANNEE}$$

Tableau N°36 : Prévision de remboursement des emprunts en Ariary malagasy

Désignation	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Emprunt	145 600 000				
Amortissement	26 208 000	26 208 000	26 208 000	26 208 000	26 208 000
Frais financier	26 208 000	21 490 560	16 773 120	12 055 680	7 3338 240
Capital restant dû	119 392 000	93 184 000	66 976 000	40 768 000	14 560 000

Investissement : 208 000 000

- 30 % : 208 000 000 = 62 400 000
- 70% : 208 000 000 = 145 600 000

Le remboursement des emprunts s'effectue chaque année par annuité constante de 26 208 000 Ar

La dette financière du projet expire à la fin de la sixième année.

Taux d'emprunt : 18%

CHAPITRE II : ANALYSE DE LA RENTABILITE ET ETUDE DE FAISABILITE DU PROJET

Nous avons dans ce chapitre les états financiers du centre qui sont:

- le compte de résultat en nature
- le flux de trésorerie
- la variation des capitaux
- le bilan prévisionnel

SECTION I : LES COMPTES DE RESULTAT PREVISIONNEL

Les informations minimales présentées de façon distincte au compte de résultat sont les suivantes :

- les produits des activités ordinaires
- les charges des activités ordinaires
- le résultat opérationnel
- les produits financiers et charges financières
- la charge d'impôt sur le résultat
- le résultat des activités ordinaires
- les éléments extraordinaires
- le résultat net de l'exercice

Lors de la présentation d'états financiers consolidés

- la part dans les résultats nets des sociétés mises en équivalence.
- Le résultat net de l'ensemble consolidé, en précisant la part des minoritaires et la part du groupe.

Les produits et charges résultant des activités ordinaires qui sont d'une importance, d'une nature ou d'une incidence telles qu'ils nécessitent d'être mis en évidence pour expliquer les performances de l'entité pour la période sont présentés séparément.

Les éléments extraordinaires sont des produits ou des charges résultant d'évènements ou de transactions clairement distincts des activités ordinaires de l'entreprise, et dont on ne s'attend pas à ce qu'elles se reproduisent de manière fréquente ou régulière.

Ces éléments résultent de circonstances exceptionnelles et correspondent à des cas de force majeure comme par exemple une expropriation ou une catastrophe naturelle imprévisibles.

La nature et le montant de chaque élément extraordinaire sont indiqués séparément dans les états financiers.

Des compensations résultant d'opérations de couverture ou d'opérations relatives à des actifs et passifs faisant eux-mêmes l'objet d'une compensation dans la présentation du bilan sont autorisées. Le résultat doit tenir compte des charges ou des produits qui ont pris naissance au cours de l'exercice ou au cours d'un exercice antérieur, même s'ils sont connus entre la date de clôture de l'exercice et celle de l'établissement des états financiers.

Tableau N°37 : Prévision des comptes de résultats prévisionnels par nature (selon le PCG 2005)

Unité monétaire : Ariary

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Chiffre d'affaires	342 107 000	352 275 000	378 744 000	389 371 900	417 715 383
Production stockée	-	-	-	-	-
Production immobilisée	-	-	-	-	-
I- Production de l'exercice	342 107 000	352 275 000	378 744 000	389 371 900	417 715 383
Achats consommés	96 728 000	105 243 280	114 454 550	124 328 810	134 993 610
Services extérieurs et autres consommations	8 449 860	8 665 020	10 136 316	9 920 980	10 606 520
II- Consommation de l'exercice	105 177 860	113 908 300	124 590 866	134 249 790	145 600 130
II- VALEUR AJOUTEE D'EXPLOITATION(I-II)	236 929 140	238 366 700	254 153 434	255 122 110	272 115 253
Charges de personnel	(56 356 800)	(56 356 800)	(64 852 800)	(64 852 800)	(73 065 600)
Impôt, taxes et vers assimilés	(1 035 800)	(1 035 800)	(1 205 800)	(1 205 800)	(1 315 800)
IV- EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	179 536 540	180 974 100	188 094 834	189 063 510	197 733 853
Autres Xts opérationnels	-	-	-	-	-
Autres charges opérationnelles	-	-	-	-	-
D.AP et pertes de valeur	(22 700 000)	(22 700 000)	(22 700 000)	(22 700 000)	(19 200 000)
Reprise sur provision et perte	-	-	-	-	-
V- RESULTAT OPERATIONNEL	156 836 540	158 274 100	165 394 834	166 353 510	178 533 853
Produits financiers	-	-	-	-	-
Charges financières	(26 208 000)	(21 490 560)	(16 773 120)	(12 055 680)	(7 338 240)
VI- RESULTAT FINANCIER	- 26 208 000	- 21 490 560	- 16 773 120	- 12 055 680	- 7 338 240

VII- RESULTAT AVANT IMPOT (V+VI)	130 628 540	136 783 540	148 621 714	154 307 830	171 195 613
Impôt exigibles sur résultats	(39 188 562)	(41 035 062)	(44 586 514)	(46 292 349)	(51 358 684)
Impôt différés (Variations)	-	-	-	-	-
TOTAL DES Xts DES ACTIVITES ORDINAIRES	342 107 000	352 275 000	378 744 000	389 371 900	417 715 383
TOTAL DES CHARGES DES ACTIVITES ORDINAIRES	250 667 022	256 526 522	274 708 800	281 356 419	297 878 454
Produits extraordinaires	-	-	-	-	-
Charges extraordinaires	-	-	-	-	-
IX- RESULTAT EXTRAORDINAIRE	0	0	0	0	0
X- RESULTAT NET DE L'EXERCICE	91 439 978	95 748 478	104 035 200	108 015 481	119 836 929

taux d'I.B.S: 30 %

Les résultats au sein du projet sont obtenus par la formule suivante :

RESULTAT = PRODUITS - CHARGES

SECTION II: LE TABLEAU DE FLUX DE TRESORERIE

Le tableau des flux de trésorerie a pour but d'apporter aux utilisateurs des états financiers une base d'évaluation de la capacité de l'entité à générer de la trésorerie ainsi que des informations sur l'utilisation de ces flux de trésorerie.

Un tableau des flux de trésorerie présente les entrées et les sorties de trésorerie et d'équivalents de trésorerie intervenues pendant l'exercice selon leur origine.

- flux générés par les activités qui ne sont pas des activités opérationnelles (activités qui génèrent des produits et toutes autres activités qui ne sont pas des activités d'investissement et de financement).

- Flux générés par les activités d'investissement (acquisitions et sorties d'actifs à long terme et placement qui ne sont pas inclus dans la trésorerie).
- Flux générés par les activités de financement (activités qui résultent des changements dans l'importance et la composition des capitaux propres et des emprunts).
- Flux de trésorerie provenant des intérêts et des dividendes, présentés séparément et classés de façon permanente d'un exercice à l'autre dans les activités opérationnelles, d'investissement ou du financement.

Les flux de trésorerie provenant des activités opérationnelles sont présentés soit par une méthode directe soit par une méthode indirecte.

La méthode directe consiste :

- à présenter les principales rubriques d'entrée et de sortie de trésorerie brute (clients, fournisseurs, impôts ...) afin de dégager un flux de trésorerie net ;
- à rapprocher ce flux de trésorerie net du résultat avant impôt de la période considérée.

La méthode indirecte consiste à ajuster le résultat net de l'exercice en tenant compte :

- des effets des transactions sans influence sur la trésorerie (amortissements, variations, clients, stocks, fournisseurs, impôts...) afin de dégager un flux de trésorerie net ;
- des décalages ou des régularisations (impôts différés...)
- des flux de trésorerie liés aux activités d'investissement ou de financement (plus ou moins values de cession...).

Tableau N°38 : Prévision des flux de trésorerie (selon PCG 2005)

Unité monétaire : Ariary

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
<u>Flux de trésorerie liées aux activités opérationnelles :</u>					
Encaissement reçus des clients	342 107 000	352 275 000	378 744 000	389 371 900	417 715 383
Sommes versées aux fournisseurs et au personnel	162 570 460	171 300 900	190 649 466	200 308 390	219 981 530
Intérêts et autres frais financiers	26 208 000	21 490 560	16 773 120	12 055 680	7 338 240
Impôts sur les résultats payés	39 188 562	41 035 062	44 586 514	46 292 349	51 358 684
Flux de trésorerie avant éléments extraordinaires					
Flux de trésorerie lié à des événements extraordinaires					
Flux de trésorerie net provenant des activités opérationnelles (A)	114 139 978	118 448 478	126 734 900	130 715 481	139 036 929
<u>Flux de trésorerie lié aux activités d'investissement</u>					
Décaissement sur acquisitions d'immobilisations corporelles ou incorporelles	208 000 000	-	-	-	-
Encaissements sur cessions d'immobilisations corporelles ou incorporelles					
Décaissements sur acquisition d'immobilisations financières					
➤ Encaissements sur cessions d'immobilisations financières					
Intérêts encaissés sur placements financiers					
Dividendes et quote part de résultats reçus					

Flux de trésorerie net provenant des activités d'investissement (B)	- 208 000 000	-	-	-	-
<u>Flux de trésorerie liés aux activités de financement</u>					
Encaissement suite à l'émission d'actions					
Dividendes et autres distributions effectués					
Encaissements provenant d'emprunts	145 600 000				
Remboursements d'emprunts ou d'autres dettes assimilés					
Flux de trésorerie net provenant des activités de financement ©	145 600 000	-	-	-	-
Incidences des variations des taux de change sur liquidités et quasi – liquidités	-	-	-	-	-
Variation de trésorerie de la période (A + B + C)	51 739 978	118 448 478	126 734 900	130 715 481	139 036 929
Trésorerie à l'ouverture de l'exercice	62 400 000	114 139 978	118 448 478	126 734 900	130 715 481
Trésorerie à la clôture de l'exercice	114 139 978	232 588 456	359 323 356	490 038 837	629 075 766
Variation de trésorerie de la période	51 739 978	118 448 478	126 734 900	130 715 481	139 036 929

Ce tableau représente la situation du porte-monnaie du projet année par année. Il est très différent du bilan qui représente seulement la situation. Il est possible qu'un projet quitte le marché avec un bilan positif et une trésorerie négative.

Le projet affiche une trésorerie positive même si en première année, représente une très faible montant, cette situation s'accroît en deuxième année grâce à la forte augmentation des services auprès des patientes et la diminution des charges qui, la plupart restent constantes.

Le projet n'aura donc probablement pas de difficulté de trésorerie qui ne cesse d'accroître.

La trésorerie du projet est obtenue par la formule suivante :

$$\text{TRESORERIE} = \text{ENCAISSEMENTS} - \text{DECAISSEMENTS}$$

SECTION III: LE TABLEAU DE VARIATION DES CAPITAUX

Le tableau des variations des capitaux propres procède à une analyse des mouvements ayant affecté chacune des rubriques constituant les capitaux propres de l'entité au cours de l'exercice.

Les informations minimales présentées dans ce tableau concernent les mouvements liés :

- au résultat net de l'exercice ;
- aux changements de méthodes comptables et aux corrections d'erreurs fondamentales dont l'impact a été directement enregistré en capitaux propres ;
- aux autres produits et charges enregistrés directement dans les capitaux propres ;
- aux opérations en capital (augmentation, diminution, remboursement...);
- aux distributions de résultat et affectations décidées au cours de l'exercice ;

Tableau N°39 : Etat de variation des capitaux propres (selon PCG 2005) (en Ariary)

	Capital Social	Prime & réserves	Ecart D'évaluation	Résultat & R.N.	TOTAL
Solde au 31 /12 / Année 1	62 400 000	-	62 400 000	91 439 978	153 839 978
Changement de méthode comptable	-	-	-	-	-
Correction d'erreurs	-	-	-	-	-
Autres produits & charges	-	-	-	-	-
Affectation du résultat Année 1	-	-	-	91 439 978	-
Opérations en capital	-	-	-	-	-
Résultat net de l'exo Année 2	-	-	-	95 748 478	-
Solde au 31 /12 / Année 2	62 400 000	-	62 400 000	187 188 456	249 588 456
Changement de méthode comptable	-	-	-	-	-
Correction d'erreurs	-	-	-	-	-
Autres produits & charges	-	-	-	-	-
Affectation du résultat Année 2	-	-	-	187 188 456	-
Opérations en capital	-	-	-	-	-
Résultat net de l'exo Année 3	-	-	-	104 035 200	-
Solde au 31 /12 / Année 3	62 400 000	-	62 400 000	291 223 656	353 623 656
Changement de méthode comptable	-	-	-	-	-
Correction d'erreurs	-	-	-	-	-
Autres produits & charges	-	-	-	-	-
Affectation du résultat Année 3	-	-	-	291 223 656	-
Opérations en capital	-	-	-	-	-
Résultat net de l'exo Année 4	-	-	-	108 015 481	-
Solde au 31 /12 / Année 4	62 400 000	-	62 400 000	399 239 137	461 639 137
Changement de méthode	-	-	-	-	-
Correction d'erreurs	-	-	-	-	-
Autres produits & charges	-	-	-	-	-
Affectation du résultat Année 4	-	-	-	-	-
Opérations en capital	-	-	-	399 239 137	-
Résultat net de l'exo Année 5	-	-	-	119 836 929	-
Solde au 31 /12 / Année 5	62 400 000	-	62 400 000	519 076 066	581 476 066

SECTION IV: LE BILAN PREVISIONNEL

Le bilan décrit séparément les éléments d'actif, de passif et de capitaux propres à la date de clôture des comptes.

Les informations minimales présentées de façon distincte au bilan sont les suivantes :

- à l'actif :
 - les immobilisations incorporelles
 - les immobilisations corporelles
 - les actifs financiers immobilisés
 - les actifs d'impôt
 - les stocks
 - les clients et comptes rattachés
 - les autres créances et actifs assimilés (charges constatées d'avance).
 - La trésorerie et équivalents de trésorerie.
- au passif
 - les capitaux propres avant distributions décidées ou proposées après la date de clôture, en distinguant le capital émis (dans le cas de sociétés), les réserves, le résultat net de l'exercice, les intérêts minoritaires (comptes consolidés) et les autres éléments.
 - Les subventions d'investissement reçues, pour la partie non amortie
 - Les passifs d'impôt
 - Les provisions pour charges et passifs assimilés (PCA)
 - Les fournisseurs et autres créiteurs

Aucune compensation n'est possible entre élément d'actif et un élément de passif du bilan sauf si cette compensation est effectuée sur des bases légales ou contractuelles, ou si dès l'origine il est prévu de réaliser ces éléments d'actifs et de passif simultanément ou sur une base nette.

La présentation des actifs et des passifs dans le corps du bilan doit faire ressortir la distinction entre éléments courants et éléments non courants. Toutefois une présentation des rubriques du bilan par ordre de liquidité des actifs et passifs est autorisée si présentation permet d'obtenir une information plus pertinente.

Tableau N° 40 : Prévision du bilan prévisionnel (Unité monétaire : Ariary)

ACTIF	Note	Année 1 Brute	Année 1 Amort / Prov.	Année 1 Net	Année 2 Net	Année 3 Net	Année 4 Net	Année 5 Net
ACTIFS NON COURANTS								
Ecarts d'acquisition (ou goodwill)		-	-	-	-	-	-	-
Immobilisations incorporelles		8 000 000	-	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000
Immobilisations corporelles		200 000 000	22 700 000	177 300 000	154 600 000	131 900 000	109 200 000	90 000 000
Immobilisations en cours		-	-	-	-	-	-	-
Immobilisations financières		-	-	-	-	-	-	-
Titres mis en équivalence		-	-	-	-	-	-	-
Autres participations et créances rattachées		-	-	-	-	-	-	-
Autres titres immobilisés		-	-	-	-	-	-	-
Prêts et autres immobilisations financières		-	-	-	-	-	-	-
TOTAL ACTIFS NON COURANTS		208 000 000	22 700 000	185 300 000	162 600 000	139 900 000	117 200 000	98 000 000
ACTIFS COURANTS								
Stocks et en cours		-	-	-	-	-	-	-
Créances et emplois assimilés		-	-	-	-	-	-	-
Clients et autres débiteurs		-	-	-	-	-	-	-
Trésorerie et équivalent		-	-	-	-	-	-	-
Placements et autres équivalents de trésorerie		-	-	-	-	-	-	-
Trésorerie (fonds en caisse et dépôt à vue)		114 139 978	-	114 139 978	232 588 456	236 896 956	363 631 856	494 347 337
TOTAL ACTIFS COURANTS		114 139 978	-	114 139 978	232 588 456	359 323 356	490 038 837	629 075 766
TOTAL DES ACTIFS		322 139 978	-	299 439 978	395 188 456	499 223 356	607 238 837	727 075 766

CAPITAUX PROPRES ET PASSIFS	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
------------------------------------	---------	---------	---------	---------	---------

CAPITAUX PROPRES					
Capital émis	62 400 000	62 400 000	62 400 000	62 400 000	62 400 000
Primes et réserves consolidés	-	-	-	-	-
Ecart d'équivalence	-	-	-	-	-
Résultat net - part du groupe	91 439 978	95 748 478	104 035 200	108 015 481	119 836 929
Autres capitaux propres - report à nouveau		91 439 978	187 188 456	291 223 656	399 239 137
Part de la société consolidante	-	-	-	-	-
Part des minoritaires	-	-	-	-	-
TOTAL	153 839 978	249 588 456	353 623 656	461 639 137	581 476 066
PASSIFS NON - COURANTS					
Produits différés : subvention d'investissement	-	-	-	-	-
Impôts différés	-	-	-	-	-
Emprunts et dettes financières	119 392 000	93 184 000	66 976 000	40 768 000	14 560 000
Provisions et produits constatés d'avance	-	-	-	-	-
TOTAL PASSIFS NON - COURANTS	119 392 000	93 184 000	66 976 000	40 768 000	14 560 000
PSSIFS COURANTS					
Dettes court terme - partie court - terme de dettes long terme	26 208 000	26 208 000	26 208 000	26 208 000	26 208 000
Fournisseurs et comptes rattachés	-	-	-	-	-
Provisions et produits constatés d'avance - passifs courants	-	-	-	-	-
Autres dettes	-	26 208 000	52 416 000	78 624 000	104 832 000
Comptes de trésorerie (découverts bancaires)	-	-	-	-	-
TOTAL PASSIFS COURANTS	26 208 000	52 416 000	78 624 000	104 832 000	131 040 000
TOTAL DES PASSIFS	299 439 978	395 188 456	499 223 656	607 238 837	727 075 066

CHAPITRE III : EVALUATION DU PROJET

SECTION I: EVALUATION FINANCIERE

D'après la théorie que nous avons citée précédemment dans la première partie chapitre III, nous allons évaluer ce projet par des ratios et des chiffres selon les outils et critères d'évaluations admises en la matière.

1-1) : Selon les Outils d'évaluation du projet

Les outils d'évaluation des projets sont : VAN, IP, TRI, DRCI

Tableau N° 41 : Tableau de la Marge Brute d'Autofinancement

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Résultat	91 439 978	95 748 478	104 035 200	108 015 481	119 836 929
DAP	22 700 000	22 700 000	22 700 000	22 700 000	19 200 000
MBA	114 139 978	118 448 478	126 735 200	130 715 481	139 036 929
Taux d'A : 0.25	0.800 000	0.640 000	0.512 000	0.409 600	0.327 680
MBA Actualisée	91 311 982	75 807 026	64 888 422	53 541 061	45 559 620
MBA Cumulée	91 311 982	167 119 008	232 007 430	285 548 491	331 108 111

$VAN = MBA \text{ Cumulé} - \text{Investissement} : 331\,108\,111 - 208\,000\,000 = 123\,108\,111$

VAN = 123 108 111

*** VAN > 0 : Le projet est rentable et viable**

D'après ce tableau, on a trouvé que la VAN est de 123 108 111 Ar, ce qui est largement supérieur à 0. Un projet est acceptable et intéressant s'il permet d'augmenter la valeur des actions, c'est à dire que sa VAN est très élevée. Selon ces prévisions le projet doit rapporter plus qu'il ne coûte.

- Indice de Profitabilité

L'indice de rentabilité (IP) est le rapport de la valeur actualisée des flux monétaires prévus d'un projet au montant de l'investissement.

$$IP = \frac{331\,108\,111}{208\,000\,000} : 1.59$$

IP = 1.59

Taux de profitabilité : IP - 1 : 1.59 - 1 : 0.59

*** 1 Ariary de capital investi rapporte ou génère 0.59 de marge bénéficiaire.**

Pour un taux de 25 % l'indice de profitabilité est supérieur à 1, donc le projet rapporte plus qu'il ne coûte c'est à dire qu'il est acceptable, rentable, et viable.

- Taux de Rentabilité Interne (TRI)

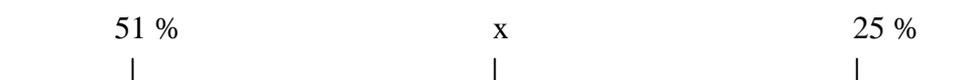
Le taux de rentabilité interne est le taux d'actualisation qui, appliqué aux flux monétaires d'un projet, leur donne une valeur égale au montant de l'investissement.

Tableau N° 42 : Tableau de calcul du Taux de Rentabilité Interne

Année	MBA Flux monétaires	51 %	MBA Actualisées	25 %	MBA actualisées
		Coefficient		Coefficient	
1	114 139 978	0.662 251	75 589 389	0.800 000	91 311 982
2	118 448 478	0.438 577	51 948 808	0.640 000	75 807 026
3	126 735 200	0.290 448	36 810 050	0.512 000	64 888 422
4	130 715 481	0.192 350	25 143 123	0.409 600	53 541 061
5	139 036 929	0.127 384	17 711 095	0.327 680	45 559 620
TOTAL			207 202 468		331 108 111

VAN : 207 202 468 - 208 000 000 : - 797 532

VAN : 331 108 111 - 208 000 000 : 123 108 111



VAN : - 797 532

VAN : 0

VAN : 123 108 111

$$x = 25 + (51 - 25) \frac{123\,108\,111}{123\,108\,111 + 797\,532} : 50,83$$

TRI = 50,83 %

En interpolant entre 25 % et 51 %, nous obtenons i le taux de rendement interne à 50,83 %.

Ce dernier est supérieur au taux de 25%, faisant bénéficier à notre centre d'une marge de 25,83 %. Dans ce cas d'espèce, notre projet est acceptable et rentable.

- Délai de récupération des capitaux investis (DRCI)

Il s'agit du temps nécessaire pour récupérer les capitaux investis.

Tableau N° 43 : Tableau de la Délai de Récupération des Capitaux Investis

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
MBA actualisées	91 311 982	75 807 026	64 888 422	53 541 061	45 559 620
MBA cumulées	91 311 982	167 119 008	232 007 430	285 548 491	331 108 111

208 000 000 : Investissement

La DRCI est comprise entre l'année 2 et l'année 3, nous allons calculer sa durée par interpolation.

$$167\ 119\ 008 < 208\ 000\ 000 < 232\ 007\ 430$$

$$2 < n < 3$$

$$\frac{208\ 000\ 000 - 167\ 119\ 008}{232\ 007\ 430 - 167\ 119\ 008} \times 12 = 7,56 \quad : 7 \text{ mois } (0,56 \times 30j) : 17 \text{ jours}$$

Le capital investi sera récupéré après 2 ans 7 mois 17 jours c'est à dire le 17 Août Année 3.

Nous avons prévu un délai de récupération théorique de 5 ans . Or, d'après ce calcul, ce dernier n'est que 2 ans 7 mois 17 jours, montrant ainsi un délai court . On peut donc aussi affirmer sur ce point que le projet est acceptable et rentable.

DRCI = 17 Août 19 N+3

1-2) : Selon les Critères d'évaluation du projet

Pour qu'un projet soit rentable, il faut répondre à des certains critères ci dessous:

- la pertinence

La pertinence d'un projet s'apprécie par rapport à l'environnement c'est à dire que le projet est rentable vis à vis de l'environnement On peut l'apprécier par le taux de natalité des enfants qui augmente en bénéficiant d'un nouveau centre de maternité et par le pourcentage des femmes stériles ou des couples qui veulent avoir des enfants qui augmentent par l'intermédiaire des gynécologues qui s'occupent d'eux

soigneusement. Les foyers malgaches voient aussi leur niveau de vie s'améliorer en appliquant la planification familiale par l'intermédiaire de laquelle le centre octroie conseils et médicaments....

Sur tous ces plans, la présence du centre est donc opportune pour tous les usagers: femmes enfants et le cas échéant, maris pour les conseils . On peut réitérer que le projet est pertinent car il répond à tous les exigences techniques, pratiques. Concrètement, d'après notre étude, beaucoup des patients seront enclins à fréquenter le centre, renforçant ainsi sa notoriété et sa pérennité.

- l'efficacité

L'efficacité peut se résumer par une parfaite adéquation entre les moyens, ressources de l'entreprise pour atteindre ses buts et ses objectifs.

Dans notre projet, l'efficacité est présente car pour la gestion de plusieurs facteurs de fonctionnement du centre: programme bien élaboré , organisation bien établie, matériels d'une qualité respectant les normes et spécifications de la santé, les objectifs du centre sont atteints. Les patients ont été satisfaits par rapport aux services et prestations offerts.

Cela est illustré par la croissance de notre résultat et de notre chiffre d'affaire chaque année.

Tableau N° 44 : Tableau d'évolution des chiffres d'affaires et de résultats

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Résultat	91 439 978	95 748 478	104 035 200	108 015 481	119 836 929
Variation (1)	-	4 308 500	8 286 722	3 980 281	11 821 448
Variation R / Résultat		4.71 %	8.65 %	3.82 %	10.94 %
C.A	342 107 000	352 275 000	378 744 300	389 371 900	417 715 383
Variation (2)	-	10 168 000	26 469 300	10 627 600	28 343 483
Variation CA / C.A	-	2.97 %	7.5 %	2.81 %	7.7 %

D'après le tableau on a pu constater une augmentation chaque année sauf durant la 4ème année qui subit une forte diminution. Cela est due à une amélioration des prestations et des services offerts. Dans le but de fidéliser les clients, le centre garde ses tarifs habituels et effectue divers prestations connexes (organisation de colloques et séminaires sur la santé...) pour élargir sa notoriété. De plus, le centre fait appel à une stratégie de promotion, même si on prévoit une augmentation des charges.

A partir de l'année 5, la situation redevient normale.

- l'efficience

L'efficience fait apparaître une gestion de la rareté qui escompte le plus grand nombre de richesses.

Nous allons établir le tableau dans la page suivante pour analyser l'efficience.

Tableau N° 45 : Tableau des charges et des résultats

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Charges	250 667 022	256 526 522	274 708 800	281 356 419	297 878 454
Variation	-	5 859 500	18 182 278	6 647 619	16 522 035
Variation C / Charges		2.5 %	7.08 %	2,42 %	6.43 %
Résultat	91 439 978	95 748 478	104 035 200	111 483 823	119 836 929
Variation (1)	-	4 308 500	8 286 722	2 246 657	11 821 448
Variation R / Résultat		4.71 %	8.65 %	3.82 %	10.94 %

D'après le tableau, la variation des résultats augmentent plus que celle des charges en 4 ème année.

Malgré ce fait, on peut dire quand même que le projet est efficient puisque les résultats sont en hausse croissante chaque année.

- La durabilité

La durée de vie d'un projet consiste à viser la capacité de l'action ou des résultats à se poursuivre de façon autonome après la retrait des assistances extérieures (nationale ou étrangère). Il s'agira donc ici de la viabilité organisationnelle, technique, économique, financière, politique et culturelle du projet.

SECTION II: EVALUATION ECONOMIQUE

2-1): Création de la valeur Ajoutée

La valeur Ajoutée mesure la contribution de l'entreprise à l'œuvre de production après soustraction des biens et services consommés et achetés auprès d'autres entreprises. La variation de ce solde est un indicateur de croissance économique. Ce tableau nous en donne de plus amples informations:

Tableau N°46 : Tableau de la variation de la valeur ajoutée

Rubrique	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Valeur Ajoutée	236 929 140	238 366 700	254 153 434	255 122 110	272 115 253
Variation	-	1 437 560	15 786 734	968 676	16 993 143

Le volume de la valeur ajoutée est fonction des facteurs de productions mis en œuvre et de la politique de sous-traitance. Cette variation de solde se situant entre les coûts externes et les coûts internes, mesure le rendement du travail et du capital économique. La valeur Ajoutée croît chaque année hormis durant la 4^{ème} année mais revient à un niveau conséquent lors de la 5^{ème} année.

2-2): Paiement des différentes taxes

L'implantation du centre dans la région améliore les recettes fiscales publiques au profit de la commune c'est à dire que la création d'une nouvelle société implique la rentrée de nouvelles ressources fiscales pour les organismes publiques.

Suivent les principales impositions et taxes qui doivent être versées à la collectivité ou à l'Etat: Impôt sur les bénéfices; taxe sur la valeur ajoutée (18 %) . Ces taxes seront payés à l'Etat selon les cas et au moment indiqué.

- les impôts sur le bénéfices: 30 % du résultat net de l'exercice
- les autres taxes sont regroupées dans notre rubrique impôt et taxe dont le taux est en moyenne de 20 % .

SECTION III: EVALUATION SOCIALE

3-1): Création d'emploi

L'installation de ce projet dans la région d'Andoharanofotsy permet d'absorber une partie du volume de chômage et participe activement à la création d'emploi. Les activités créées seront génératrices de revenus concluant ainsi que ce projet permet d'accroître le niveau de vie de certaines catégories de personnes. Ce projet permet aussi aux étudiants de la Faculté de Médecine d'Antananarivo de renforcer leurs compétences et de bénéficier d'un lieu de stage qui serait utile pour leurs formations.

3-2): Développement social de la région

Cette rubrique tient une très grande place dans ce projet car avec l'implantation du centre de santé maternelle et de gynécologie la région dispose d'un atout non négligeable dans son processus de développement, non seulement la région mais aussi le pays en entier. Les gens de cette région bénéficie alors d'un dispositif de santé à proximité de chez eux. Même s'il existe déjà un centre de santé de base, niveau II à Andoharanofotsy, les usagers font plus confiance à un centre de santé privée. De par ce projet, la population de cette région verra à terme une augmentation du taux de natalité des enfants, d'un suivi adéquat des nouveau-nés et des enfants en ce qui concerne les différents vaccins. Les étudiants en médecine, avec l'aide des agents de santé s'efforceront d'une part d'éduquer toute la population sur les maladies sexuelles (SIDA, MST, ...), et d'autre part informer:

- les femmes, les jeunes filles sur les périodes fertiles et infertiles du cycle mensuel

- la population sur les risques d'une croissance démographique trop importante.
- motiver les couples à adhérer au planning familial
- conseiller pour le choix et l'utilisation des méthodes contraceptives
- les autres régions qui n'ont pas pu bénéficier de la proximité du centre de santé.

Les gens environnants auront à la fois un avantage et une sécurité psychologique au niveau de l'événement majeur qu'est l'accouchement puisque le centre offre tous les soins nécessaires à cette circonstance.

SECTIONS IV: LES AUTRES EVALUATIONS

4-1): Calculs des différents ratios

Un ratio est un rapport entre deux grandeurs économiques ou financières. Ce rapport doit être significatif. Il réunit deux montants qui ont un lien de cause à effet et dont le rapprochement permet de comprendre, d'interpréter la situation économique de l'entreprise.

Dans le tableau de la page qui suit, nous avons calculé différents ratios:

Tableau N° 47 : Calcul des différents ratios

Rubrique	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
1- <i>le ratio de résultat:</i>					
<u>Charges de personnel</u> CA HT	16,47 %	16 %	17,12 %	16,6 %	17,49 %
2- <i>le ratio financier:</i>					
<u>Résultat</u> Capitaux propres	59,43 %	38,36 %	29,41 %	24,41 %	20,60 %
3- <i>le ratio d'équilibre financier:</i>					
<u>Trésorerie</u> CA HT	33,36 %	66,02 %	62,54 %	93,38 %	118,34 %
4- <i>le ratio d'investissement</i>					
<u>Investissement</u> CA HT	60,80 %	59,04 %	54,91 %	53,42 %	49,80 %
5- <i>le ratio d'endettement et de capitaux propres</i>					
<u>Capacité d'autofinancement</u> Investissements	54,87 %	56,95 %	60,93 %	62,84 %	66,84 %
6- <i>le ratio de performance économique</i>					
<u>Résultat net</u> V.A	38,60 %	40,17 %	40,93 %	43,70 %	44,03 %

Nous avons vu dans ce tableau que le ratio des résultats est variable avec un résultat positif. Cela signifie que cette analyse permet de suivre en termes relatifs le poids des coûts essentiels.

En ce qui concerne la politique de financement, les capitaux propres ont fortement évolué en Année 5. Ils sont formés essentiellement du capital social et du résultat de l'exercice ainsi que des reports à nouveau.

Pour mesurer la capacité de l'entreprise à se financer, on établit le ratio financier. Pour notre part, on voit bien que le taux est trop faible. En ce qui concerne l'équilibre financier, le centre n'a pas de problème à ce stade là, car le taux augmente chaque année. Cela implique que la trésorerie est suffisante pour son fonctionnement.

A propos de la politique d'investissement, ceux que le centre réalise sont élevés. A ce titre, le projet possède un patrimoine immobilier. Par ailleurs, de nombreux investissements financiers ont été réalisés. L'efficacité de ces investissements financiers sera appréciée au regard des produits financiers constatés. Le taux de ratio de performance économique ne cesse d'augmenter chaque année, ce qui prouve que le centre croît chaque année en performance.

4-2) La Capacité d'autofinancement (C.A.F)

La capacité d'autofinancement correspond au flux de financement interne, à la différence entre les produits encaissables et les charges décaissables.

La C.A.F est distincte de la marge brute d'autofinancement (MBA) puisque cette dernière assimile à une charge décaissable les dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants, et à un produit encaissable les reprises sur provision de même nature.

Tableau N °48 : PREVISION DE LA CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT

Libellés	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Résultat N	91 439 978	95 748 478	104 035 200	108 015 481	119 836 929
Moins value	0	0	0	0	0
Plus value	0	0	0	0	0
D.A.P	22 700 000	22 700 000	22 700 000	22 700 000	19 200 000
C.A.F	114 139 978	118 448 478	126 735 200	130 715 481	139 036 929

Nous avons remarqué ici que le centre pouvait avoir une large capacité de financement, c'est à dire que le centre tend vers une autonomie financière. Ce état de fait est prouvé par un ratio d'autofinancement ((ratio d'endettement) élevé avoisinant en moyenne les 60 %.

CONCLUSION PARTIELLE

En somme, le montant global de l'investissement du projet s'élève à 208 000 000 Ar. La mise en œuvre du centre nécessite donc un volume financier assez conséquent pour asseoir sa fonctionnalité et en l'occurrence, acquérir les investissements primitifs tels que les immobilisations incorporelles et corporelles (Terrain, Matériel et outillage, Matériel de bureau...).

D'après les différentes études qu'on a pu effectuer, et après avoir constitué les comptes de produits et des charges, il ressort que le centre dégage toujours un résultat positif chaque année pendant 5 ans. Résultat qui ne cesse de s'accroître. Cet état de fait nous indique que le centre est bénéficiaire, et que cela lui permet d'effectuer différentes prestations connexes (organisation de colloques et séminaires sur la santé...) et ainsi augmenter les charges du personnel tous les 2 ans.

Quant à son mode de financement, il respecte les moyens usuels d'acquisition de fonds. D'une part, il sollicite ses apports propres pour entamer et assurer un seuil d'autonomie financière et d'autre part pour soutenir son expansion et diversifier son capital, le centre fait appel à des financements extérieurs et c'est pourquoi, le projet a recours aux établissements financiers d'emprunts.

Par ailleurs, l'étude financière de notre dispositif de santé dénote que ce projet est acceptable et rentable. Tous les indicateurs quantitatifs de performance lui sont favorables, puisque la valeur actuelle nette (VAN) est de 123 108 111 Ar qui est largement supérieure à 0, avec un indice de profitabilité (IP) de 1.59 qui nous assure que le projet rapporte plus qu'il ne coûte, et un taux de rentabilité interne (TRI) de 50.83 % qui est nettement supérieur au taux des banques primaires.

La rentabilité du projet est aussi justifiée par les différents ratios que nous avons calculé précédemment.

CONCLUSION GENERALE

A partir de ces études préalables effectuées avant toute mise en œuvre pratique d'un projet socio-économique comme celui-ci, on peut déjà avancer que les critères quantitatifs, que ce soit la taille du marché, le volume de la demande, l'ossature et la performance financière soulevée dans la 3^{ème} partie restent avant tout des projections et des estimations chiffrées. Ces évaluations comportent néanmoins un degré de faisabilité acceptable et viable qui nous amène à dire que le marché du secteur Santé surtout au niveau de la santé maternelle et post-natal reste un marché en pleine expansion et qui nécessite, que ce soit de la part des pouvoirs publics ou du secteur privé des investissements conséquents qui vont permettre d'accroître l'offre de service dans ce secteur. D'où l'initiation de ce projet.

En effet, en vue de la politique publique qui se veut pour objectifs de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé de la mère et du nouveau-né, la création et la vulgarisation de ce genre de dispositif sanitaire est et restera primordiale pendant encore plus d'une décennie. Les statistiques l'illustrent bien.

Plus de la moitié des femmes (58%) ont accouché à la maison, rendant encore le risque de complication à l'accouchement et les décès y afférents plus élevés à Madagascar (6 décès infantiles sur 100 naissances). Pour pouvoir améliorer ces statistiques les enjeux et les défis incombent donc au corps médical entier et aux initiatives sanitaires privées.

Ces initiatives doivent cependant être performants et accessibles aux usagers, c'est à dire réalistes et pragmatiques.

Ces obligations de performances ont été largement étudiées et évaluées dans notre cas d'espèce. A la fois offrir les services de qualité (que ce soit au niveau humain, matériel), et aussi compte tenu du pouvoir d'achat actuel des ménages, permettre l'accessibilité de toutes les tranches sociales aux prestations de soins.

Le choix d'implantation du site, dans la périphérie sud de la capitale, dans une zone à la fois résidentielle et populaire,(Andoharanofotsy) illustre la volonté de l'initiateur du projet d'élargir au maximum sa base de clientèle et donc garantir sa pérennité et sa performance dans le long terme.

Un autre aspect qui mérite d'être soulevé réside dans l'incapacité chronique de tous les projet locaux, de se financer eux mêmes, par des apports propres.

Il est de notoriété que toute entreprise doit faire appel à des emprunts extérieurs pour assurer dans les premiers temps sa fonctionnalité.

Cependant, concernant ce recours obligé à l'emprunt, un des facteurs pénalisant le projet et grevant sa structure financière, reste le taux d'intérêt pratiqué par les institutions financières qui ne permet pas à l'entreprise de se désendetter et d'assurer son expansion. Malgré tout, ces contraintes demeurent des impératifs impondérables auxquels le projet doit faire face et adapter en conséquence ses stratégies de développement.

Dans le cadre financier, le projet demande un investissement initial de 208 000 000 Ar, d'après les différentes étapes de la réalisation de ce projet, elles se sont avérées favorables à une telle initiative.

Notre étude financière nous montre que ce projet est intéressant et acceptable, rentable, et viable, avec une VAN de 123 108 111 Ar qui est positive et largement supérieure à 0, avec l'indice de profitabilité de 1.59 c'est à dire que un 1 Ar de capital investi génère 0.59 de marge bénéficiaire, et le taux de rentabilité interne est de 50.83 % qui est nettement supérieur au taux des banques primaires, ces outils d'évaluations prouvent que le projet est réalisable et le choix des modes de financement est adéquat par rapport aux fonds propres apportés. Les différents ratios étudiés ont révélé que le projet est rentable.

Finalement, compte tenu et malgré l'environnement et contraintes cités précédemment, le projet qui n'ambitionne pas de tout améliorer comporte un certain nombre d'avantages et impacts non négligeables :

- Sur le plan économique, sa performance et sa rentabilité vont créer un effet d'entraînement sur les autres domaines en relation avec son fonctionnement (que ce soit au niveau des organismes correspondants avec le projet, des fournisseurs et autres..., au niveau de la création d'emploi),
- Au point de vue social, son influence est concrète puisqu'il va améliorer les conditions de vie et favoriser à terme la santé de ses usagers, garantissant ainsi l'apport et la place non négligeable de la femme dans le processus de développement de son environnement et de son pays.

Pour finir et non des moindres, le projet se veut être une entité respectueuse de son environnement. Il est fait allusion ici au traitement et au recyclage des déchets et autres rebus découlant de son activité (eaux usagées, pansements usagés...) .

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- Annexe I : Carte maternelle (recto).
- Annexe II : Carte maternelle (verso).
- Annexe III : Liste des hôpitaux et cliniques Madagascar.
- Annexe IV : Statistique annuelle des consultations externes en 2004.
- Annexe V : Signes annonciateurs de complications de la grossesse.
- Annexe VI : Entretien de bien être.
- Annexe VII : Fiche de surveillance de la santé de la mère et du nouveau- né (recto).
- Annexe VIII : Fiche de surveillance de la santé de la mère et du nouveau- né (verso).
- Annexe IX : Partogramme.
- Annexe X : Carte géographique.
- Annexe XI : Offre dans la maternité " Pavillon sainte FLEUR "

STATISTIQUE ANNUELLE DES CONSULTATIONS EXTERNES en 2004

HB	J	Fevr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Dec	Total
C.Bleu	3	1	5	3	12	6	8	8	14	8	6	10	
C.Rose	2	3	4	3	3	5	1	3	7	3	5	4	
CPN	153	134	199	138	135	114	97	102	90	110	102	114	
ECHO1	46	46	57	33	62	58	51	31	40	50	46	52	
ECHO2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
PERCAGE	2	18	23	16	14	14	13	5	4	13	14	4	
POSTNAT	217	200	239	243	225	269	263	224	223	270	265	259	
TESTGROS	2	2	0	1	1	2	0	1	1	1	0	1	
M. ASST	264	233	167	172	181	258	256	266	247	252	256	260	
SPE PEDIA	220	153	164	155	190	188	148	192	142	188	150	192	

Gynécologue : 116. Normal : 903 ; Césarienne : 902

SIGNES ANNONCIATEURS DE COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE

- Hémorragie
- Pâleurs et difficultés respiratoires
- Céphalées intenses
- Vomissements incoercibles
- Fièvre élevée
- Œdème des mains et du visage
- Pertes vaginales et fétides
- Douleurs abdominales poncées
- Ecoulement des eaux avant le terme prévu

NOTION ESSENTIELLE POUR LA PREPARATION A LA NAISSANCE

Les femmes et leurs familles doivent savoir:

- Reconnaître les signes indiquant la surveillance d'un risque
- Où se rendre pour recevoir des soins obstétricaux et / ou des soins d'urgence
- Prendre à l'avance des dispositions concernant le transport

Elles devraient également:

- comprendre les faits essentiels se rapportant au processus biologique de la grossesse et de l'accouchement;
- être informé de l'importance d'une assistance qualifiée et du matériel nécessaire à un accouchement propre ;
- veiller à mobiliser les ressources nécessaires pour s'acquitter du coût des prestations prévues pour un accouchement sans complication ou imprévu en cas d'urgence obstétricale;
- être informé de l'importance de la mère et de l'enfant des soins postnatals et des lieux où ils sont dispensés;
- avoir conscience de la valeur de l'allaitement maternel et être au courant des aides à solliciter en cas de difficultés;

être en mesure d'aborder le problème du retour de la fécondité et de l'existence des services de planification familiale.

OFFRE DANS LA MATERNITE « PAVILLON SAINTE FLEUR »

Acte médical	Durée Séjour	Catégorie	Séjour	Acte	Bloc	Repas	pharmacie	Total
Ac Normal	2 j	LNA 1	50 000	35 200	20 000	32 400	30 000	167 600
		LNA 2	32 000	27 520	20 000	24 000	30 000	133 520
		LNA 3	18 000	16 480	20 000	14 400	30 000	98 880
		ENA/LA1	60 000	48 400	20 000	32 400	30 000	190 800
		ENA/LA2	50 000	39 600	20 000	24 000	30 000	163 600
		ENA/LA3	32 000	27 520	20 000	14 400	30 000	123 920
		EA/HC	120 000	48 400	20 000	42 450	30 000	260 850
Opération césarienne		LNA 1	138 000	132 000	80 000	64 800	120 000	534 800
		LNA 2	88 000	103 200	80 000	48 000	120 000	439 200
		LNA 3	50 000	61 800	80 000	28 800	120 000	340 600
		ENA/LA1	172 000	181 500	80 000	64 800	120 000	618 300
		ENA/LA2	142 000	148 500	80 000	48 000	120 000	538 500
		ENA/LA3	88 000	103 200	80 000	28 800	120 000	420 000
		EA/HC	360 000	181 500	80 000	84 900	120 000	826 400

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

GESTION

- GEORGES LE GROS: "Précis de Gestion et Analyse Financières", édition E.S.G 25 : 398 pages
- HOUDAYER, ROBERT SIMON YVES: " Evaluation financière", édition Economica 49 Rue Herisat 75 015 Paris: 488 pages
- Jean BARREAU, Jacqueline DELAHAYE : "Gestion financière", 4 ème édition DUNOD Paris 2000 : 243 pages
- Jean BARREAU 1 Ginette JIBARD: "Economie et organisation de l'entreprise", 1975: 171 pages
- Michel SPIELMANN: " Définition de l'organigramme" 1992: 223 pages
- PL Bescos / P. Daubler: "Contrôle de Gestion et Management ", édition 1987: 497 pages
- YVES FOURNIS : "les études de marchés", 3^{ème} éditions DUNOD Paris 1995 : 199 pages

MEDECINE

- Dossier d'information (OMS): " Maternité sans risque ": 1987: 28 pages
- INSTAT : Enquête Démographique de Santé 2003- 2004 : 264 pages
- MASSON : "Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction" 2002 : 120 pages
- Ministère de la Santé : " Protocole / Guide de prise en charge pour une maternité sans risque à l'usage des centres de santé de Base et des Hôpitaux de District":
Juin 1999 : 125 pages
- (Organisation Mondiale de la Santé) " Soins de santé maternelle et infantile" 1999 : 219 pages

TABLES DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

LISTES DES ABREVIATIONS

LISTES DES TABLEAUX

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 ^{ère} Partie: IDENTIFICATION DU PROJET	4
Chapitre I: Présentation du projet.....	4
Section 1: Historique du projet.....	4
1.1: Etats statistiques du projet.....	4
1.2: Fréquence des visites et volume moyen des soins dans un C.S.B	11
Section 2: Caractéristique du projet	14
2.1: Justification du projet.....	14
2.2: Qualité de services offerts.....	15
Section 3: L'exploitation du site.....	18
3.1: Choix de l'emplacement	18
3.2: La valorisation à long terme du centre de proximité.....	18
Section 4: Renseignements administratifs sur le projet	19
4.1: Les spécificités du projet.....	19
4.2: Forme juridique.....	19
Chapitre II: Etude de marché	20
Section 1: Description du marché	20
1.1: Historique du marché visé.....	20
1.2: Marché potentiel.....	20
Section 2: Analyse de l'offre	21
2.1: La concurrence existante.....	21
2.2: L'offre existante.....	21
Section 3: Analyse de la demande	22
3.1: Détermination des usagers	24
3.2: Satisfaction des clients	24
Section 4: La politique et stratégie marketing à adopter	24
4.1: Le marketing mixte	25

4.2: La stratégie marketing à adopter	26
Chapitre III: Théorie Générale sur les outils d'évaluation	27
Section 1: les outils d'évaluation du projet	27
1.1: la Valeur Actuelle Nette	27
1.2: l'Indice de Profitabilité	27
1.3: le Taux de Rentabilité Interne	28
1.4: le Délai de Récupération des Capitaux Investis	28
Section 2: les critères d'évaluation	29
2.1: la pertinence	29
2.2: l'efficacité	29
2.3: l'efficience	30
2.4: la durée de vie du projet	30
2 ^{ème} Partie: CONDUITE DU PROJET	31
Chapitre I: Techniques de Productions et de Soins	31
Section 1: les investissements	31
1.1: le terrain	31
1.2: le bâtiment	31
1.3: les fournitures et équipements	32
1.4: les équipements de base	32
1.5: les outils d'analyses	34
Section 2: le mode d'activité à entreprendre	35
2.1: Soins obstétricaux et Soins de maternité de base	36
2.2: Soins prénatals	37
2.3: Soins à l'accouchement	39
Section 3: Les autres soins	40
3.1: Soins postnatals	40
3.2: Les analyses et test de santé	41
3.3: l'échographie	41
Chapitre II: La capacité de réception des clients	42
Section 1: Une estimation et évaluation quantitative	42
1.1: Nombre de personnes au niveau des consultations	42
1.2: Nombre de personnes au niveau de l'hospitalisation	42
1.3: Nombre de personnes au niveau des autres soins	43

Section 2: La gestion de la clientèle.....	44
2.1: la disponibilité du centre	44
2.2: Un accès facilité	45
2.3: Les moyens de fidélisation de la clientèle.....	45
Chapitre III: Etude Organisationnelle du projet.....	47
Section I: Les ressources humaines	47
1.1: Les profils du personnel	47
1.2: La répartition des tâches.....	48
1.3: Le contrôle et suivi des activités	50
Section II: Les fonctions et l'organigramme	51
2.1: Définition de l'organigramme	51
2.2: Fonctionnement de l'organigramme.....	51
2.3: Schéma de l'organigramme	53
Section III: Chronogramme du projet	54
3.1: Planning de travail.....	54
3.2: Moyens mise en œuvre.....	54
3.3: Les objectifs visés	54
 3 ^{ème} Partie: ETUDE FINANCIERE	 55
Chapitre I: Les besoins de financement	55
Section 1: les investissements nécessaires.....	55
1.1: les immobilisations utilisées	55
1.2: le tableau récapitulatif des immobilisations.....	58
Section 2: les amortissements des immobilisations	8
2.1: Calculs préliminaires.....	58
2.2 : Tableau d'amortissement.....	59
Section 3: Le plan de financement du projet.....	60
3.1: Un aperçu de l'ossature financière.....	60
3.2: Un financement progressif	69
Section 4: Les moyens de financement	73
4.1: le choix des modes de financement.....	73
4.2: le remboursement de dettes	74

Chapitre II: Analyse de la rentabilité et étude de faisabilité du projet.....	76
Section 1: les comptes de résultat prévisionnel.....	76
Section 2: le tableau des flux de trésorerie.....	78
Section 3:le tableau de variation des capitaux propres	81
Section 4: le bilan prévisionnel	83
Chapitre III: Evaluation du projet	86
Section 1: Evaluation financière	86
1.1: Selon les outils d'évaluation du projet.....	86
1.2: Selon les critères d'évaluation du projet.....	88
Section 2: Evaluation économique.....	91
2.1: Création de la Valeur Ajoutée.....	91
2.2: Paiement des différentes taxes	91
Section 3: Evaluation sociale	91
3.1: Création d'emploi	91
3.2: Développement de la région.....	90
Section 4: Autres évaluations.....	92
4.1: Calcul des différents ratios.....	92
4.2: la Capacité d'Autofinancement	92

CONCLUSION GENERALE

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE