



CESAG Centre Africain d'études Supérieures en Gestion

Institut Supérieur de Comptabilité,
de Banque et de Finance
(ISCBF)

Diplôme d'Etudes Supérieures
Spécialisées en Audit et Contrôle
de Gestion

Promotion 21
(2009-2010)

Mémoire de fin d'étude

THEME

**Proposition d'une démarche budgétaire
axée sur les résultats au Centre Hospitalier
Régional de Tambacounda**



Présenté par :

Cheikh Mahamadou Fadal NDIAYE

Dirigé par :

Alexis KOUASSI
Contrôleur de Gestion
du CESAG

Avril 2011

M0401AUDIT11

DEDICACES

A notre défunt père, Biram NDIAYE ;

A notre vaillante mère, Mbayang Leyti NDIAYE ;

A nos chers frères et sœurs, Adjaratou, Boury, Awa, Fama et Oumar ;

A nos adorables neveux et nièces, Mintou, Babacar, Mbayang Aïcha, Nafissatou, Djibril, Mouhamed, Adja, Maïmouna, Mbayang Boury, Elimane, Aby.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements à :

M. Adama DIENG, Contrôleur de gestion du CHRT pour sa grande implication dans la réussite de mes recherches à travers ses remarques constructives.

M. Alexis KOUASSI, Contrôleur de gestion du CESAG pour son appui pédagogique dans l'élaboration de ce mémoire.

M. Babacar MANE, Directeur du CHRT pour sa grande implication dans la réussite de mes recherches à travers ses conseils avisés.

M. Moussa YAZI, Directeur de l'ISCBF et l'ensemble des professeurs et personnel administratif du DESS Audit et Contrôle de Gestion du CESAG pour nous avoir bien guidés.

L'ensemble des stagiaires de la 21^{ème} promotion du DESS Audit et Contrôle de gestion pour leur contribution à la richesse de notre formation.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- ACDI** : Agence Canadienne pour le Développement International
ACP : Agence Comptable Particulière
CA : Conseil d'Administration
CAF : Capacité d'Autofinancement
CDSMT : Cadre de dépenses sectorielles à moyen terme
CHRT : Centre Hospitalier Régional de Tambacounda
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DMS : Durée Moyenne de séjour
EPS : Etablissement Public de Santé
GAR : Gestion Axée sur les Résultats
GARD : Gestion Axée sur les Résultats de Développement
GRD : Gestion des Résultats de Développement
IRL : Indice de Rotation des Lits
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
PNDS : Programme National de Développement Sanitaire
PTA : Plan de Travail Annuel
SAF : Service Administratif et Financier
SSI : Service des Soins Infirmiers
TOM : Taux d'Occupation Moyenne
UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
USAID : United States Agency for International Development

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux :

Tableau 1 : Exemples d'outils mis en œuvre par les organismes dans le cadre d'une GAR ...	22
Tableau 2 : Données sur les activités curatives du CHRT	52
Tableau 3 : Indicateurs hospitaliers du CHRT	53
Tableau 4 : Indicateurs financiers du CHRT	57
Tableau 5 : Budget de fonctionnement : Nomenclature des produits	61
Tableau 6 : Budget de fonctionnement : Nomenclature des charges	61
Tableau 7 : Budget d'investissement : Nomenclature des produits	62
Tableau 8 : Budget d'investissement : Nomenclature des charges	62
Tableau 9 : Le processus d'élaboration budgétaire selon le Manuel de contrôle de gestion ...	63
Tableau 10 : Exemple de modèle logique.....	72

Figures :

Figure 1 : La chaîne de résultats	12
Figure 2 : Le cycle des résultats	13
Figure 3 : Exemple de hiérarchisation des objectifs stratégiques	30
Figure 4 : Le modèle d'analyse	40
Figure 5 : Organigramme fonctionnel du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda	51
Figure 6 : Les étapes de la construction du budget du CHRT	66

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : FONDEMENTS THEORIQUES DE PLANIFICATION ET DE LA BUDGETISATION AXEE SUR LES RESULTATS	7
CHAPITRE 1 : QU'EST CE QUE LA GESTION AXEE SUR LES RESULTATS	9
1.1. La GAR : Définitions, principes et outils	9
1.1.1. Définition de la GAR	9
1.1.2. Concepts associés à la GAR	11
1.2. La mise en œuvre de la GAR	15
1.2.1. Les principes d'une bonne Gestion Axée sur les Résultats	15
1.2.2. Les outils appropriés	17
CHAPITRE 2 : LA DEMARCHE DE BUDGETISATION AXEE SUR LES RESULTATS	24
2.1. Définition, éléments clés, processus d'élaboration.....	24
2.1.1. Définition	24
2.1.2. Eléments clés	26
2.1.3. Le processus d'élaboration	27
2.2. Le cadre de mise en œuvre	29
2.2.1. Les modèles logiques	29
2.2.2. Le « costing »	31
2.2.3. L'intégration de l'information sur la performance.....	31
2.2.4. L'amélioration continue.....	32

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE	34
3.1. Le modèle d'analyse	34
3.1.1. Les éléments caractéristiques du mode pilotage de l'entité	34
3.1.2. Le modèle de budgétisation axé sur les résultats	36
3.2. La collecte des données	38
3.2.1. Approche méthodologique	38
3.2.2. Outils de collecte des données	39
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	42
DEUXIEME PARTIE : ETUDE DU PROCESSUS D'ELABORATION DU BUDGET DU CHRT	43
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TAMBACOUNDA (CHRT)	45
4.1. Cadre Juridique et Mission	45
4.1.1. Le cadre juridique : la Réforme Hospitalière	45
4.1.2. La mission de l'établissement	46
4.2. Activités et organisation	48
4.2.1. Les activités et partenariats du CHRT	48
4.2.2. L'organisation de l'établissement	49
4.3. Quelques chiffres pertinents	52
4.3.1. Les indicateurs non-financiers	52
4.3.2. Les indicateurs financiers	53
4.4. Acteurs du processus budgétaire	54
CHAPITRE 5 : DESCRIPTION DU PROCESSUS BUDGETAIRE DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TAMBACOUNDA (CHRT).....	57
5.1. Le cadre d'élaboration budgétaire	57
5.2. Le processus d'élaboration budgétaire	60

CHAPITRE 6 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	66
6.1. Diagnostic de la démarche de pilotage de la performance	66
6.1.1. Diagnostic de la structure organisationnelle.....	66
6.1.2. Diagnostic des outils d'information, de mesure et de reporting de la performance	67
6.1.3. Diagnostic de la gestion des risques	68
6.1.4. Diagnostic de la gestion prévisionnelle des performances	69
6.1.5. Diagnostic du cadre juridique et politique	70
6.2. Diagnostic de la procédure budgétaire	71
CHAPITRE 7 : LA DEMARCHE PROPOSEE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA BUDGETISATION AXEE LES RESULTATS	76
7.1. La définition des objectifs préliminaires	76
7.2. La négociation et la fixation des objectifs définitifs	78
7.3. La construction détaillée du budget	79
7.4. L'adoption et l'approbation du budget	80
CONCLUSION GENERALE	82
ANNEXES	85
BIBLIOGRAPHIE	100

INTRODUCTION GENERALE

CESAG
BIBLIOTHEQUE

Au Sénégal, la politique nationale de santé trouve son fondement dans la Constitution qui dispose en son article 17 que «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

Cette politique reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Elle s'articule autour des points suivants :

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quelque soit le statut socioéconomique ;
- l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- la protection des groupes vulnérables ;
- le renforcement du partenariat public-privé ;
- la promotion de la multisectorialité ;
- l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- la culture de la gestion axée sur les résultats.

Les hôpitaux, en tant que structures opérationnelles, ont pour mission de mettre en œuvre la politique nationale de santé en matière hospitalière. Ils ont récemment fait l'objet d'une réforme qui est entrée en vigueur avec la loi 98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements de santé. Cette réforme a eu pour effet l'érection des hôpitaux nationaux et régionaux en établissements publics de santé. Selon Faye (2003) cette réforme suppose la mise à la disposition des EPS de moyens adéquats pour un meilleur fonctionnement (à travers leurs représentants, les élus locaux) mais aussi de méthodes et outils de gestion empruntés aux entreprises privées.

Fondamentalement, cette réforme consacre la prééminence d'une logique de performance sur celle administrative qui a prévalu jusque là.

C'est ainsi que le CHRT, ayant acquis un statut d'EPS depuis 2001 est amené à se doter :

- d'un plan stratégique et opérationnel appelé « projet d'établissement » ;
- de budgets (alimentés par des dotations publiques et les recettes collectées auprès des usagers) ;
- d'une cellule de contrôle de gestion.

En tant que structure technique, le CHRT a pour mission de fournir des prestations de soins de qualité aux populations, et ce, en gérant au mieux les ressources qui lui ont été confiées afin de garantir un accès équitable aux soins. Ainsi, sa performance s'évalue-t-elle au regard de 3 critères : l'atteinte de ses objectifs, la qualité de ses services et la maîtrise de ses ressources.

La réforme qui avait pour objectif de sortir les hôpitaux de leurs difficultés n'a pas eu l'effet escompté. En effet la dette hospitalière s'est creusée (près de 20 milliards de FCFA en 2011), malgré les efforts financiers de l'Etat. Une telle contre performance est due, selon les autorités, à une mauvaise gouvernance financière.

L'absence de pilotage financier est d'autant plus problématique dans la mesure où, en dehors des subventions apportées par l'Etat, les Collectivités locales ou les bailleurs internationaux, l'Hôpital ne compte que sur ses propres recettes pour couvrir l'ensemble de ses charges.

Dès lors, comment le CHRT peut-elle s'assurer de la bonne utilisation des moyens mis à sa disposition pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé dans le cadre de son projet d'établissement ?

Selon DEMEESTERE (2008), l'allocation des ressources dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des performances peut se faire de trois manières :

- allouer les ressources par reconduction d'enveloppes ajustées d'un pourcentage d'évolution (*Budgets réalistes*);

- allouer les ressources sur la base du volume d'activités en s'appuyant sur une approche analytique (*Budgets à base d'activités*) ;
- négocier simultanément des objectifs de résultats et moyens à utiliser pour y parvenir (*Budgets axés sur les résultats*).

A notre avis, la solution qui pourrait être retenue afin de contourner le problème posé est de négocier simultanément des objectifs de résultats et des moyens à utiliser pour y parvenir en adoptant une démarche budgétaire axée sur les priorités et les résultats. En effet, l'avantage d'une telle méthode est qu'elle permet le pilotage de la performance d'une organisation dès le stade de la planification.

Ainsi allons-nous, tout au long de notre exposé, tenter de répondre à une question principale : Comment faire en sorte que le mode de pilotage du CHRT s'oriente vers une logique d'atteinte de résultats ?

Pour y arriver, il faudra auparavant chercher à répondre successivement aux questions suivantes :

- qu'entend-t-on par Gestion Axée sur les Résultats ?
- quelle est la méthode budgétaire la plus appropriée à une logique de résultats ?
- quel est la démarche budgétaire existante au sein du CHRT ?
- dans quelle mesure pourrions-nous mettre en œuvre une méthode budgétaire axée sur les résultats au CHRT ?

D'où le thème de notre étude : « Proposition d'une démarche budgétaire axée sur les résultats au Centre Hospitalier Régional de Tambacounda ».

Le choix de ce thème se justifie par le fait que l'utilisation d'une démarche budgétaire comme outil de coordination, de communication et de pilotage peut s'avérer être une solution aux conflits qui peuvent exister entre l'organisation et ses partenaires et une assurance quant à la performance de l'établissement.

L'étude de ce thème a donc pour objectif de déterminer les modalités de mise en œuvre d'un modèle de pilotage de la performance d'une organisation à travers l'outil budgétaire.

Pour ce faire nous allons chercher, plus spécifiquement, à :

- comprendre le concept de Gestion Axée sur les Résultats à travers ses principes et outils ;
- présenter la budgétisation comme étant un des outils de pilotage de la performance qui sied à une logique de gestion des résultats ;
- décrire le système de gestion du CHRT ;
- étudier la méthode de construction du budget de l'établissement du CHRT ;
- faire un diagnostic de la démarche de pilotage de l'hôpital et ;
- faire des recommandations pour la mise en œuvre d'une méthode budgétaire axée sur les résultats.

Notons, à ce stade, que notre étude ne couvrira pas l'ensemble du cycle prévisionnel. Ainsi, nous limiterons-nous à la planification opérationnelle et la budgétisation ; ce qui ne signifie pas pour autant que les questions liées à la planification stratégique (qui se fait à un niveau supérieur), aux activités d'évaluation de la performance sont d'une moindre importance.

L'intérêt de cette étude pourrait être observé à trois niveaux. Ainsi, il s'agit pour :

- les autorités de tutelle et bailleurs d'y trouver des outils leur permettant de s'assurer de la l'efficacité et la sécurité des fonds allouer à l'Etablissement ;
- les gestionnaires d'y trouver des pratiques à mettre en œuvre dans le cadre du pilotage de la performance d'une organisation ;
- les étudiants, que nous sommes, d'expérimenter la mise en œuvre d'un outil de management de la performance dans le cas d'une organisation dotée d'une mission de service public.

Ce projet s'articulera autour de deux (2) grandes parties. La première partie abordera les questions théoriques à travers une revue de la littérature sur les concepts de gestion axée sur les résultats et d'élaboration de budgets orientés sur les priorités et les résultats. Nous présenterons par la suite, l'approche méthodologique que nous souhaitons utiliser pour réaliser notre étude.

La seconde partie du mémoire aura pour objet l'étude du Centre Hospitalier et de son cadre budgétaire dans un premier temps, ensuite nous procéderons à la présentation et l'analyse des résultats de cette étude et enfin nous terminerons par la proposition d'une méthode budgétaire axée sur les résultats.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1^{ère} PARTIE :
FONDEMENTS THEORIQUES DE LA
PLANIFICATION ET DE LA BUDGETISATION
AXEE SUR LES RESULTATS

Lors de la conférence internationale de Monterrey sur le financement du développement (2002), les participants ont convenu qu'il fallait former un nouveau partenariat. Ce faisant, les pays en développement s'engageraient plus fermement à adopter des politiques et des mesures favorisant la croissance économique et réduisant la pauvreté. Ils seront appuyés par des pays des développés qui mettront en œuvre des politiques commerciales et d'aide plus efficaces. Ainsi, la communauté internationale reconnaissait qu'il fallait privilégier « une gestion d'avantage axée sur les résultats » en veillant à ce que les ressources soient utilisées plus efficacement lors de la mise en œuvre de politiques et programmes de développement allant dans le sens des OMD.

Cependant, le concept de GAR n'est pas tout à fait nouveau et exclusif aux organismes de développement. En effet le concept de « management par objectifs » avait été introduit par Peter Drucker dans les années cinquante dans un ouvrage intitulé « The practice of management ». D'après un rapport de l'Unesco (2008 : 4) qui cite cet ouvrage, un certain nombre de principes de gestion y avaient été énoncés, à savoir :

- la déclinaison en cascade des objectifs de l'organisation ;
- la détermination d'objectifs spécifiques à chaque membre de l'organisation ;
- l'approche participative de la prise de décision ;
- le choix explicite d'un horizon temporel ;
- l'évaluation de la performance et le retour d'expérience.

Les entreprises privées ont adopté d'emblée l'approche de Drucker, alors que le secteur public et quelques organismes de développement tels que l'USAID l'ont intégré progressivement dans les années soixante-dix.

Dans ce contexte, nous allons, dans cette première partie de notre étude, chercher à comprendre le concept de GAR, ses processus et son cadre de mise en œuvre. Ensuite nous présenterons un outil essentiel à cette approche : la budgétisation axée sur les résultats. Pour clore cette partie, nous annoncerons notre approche de recherche à travers notre modèle d'analyse et notre méthodologie de collecte de données.

Chapitre 1 : Définition de la Gestion Axée sur les résultats

Les organisations, qu'elles soient à but lucratif ou non, poursuivent des objectifs divers dans des domaines d'activités et des environnements juridiques, politiques et économiques variés. Dès lors, il s'avère ambitieux de définir un unique cadre de GAR.

Nous allons, néanmoins essayer de faire une synthèse des définitions de la GAR et de ses concepts clés, avant de présenter son cadre de mise en œuvre à travers ses principes et outils.

1.1. La GAR : Définitions, principes et outils

Dans cette section, nous allons tenter de définir la GAR et un certain nombre de concept qui lui sont associés.

1.1.1. Définition de la GAR

Il existe une multitude définition de la Gestion Axée sur les Résultats. Ainsi pour l'Agence Canadienne pour le Développement international (ACDI) (2008 : 3), la GAR est une approche cyclique de gestion qui considère à la fois la stratégie, les personnes, les processus et les mesures, de manière à améliorer la prise de décisions, la transparence et la responsabilité. Elle est essentielle pour permettre au management d'exercer une gestion judicieuse, conforme aux normes de performance et de responsabilisation du gouvernement. Elle mise sur la production des résultats escomptés, la mesure de la performance, l'apprentissage et l'adaptation, de même que la production de rapports sur la performance.

Selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT) (2008 :10), la Gestion Axée sur les Résultats est une « approche qui oriente les processus, ressources, produits et services organisationnels vers l'obtention de résultats mesurables ». C'est une méthode claire et structurée pour définir les résultats à atteindre et les stratégies nécessaires à l'accomplissement de ceux-ci. Elle encourage également l'enseignement et l'avancement

continus, afin d'améliorer les stratégies en se basant sur les leçons apprises les informations nouvelles ou modifiées.

Cette définition a l'avantage de mettre en évidence le lien étroit qui doit exister entre la stratégie et les résultats à tous les stades du processus de gestion.

Sous l'optique des programmes et politiques de développement, le consensus obtenu lors de la Table ronde internationale sur la gestion des résultats à Marrakech en 2004 nous livre la définition suivante : « La Gestion Axée sur les Résultats de Développement (GARD) est une stratégie de gestion axée sur la performance dans le domaine du développement, selon lequel l'information sur la performance est utilisée pour améliorer la prise de décisions ».

Ici, les concepts de performance et d'information sur la performance sont mis en avant ; ce qui fait la particularité de cette définition.

En résumé nous pouvons dire que la GAR repose sur :

- la définition claire d'objectifs et de résultats escomptés ;
- la mise en œuvre de système de mesure et de suivi de la performance et des résultats ;
- l'apprentissage par le retour d'expérience issu de l'évaluation de la performance ;
- l'approche participative de la planification et la prise de décision ;
- la responsabilisation des acteurs vis-à-vis de leurs réalisations ;
- la liaison entre les résultats d'une part et la planification et l'allocation des ressources de l'autre et ;
- la mise en œuvre d'outils de gestion permettant d'aligner les activités, les comportements et les produits sur les résultats et réalisations escomptés.

Cependant, nous ne pouvons pas nous limiter à la seule définition de la GAR pour en comprendre le concept.

1.1.2. Concepts associés à la GAR

La formalisation de la GAR s'accompagne de la définition de concepts clés qu'il y a lieu de cerner. Ce sont les notions de résultats et de chaîne de résultats, de cycle de résultats et de suivi, évaluation et mesure de la performance.

- Le résultat et la chaîne de résultats

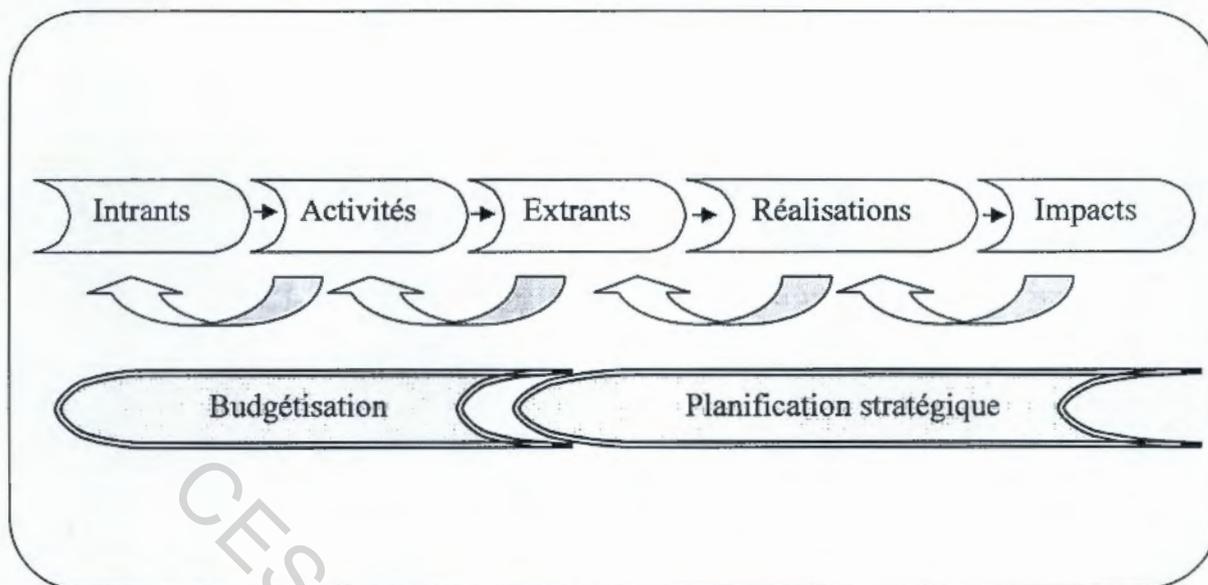
Un résultat peut être défini comme étant un changement descriptible ou mesurable qui découle d'une relation de cause à effet induit par une intervention. D'ailleurs, l'UNESCO (2008) le décrit comme étant « la raison d'être de l'intervention ».

On dénombre différents niveaux de résultats que sont :

- les extrants (ou encore outputs ou produits) qui sont les biens ou services qui résultent d'une activité ;
- les réalisations (ou effets directs ou encore résultats – tout court –) qui proviennent des changements à court terme induits par une activité ;
- les impacts qui sont de effets à long terme, positifs ou négatifs, primaires et/ou secondaires, produits par une activité directement ou indirectement, intentionnellement ou non.

Ces différents niveaux s'enchainent (comme nous le montre la figure 1) par une relation de cause à effet qui mène d'une activité à l'atteinte des objectifs. On parle alors de « chaîne de résultats ».

Figure 1 : La chaîne de résultats



Source : RODRIGUEZ-GARCIA & KUSEK (2007).

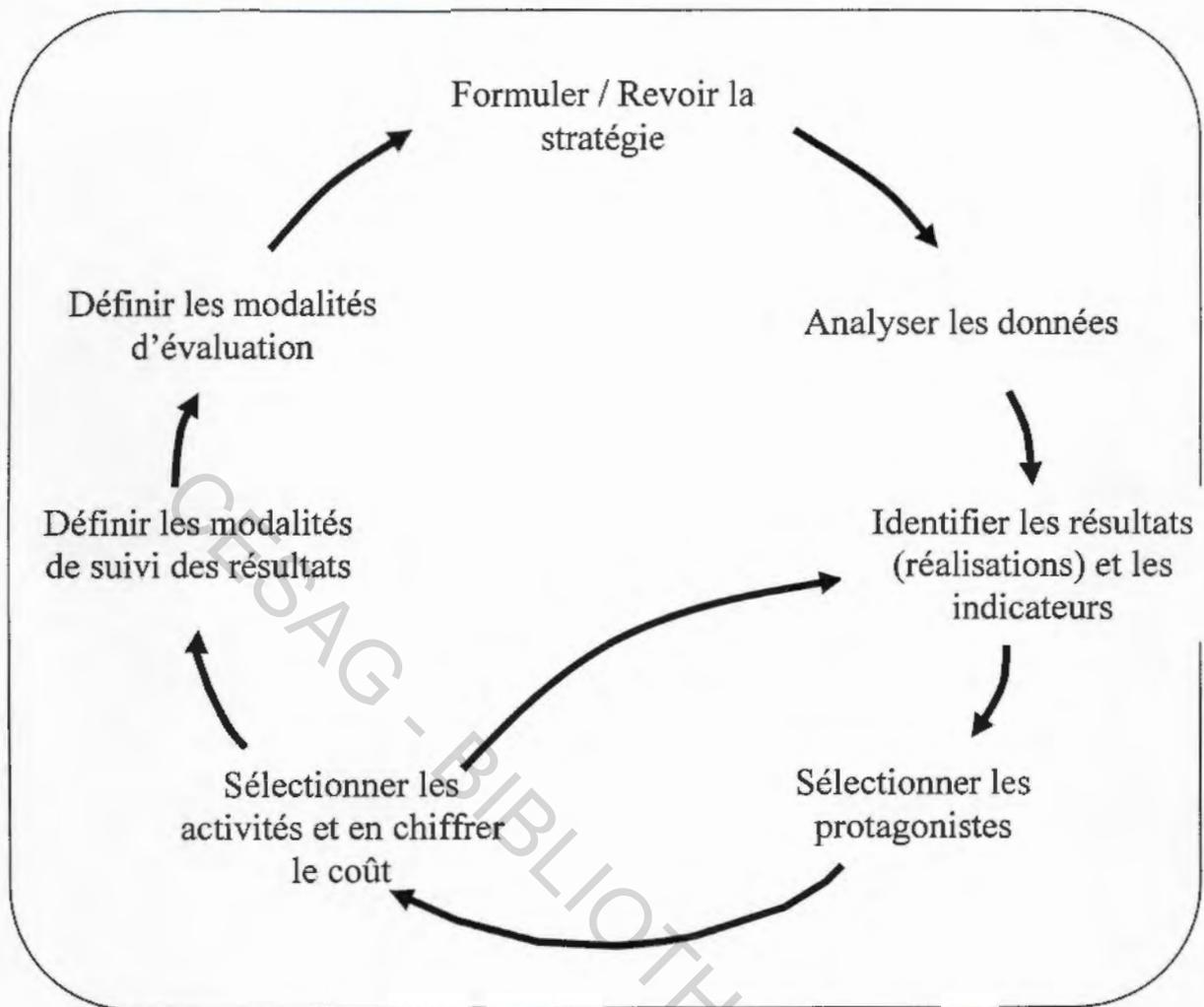
La chaîne commence par la mise à disposition des ressources (intrants), se poursuit par les activités et leurs produits (extrants) et conduit aux réalisations et impacts. Elle aboutit à une rétroaction dans le cadre du cycle de planification et budgétisation axées sur les résultats. Nous pouvons constater que cette chaîne décrit une approche logique qui relie les ressources aux résultats en laissant les réalisations guider la stratégie.

Cette rétroaction s'inscrit dans un plus large processus appelé le cycle de résultats.

- Le cycle de résultats

Le cycle de résultat est un cadre qui permet d'organiser et faciliter le processus d'élaboration participative et de publication d'un plan stratégique qui guidera la future application d'un programme (RODRIGUEZ-GARCIA & KUSEK : 2007). En d'autres termes, il s'agit d'une approche logique qui vise à améliorer la formulation des politiques et la planification stratégique.

Figure 2 : Le cycle des résultats



Source : RODRIGUEZ-GARCIA & KUSEK (2007).

Notons que le cycle de résultats tel que présenté est constitué des processus de planification/budgétisation, de suivi et d'évaluation.

- Le suivi, l'évaluation et la mesure de la performance

Kusek & Rist (2006 :12) nous donnent les définitions des activités de suivi et d'évaluation suivantes.

- L'évaluation :

C'est une étude systématique et objective de la conception, de la mise en œuvre et des résultats des projets, programmes et politiques en cours d'exécution ou achevés.

L'activité d'évaluation peut se dérouler :

- avant le début de l'exécution d'un programme (évaluation ex-ante) ;
- en cours d'exécution et préalablement à une reconduction ou arrêt d'un programme (évaluation à mi-parcours) ;
- à la fin du programme (évaluation finale) et/ou ;
- 2 à 5ans après son exécution (évaluation ex-post).

- Le suivi :

C'est une fonction permanente de collecte de données sur les indicateurs qui fournit aux gestionnaires et aux parties prenantes un feedback régulier sur l'état d'avancement d'un programme de développement. Les données collectées sont analysées et servent de base pour la formulation de recommandation d'actions correctives.

- La mesure de la performance :

Selon l'International Trade Centre (2004 :1). La mesure de la performance est une activité de collecte, d'interprétation et de reporting de données sur les indicateurs de performances qui mesure la capacité des programmes à atteindre ses objectifs (efficacité) tout en maîtrisant ses ressources (efficience).

Après avoir défini la GAR et les concepts qui lui sont associés, il nous faut alors à voir comment est ce qu'elle est mise en œuvre.

1.2. La mise en œuvre de la GAR

La bonne mise en œuvre de la Gestion Axée sur les Résultats requiert le respect d'un certain nombre de principes et l'utilisation d'outils appropriés

1.2.1. Les principes d'une bonne Gestion Axée sur les Résultats

Les principes de la GAR ont été énoncés lors de la Deuxième Table Ronde sur la Gestion Axée sur les Résultats de Marrakech en 2004. Ils constituent les fondements d'une bonne gestion de la performance et sont universels puisque applicables quelque soit le niveau d'intervention (état, organisation, programme/projet).

Ces principes étant interdépendants, il convient de les prendre en compte à chaque étape de toute initiative afin d'en déterminer les outils de gestion appropriés. Aussi constituent-ils un canevas pour la mise en œuvre de la GAR.

La Banque Mondiale (2006 :11) indique que pour une bonne Gestion Axée sur les Résultats, il faut au préalable :

- axer le dialogue sur les résultats à toutes les étapes du processus;
- aligner la programmation, le suivi et l'évaluation sur les résultats ;
- assurer la simplicité des méthodes de mesure et des rapports ;
- axer la gestion sur l'obtention des résultats plutôt que gérer par les résultats ;
- utiliser l'information sur les résultats pour l'apprentissage et la prise de décisions.

Ces 5 principes constituent les fondements d'une GAR. Nous allons tenter de les expliciter afin de mieux en cerner la portée.

- Principe 1 : Axer le dialogue sur les résultats à toutes les étapes du processus

Ce principe énonce : « A toutes les étapes du processus – de la planification stratégique à l'achèvement, et même après –, axer le dialogue sur les résultats pour les pays, les organismes de développement et les autres acteurs ».

Ainsi, dans une approche participative, tous les partenaires, gestionnaires et principaux acteurs concourent :

- lors de l'élaboration de la stratégie et la planification, à la définition des résultats escomptés et à l'analyse des coûts probables et impacts de leurs activités ;
- durant l'exécution des plans d'actions, à la surveillance des progrès vers l'atteinte des résultats et définition des modifications éventuelles à apporter à mi-parcours ;
- à la fin du cycle d'activités, lors de l'évaluation des résultats par rapport aux objectifs et autres critères cibles, pour juger de la pertinence et de la performance du programme et parfois même ;
- bien après, lors de l'évaluation de la permanence des effets des activités dans le long terme pour juger de l'impact et de la durabilité des résultats.

L'intervention de ces acteurs peut se faire à n'importe quel moment, l'essentiel étant qu'au moment venu, chacun assume ses responsabilités.

- Principe 2 : Aligner la programmation, le suivi et l'évaluation sur les résultats

Le deuxième principe stipule qu'il faut : « aligner les activités concrètes de programmation, de suivi et d'évaluation sur les résultats attendus ». En d'autres termes, la planification opérationnelle et la budgétisation doivent être en phase avec la stratégie à long terme et concourir directement à réalisation des résultats.

Le cadre de mesure de la performance, de suivi des progrès et d'évaluation des résultats doit être étroitement lié aux résultats prévus grâce à des indicateurs choisis pour leur pertinence (lien logique avec les résultats) et leur universalité (utilisable à tous les niveaux).

- Principe 3 : Assurer la simplicité des méthodes de mesure et des rapports

Ce principe préconise de veiller à ce que le système de rapports sur les résultats demeure aussi simple, rentable et convivial que possible. Autrement dit, le cadre de mesure et de reporting de la performance doit être élaboré de manière à ce que les intervenants puissent facilement conceptualiser la performance organisationnelle, en définir les hypothèses et les risques et planifier les activités de collecte des données.

Ce principe précise par ailleurs la nécessité de choisir les indicateurs judicieusement en se basant sur des critères de mesurabilité (disponibilité des données) et de rentabilité (coûts de collecte et de traitement des données fiables).

- Principe 4 : Axer la gestion sur l'obtention des résultats, plutôt que gérer par les résultats

Le quatrième principe rappelle qu'il faut « axer la gestion sur l'obtention des résultats, plutôt que gérer par les résultats, c'est-à-dire affecter les ressources voulues pour arriver aux résultats escomptés ». Autrement dit, c'est l'allocation des ressources qui doit se faire pour l'atteinte des résultats et non pas le degré d'achèvement des résultats qui détermine l'allocation des ressources.

L'initiative de faire des réaménagements sur les ressources en cours d'intervention est laissée aux gestionnaires. Par contre tout réaménagement au niveau stratégique doit se faire en reprenant tout le cycle de résultat et en faisant participer l'ensemble des acteurs concernés.

Ce principe recommande donc de respecter l'ordre du cycle de résultat, c'est-à-dire, de commencer par définir les résultats escomptés et les indicateurs, ensuite choisir les activités avant d'affecter les ressources et non l'inverse.

- Principe 5 : Utiliser l'information sur les résultats pour l'apprentissage et la prise de décisions

Selon ce principe, il est fondamental d'« utiliser l'information sur les résultats pour l'apprentissage et la prise de décision en matière de gestion, mais aussi pour la présentation des rapports et la responsabilisation ». Autrement dit, l'information sur la performance a une double destination et par conséquent une double utilisation.

En interne, l'information sur les résultats constitue un retour d'expériences pour les gestionnaires. Ainsi ces derniers pourront intégrer les leçons apprises et améliorer leurs performances.

A l'externe, le reporting permet aux partenaires de mesurer la performance de l'organisation mais aussi de responsabiliser davantage les gestionnaires dont la qualité est révélée par l'évaluation de la performance.

1.2.2. Les outils appropriés

D'après Meier (2003), la gestion axée sur les résultats est une approche qui vise à apporter d'importantes modifications au mode de fonctionnement des organisations en mettant l'accent sur l'amélioration de la performance exprimée par les résultats. Elle comporte un cadre logique et des outils de gestion qui facilitent la planification stratégique, la gestion des risques, le suivi de la performance et l'évaluation. Elle vise principalement à améliorer les capacités d'apprentissage de l'organisation et à permettre à cette dernière de s'acquitter de son obligation de rendre compte par la présentation de rapports sur la performance.

Partant de cette définition de la GAR, nous pouvons distinguer les principaux outils que sont :

- le modèle logique (ou cadre logique) ;
- la planification stratégique ;
- la budgétisation axée sur les résultats ;
- la gestion des risques et ;
- le suivi et l'évaluation axée sur les résultats.

- Le modèle logique

Un modèle logique est un outil technique qui permet de résumer toutes les données pertinentes relatives à un plan stratégique, un programme ou un projet. Les modèles logiques sont généralement présentés dans un tableau qui comporte les rubriques suivantes, entre autres : objectifs/résultats; intrants; indicateurs (ou indicateurs objectivement vérifiables); moyens de vérification; hypothèses/risques. *Banque Mondiale (2006 :10).*

Étant donné que divers modèles logiques ont été élaborés à des fins divers, il n'existe pas de modèle « universel ».

Utilisées depuis les années 70 par des ingénieurs pour planifier l'utilisation efficiente des intrants dans le cadre de leurs projets de développement, ces modèles permettaient de définir systématiquement les objectifs, les cibles et les résultats visés.

Lorsqu'ils sont bien utilisés, ils peuvent aider à décrire la façon dont les intrants vont produire des résultats ou des extrants immédiats et démontrer comment ces extrants vont à leur tour conduire à des effets précis.

Ce nom de modèle logique est une traduction littérale de l'anglais « *logical framework* », mais il arrive de le retrouver sous le vocable de « cadre de résultats ».

- La planification stratégique

C'est un processus par lequel les hauts responsables d'une organisation déterminent, dans le cadre de la mission de l'organisation, les objectifs généraux à atteindre dans un horizon à moyen / long terme, ainsi que les politiques et les stratégies qui faciliteront l'acquisition et l'affectation des ressources nécessaires à la réalisation desdits objectifs.

Elle consiste à prévoir les meilleurs voies et moyens de réagir à l'évolution de l'environnement interne et externe de l'organisation.

- La budgétisation axée sur les résultats

C'est le processus par lequel la planification des activités et l'allocation des ressources, pour l'année à venir, se font suivant un « modèle logique » (« *logical framework* ») qui intègre à la fois les objectifs définis, les résultats escomptés, les outputs (produits), les inputs (ressources) et les indicateurs de performance. *Mizutani (2002 :2)*.

Ce processus découle de la planification stratégique mais est adapté en fonction des dernières informations dont on dispose au moment de l'élaboration des budgets. Il se termine par des engagements des différents responsables sur des objectifs à atteindre et des moyens mis à leur disposition pour cela.

- La gestion des risques

Selon l'IFACI (2005 :3), « Le management des risques est un processus mis en œuvre par le Conseil d'administration, la direction générale, le management et l'ensemble des collaborateurs de l'organisation. Il est pris en compte dans l'élaboration de la stratégie ainsi que dans toutes les activités de l'organisation. Il est conçu pour identifier les événements potentiels susceptibles d'affecter l'organisation et pour gérer les risques dans les limites de son appétence pour le risque. Il vise à fournir une assurance raisonnable quant à l'atteinte des objectifs de l'organisation ».

Il s'agit d'une définition large de la gestion des risques. En bref, elle peut être définie comme étant un processus visant à :

- identifier, en formulant des hypothèses, les conséquences indésirables et les risques dont la survenue pourrait avoir un effet négatif sur l'atteinte des résultats ;
- évaluer les risques, par une quantification de leur probabilité d'apparition et leur impact prévisible ;
- traiter les risques, en tentant de les mettre sous contrôle, à l'aide d'un ensemble de dispositifs et de procédures de contrôle interne.

- Le suivi et l'évaluation axée sur les résultats

Dans le cadre des programmes et projets de développement, les activités de suivi et d'évaluation (S&E) consistent à recueillir systématiquement des informations sur la performance afin de mesurer les progrès réalisés par rapport aux résultats escomptés (Kusek & Rist) (2006 :12). Les informations peuvent ensuite être utilisées lors de la prise des décisions de gestion. Ces activités, qui fournissent des outils et des modèles efficaces pour la mesure de la performance, permettent d'améliorer l'efficacité d'interventions.

Dans le cas des entreprises on pourra parler de suivi et d'audit de la performance en lieu et place de suivi et évaluation des résultats.

Afin de savoir à quel moment du cycle de résultat il faudrait déployer ces outils, nous vous présentons un tableau extrait du document de référence, Banque Mondiale (2006 :153). Ce tableau présente les différents outils de gestion que l'on peut mettre en œuvre en application des principes de la GAR.

Tableau 1 : Exemples d'outils mis en œuvre par les organismes dans le cadre d'une GARD

Principes de GAR	Outils utilisés
Axer le dialogue sur les résultats à toutes les étapes du processus de développement	Cadres stratégiques et de priorités des organismes Stratégies de programmation-pays Stratégies thématiques/sectorielles Cadres de résultats des projets Mécanismes de planification et de consultation des acteurs/partenaires Modèles logiques ou chaînes de résultats (intégrés dans les éléments ci-dessus)
Aligner la programmation, le suivi et l'évaluation sur les résultats	Plans stratégiques pluriannuels ou plans continus à l'échelle de l'organisation Budgets, plans de travail et plans de gestion de programmes/ projets annuels Formation et directives sur la planification de projets/ programmes et la gestion axée sur les résultats Plans de gestion de la performance
Veiller à ce que le système de mesure et de rapports sur les résultats demeure aussi simple, rentable et convivial que possible	Guides, plans et systèmes de S&E (intégrant les SIG) Cadres d'audit et de gestion des risques Cadres de mesure de la performance Cadres de suivi des programmes/projets Directives et outils d'audit Directives et outils d'évaluation Directives et outils d'analyse des risques Formation et directives sur la conception des indicateurs ainsi que sur la collecte et l'analyse des données
Axer la gestion sur l'obtention de résultats, plutôt que de gérer par résultats. C'est-à-dire affecter les ressources voulues pour arriver aux résultats escomptés	Examens et évaluations de la performance Examens et mécanismes internes/externes de suivi de la performance Audits de la performance et de la gestion Études thématiques et sectorielles
Utiliser l'information sur les résultats pour l'apprentissage et la prise de décisions, mais aussi pour la présentation des rapports et la responsabilisation	Rapports annuels sur la performance de l'organisme aux conseils/comités consultatifs, représentants élus et citoyens du pays Rapports annuels sur la performance du programme pays aux décideurs/comités de l'organisme, représentants élus et citoyens du pays Formation et directives sur la prise de décisions de gestion fondée sur l'information relative aux résultats Analyse des évaluations et réaffectation des ressources de manière à pouvoir atteindre les résultats

Source : Banque Mondiale (2006)

En somme, la gestion axée sur les résultats est une méthode de gestion orientée vers l'efficacité et la responsabilité dans la gestion. Elle utilise l'information sur la performance pour améliorer les prises de décisions au sein d'une organisation.

Maintenant que nous avons vu en quoi consiste une GAR et pris connaissance de ses principes fondamentaux et outils, nous allons porter notre attention sur l'outil qui, à notre avis, est le plus universel et utilisé par toutes les organisations : le budget.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2 : La démarche de budgétisation axée sur les résultats

La gestion prévisionnelle est indispensable à toute organisation pour anticiper le futur et prendre les décisions qui lui permettront d'atteindre ses objectifs. Nous avons vu que le fait d'adopter une gestion axée sur les résultats nécessitait d'inclure la performance dès le stade de la planification stratégique. Dès lors, afin d'atteindre un certain niveau de performance dans un horizon à court terme, il faut décliner le plan stratégique en un plan opérationnel annuel et quantifier financièrement celui-ci à l'aide de budgets.

Ainsi nous verrons que la budgétisation axée sur les résultats ne diffère pas tellement de la budgétisation « traditionnelle », à l'exception qu'il s'agit ici d'orienter la démarche vers une logique de maîtrise des performances et d'atteinte des objectifs. Elle obéit de ce fait à une procédure particulière et nécessite la mise en place d'un système de pilotage propice à sa mise en œuvre.

2.1. Définition, éléments clés, processus d'élaboration

Dans la littérature, nous retrouvons une multitude de définitions du budget et des rôles qui lui sont assignés. Dans notre propos, nous nous limiterons aux définitions qui nous semblent pertinentes et orientées sur le management de la performance. Ce qui va nous permettre d'approcher conceptuellement la logique de budgétisation axée sur les résultats.

2.1.1. Définition

Il existe dans la littérature diverses définitions ou dénominations de la budgétisation axée sur les résultats. Néanmoins toutes les définitions tournent autour d'un même concept : aligner l'allocation des ressources sur les résultats à atteindre.

Il arrive souvent que, dans la littérature, on retrouve ce type de budget sous le vocable de plan annuel des dépenses, DEMEESTERE (2008).

D'après notre traduction libre, le United States General Accounting Office (2001 :4) définit les pratiques de budgétisation axée sur les résultats comme étant l'ensemble des activités, processus et capacités qui permettent à une organisation de prendre en compte l'information sur la performance lors de l'élaboration de son budget, de ses demandes de financement et/ou de l'identification d'opportunités afin d'utiliser plus efficacement les ressources disponibles pour l'atteinte de ses objectifs.

Pour les Nations Unies (1999 :3), le budget axé sur les résultats est une sorte de budget programme qui a pour ossature un processus budgétaire autour duquel s'articule un ensemble de résultats escomptés et qui prévoit une mesure de la performance périodique.

Par ailleurs, d'après Mizutani (2002 :2) le Secrétaire Général des Nations Unies définit la budgétisation axée sur les résultats comme étant un processus budgétaire orienté sur les résultats par lequel :

- la planification des activités et l'allocation des ressources se font suivant un « modèle logique » (« *logical framework* ») qui intègre à la fois les objectifs définis, les résultats escomptés, les outputs (produits), les inputs (ressources) et les indicateurs de performance ;
- les résultats escomptés justifient les moyens mis en œuvre dès lors que ces derniers sont directement liés aux produits à livrer pour atteindre les résultats et;
- les indicateurs de performance permettent de mesurer les progrès vers l'atteinte des résultats.

Cette définition a l'avantage de mettre en relief les principaux concepts liés à la Gestion Axée sur les Résultats que sont: les objectifs, les résultats escomptés, les intrants, les extrants et les indicateurs de performance.

Nous pouvons rajouter en outre, qu'en application du principe de responsabilisation, ce processus budgétaire peut accessoirement aboutir à l'établissement de contrat de performance engageant les responsables sur des objectifs à atteindre et des moyens pour y parvenir.

2.1.2. Eléments clés

A l'issue d'un débat sur la budgétisation axée sur les résultats, l'Assemblée Générale des Nations du 18 décembre 1998, dans sa résolution, énonce un certain nombre de principes de gestion de la performance.

Les délibérations ont porté sur les nouveaux concepts que les Nations Unies (1999 :8) ont décidé d'introduire dans leur système budgétaire, et ce, sans pour autant modifier leur système de gestion financière et de management de la performance.

C'est ainsi que la résolution énonce que (d'après notre traduction libre) :

- les résultats escomptés et les indicateurs de performance doivent être directement et clairement liés aux objectifs de l'organisation.
- les résultats escomptés, les indicateurs de performance et les objectifs doivent être définis en ayant à l'esprit le lien direct qui existe entre les inputs (ressources) et les outputs (produit/services) ;
- les concepts clés tels que les objectifs, les résultats escomptés, les indicateurs de performance, les facteurs externes, la mesure de la performance doivent être clairement définis ;
- la décentralisation de la gestion des ressources doit s'accompagner d'une plus grande imputabilité (responsabilisation) ;
- les systèmes de management de la performance et les systèmes d'information de gestion doivent être conçus (ou mis à jour) dans l'optique de mettre en œuvre un système de contrôle de gestion capable de traiter les données sur la performance.

Ces éléments sont essentiels à tout système budgétaire qui tend à s'orienter vers une logique de résultats. Ils viennent s'ajouter au système existant et nécessitent par conséquent d'adopter une démarche qui diffère de celle dite traditionnelle.

2.1.3 Le processus d'élaboration

DEMEESTERE (2008 : 196) a identifié 3 grandes étapes dans l'établissement de plan annuel de dépenses. Ces étapes sont :

- Etape 1 : la définition d'objectifs préliminaires ;
- Etape 2 : la négociation et la fixation d'objectifs définitifs ;
- Etape 3 : la construction détaillée du plan annuel.

- Etape 1 : la définition d'objectifs préliminaires

C'est une phase d'études et d'analyses qui consiste à :

- ré-estimer les comptes de l'année en cours afin de disposer d'une base de référence pour comparer les comptes prévisionnels de l'année à venir ;
- prévoir les volumes d'activités de l'organisation ;
- prévoir la trésorerie (état prévisionnel des recettes et des dépenses) ;
- faire une première simulation des comptes de l'année à venir.

Elle aboutit à l'établissement d'une lettre d'objectifs pour les différents centres de responsabilités. Cette lettre s'appuie sur les orientations retenues dans le plan stratégique et précise le cadrage économique pour l'année à venir ; en particulier sous forme d'objectifs de coûts.

- Etape 2 : la négociation et la fixation d'objectifs définitifs

Lors de cette étape, il s'agira de :

- expliciter les éléments de façon plus détaillée en déclinant les objectifs de l'organisation au niveau de chaque service ;
- affiner les prévisions de volume d'activité, le plan de charge et les prévisions de ressources nécessaires ;
- préparer des propositions en terme d'actions et de moyens en faisant participer les principaux acteurs du service concerné ;

- soumettre les propositions de chaque service à la direction générale qui fixe les objectifs définitifs, après débat.

- Etape 3 : la construction détaillée du plan annuel

Cette dernière phase du processus consistera à :

- transmettre les objectifs définitifs à chaque service et procéder à des arbitrages internes à celles-ci ;
- élaborer les budgets détaillés de chaque service ;
- vérifier la cohérence des différentes hypothèses retenues ;
- affiner certains chiffrages (mensualiser les objectifs) ;
- diffuser les informations sur le plan annuel aux différentes parties concernées.

A l'issue de ce processus, il s'agira de synthétiser les différents éléments dans un document final qui comporte en général :

- un exposé des orientations et plans d'action retenus pour la période ;
- les prévisions d'activités ;
- les prévisions d'effectifs ;
- les états financiers prévisionnels (compte de résultat, bilan, tableau de financement, budget d'investissement, plan de trésorerie) présentés par service, activités...

Dans une forme plus avancée, le budget peut s'accompagner de contrats d'objectifs et de moyens, signés avec les différents responsables de l'organisation. Les moyens correspondants concerneront le personnel, les équipements, le financement, la trésorerie. ...

Aussi la contractualisation permet-elle de matérialiser la décentralisation des objectifs et de donner ainsi plus d'autonomie aux responsables.

2.2. Cadre de mise en œuvre

Le cadre de mise en œuvre peut être décomposé en 4 axes qui résument les principales dimensions de la budgétisation axée sur les résultats, United States General Accounting Office (2001 :6).

Ainsi nous distinguons :

- la mise en relation des résultats escomptés et des ressources à travers les modèles logiques ;
- le calcul du coût d'un résultat ou « costing » ;
- la prise en compte de l'information sur la performance lors de la budgétisation ;
- l'amélioration continue grâce aux retours d'expérience.

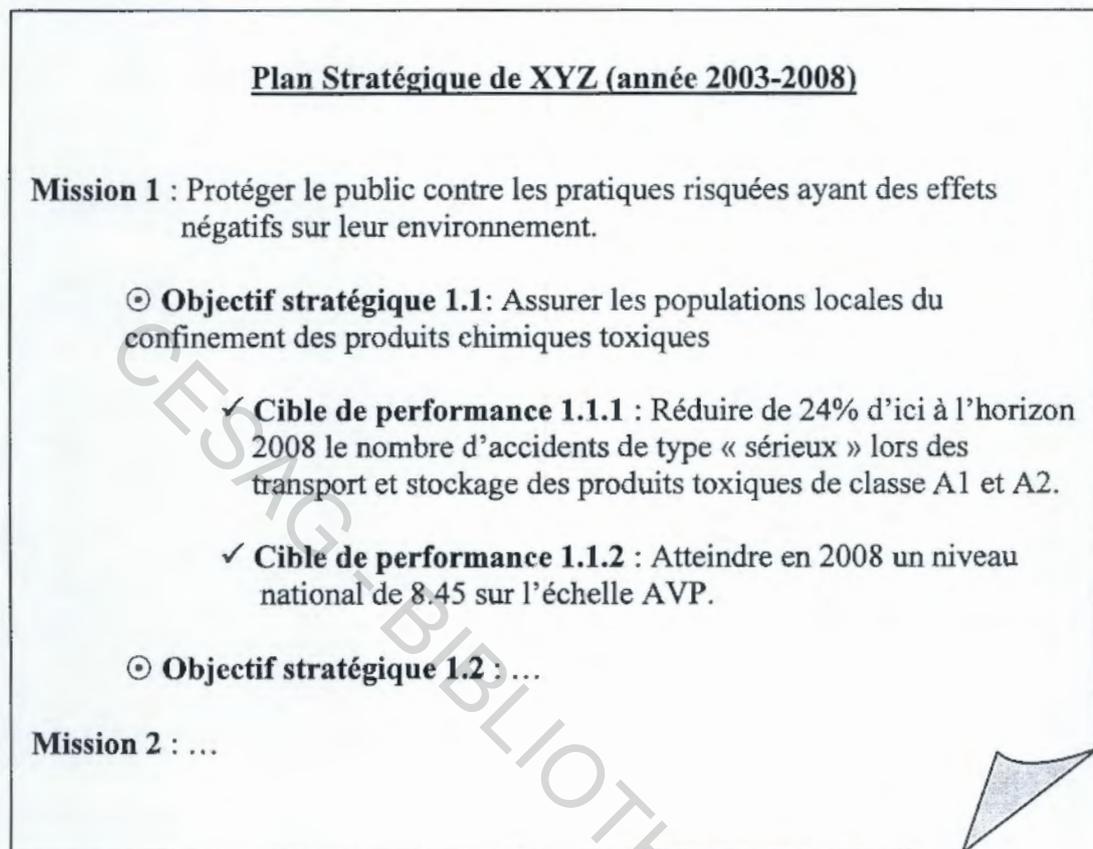
2.2.1. Les modèles logiques

Le modèle logique est un outil qui décrit la relation entre les résultats / objectifs et les ressources mis en œuvre pour les atteindre. Il permet de décliner les objectifs de l'organisation en objectifs spécifiques puis en produits, activités et tâches. A chaque objectif on associe un indicateur qui permet d'en suivre le niveau de performance.

A ce sujet, MERCER (2003) nous donne l'exemple d'un département d'état américain dont l'une des missions de son programme est d'obtenir un résultat à long terme (impact) sur la population. Cet impact représente les effets à long terme induits par la réalisation d'un ensemble d'objectifs stratégiques, qui mis en communs produisent un résultat à court terme. Les progrès vers l'atteinte de ces objectifs sont déterminés par un ensemble d'indicateurs de performances.

L'encadré 1 présente la hiérarchie des objectifs définis dans le plan stratégique.

Figure 3 : Exemple de hiérarchisation des objectifs stratégiques



Source : MERCER (2003).

Notons à ce stade que l'usage des modèles logiques peut nécessiter un réalignement des comptes budgétaires afin de mieux orienter l'allocation des ressources vers les résultats. Cela passe par la définition d'une nomenclature budgétaire basée sur les activités et non pas sur des rubriques traditionnelles telles que les dépenses de fonctionnement, d'investissement, de personnel...

Une alternative à la modification de la nomenclature serait de mettre en place une comptabilité par activité qui permette de faire le lien entre les dépenses effectués et les objectifs poursuivis, United States General Accounting Office (2001 :13).

2.2.2. Le « costing »

Le calcul des coûts par activités constitue un axe important dans l'élaboration d'un budget axé sur les résultats. Après une déclinaison des objectifs en activités et tâches, il y a lieu d'en chiffrer les coûts en prenant l'ensemble des ressources employées à la réalisation de ces dites activités et tâches.

En effet, déterminer le coût d'un résultat nécessite de déterminer tout ce dont on a besoin pour atteindre ce résultat en termes d'inputs (temps, argent, personnel...).

Pour ce faire, l'organisation doit disposer des capacités et compétences requis pour organiser et tenir un système de comptabilité gestion performant. En effet, plus exigeant qu'une simple comptabilité analytique, le calcul des coûts par activités requiert une analyse fine des activités pour en identifier les ressources consommées.

La méthode du calcul des coûts par activités requiert que l'organisation dispose de systèmes d'information fiables et performants, MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE (2002 :131). Le recours à cette méthode est donc couteux. Elle doit, par conséquent, apporter une véritable plus value à l'organisation. D'où la nécessité de procéder à une analyse coût-bénéfice pour en tester l'opportunité.

2.2.3. L'intégration de l'information sur la performance

Selon Robinson & Last (2009 : 2), deux conditions sont essentielles pour développer un modèle de budget performance simple :

- disposer de l'information sur l'atteinte des objectifs ou l'achèvement des résultats en usant des indicateurs de performance ou des résultats d'évaluation de programme ;
- définir un "design" de processus budgétaire qui facilite la prise en compte de cette information lors de l'allocation des ressources.

En effet, introduire l'information sur la performance dans les délibérations budgétaires va permettre de s'assurer que les décisions d'allocation de ressources reflètent les préoccupations des responsables en matière de performance.

En plus de servir de base de discussion lors de la formulation du budget, L'usage de l'information sur la performance comme retour d'expérience permet l'amélioration continue.

2.2.4. L'amélioration continue

La quête de la performance est un processus continu. De ce fait, les progrès vers l'atteinte des résultats doivent être suivis et mesurés en permanence.

Dans ce cadre, les deux dimensions de la performance doivent être prises en compte à savoir l'efficacité et l'efficience.

Pour améliorer l'efficacité, il y a lieu de se servir d'indicateurs mesurant le degré d'achèvement des résultats et des évaluations pour rechercher des alternatives pour l'atteinte des objectifs.

Du point de vue de l'efficience, une analyse des coûts des activités, notamment des coûts unitaires, permet d'identifier les activités où des économies peuvent être réalisées. Ce qui peut aider les responsables à faire des choix dans l'organisation des activités.

Saldanha (2002 :10), rappelle la place essentielle qu'occupe l'analyse de la performance dans l'identification des causes de la performance. En effet elle permet à l'organisation de s'ajuster ou s'améliorer pour atteindre ses objectifs.

Aussi rappelle-t-il la difficulté qui subsiste dans une analyse causale, à savoir la diversité des explications pour justifier un écart. A cet effet, il préconise de poser la question « pourquoi » à plusieurs reprises pour aller à la source des causes.

Pour conclure, nous pouvons dire que le budget est l'outil par excellence pour mettre en œuvre la stratégie d'une organisation.

Dans le cadre d'une gestion axée sur les résultats, le budget permet de lier chaque activité et tâche à l'objectif qu'elle permet d'atteindre. Seulement pour y arriver, il faut auparavant définir des critères de mesure des progrès réalisés.

Toutefois, afin d'étudier les modalités de mise en œuvre d'un tel outil au CHRT, nous devons adopter une démarche méthodologique qui guidera notre travail sur le terrain.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 3 : Méthodologie de recherche

Après une revue de littérature qui nous a permis de définir les contours d'un cadre logique de pilotage de la performance à travers l'outil budgétaire, nous allons présenter les principales variables déterminantes qui permettent au budget de remplir ce rôle. Dans un second temps nous faire l'inventaire des différents outils de collectes des données que nous utiliserons pour effectuer notre analyse.

3.1. Le modèle d'analyse

Afin de tester l'hypothèse que la méthode budgétaire du CHRT permet à celui-ci de piloter sa performance, il nous faudra auparavant mettre en relief l'influence d'un certain nombre de variables déterminantes qui interviennent dans ce processus.

3.1.1. Les éléments caractéristiques du mode pilotage de l'entité

Afin de caractériser le style de management de l'entité étudiée, nous nous intéresserons à certains éléments que nous jugeons déterminants pour la mise en œuvre d'une gestion axée sur les résultats.

Ainsi, les lois et décrets, l'organisation interne, la planification stratégique et le reporting de la performance sont autant d'éléments qu'il ya lieu de considérer avant d'étudier la méthode budgétaire d'un établissement public.

- Les lois et décrets

Les lois et décrets définissent le cadre réglementaire dans lequel évolue l'organisation pour mener sa mission. Dans le cas spécifique des organismes du secteur publics, les lois et décrets fixent les prérogatives des établissements, déterminent les structures organisationnelles, organisent les instances décisionnelles et établissent le cadre de reporting externe.

Par ailleurs les prérogatives d'un certain nombre d'acteurs intervenant dans le processus budgétaire sont fixées par les lois et décrets, d'où la nécessité de leur accorder notre attention.

- L'organisation interne

L'organisation interne est essentielle dans la mesure où elle définit la structure organisationnelle et le style de management de l'entité. En matière budgétaire, nous avons vu que la décentralisation des responsabilités est centrale. En effet, selon le principe d'imputabilité, chaque responsable est comptable des performances de son service.

Aussi avons-nous vu que le découpage hiérarchique sert à la déclinaison des objectifs généraux de l'organisation et par conséquent à la négociation des objectifs de chaque centre.

- Le plan stratégique

La gestion axée sur les résultats est avant tout une approche de planification de la performance. Or nous avons vu que le budget n'est rien d'autre que la dernière étape du processus de planification ; ce qui fait du plan stratégique un document de référence en matière de budgétisation axée sur les résultats.

En effet, c'est bien à l'intérieur du plan stratégique, plus particulièrement à travers le modèle, que nous retrouvons les informations nécessaires à l'élaboration de budgets axés sur les résultats à savoir :

- les objectifs stratégiques (généraux et spécifiques) ;
- les résultats escomptés ;
- les produits et ressources ;
- les indicateurs et cibles de performance ;
- les plans d'actions et leur calendrier de mise en œuvre.

Au cours de notre étude, nous nous attacherons à vérifier que son élaboration se fait bien suivant une approche participative, qu'il est disponible et que dans son contenu, les attentes des parties prenantes ont bien été prises en compte.

- Le reporting de la performance

Les rapports de performances (ou rapports annuels de gestion) sont essentiels en matière de gestion axée sur les résultats dans la mesure où ils permettent d'avoir les informations sur les progrès vers l'atteinte des résultats. Ils doivent être remis dans des délais courts, fournir des informations de qualité et disponibles.

Ainsi, nous allons chercher à nous assurer que l'organisation dispose de :

- tableaux de bord équilibrés permettant de suivre la performance, en temps réel, à l'aide d'indicateurs;
- systèmes d'informations qui traitent les données et rendent l'information sur la performance disponible ;
- dispositifs de contrôle interne permettant de s'assurer de la qualité et la fiabilité des informations sur la performance et maîtriser les risques.

3.1.2. Le modèle de budgétisation axé sur les résultats

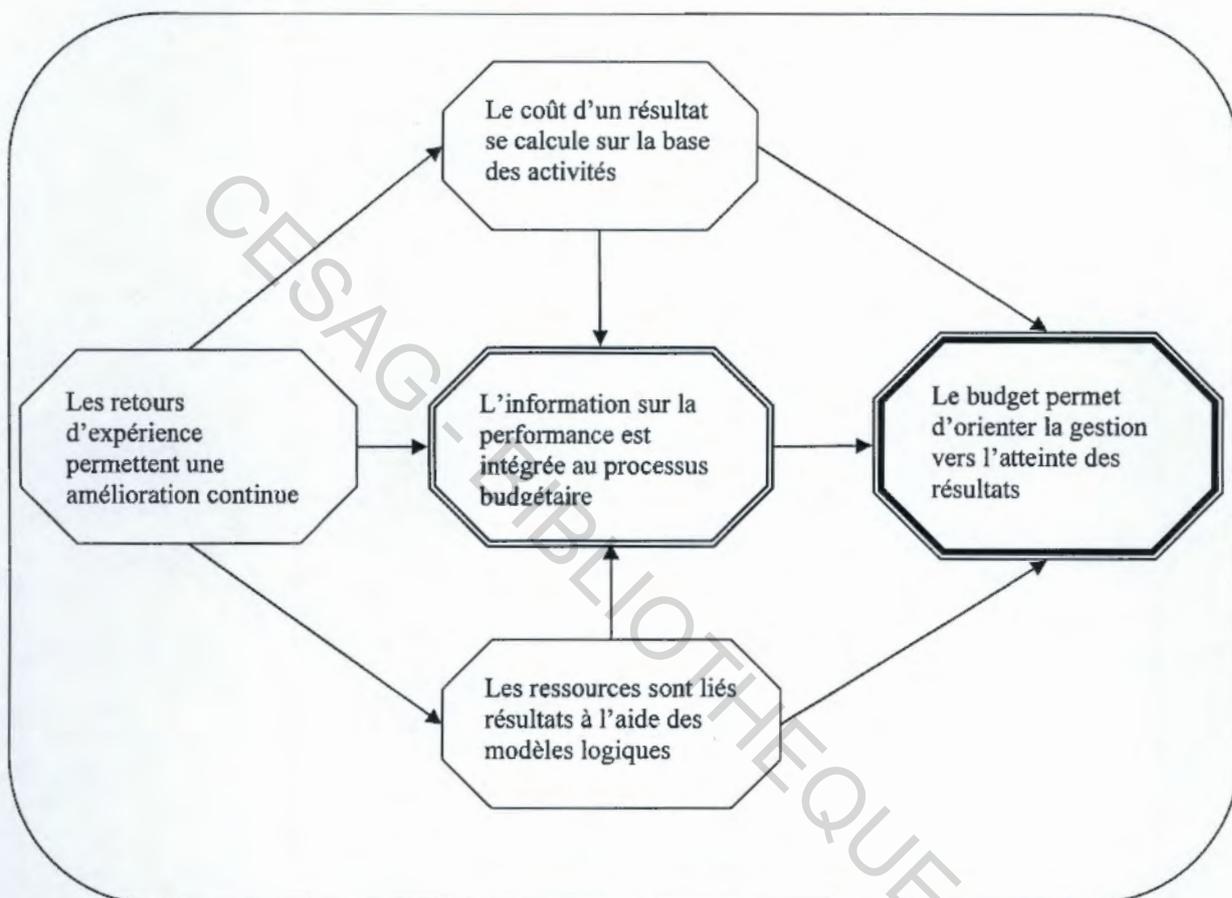
A l'issue de la revue de littérature, notamment celle décrivant le cadre de mise en œuvre de la budgétisation axée sur les résultats, nous avons pu identifier les éléments essentiels que sont :

- la mise en relation des résultats escomptés et des ressources à travers les modèles logiques ;
- le calcul du coût d'un résultat ou « costing » ;
- la prise en compte de l'information sur la performance lors des délibérations ;
- l'amélioration continue grâce aux retours d'expérience.

Ces éléments mis en relation nous permettront d'appréhender le budget axé sur les résultats comme étant un outil de mise en œuvre du plan stratégique d'une organisation.

Ce faisant, nous pouvons schématiser notre modèle d'analyse de la façon suivante (cf. figure n° 8):

Figure 4 : Le modèle d'analyse



Source: United States General Accounting Office (2001)

Le premier élément met l'accent sur le processus budgétaire, en particulier sur la prise en compte de l'information sur la performance lors des délibérations. En effet, intégrer l'information sur la performance dans le processus budgétaire permet à l'organisation de se doter d'un outil puissant de gestion axée sur les résultats.

Cette intégration se fait à différents stades de la budgétisation. Par exemple, dans la lettre d'orientation, on devrait rappeler les objectifs de l'organisation, les cibles de performances, les hypothèses, les risques...

Le deuxième élément insiste sur la capacité de l'organisation à calculer les coûts unitaires par activité et à s'en servir pour déterminer le coût d'un résultat / objectif.

Pour ce faire, l'organisation devrait disposer au moins d'une comptabilité analytique et adopter une méthode de calcul des coûts telle que l'ABC (Activity Based Costing).

Le deuxième élément est étroitement lié au troisième. En effet, le « costing » suppose que l'organisation ait au préalable décliné ses objectifs en activités et tâches afin de pouvoir les quantifier financièrement.

Pour être effectif le modèle logique devrait au moins comporter des rubriques telles que les objectifs généraux, les objectifs spécifiques, les indicateurs de performances, les activités/tâches, les responsables...

Le quatrième élément met en avant le rôle essentiel des retours d'expériences qu'il faut intégrer au processus pour améliorer les progrès vers l'atteinte des résultats.

3.2. La collecte des données

3.2.1 Approche méthodologique

L'approche méthodologique que nous souhaitons adopter lors de notre étude peut être scindée en plusieurs étapes :

- Prise de connaissance de l'organisation ;
- Description de la méthode budgétaire existante ;
- Diagnostic de la démarche de pilotage de la performance ;
- Evaluation du processus budgétaire ;
- Proposition d'une procédure budgétaire axée sur les résultats.

La phase de prise de connaissance nous permet de nous imprégner des principales caractéristiques de l'organisation et de son style de management. Nous recueillons à cet effet des informations légales, opérationnelles et financières.

La description de la méthode budgétaire sera faite afin de cerner les pratiques existantes au sein de l'établissement.

Un diagnostic de la démarche de pilotage sera effectué afin d'évaluer la capacité de l'organisation à inscrire son style de management dans une logique de gestion de la performance.

Nous évaluerons par la suite la procédure d'élaboration budgétaire du CHRT pour en déterminer les points forts et les points faibles. Nous proposerons dans la foulée certaines bonnes pratiques à mettre en place pour pallier les faiblesses constatées.

Enfin nous proposerons une procédure que nous aurons conçue au regard des spécificités de l'Hôpital et qui pourrait orienter la gestion du Centre vers une logique de performance.

3.2.2. Outils de collecte des données

Afin de recueillir les informations nécessaires pour documenter le processus, nous avons élaboré un certain nombre d'outils de collecte de données. Les critères de choix de ces outils sont que ces derniers doivent être :

- acceptables pour nos interlocuteurs dans l'organisation ;
- en accord avec les objectifs de notre étude et ;
- discrètes.

Sur cette base les techniques que nous souhaitons déployer sont : l'analyse documentaire, l'administration de questionnaires et l'interview.

- L'analyse documentaire

Elle portera essentiellement sur :

- les lois et décrets relatifs à la Réforme Hospitalière ;
- le projet d'établissement du CHRT ;
- les manuels d'organisation générale et de contrôle de gestion ;
- les principaux documents utilisés lors de l'élaboration du dernier budget ;
- les états financiers.

- L'administration de questionnaires

Les questionnaires que nous avons élaborés nous permettront de faire un diagnostic de la démarche de pilotage du CHRT. Elle vise principalement :

- la démarche de gestion prévisionnelle des performances ;
- la démarche de gestion de gestion des risques ;
- le degré d'intrusion de l'état dans la gestion quotidienne ;
- le degré d'autonomie des responsables de centre.

- L'interview

Les interviews que nous souhaitons effectuer nous permettront d'avoir une description détaillée du processus d'élaboration des budgets et prendre connaissance du CHRT à travers son mode de fonctionnement.

Nous noterons, en conclusion, qu'en raison des délais qui nous sont impartis nous estimons ne pas être en mesure de collecter des informations autres que celles déjà disponibles dans l'organisation.

Par ailleurs, la période à laquelle nous menons notre étude ne coïncidant pas avec le calendrier du processus budgétaire, des outils tels que l'observation physique ne pourront être mis en œuvre.

Nos principaux interlocuteurs sur le terrain seront les acteurs du processus d'élaboration budgétaire, en particulier le directeur du centre, le contrôleur de gestion, le président de la CME (commission médicale d'établissement).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Conclusion de la première partie

Cette première partie nous a permis d'appréhender la gestion axée sur les résultats comme une méthode de gestion orientée vers la performance organisationnelle. Contrairement à certaines définitions qui limitent son champ aux organismes de développement, la GAR peut s'appliquer aux organisations à but lucratif qui visent la performance. En effet, peut mettre en œuvre cette approche, toute organisation qui cherche à :

- avoir une vision claire de là où elle veut aller ;
- énoncer les changements auxquels elle souhaite opérer ;
- se donner les moyens d'y arriver avec les ressources dont elle dispose ;
- maîtriser ses risques ;
- disposer d'outils nécessaires pour suivre ses progrès vers l'atteinte de résultats et intégrer les leçons apprises dans ses prises de décision ;
- mobiliser et responsabiliser ses acteurs.

En tant que prolongement de la planification, la budgétisation permet d'allouer les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie. Elle se matérialise par l'établissement d'un plan annuel de dépenses.

Ce plan annuel fait le lien entre chaque franc dépensé et l'objectif qu'il permet d'atteindre. Il diffère du budget traditionnel dans la mesure où il s'inscrit dans une logique de gestion axée sur les résultats.

2^{ème} PARTIE :
ETUDE DU PROCESSUS D'ELABORATION DU
BUDGET DU CHRT

Avec l'avènement de la Réforme Hospitalière de 1998 qui a érigé le CHRT en EPS, de nouveaux défis et enjeux se posent à la structure.

Dans sa mission, qui consiste à fournir des prestations de soins de qualité auprès des populations bénéficiaires, l'établissement jouit d'une certaine autonomie dans la gestion des ressources qui lui ont été confiées.

Ainsi l'hôpital est appelé à mettre en œuvre une véritable démarche de pilotage de la performance qui lui permette d'atteindre ses objectifs, de produire des services de qualité et de maîtriser ses ressources.

Dans cette seconde partie nous allons présenter l'hôpital à travers son cadre juridique, son organisation et les principaux acteurs de son processus budgétaire. Ensuite nous tenterons de décrire la procédure d'élaboration de son budget. Puis nous ferons un diagnostic de sa démarche de pilotage de la performance et de sa méthode budgétaire. Nous terminerons par la proposition d'une procédure d'élaboration d'un budget axée sur les résultats.

Chapitre 4 : Présentation du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda (CHRT)

Comme annoncé en introduction, notre étude aura pour cadre de mise en œuvre le Centre Hospitalier Régional de Tambacounda (CHRT). Nous allons donc entamer cette seconde partie par une prise de connaissance de l'établissement à travers son cadre juridique, sa mission, son organisation et ses activités. Ensuite nous présenterons quelques chiffres clés nous permettant de nous faire une opinion sur la capacité, les volumes d'affaires et les résultats de l'établissement.

4.1. Le cadre juridique et la mission du CHRT

Le cadre juridique a pour objectif de définir l'organisation et d'explicitier la mission qui est confiée à l'établissement. Dans cette section nous allons le présenter afin de comprendre le fonctionnement du CHRT.

4.1.1. Le cadre juridique : la Réforme Hospitalière

La réforme hospitalière a été introduite avec un corpus de textes juridiques (lois et décrets) organisant les établissements publics de santé, notamment le CHRT. Il s'agit des textes suivants :

- Loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 98-12 du 2 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.
- Loi n° 2000-01 du 10 janvier 2000 portant création d'un établissement public de santé à statut spécial dénommé : Hôpital Principal de Dakar
- Décret n° 98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des établissements publics de santé.
- Décret n° 98-702 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé.
- Décret n° 2001-712 du 11 septembre 2001 portant érection de l'Hôpital régional de Tambacounda en établissement public de santé hospitalier.

Selon les dispositions législatives et réglementaires contenues dans les textes de loi présentés ci-dessus, les établissements publics de santé sont classés en :

- établissements publics de santé hospitaliers de premier niveau ;
- établissements publics de santé de deuxième niveau et ;
- établissements publics de santé de troisième niveau.

Les établissements publics de santé de premier niveau assurent des prestations de médecine et de chirurgie générale, d'obstétrique, et des soins d'urgence. Ils constituent le premier stade de référence des formations sanitaires relevant de leur zone de couverture.

Les établissements publics de santé de deuxième niveau fournissent des prestations de médecine et de chirurgie générale, d'obstétrique, de soins d'urgence et de soins spécialisés à caractère médical, chirurgical et psychiatrique. Ils constituent le second niveau de référence pour les formations sanitaires publiques et privées de leur zone de couverture.

Les établissements publics de santé de troisième niveau ont une vocation qui s'étend à l'ensemble du territoire national, liée à leur haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique, et psychiatrie. Ils constituent le troisième niveau de référence.

Parallèlement, la législation et la nouvelle réglementation prévoient un établissement ayant signé une convention avec la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Le CHRT est classé dans la catégorie des établissements publics de santé de deuxième niveau ; ce qui a une incidence sur sa mission, ses activités et son mode d'organisation.

4.1.2. La mission de l'établissement

La mission du CHRT est définie par la loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière dans le chapitre intitulé « Missions et obligations des établissements publics de santé ».

Les articles 1 et 8 précisent que les établissements hospitaliers assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils assurent le cas échéant leur hébergement. La qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif essentiel pour tout établissement hospitalier.

Le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins. Il est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie.

Afin de dispenser des soins de qualité, les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers et les Etablissements Hospitaliers Privés ou Militaires participant au service public doivent disposer de moyens adéquats. Ils sont tenus de prendre en charge les patients qui leur sont régulièrement référés ou de leur trouver un lieu de soins adapté à leur état.

Ils établissent le diagnostic et dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs et de réadaptation que requiert leur état et en liaison avec les autres structures, ils veillent à la continuité de ces soins à l'issue de leur admission.

Tout établissement ayant reçu un malade référé par un praticien, est tenu de lui adresser un résumé du dossier médical.

Le service public hospitalier ne peut établir aucune discrimination entre les malades quant aux soins à pourvoir.

De plus, l'article 9 de la loi n° 98-12 du 2 mars 1998 précise que le service public hospitalier contribue :

- au programme d'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- à la formation continue des praticiens ;
- à la recherche médicale, odonto-stomatologie, pharmaceutique et psychologique ;
- à la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la recherche en soins infirmiers et obstétricaux ;

- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
- à l'organisation de l'aide médicale d'urgence conjointement avec les personnes et les services concernés ;
- à la mise en œuvre de toute activité s'inscrivant dans le cadre des priorités de santé publique définies par le Ministère chargé de la santé ;
- à la prise en charge de la population pénitentiaire dans les conditions fixées par voie réglementaire.

4.2. Activités et organisation

Les activités du CHRT peuvent être définies comme étant l'ensemble des prestations de services de l'établissement. Pour fournir ces services, l'établissement s'est organisé en différents unités que nous présenterons.

4.2.1. Les activités et partenariats du CHRT

On distingue principalement les activités de consultations et d'hospitalisations, de ventes de médicaments et de pompes funèbres. Elles sont assurées par les services médicaux, médico-techniques et chirurgicaux qui sont réparties comme suit :

- la Pharmacie Centrale ;
- le Service Ophtalmologique ;
- le Laboratoire et la Banque de Sang ;
- le Service de Radiologie ;
- le Service d'Odontologie ;
- le Service Pédiatrique ;
- le Service de la Maternité ;
- le Bloc opératoire et la Chirurgie ;
- le Service de Réanimation ;
- le Service de Médecine ;
- le Service d'Orthopédie et de Kinésithérapie.

Parmi des partenaires du CHRT, on dénombre :

- la JICA (Japan International Cooperation Agency) à travers un Programme de Renforcement du Système de Santé ;
- HELIS-France qui aide à l'équipement du Centre Orthopédique de l'Hôpital
- l'AVLM (Association la Vie en Marche) projet d'aide à la mobilité.

4.2.2. L'organisation de l'établissement

Afin de décrire l'organisation de l'établissement nous allons, dans un premier temps, présenter ses organes et ensuite schématiser son organisation fonctionnelle à travers un organigramme.

4.2.2.1. Organisation générale

L'organisation générale de l'Hôpital peut être décrite en distinguant d'une part les organes de décision et de conseil et, d'autre part, les organes exécutifs.

Les organes décisionnels et consultatifs sont composés du :

- Conseil d'Administration (CA) ;
- Comité de Coordination Hospitalo-Universitaire ;
- Commission Médicale d'Etablissement (CME) ;
- Comité Technique d'Etablissement (CTE).

Les organes exécutifs de l'établissement sont :

- le Directeur du CHRT ;
- les services de soutien de la direction (le SSI, le Service Social et le Contrôle de gestion) ;
- le service administratif et financier (SAF) ;

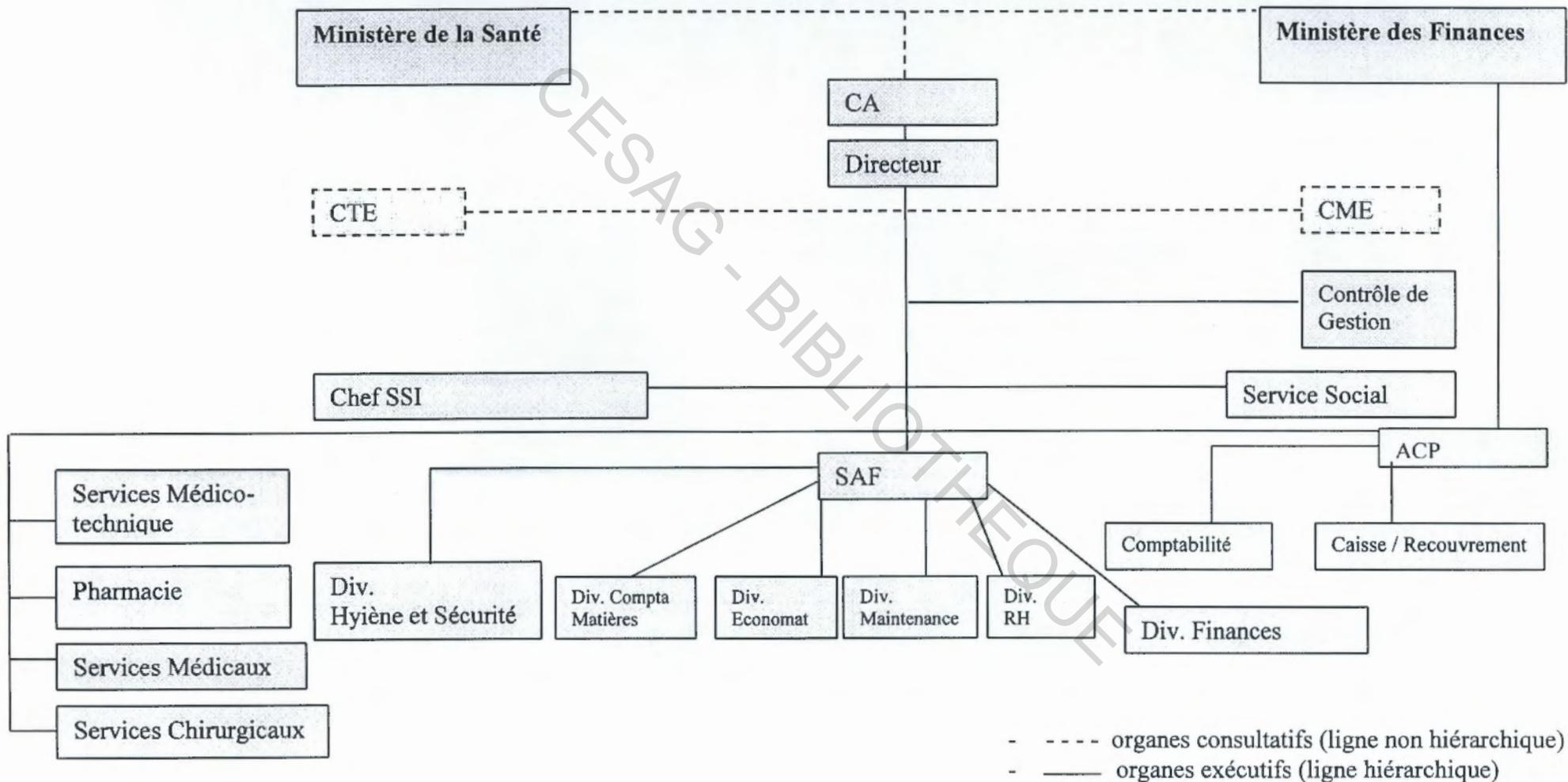
- les services médicaux ;
- les services médico-techniques ;
- les services chirurgicaux ;
- la Pharmacie centrale ;
- l'Agence Comptable Particulière.

4.2.2.2. Organisation fonctionnelle

L'organisation fonctionnelle du CHRT peut être décrite à l'aide d'un organigramme. Nous le présentons à la page suivante.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DU CENTRE HOSPITALIER DE TAMBACOUNDA (CHRT)



4.3. : Quelques chiffres pertinents

Les données que nous avons collectées sur les statistiques de l'Hôpital nous permettent d'avoir un bref aperçu sur sa capacité d'accueil, son niveau d'activité, ses performances cliniques et financières.

4.3.1. Les indicateurs non-financiers

Les données sur l'activité du CHRT peuvent être résumées en :

- Données sur les activités curatives (en 2009)

Les données sur les activités curatives nous renseignent sur la capacité d'accueil du CHRT et les volumes d'activités. Elles sont mises en rapport avec les totaux de EPS du pays.

Tableau 2 : Données sur les activités curatives du CHRT

Intitulé	CHRT	Total des EPS
Nombre de lits	105	4 056
Nombre d'hospitalisations	1 705	144 983
Journées d'hospitalisations	18 210	785 932

Source : Service National de l'Information Sanitaire (SNIS)/Ministère de Santé (2009)

- Données sur les indicateurs hospitaliers (en 2009)

Les données sur les indicateurs hospitaliers nous renseignent, dans une certaine mesure, sur les performances cliniques du CHRT. On pourra les apprécier par rapport aux moyennes nationales.

Tableau 3 : Indicateurs hospitaliers du CHRT

Intitulé	CHRT	Moyenne EPS
TOM (Taux d'Occupation Moyenne)	48%	53%
DMS (Durée Moyenne de Séjour)	11	5
IRL (Indice de Rotation des Lits)	16.2	35.7
Pourcentage de décès	19%	7%

Source : Service National de l'Information Sanitaire (SNIS)/Ministère de Santé (2009)

4.3.2. Les indicateurs financiers

Afin d'obtenir des informations sur la situation et les performances financières, nous avons exploité les documents de synthèses de l'ACP.

Les informations que nous avons extraites des états financiers du CHRT pour l'année 2009 sont :

Tableau 4 : Indicateurs financiers du CHRT

Indicateur	Valeur (en FCFA)
Bilan	
Total Bilan	2 156 679 373
Total Dettes + Passif circulant	732 388 262
Compte de résultat	
Chiffre d'affaires	371 783 474
<i>Subvention d'exploitation</i>	<i>614 911 562</i>
<i>Charges de personnel</i>	<i>- 458 930 318</i>
Excédent brut d'exploitation	57 491 531
Résultat net	38 178 650
Tableau de financement	
Capacité d'autofinancement	57 491 531
Excédent de trésorerie d'exploitation	-11 692 899
Variation de trésorerie	144 538 901

Source : Service Administratif et Financier/CHRT (2010)

4.4. Acteurs du processus budgétaire

Dans cette section, nous avons choisi de présenter seulement les principaux acteurs qui interviennent dans le processus et leurs attributions en matière de gestion budgétaire.

- Le directeur

Le directeur de l'hôpital nommé par décret après avis du Conseil d'Administration représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il définit la politique managériale de l'établissement ; il prépare le règlement intérieur et il gère les ressources humaines, matérielles, et financières de l'établissement.

Le directeur est l'ordonnateur du budget. A cet effet, il établit annuellement les comptes prévisionnels qui sont adoptés par le Conseil d'Administration. Il recrute le personnel régi par le code du travail et a autorité sur les services.

Le directeur peut déléguer sa signature à l'un des membres de son équipe, en respectant la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable.

Il est assisté directement dans ses fonctions par le Chefs de Services Administratifs et Financiers et par le Chef de Service des Soins infirmiers, le Chef du Service Social, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Représentant du Personnel, le Contrôleur de Gestion et l'Auditeur Interne.

- Le Contrôleur de Gestion

Le Contrôleur de Gestion est chargé pour le compte du directeur de :

- faire le point régulièrement sur l'exécution du budget et sur la situation de la trésorerie ;
- présenter trimestriellement un rapport sur la gestion de l'Etablissement ;
- suivre en permanence l'effectif et la masse salariale ;

- apporter, par le contrôle budgétaire et toute investigation particulière, les informations financières nécessaires à la direction pour la prise de décision.

- La Commission Médicale d'Établissement (CME)

Cette commission est composée de :

- l'ensemble des chefs de services médicaux, pharmaceutiques et odontologistes ;
- trois représentants des corps de médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes élus par leurs pairs.

Elle est chargée de préparer avec le Directeur le projet médical d'établissement et d'émettre des avis sur le projet d'établissement, le projet de budget, les tarifs des prestations et les comptes.

Elle est tenue informée de l'exécution du budget et de l'activité de l'établissement.

- Le Conseil d'administration

Il a comme attributions le :

- définition de la politique générale de l'établissement public hospitalier ;
- délibérations des mesures relatives à sa gestion ;
- contrôle de l'application des directives présidentielles, notamment celles issues de corps de contrôle sur la gestion des établissements publics de santé ;
- délibérations annuelles sur le rapport de gestion sociale présenté par le directeur.

Ses délibérations portent notamment sur :

- les orientations stratégiques et les projets d'établissement ;
- le règlement intérieur ;
- les programmes pluriannuels d'action et d'investissement ;
- les budgets et les comptes prévisionnels ;
- les comptes de fin d'exercice et l'affectation des résultats d'exploitation ;

- les tarifs de prestations, ainsi que les prix des cessions de biens et services produits par l'établissement dans le cadre de ses missions d'établissement de santé ;
- etc.

- Les Chefs de services

Les services et divisions du CHRT sont placés sous leur responsabilité. Dans le cadre du processus budgétaire, il leur incombe d'établir les budgets de leurs services respectifs.

- La Tutelle Technique

Le CHRT est placé sous la tutelle du Gouverneur de la région. En matière d'élaboration du budget, il revient à celui-ci d'approuver le budget par une note signée.

En conclusion, nous avons vu que l'Hôpital est régi par un cadre juridique qui lui dicte sa mission et son mode de fonctionnement.

C'est dans ce cadre qu'elle mène ses activités de prestations de soins auprès des populations.

Aussi son niveau d'activité et ses performances financières sont-ils jugés à l'aune d'un certain nombre d'indicateurs que nous avons présentés.

Plusieurs acteurs interviennent de la cadre de la gestion quotidien du Centre hospitalier. Nous avons choisi d'en présenter quelques un, notamment ceux qui ont un rôle dans le processus budgétaire de l'établissement.

Maintenant, nous allons porter notre attention sur la description de son processus d'élaboration des budgets.

Chapitre 5 : Description du processus budgétaire du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda (CHRT)

Le cadre d'élaboration du budget annuel de l'Hôpital est fixé par la loi n° 98-12 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé et par le décret n°98.702 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé. Par ailleurs, la procédure d'élaboration du budget est décrite à l'intérieur du manuel de contrôle de gestion de l'Hôpital.

5.1. Le cadre d'élaboration budgétaire

Conformément à la réglementation, l'Hôpital élabore un budget annuel de fonctionnement et d'investissement sur la base des objectifs et prévisions d'activités de l'établissement pour l'année à venir. Le Conseil d'Administration arrête le budget dans sa globalité et adopte le budget présenté par service. L'exercice financier débute le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de la même année.

La nomenclature budgétaire de l'hôpital est organisée de manière à être en cohérence avec la celle de la comptabilité générale. Ainsi la codification des lignes budgétaires coïncident avec le plan comptable de l'OHADA, ce qui assure par ailleurs une cohérence du système d'information.

Ainsi, le budget de fonctionnement du CHRT est constitué des rubriques suivantes :

- En produits

Tableau 5 : Budget de fonctionnement : Nomenclature des produits

Groupe	N° de compte	Rubriques
Groupe 1 Produits des ventes	701	Recettes de la vente de médicaments génériques
Groupe 2 Produits de la tarification	706	Recettes issues des services d'hospitalisation, de consultations et soins externes, d'imagerie médicale et de la morgue
Groupe 3 Subventions et dotations publiques	718	Subventions d'exploitation obtenues auprès de l'Etat, des Collectivités locales et des partenaires internationaux

Source : Nous-mêmes

- En charges

Tableau 6 : Budget de fonctionnement : Nomenclature des charges

Groupe	N° de compte	Rubriques
Groupe 1 Charges d'exploitation relative au personnel	661	Salaires, Primes, Indemnités, Heures supplémentaires, Astreintes des médecins et
	662	Charges sociales et fiscales
Groupe 2 Charges à caractère médical et pharmaceutique	604	Médicaments Gaz médicaux Matériel et outillage médical Fournitures ...
Groupe 3 Charges à caractère général et hôtelier	604	Achats alimentaires
	611	Autres dépenses de fonctionnement (dont carburant, entretien, maintenance, fourniture de bureau, consommables...)
	605	Dépenses permanentes (eau et électricité)
	62	Services extérieurs (A)
Groupe 4 Provisions, charges financières et exceptionnels	63	Autres services extérieurs (B)
	651	Pertes sur créances clients et autres débiteurs
	658	Charges divers (jetons du CA, mécénat et œuvres sociales)
Groupe 5 Transfert entre budget	659	Charges provisionnées d'exploitation
	681	Dotations aux amortissements

Source : Nous-mêmes.

Le budget d'investissement du CHRT est constitué des rubriques suivantes :

- En produits

Tableau 7 : Budget d'investissement : Nomenclature de capitaux

Groupe	N° de compte	Rubriques
	14	Subventions d'investissement

Source : Nous-mêmes.

- En charges

Tableau 8 : Budget d'investissement : Nomenclature des comptes d'immobilisations

Groupe	N° de compte	Rubriques
	21	Immobilisations incorporelles
	23	Immobilisations corporelles (bâtiments, IGAAC)
	24	Immobilisations corporelles (matériel)

Source : Nous-mêmes.

5.2. Le processus d'élaboration budgétaire

Le processus d'élaboration budgétaire, tel que décrit dans le Manuel de contrôle de gestion de l'Hôpital, se déroule comme indiqué dans le tableau suivant :

Tableau 9 : Le processus d'élaboration budgétaire selon le Manuel de contrôle de gestion

Responsable	Action	Calendrier	Matérialisée par
Contrôleur de gestion	Préparation budget	fin juin	Rapports d'activité
Directeur	Détermination des objectifs	début juillet	Lettre d'orientation
Contrôleur de gestion	Envoi pré budget à chaque centre de responsabilité	mi juillet	Transmission
Chef centre de responsabilité	Etablissement budget du service	avant fin Août	Supports remplis
Contrôleur de gestion	Synthèse des budgets de service	15 septembre	Document
Directeur	Arbitrage budgétaire Approbation de la synthèse budgétaire	avant 20 septembre	Annotations
Contrôleur de gestion	Amendement des budgets de services Consolidation du projet de budget	avant le 15 octobre	Document confectionné
Directeur	Transmission du projet de budget - à la commission médicale d'établissement - au contrôleur financier - au Conseil d'administration	le 20 octobre	Transmission documents
Commission Médicale d'Etablissement	Donne son avis sur le projet de budget	au plus tard le 30 octobre	Observations
Conseil d'Administration	Adoption du budget	du 20 novembre au 01 décembre	- Procès verbal - Délibération
Tutelle technique	Approbation du budget	au plus tard le 31 décembre	Note signée
Directeur	Exécution du budget	01 janvier	Besoins exprimés et budgétisés : commande
Contrôleur de gestion	Suivi budgétaire	tout le long de l'année	Rapport de gestion

Source : Manuel de Contrôle de Gestion des EPS (2002)

A la suite d'une interview avec le Contrôleur de gestion du CHRT, nous avons recueilli les informations sur le déroulement du processus d'élaboration du budget annuel tel qu'il existe dans l'établissement.

Selon lui, les principales étapes de la construction du budget sont :

- Etape 1 : Lettre d'orientation
 - Préparation du budget :

Le contrôleur de gestion effectue un ensemble d'analyse et d'études lui permettant d'effectuer ses prévisions et produit un rapport d'activité couvrant la période de janvier à juin.

Il élabore par ailleurs une esquisse de la lettre d'orientation générale qu'il soumet au directeur.

- Détermination des objectifs :

Sur la base du rapport d'activité, du plan de redressement de l'hôpital et de l'ébauche de la lettre d'orientation, le Directeur établit une lettre d'orientation définitive qu'il adresse aux différents chefs de service. Il détermine ainsi le cadre d'élaboration du budget de l'Hôpital en rappelant les objectifs de l'établissement pour l'année à venir.

- Etape 2 : Proposition des services :

Sur la base de la lettre d'orientation et des données dont-ils disposent sur l'activité de leurs services, les responsables de centre font leurs prévisions et remplissent les fiches budgétaires.

- Etape 3 : Prévisions des activités :

Le contrôleur de gestion n'élabore pas de pré-budget en tant que tel, faute de disposer d'assez d'informations sur les activités de chaque service. A cette étape, il se limite donc à envoyer la lettre d'orientation générale, accompagnée des supports d'élaboration de budgets (fiches budgétaires).

En l'absence de projet d'établissement à jour, l'hôpital n'élabore que des budgets dits « réalistes ». Celui-ci se fait sur la base des réalisations de l'année en cours et une estimation des réalisations pour le reste de l'année. Ces données sont ajustées d'un taux de croissance calculé sur la base d'une progression relative des recettes et des dépenses.

Le projet de budget ainsi confectionné est transmis par la suite au directeur.

- Etape 4 : Arbitrage budgétaire :

A la réception du document confectionné, le directeur procède seul à l'arbitrage du budget. Autrement dit, il n'y a pas de réunion d'arbitrage en raison de la nature même du type de budget proposé (budget réaliste).

- Etape 5 : Projet de budget :

Il apprécie le projet de budget et le transmet à la commission médicale d'établissement pour avis.

- Etape 6 : Avis de la Commission Médicale d'Etablissement :

La commission médicale émet un avis sur le projet de budget confectionné, en apportant si nécessaire quelques observations.

- Etape 7 : Adoption du budget :

Lors du Conseil d'Administration, le Directeur de l'Hôpital présente le rapport de gestion de l'année écoulée et propose aux membres du Conseil le projet de budget pour l'année à

venir. Ces derniers adoptent le projet de budget lors de leur délibération. Les délibérations sont constatées par des procès verbaux signés par le Président.

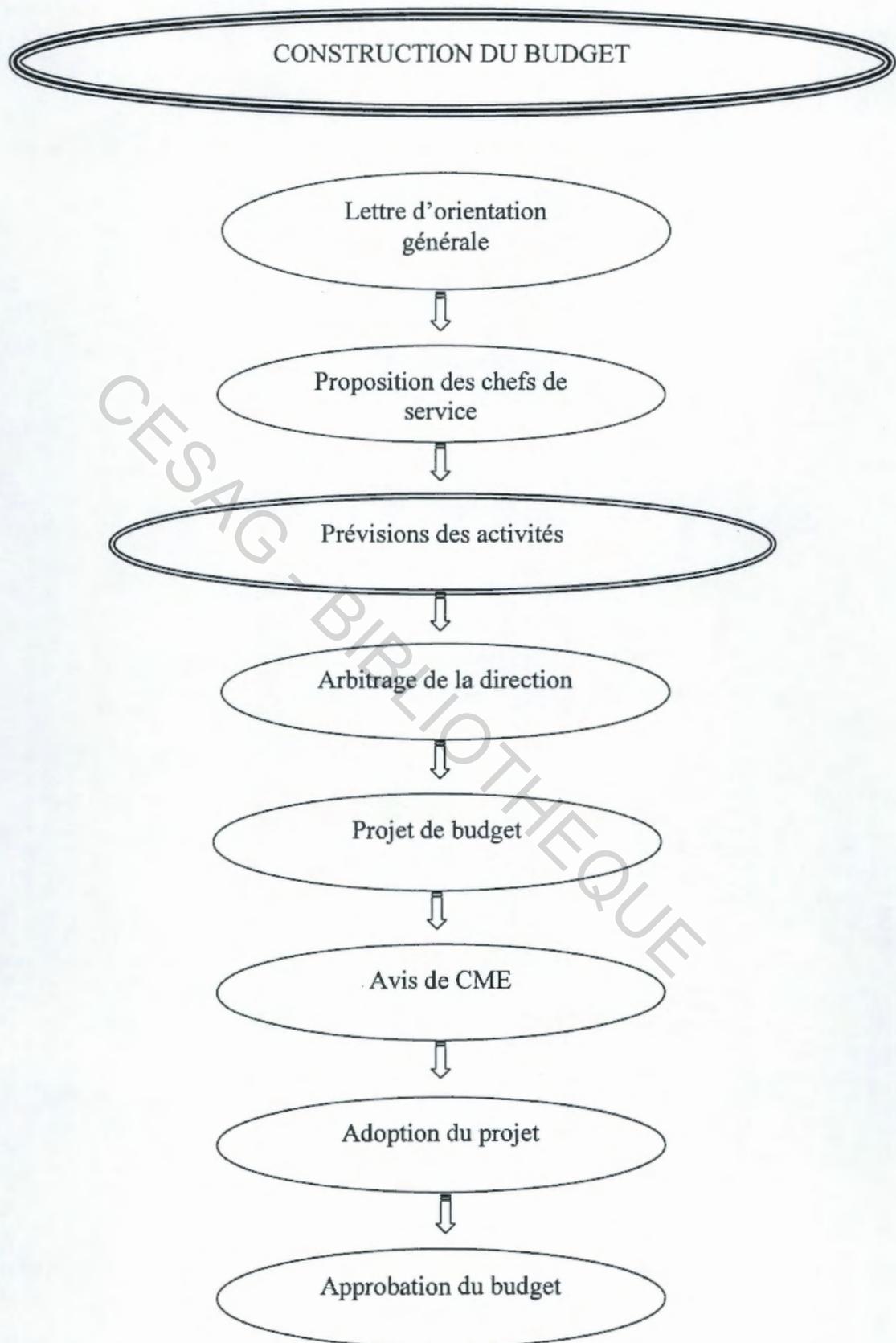
Après Intégration des recommandations du Conseil d'administration, le projet de budget adopté est envoyé à la tutelle pour approbation.

- Etape 8 : Approbation du Gouverneur :

Les délibérations du Conseil d'Administration portant sur le budget ne sont rendus exécutoires qu'après leur approbation par la tutelle, en l'occurrence la Gouvernance. Cette dernière dispose de trente jours à compter de la date de réception des documents pour émettre un avis. Passé ce délai, sans réponse de leur part, les délibérations deviennent exécutoires.

La construction du budget du CHRT, que nous a décrit le contrôleur de gestion, a donc été schématisée dans la figure suivante :

Figure 6 : Les étapes clés de la construction du budget du CHRT



Source : Nous-mêmes.

Nous notons, à ce stade que nous n'avons fait ici que décrire les propos du contrôleur de gestion. C'est ainsi que nous allons lors du prochain chapitre apporter notre diagnostic de l'existant pour en voir les forces et les faiblesses.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 6 : Présentation et analyse des résultats

Une fois le CHRT présenté et son processus budgétaire décrit, nous allons présenter et analyser les résultats obtenus à la suite du déploiement de nos différents outils de collecte de données.

Ce faisant, nous allons procéder à un double diagnostic. En effet, celui-ci portera à la fois sur :

- le pilotage de performance et ;
- la procédure budgétaire.

6.1. Diagnostic de la démarche de pilotage de la performance au CHRT

Notre diagnostic de la démarche de pilotage de la performance au CHRT s'articule autour des points suivants :

- la structure organisationnelle ;
- les outils d'information, de mesure et de reporting de la performance ;
- la gestion des risques ;
- la gestion prévisionnelle des performances et ;
- le cadre juridique et politique.

6.1.1. Diagnostic de la structure organisationnelle

L'analyse de la répartition des missions et pouvoirs des différentes unités du CHRT nous permet de constater que sa structure organisationnelle est de type mixte. En effet nous avons pu distinguer deux (2) modes d'organisation, à savoir par :

- services fonctionnelles, au niveau de l'administration (Service Administratif et Financier, Service de Contrôle de gestion, Service des Soins Infirmiers...) et ;

- services opérationnels, au niveau des services médicaux, médico-techniques et chirurgicaux (Pédiatrie, Ophtalmologie, Radiologie, Chirurgie...) qui sont réparties selon leur type de prestations.

Du point de vue hiérarchique, nous avons constaté qu'une certaine décentralisation des pouvoirs de décisions prévalait avec, notamment, la faculté pour chaque chef de service d'élaborer son budget.

Cette architecture organisationnelle constitue un point fort en matière de gestion axée sur les résultats. Seulement les chefs de services ne s'impliquent pas entièrement dans le processus budgétaire puisque, selon le contrôleur, le remplissage des fiches budgétaires ne se fait pas de façon objective.

Pour y remédier, le contrôleur de gestion pourrait organiser la formation des Chefs de service notamment en ce qui concerne le remplissage des fiches budgétaires et l'analyse des écarts dans les fiches de collecte des données pour le suivi budgétaire.

Ce dernier pourra trouver l'approche la plus pédagogique pour faire en sorte que les Chefs de service prennent conscience de l'importance que revêt le budget en tant qu'outil de pilotage de la performance.

6.1.2. Diagnostic des outils d'information, de mesure et de reporting de la performance

Les systèmes d'informations existantes sont :

- la comptabilité générale ;
- la comptabilité matières et ;
- la comptabilité budgétaire.

L'intérêt de ces systèmes est qu'ils donnent des informations sur l'état du patrimoine et les performances économiques et financières de l'Etablissement.

Nous notons cependant l'absence d'une comptabilité analytique ; ce qui peut poser des difficultés au niveau de la modélisation des coûts, privant ainsi les responsables d'outils de prévisions et de décisions.

Des tableaux de bords sont élaborés par le contrôleur de gestion. Ils sont équilibrés dans la mesure où les indicateurs permettent faire à la fois le suivi budgétaire et le suivi des activités, du personnel et des médicaments. Cependant il est centralisé au niveau de la direction ; ce qui est inefficace en matière de pilotage de la performance parce que les opérationnels n'en ont pas.

Le contrôleur de gestion pourrait concevoir des tableaux de bord individualisés pour chaque Chef de service afin de leur permettre de suivre leurs progrès vers l'atteinte des objectifs de leurs centres de responsabilités.

Pour ce faire, il pourrait organiser des séances de travail avec chaque Chef de service. Il s'attachera à cerner les attentes de chaque responsable en matière de retour d'expérience. Aussi devra-t-il veiller à élaborer des tableaux de bord qui soient cohérents avec l'organigramme, pertinents et pratiques.

6.1.3. Diagnostic de la gestion des risques

Des dispositifs de contrôle interne sont en place, notamment avec l'existence d'un manuel de procédure (bien que celui-ci n'est pas à jour) et de notes de service. Ce qui est en soi un point fort. Cependant, ils sont pilotés, tant bien que mal, par le contrôleur de gestion qui, rappelons-le, est seul à assurer le service de contrôle de gestion.

Ces dispositifs présentent donc un handicap en l'absence d'une fonction d'Audit Interne. Ce qui remet en cause la fiabilité et la qualité des informations et pose le problème de la maîtrise des risques.

La Direction gagnerait à mettre en place un service d'audit interne le plus rapidement possible, compte tenu de l'apport qu'il peut avoir en matière de maîtrise des risques.

Le Directeur nous a assuré qu'un tel projet est en cours ; mais au préalable, celui-ci souhaite d'abord faire appel à un cabinet d'experts pour l'élaboration d'un manuel de procédures propre au CHRT.

6.1.4. Diagnostic de la gestion prévisionnelle des performances

La démarche prévisionnelle, telle qu'elle existe, ne permet pas à l'Hôpital de se projeter dans l'avenir. En effet, en l'absence d'un projet d'établissement à jour (le seul qui existe a expiré en 2006), l'Hôpital ne peut identifier ses problèmes à résoudre et les qualités de ses performances en termes de productivité et de rendement. Or l'intérêt même du projet d'établissement au sein de l'Hôpital, par son approche participative, est de :

- développer un esprit d'équipe au sein de chaque service ;
- créer une cohérence entre les différents services et ;
- susciter une motivation de l'ensemble des agents en les associant à la réalisation d'une œuvre commune et leur faisant percevoir les exigences d'un hôpital performant.

Néanmoins, pour pallier ce manque, l'Établissement dispose d'un plan de redressement élaboré en 2010 mais dont l'horizon temporel est limité à 3 ans. Ce plan a été établi par le contrôleur de gestion lors de la soumission d'une demande de financement à un bailleur international. Hélas, ce dernier n'est pas un document officiel puisqu'il n'est pas validé par le Conseil d'Administration et la Tutelle.

Une autre alternative serait de partir des objectifs du PNDS et en faire des orientations stratégiques. En effet, le PNDS qui couvre la période 2009-2018, s'inscrit dans le cadre de l'atteinte des objectifs pour le millénaire.

Le second avantage de cette solution est que le Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme 2009-2011 (CDSMT), décliné en plans de travail annuel (PTA), est un véritable budget axé sur les résultats. Malheureusement, son processus d'élaboration est insuffisamment compris par les acteurs du système sanitaire, ce qui rend l'outil inefficace au niveau des EPS.

6.1.5 Diagnostic du cadre juridique et politique

De par son statut d'Etablissement Public de Santé, le CHRT se trouve au carrefour d'une logique d'entreprise et d'une logique de mise en œuvre de politiques publiques.

Il est placé directement sous la tutelle du Gouverneur de la Région de Tambacounda et indirectement sous celle du Ministère de la Santé (tutelle technique) et du Ministère des Finances (tutelle financière).

La tutelle impose ses exigences :

- politiques et sociales, notamment à travers une politique orientée vers la santé pour tous et la modernisation de la médecine et ;
- économiques, avec la fixation d'une fourchette à l'intérieur de laquelle la tarification des soins est établie.

L'Etat a donc un triple rôle vis-à-vis de l'Hôpital, à savoir celui de :

- stratège, notamment avec la fixation du cadre d'action (mission) et des orientations (objectifs) et la validation du projet d'établissement.
- apporteur des ressources, avec les subventions et dotations annuelles qu'il accorde (614 911 562 FCFA de subvention d'exploitation en 2009) et ;
- contrôleur d'efficacité et de régularité à travers les inspections et audits ponctuels.

Selon le Directeur, l'intrusion de l'Etat dans la gestion quotidienne va même au-delà de ce que nous venons d'énoncer. Par exemple ce dernier n'a d'emprise sur les recrutements et affectations d'agents de l'Etat au CHRT et ne peut définir la politique d'intéressement de son personnel.

Ce qui nous amène à nous interroger sur le degré d'autonomie et la marge de manœuvre dont dispose le CHRT dans sa gestion.

Il est vrai que vu les fonds apportés par l'Etat, ce dernier ait un droit de regard sur la gestion du Centre. Néanmoins, il devrait laisser plus de liberté aux EPS dans la détermination des grilles tarifaires et la gestion de personnel.

Les partenaires sociaux sont actuellement en négociation avec l'Etat pour obtenir de ce dernier un nouveau statut pour le personnel des EPS. On ose attendre de cette mesure, qui vient en complément de la Réforme, un renforcement l'autonomie de gestion des EPS, particulièrement en matière de politique de ressources humaines.

6.2. Diagnostic de la procédure budgétaire

Comme avancé dans notre modèle d'analyse, les points que nous venons d'analyser dans la section précédente ont une influence sur le déroulement de la procédure budgétaire.

Le diagnostic que nous rendons porte sur certains de la procédure que nous a décrit le contrôleur de gestion.

- De la conformité de la procédure

D'emblée, la première observation que nous pouvons faire est que le processus d'élaboration du budget tel qu'il se déroule dans l'Etablissement ne coïncide pas avec les étapes décrites dans le manuel de procédure.

L'explication qui a été donnée à ce sujet est qu'en l'absence de projet d'établissement et de retour d'expérience fiable de la part des services opérationnels, l'Hôpital se contente d'élaborer un budget réaliste. Celui-ci est élaboré sur la base des réalisations de l'année passée ajustées d'un taux de croissance.

Or, nous avons vu que le document du PNDS 2009-2018, est en soi une bonne référence. Mieux encore, les plans annuels de travail sont de bon outil pour mettre en œuvre une budgétisation axée sur les résultats.

- De la lettre d'orientation

L'absence même d'un projet d'établissement pose le problème de la détermination des objectifs annuels qui doivent figurer dans la lettre d'orientation.

Dans la mesure où il n'a pas été défini un cadre logique (*logical framework*), ces objectifs restent généraux, pas forcément mesurables et ne sont accompagnés ni d'indicateurs ni de cibles de performance.

Là aussi, les programmes fonctionnels qui composent le CDSMT 2010-2012 tiennent compte des objectifs sectoriels et orientations du PNDS. La déclinaison de ces objectifs au niveau de l'Hôpital pourrait servir de base à l'établissement des lettres d'orientations.

Par exemple, le modèle peut prendre la forme suivante :

Tableau 10 : Exemple de modèle logique

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Indicateurs de performance	Activités	Echéance	Responsables	Coût	Source de financement
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile	Favoriser la maternité à moindre risque	Taux de césarienne gratuits	Assurer gratuitement les césariennes	Janvier décembre	Chef du service maternité / Maitresse sage femme	-	CHRT
	Assurer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	Taux de couverture des soins contre les maladies courantes (IRA, paludisme, diarrhée)	Dépister et traiter systématiquement les maladies courantes chez l'enfant	Janvier décembre	Chef du service pédiatrie	-	CHRT

Source : Nous-mêmes.

- Des propositions des chefs de service

Les chefs de service proposent leurs budgets sur la base de la lettre d'orientation qui ne contient que des objectifs globaux. Faute de disposer d'un modèle logique, ces objectifs ne sont déclinés pas au niveau des services et divisions ; ce qui pose un problème de cohérence avec la stratégie générale de l'Hôpital.

Par ailleurs, du fait de la non-élaboration de pré-budget, les fiches budgétaires sont souvent mal remplies par les responsables et les prévisions effectuées sont souvent trop optimistes.

L'information sur les coûts unitaires des activités doit être mise à la disposition des chefs de services. Pour ce faire, il conviendrait de monter cellule de comptabilité analytique qui aura comme prérogatives de :

- décomposer les processus de formation des coûts ;
- expliquer les écarts réalisations-tarifcations et ;
- déterminer la contribution de chaque service au résultat de l'Hôpital.

Cependant, dans la mesure où la mise en place de la méthode ABC peut être lourde à mettre en œuvre, une alternative serait de calculer seulement le coût unitaire variable de chaque activité. Dans ce cas, l'allocation des ressources se fera sous la forme d'une dotation de base correspondant aux coûts fixes à laquelle on ajoute une dotation proportionnelle calculée en multipliant les volumes d'activités prévus par leur coût unitaire variable.

La prévision de volumes d'activités peut se faire en se basant les performances passées des services et les anticipations pour l'année à venir.

- Des prévisions d'activités du Contrôleur de Gestion

Les prévisions d'activités du Contrôleur de Gestion constituent, par conséquent, l'étape centrale du processus budgétaire au CHRT. Dans le cadre de l'élaboration de budgets réalistes, ce dernier effectue les prévisions sous l'hypothèse d'une progression relative des activités ; donc des recettes et des dépenses. Il s'agit d'une hypothèse forte car un certain nombre de paramètres et de risques ne sont pas pris en compte.

Le contrôleur de gestion ne peut pas faire autrement puisque, dans les supports de collecte des données obtenus des services lors du contrôle budgétaire, les écarts ne sont pas expliqués.

Nous serions tentés de parler de pilotage à vue dans la mesure où le fait de prévoir des activités sur la base d'extrapolations mathématiques soumet incontestablement l'établissement aux aléas de l'environnement interne et/ou externe.

Pour élaborer un pré-budget en bonne et due forme, il faut que les majors participent plus activement aux activités de reporting de la performance afin de permettre au contrôleur de gestion de disposer d'un bon retour d'expérience.

- De l'arbitrage du directeur

Dans la mesure où les prévisions sont effectuées par allocations d'enveloppes ajustées d'un taux de croissance, l'arbitrage du directeur se résume le plus souvent en une vérification de l'exactitude des calculs, de la conformité par rapport aux prévisions de volumes d'activités et du respect du cadrage de la tutelle.

Or dans le cadre d'une gestion axée sur les résultats, il serait opportun de privilégier une approche participative en organisant des réunions d'arbitrages qui impliquent tous les responsables de centre.

Cela permet en outre de s'assurer que les objectifs sont compris par tous et de coordonner les efforts vers l'atteinte de résultats.

- De l'adoption et de l'approbation du projet de budget

Le Conseil d'Administration et la Tutelle ne dispose pas de référentiel valide pour juger de l'orientation stratégique de l'Hôpital. Dès lors, l'adoption et l'approbation du projet de budget se font à l'aune du degré de « réalisme » des prévisions du contrôleur de gestion.

La conséquence en est que il arrive souvent que le CHRT fasse recours auprès de la Tutelle pour obtenir des rallonges budgétaires pour faire face aux imprévues.

En alignant les EPS sur les objectifs sectoriels et orientations du PNDS, la tutelle pourrait disposer à son niveau d'un tableau de bord qui lui permette de suivre la mise en œuvre des

programmes fonctionnels du CDSMT. Ce qui lui permettra de s'assurer que le budget du CHRT est en cohérence avec ses orientations stratégiques.

Le diagnostic que nous venons d'effectuer à porté à la fois sur le mode pilotage et la procédure budgétaire du CHRT.

Notre évaluation de la capacité de ce processus budgétaire à orienter l'action de l'organisation vers l'atteinte de résultats, nous permis de relever un certain nombre de pont points fort, notamment :

- l'application des dispositions légales organisant la réforme hospitalière ;
- l'existence d'une décentralisation des responsabilités dans l'organisation interne de l'établissement (hormis le fait que ces derniers ne sont pas assez impliqués dans l'élaboration du budget) et ;
- la conception d'un tableau de bord équilibré au niveau de la direction et du contrôle de gestion (sauf que les opérationnels n'en disposent pas).

En ce qui concerne le processus budgétaire proprement dit, nous avons remarqué quelques faiblesses dans sa conception et sa mise en œuvre. En particulier, le mode d'allocation, tel qu'il existe, a pour inconvénient de ne pas se préoccuper des questions d'efficacité. En effet, il y a seulement des enveloppes que l'on ne doit pas dépasser et qu'il faut consommer entièrement. En outre le dialogue entre les responsables y est limité.

C'est ainsi que nous avons proposé quelques outils à mettre en place pour pallier ces faiblesses. Les outils les plus importants étant, à notre sens, le modèle logique et le calcul analytique des coûts des activités.

Cependant, ces outils ne sauraient être efficaces si la procédure en elle-même n'est pas revue et orientée vers une logique de résultat.

Chapitre 7 : La démarche proposée pour la mise en œuvre de la Budgétisation Axée les Résultats

Devant les faiblesses constatées du processus budgétaire et dans une certaine mesure du système de pilotage de la performance en général, un certain nombre de mesures devraient être prises par les responsables du CHRT pour revoir leur procédure et l'orienter vers une logique de résultat.

La procédure que nous proposons au CHRT se décompose en quatre sous-processus, que sont :

- la définition des objectifs préliminaires ;
- la négociation et la fixation des objectifs définitifs ;
- la construction détaillée du budget et ;
- l'adoption et l'approbation du budget.

Nous allons présenter chacune de ces sous-processus en précisant les activités qui la composent, les acteurs concernés et les outils permettant leur mise en œuvre.

7.1. La définition des objectifs préliminaires

Cette étape comporte cinq activités qui se déroulent sur la période allant de juillet à septembre.

- **Activité 1 : Ré-estimer des comptes de l'année en cours**

Le contrôleur de gestion procède à une ré-estimation des comptes de l'année en cours. Pour ce faire, il se base sur les réalisations de janvier à juin et fait des prévisions pour la période de juillet à décembre.

Pour effectuer ces prévisions, il pourra exploiter les rapports de performance des premier et second semestres pour faire des extrapolations sur la performance à venir.

La ré-estimation se fera par types d'activités, par services et au niveau central.

- **Activité 2 : Elaborer les pré-budgets**

Le contrôleur de gestion prévoit les volumes des activités qui contribuent à l'atteinte des objectifs et que les services doivent réaliser.

Par exemple, pour atteindre l'objectif sectoriel de réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, une des activités identifiées consiste à assurer gratuitement les césariennes. Par conséquent on prévoit le nombre d'actes gratuits que devra assurer la Maternité.

Il estime ensuite le montant des encaissements (recettes propres, subventions, dotations...) et les décaissements (dépenses de fonctionnement, investissements, charges fiscales, remboursements d'emprunt...).

Le contrôleur de gestion fait enfin une première simulation, au niveau central, des comptes de l'année à venir.

- **Activité 3 : Elaborer la lettre d'objectifs**

Le contrôleur de gestion élabore une lettre d'objectifs qu'il adresse aux différents chefs de service. Cette lettre comporte les éléments suivants :

- une analyse de la performance passée ;
- un rappel des objectifs généraux et orientations retenus dans le plan stratégique ;
- une précision des objectifs spécifiques et cibles de performances et ;
- un cadrage des ressources sous forme d'objectifs de coûts.

Le contrôleur de gestion transmet ensuite la lettre la directeur de l'Hôpital pour validation.

Le directeur approuve le contenu de la lettre d'objectifs et l'envoi aux chefs de services.

7.2. La négociation et la fixation des objectifs définitifs

Cette phase débute avec le mois de septembre et finit à la mi-octobre. Elle peut être décomposée en cinq activités.

- **Activité 4 : Décliner les objectifs et activités au niveau des services**

Le contrôleur de gestion construit un modèle logique qui lui permet d'explicitier de façon plus détaillée les objectifs et de répartir les activités entre les services.

Le modèle logique peut prendre la forme d'un tableau selon à celui que nous avons présenté plus haut (cf. tableau 10).

- **Activité 5 : Elaboration des propositions de budgets de service**

Les chefs de services, aidés éventuellement par le contrôleur de gestion, affine les prévisions de volumes d'activité, de charges et de consommation de ressources.

Les chefs de service préparent leurs propositions en détaillant chacune de leur activité. Pour cela, ils proposent les actions à mener et les ressources dont ils auront besoin pour y parvenir.

- **Activité 6 : Soumettre les propositions des services à la direction**

Les chefs de services soumettent leurs propositions et les défendent lors d'une réunion d'arbitrage.

Le contrôleur de gestion, par une méthode analytique, calcule les coûts des différentes activités. Ces derniers lui serviront de base de discussion lors de la réunion d'arbitrage.

- **Activité 7 : Fixer des objectifs définitifs**

La direction arbitre entre les différentes propositions en basant sur respect des objectifs de coûts définis lors du cadrage économique pour l'année à venir.

La direction transmet ensuite les objectifs définitifs dans chaque service.

7.3. La construction détaillée du budget

C'est la phase de finalisation qui va de la mi-octobre à la mi-novembre. Elle comprend six activités.

- **Activité 8 : Amender les budgets des services**

Les services procèdent à des arbitrages internes pour se conformer aux objectifs fixés par la direction, en définissant les activités prioritaires et supprimant les éventuels goulots d'étranglement qui neutralisent des ressources.

Les chefs de services construisent les budgets détaillés de chaque service en renseignant à nouveau les fiches budgétaires.

Le contrôleur de gestion examine les budgets détaillés soumis par les chefs de services et les met en cohérence avec les hypothèses retenues.

- **Activité 9 : Consolider le projet de budget**

Le contrôleur de gestion réalise les états de synthèse que sont :

- une note exposant les orientations et actions retenues pour la période ;
- les prévisions d'activités ;
- les prévisions d'effectifs et ;
- les états financiers prévisionnels (bilan, compte de résultat, tableau de financement, budget d'investissement, budget de trésorerie).

- **Activité 10 : Transmettre le projet de budget**

Le directeur diffuse le document de synthèse sur le budget aux parties intéressées, à savoir :

- le président de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- le Contrôleur financier et ;
- le Conseil d'Administration.

7.4. L'adoption et l'approbation du budget

Cette dernière étape va de la mi-novembre à la fin de l'année et comprend trois activités.

- **Activité 11 : Consulter le projet de budget**

La Commission Médicale d'Etablissement émet un avis sur le projet de budget confectionné, en apportant si nécessaire quelques observations.

- **Activité 12 : Adopter le budget**

Lors du conseil d'administration, le directeur propose aux membres du conseil le projet de budget pour l'année à venir.

Le Conseil adopte le projet de budget lors de leurs délibérations. Les délibérations sont matérialisées par un procès verbal signé par le président.

Le projet de budget adopté est envoyé à la tutelle pour approbation.

- **Activité 13 : Approuver le budget**

Le gouverneur approuve le budget, rendant ainsi les délibérations du conseil d'administration exécutoires.

En conclusion, nous pouvons ajouter qu'une telle procédure peut aboutir à une forme de contractualisation des performances. Cependant, l'établissement de contrats de performance est corrélé à une évaluation périodique des performances individuelles et une rémunération liée aux résultats. Dès lors, la direction et les responsables de centre doivent s'entendre au préalable sur les critères cette évaluation et le système de motivation.

Nous insistons par ailleurs sur le fait que la procédure que nous venons de décrire ne saurait être opérationnelle si ses acteurs ne s'approprient pas certains outils. En particulier, la définition du modèle logique et le calcul analytique des coûts des activités sont essentiels à la bonne mise en œuvre de la budgétisation axée sur les résultats.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG
CONCLUSION GENERALE
BIBLIOTHEQUE

La rédaction de ce mémoire est l'aboutissement d'un long travail d'approfondissement de nos connaissances théoriques en matière de management de la performance organisationnelle et d'expérimentation de celles-ci à travers l'étude d'un cas pratique.

L'objectif de notre étude était de déterminer les modalités de mise en œuvre d'un modèle de pilotage de la performance d'une organisation à travers l'outil budgétaire.

Nous avons pu atteindre cet objectif grâce à une conceptualisation du modèle de gestion axée sur les résultats et sa mise en œuvre à travers un de ses outils principaux : la budgétisation axée sur les résultats.

Ce modèle de gestion suppose d'intégrer la question de la performance organisationnelle dès le stade de la planification stratégique. Ainsi, nous avons vu que l'élaboration de modèle logique permet à l'organisation de se doter d'une feuille de route vers l'atteinte de résultats et éviter toute navigation à vue.

Nous avons aussi vu que le plan stratégique est une projection de l'organisation dans le futur et qu'il fallait la rendre opérationnelle à l'aide d'une budgétisation de la performance.

Budgétiser la performance c'est allouer les ressources nécessaires pour atteindre les résultats que l'on veut obtenir dans l'année à venir. Et pour y parvenir, la budgétisation à elle seule ne suffit pas ; il faut piloter l'organisation pour qu'elle soit performante.

L'expérimentation de la mise en œuvre de cet outil a été faite dans un milieu spécifique, à savoir un EPS. Celui-ci présente une particularité qui la distingue des autres organisations : il est au carrefour d'une logique d'entreprise et d'une logique de mise en œuvre de politiques publiques.

L'opportunité et la pertinence de notre étude se justifie par le fait que de nos jours les organisations dotées d'une mission de service public doivent rendre des comptes sur leurs résultats à la fois aux populations et à leurs partenaires. Aussi l'élaboration de contrats de performance peut-elle être une alternative sûre pour contrôler de telles organisations.

Le CHRT, dix ans après son érection en EPS, est loin d'être autonome. Cela s'explique par l'absence de marge de manœuvre du fait de la fixation des tarifs par la Tutelle.

En outre, sa performance financière est mitigée dans la mesure où, ses recettes propres ne couvrent même pas ses charges d'exploitation. Pour cause, son chiffre d'affaire en 2009 n'est que de 371.783.474 FCFA. Sans la subvention d'exploitation de l'Etat de 614.911.562 FCFA, l'Hôpital ne serait même pas en mesure de couvrir ses charges de personnel qui s'élèvent à 458.930.318 FCFA, encore moins supporter ses charges d'entretien et d'exploitation.

Il en est de même pour sa performance clinique puisque l'ensemble de ses indicateurs hospitaliers font état d'une sous-performance par rapport à la moyenne nationale.

Dés lors nous estimons que la question de la performance doit être au cœur du système de pilotage du CHRT, plus particulièrement en ce qui concerne son système budgétaire.

Or la budgétisation telle qu'elle est encore pratiquée au sein du CHRT ne permet pas d'allouer efficacement ses ressources pour l'obtention de résultats tangibles.

Nous n'avons, hélas, pas pu observer physiquement le déroulement du processus d'élaboration des budgets du fait du temps limité que nous avons passé dans l'organisation et de la période à laquelle s'est déroulée l'étude.

Aussi regrettons-nous de n'avoir pas eu la possibilité d'élaborer ne serait-ce qu'un modèle logique pour le CHRT en raison de l'absence d'un projet d'établissement valide.

C'est pourquoi nous avons humblement proposé aux principaux responsables un certain nombre de recommandations allant dans le sens de l'amélioration des performances de l'établissement et une procédure qui décrit le processus d'allocation des ressources que l'Hôpital doit avoir pour se placer dans une optique d'atteinte de résultats tangibles.

Nous osons espérer que certaines d'entre elles seront prises en compte et mis en œuvre dans des délais raisonnables.

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : Lettre d'orientation générale (version diffusée)



République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

Centre Hospitalier Régional de Tambacounda

N° 00238 Chrtc/Dir/CG

Tambacounda, 13 OCT 2010

Objet : Lettre d'Orientation

Mesdames, Messieurs les Chefs de Service,

L'exercice budgétaire qui s'achève a été marqué par la consolidation des efforts entrepris pendant la gestion budgétaire 2010.

Grâce à la contribution de tout un chacun, ces actions considérables de redressement ont été menées. Cela a permis de relancer les activités des services.

Cette dynamique sera poursuivie pour la gestion à venir. Pour ce faire, l'accent continuera à être mis sur les conditions d'accueil et d'hébergement des patients.

L'Hôpital avec le parachèvement de ces travaux jouera ainsi pleinement son rôle d'hôpital de référence par le renforcement de son offre de soins et l'amélioration de la qualité des soins.

Les usagers seront également sensibilisés à travers des activités d'I.E.C (d'Information d'Education et de Communication) pour la préservation d'un cadre d'accueil propice à une bonne hygiène hospitalière.

La mobilisation des ressources internes et externes continuera à être au centre de nos préoccupations. Aucun effort ne sera de trop pour minimiser nos déperditions de recettes. Il sera par ailleurs fait appel à la tutelle pour la revue à la hausse de la subvention d'investissement qui pourra nous aider à relever le plateau technique.

Pour améliorer les procédures d'approvisionnement surtout pour les produits pharmaceutiques et autres consommables, les expressions de besoins devront être faites dans les délais afin de permettre la finalisation à temps des marchés.

Cela aidera à coup sûr à la consolidation des acquis dans le fonctionnement des services surtout chirurgicaux et d'aide au diagnostic.

Le projet d'établissement de 2^{ème} génération dont la finalisation est tant attendue, devra être parachevé. Il permettra ainsi à notre Etablissement de jouer pleinement son rôle d'hôpital de référence dans le système de santé régional avec la diversification de son offre de soins et l'amélioration du système de prise en charge des patients.

Les ressources propres demeurant insuffisantes pour faire face aux investissements souhaités pour le relèvement du plateau technique, l'hôpital continuera à privilégier la recherche de partenaires locaux et externes à travers des conventions, jumelages etc.

L'automatisation du système d'information demeurera un de nos chantiers prioritaires. Cela rendra plus transparent le système de gestion et nos actions plus visibles.

Annexe 1 (suite) : Lettre d'orientation générale (version diffusée)

L'harmonisation de la tarification sera également une priorité.

Pour faire face aux difficultés structurelles de notre établissement, un plan de redressement est actuellement mis en œuvre et devra être validé par la tutelle.

L'objectif de ce plan est de proposer des mesures de redressement qui passeront par une bonne maîtrise des charges et qui seront à même de sortir l'hôpital de la situation de déficit chronique dans laquelle il se trouve.

Dans le souci de préserver un climat social apaisé, le dialogue et la concertation seront au centre de nos relations avec tous les acteurs hospitaliers.

Les organes consultatifs tels que la CME seront ainsi associés à toutes les décisions stratégiques devant influencer sur le fonctionnement de l'hôpital.

C'est seulement, ce faisant, que nous relèverons ensemble les nombreux défis qui nous interpellent.

Nous pouvons y parvenir car nous avons le potentiel humain qu'il faut. Il suffit juste, pour cela, que nous mettions nos compétences en synergie.

Chaque chef de service préparera, avec ses collaborateurs un projet de son service comprenant :

- **Le budget de fonctionnement**
 - Les estimations et la répartition des dépenses en consommables, des charges diverses pour la dite gestion ;
 - L'estimation du personnel qualifié indispensable à recruter ou à remplacer en plus de l'effectif présent.
- **Le budget d'investissement**
 - La liste des équipements médico-techniques complémentaires et indispensables à acquérir pendant la gestion 2011 en dehors de l'existant.

Vous trouverez ci-jointes les fiches de prévisions budgétaires. Je compte sur votre disponibilité et votre totale collaboration avant le 31 octobre 2010.

A
Monsieur le Chef de service de l'Odonto-Stomatologie du CHR Tambacounda

PJ :
Fiches budgétaires
Destinataires :
Tous les services



Site Web : www.ifrance.com/hopitaltamba E-mail : htamba.jum@wanadoo.fr
Tél : 981-12-18 / 981-31-30 / Fax : 981-31-30 / BP : 52

Annexe 2 : Lettre d'orientation générale (version non diffusée)



République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

Centre Hospitalier Régional de Tambacounda

N° _____ Chrtc/Dir/CG

Tambacounda,

Objet : Préparation du budget de l'établissement pour la gestion 2011 conformément à l'article 10 de la loi n° 98 -12 février 1998 portant la création, l'organisation et le fonctionnement des Etablissements Publics de Santé, le Centre Hospitalier Régional de Tambacounda établira un budget en fonction des objectifs et des prévisions d'activités des services de la gestion 2011.

Monsieur,

Comme les années précédentes, vous allez élaborer dans les prochaines semaines le rapport sur les objectifs et les prévisions d'activité de votre service afin de nous permettre de confectionner le projet de budget de 2011.

Ce rapport contribuera à l'évaluation par la Cellule Contrôle de Gestion des besoins financiers nécessaires pour mener à bien les missions qui vous sont confiées et les activités prioritaires que vous souhaiteriez développer.

Les orientations budgétaires de cette année visent à consolider et poursuivre la politique menée ces dernières années autour des axes suivants :

- L'amélioration de la qualité des soins et assurer une meilleure gestion des services ;
- Renforcer les capacités humaines par le biais de la formation ;
- Renforcer les services en personnel médical, paramédical et administratif ;
- Assurer un approvisionnement correct et régulier en médicaments et réactifs ;
- Développer le partenariat local, national et international dans le domaine de la formation, la recherche, l'équipement et l'assistance ;
- Améliorer l'hygiène et l'assainissement.

Chaque chef de service préparera avec ses collaborateurs un projet de son service comprenant :

➤ **Le budget de fonctionnement**

- Les estimations et la répartition des dépenses en consommables, des charges diverses pour la dite gestion ;
- Les estimations des recettes (consultations, hospitalisations, actes et autres) ;
- L'estimation du personnel qualifié indispensable à recruter ou à remplacer en plus de l'effectif présent.

➤ **Le budget d'investissement**

- La liste des équipements médico-techniques complémentaires et indispensables à acquérir pendant la gestion 2011 en dehors de l'existant ;
- La liste des mini-travaux à effectuer.

Vous trouverez ci-jointes les fiches de prévisions budgétaires. Je compte sur votre disponibilité et votre totale collaboration avant 31 juillet 2010.

A

Monsieur le Directeur CHR Tambacounda

Le Directeur de l'hôpital

PJ :
Fiches budgétaires
Destinataires :
Tous les services

Site Web : www.ifrance.com/hopitaltamba E-mail : htamha.jum@orange.sn
Tél : 981-12-18 / 981-31-30 / 939 - 80 - 70 Fax : 981-12-18 / 981-31-30 BP : 52

Annexe 3 : Budget 2011 adopté et approuvé

République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention
Direction des Etablissements de Santé
Etablissement Public de Santé
CHR de TAMBACOUNDA

EXERCICE
2011

RECAPITULATION DU BUDGET PAR GROUPES FONCTIONNELS												
INTITULES	DEPENSES						RECETTES					
	COMPTE DE RESULTAT	DERNIER BUDGET APPROUVE (C)	Operations en cours (D)	Taux de réalisation (%)	PROPOSITION 2011	Progression % 2010	COMPTE DE RESULTAT	DERNIER BUDGET APPROUVE (I)	Operations en cours (J)	Taux de réalisation (%)	PROPOSITION 2011	Progression % 2010
	2009	2010	(au 31/12/10)	(E) = D/C	(F)		2009	2010	(au 31/12/10)	(K) = J/I	(L)	
SECTION D'INVESTISSEMENT												
groupe 1												
groupe 2		385 000 000	91 114 608	23,7%	260 000 000	-24,7%		25 000 000			30 000 000	20,0%
groupe 3								360 000 000	298 712 897	83,25%	230 000 000	
groupe 4												
groupe 5												
TOTAL. INVESTISSEMENT		385 000 000	91 114 608	24%	260 000 000	-24,68%		385 000 000	299 712 897	77,8%	260 000 000	-32,47%
SECTION D'EXPLOITATION												
groupe 1		490 635 000	504 320 390	102,8%	519 600 000			253 000 000	287 231 210	113,5%	314 435 000	24,3%
groupe 2		150 000 000	130 683 449	87,1%	150 000 000			60 500 000	58 075 575	96,0%	60 505 000	0,0%
groupe 3		444 115 000	313 302 105	70,5%	355 700 000			795 000 000	440 200 000	55,4%	680 200 000	-14,4%
groupe 4		5 250 000	2 280 100	43,4%	-4 700 000			6 500 000			4 860 000	-25,2%
groupe 5		25 000 000			30 000 000							
TOTAL. EXPLOITATION		1 115 000 000	950 586 044	85,3%	1 060 000 000	-4,9%		1 115 000 000	785 506 785	70,4%	1 060 000 000	-4,9%
TOTAL GENERAL		1 500 000 000	1 041 700 652	69,4%	1 320 000 000	-12,00%		1 500 000 000	1 085 219 682	72,3%	1 320 000 000	-12,00%

SIGNATURES

Le Président du Conseil d'Administration




L'Autorité Administrative chargée de l'approbation




Annexe 4 : Budget de trésorerie 2011

République du Sénégal
 Ministère de la Santé et de la Prévention
 Direction des Etablissements de Santé
 Centre Hospitalier Régional de Tambacounda

BUDGET PREVISIONNEL DE TRESORERIE

LIBELLES	1 ^{er} Trimestre	2 ^{ème} Trimestre	3 ^{ème} Trimestre	4 ^{ème} Trimestre
Solde début de période (1)	203 000 000	256 100 000	238 400 000	220 700 000
Encaissements :				
*Recettes propres	97 235 000	97 235 000	97 235 000	97 235 000
*Subvention d'exploitation	223 150 000	152 350 000	152 350 000	152 350 000
Organismes internationaux	1 215 000	1 215 000	1 215 000	1 215 000
*Subvention d'investissement	65 000 000	65 000 000	65 000 000	65 000 000
*Fonds de dotation	0			
Total des encaissements	386 600 000	315 800 000	315 800 000	315 800 000
Décaissements : (2)				
*Charges du personnel	129 900 000	129 900 000	129 900 000	129 900 000
*Charges médicales et pharmaceutiques	37 500 000	37 500 000	37 500 000	37 500 000
*Charges générales et hôtelières	92 425 000	92 425 000	92 425 000	92 425 000
*Charges financières et exceptionnelles	1 175 000	1 175 000	1 175 000	1 175 000
*Dépenses d'investissement	72 500 000	72 500 000	72 500 000	72 500 000
Total des décaissements : (3)	333 500 000	333 500 000	333 500 000	333 500 000
Ecart (4) = (2-3)	53 100 000	-17 700 000	-17 700 000	-17 700 000
Solde fin de période (5) = (1+4)	256 100 000	238 400 000	220 700 000	203 000 000

Annexe 5 : Arrêté du Gouverneur approuvant le budget 2011 du CHRT

REPUBLIQUE DU SENEGAL
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

N° 19 /GRTC/AD

REGION DE TAMBACOUNDA

Tamba, le _____

GOVERNANCE

**ANALYSE : ARRETE PORTANT APPROBATION DU BUDGET DU CENTRE
HOSPITALIER REGIONAL DE TAMBACOUNDA : GESTION 2011**

LE GOUVERNEUR DE LA REGION DE TAMBACOUNDA

Vu la Constitution ;
Vu la loi 72-02 du 1^{er} février 1972 relative à l'organisation de l'Administration territoriale et locale modifiée ;
Vu la loi n°96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales ;
Vu la loi n°96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et ses décrets d'application ;
Vu la loi 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière ;
Vu la loi 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé ;
Vu le décret 98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des établissements publics de santé ;
Vu le décret 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative des établissements publics de santé hospitalières ;
Vu le décret n°2009-1213 du 29 octobre 2009 portant nomination de Monsieur Léopold WADE, Gouverneur de la région de Tambacounda ;
Vu le procès verbal de la réunion du Conseil d'administration de l'Hôpital régional de Tambacounda du 08 mars 2011.

ARRETE :

Article premier : Est approuvé le budget du Centre hospitalier régional de Tambacounda, gestion 2011, arrêté en recettes et en dépenses, à la somme de 1.320.000.000 (Un milliard trois cents vingt millions) Francs CFA, ainsi réparti ;

- Section fonctionnement : 1.060.000.000F CFA soit 80,3% du budget total ;
- Section investissement : 260.000.000F CFA soit 19,7 du budget total.

Article 2 : Le présent arrêté sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera



AMPLIATIONS :

- ME/MINT (ATCR)
- M SANTE (ATCR)
- CONSEIL REGIONAL TAMBA
- TPR
- CRF
- ARCHIVES

GOVERNANCE REGION TAMBACOUNDA BP : 01 TEL : (221) 33.981.16.88 FAX : 33.981.16.87

Annexe 6 : Fiche budgétaire n°1

Recensement des activités du service

Activités	Unité de mesure	Niveau d'activité 2010*	Niveau d'activité 2011*
Activités existantes			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Activités nouvelles			
1.			
2.			
3.			
4.			

* Ce niveau concerne les réalisations de janvier à septembre 2010

* Ce niveau concerne les prévisions du service de janvier à décembre 2011

Annexe 7 : Fiche budgétaire n°2

Prévisions des recettes propres par type de prestation pour 2011 (consultation, hospitalisation etc)

Nature de la prestation	1 ^{er} Trimestre			2 ^e Trimestre			3 ^e Trimestre			4 ^e Trimestre			Total
	Niveau d'activité (A)	Tarif unitaire (B)	Revenus globaux (A*B)	Niveau d'activité (A)	Tarif unitaire (B)	Revenus globaux (A*B)	Niveau d'activité (A)	Tarif unitaire (B)	Revenus globaux (A*B)	Niveau d'activité (A)	Tarif unitaire (B)	Revenus globaux (A*B)	

Prévisions des autres recettes pour 2011

Nature du revenu	Source	Montant

Annexe 8 : Fiche budgétaire n°3

Etat des ressources humaines en 2010

Liste nominative	Fonction	Salaire brut	Charges sociales	Prime d'intéressement	Motivation Etat (agent contract.)	Total charges de personnel
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Annexe 12 : Fiche budgétaire n°7

Besoins en produits alimentaires pour 2011

Type de produits	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

Annexe 13 : Fiche budgétaire n°8

Besoins en carburant et lubrifiants pour 2011

Type de produits	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

Annexe 14 : Fiche budgétaire n°9

Besoins en gaz médicaux pour 2011

Type de produits	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

Annexe 16 : Fiche budgétaire n°10

Besoins en produits d'entretien pour 2011

Type de produits	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

Annexe 17 : Fiche budgétaire n°11

Besoins en fournitures de bureau et consommables informatiques pour 2011

Type de fournitures	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

Annexe 18 : Fiche budgétaire n°12

Besoins en fournitures d'atelier et de maintenance pour 2011

Type de fournitures	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

Annexe 19 : Fiche budgétaire n°14

Besoins en fournitures hôtelières pour 2011

Type de fourniture	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

Annexe 20 : Fiche budgétaire n°15

Besoins en imprimés pour 2011

Type	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

Annexe 21 : Fiche budgétaire n°16

Besoins en matériel pour 2011

Type	Unité	Quantité (A)	Coût unitaire (B)	Total (A*B)

CESAG
BIBLIOGRAPHIE
BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE :

1. ACIDI (2008), *La Gestion Axée sur les Résultats – Enoncé de principes 2008*, [http://acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Results-basedManagement/\\$file/GAR_ENONCE_PRINCIPE_2008.pdf](http://acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Results-basedManagement/$file/GAR_ENONCE_PRINCIPE_2008.pdf).
2. BANQUE MONDIALE (2006), *Les bonnes pratiques émergentes pour une gestion axée sur les résultats de développement, Document de référence 1*, www.mfdr.org/sourcebook/Versions/MfDRSourcebookFrenchFeb2006.pdf.
3. BANQUE MONDIALE (2007), *Les bonnes pratiques émergentes pour une gestion axée sur les résultats de développement, Document de référence 2*, www.mfdr.org/sourcebook/Versions/2ndEdition/French/Sourcebook-2nd_French.pdf.
4. BANQUE MONDIALE (2008), *Les bonnes pratiques émergentes pour une gestion axée sur les résultats de développement, Document de référence 3*, www.mfdr.org/sourcebook/3rdEdition/SourceBook3e_French.pdf.
5. BOURGAULT Jacques (2004), *La mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats : leçons tirées de l'expérience québécoise, Revue française d'administration publique, N°109 : 109-128*.
6. CHRT (2010), *Etats financiers 2009*, CHRT, Tambacounda, 164 pages.
7. COHEN Alain-Gérard (2008), *Contrôle interne et audit publics : pour une nouvelle gestion publique : le PIFC*, Librairies Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 218 pages.
8. DEMEESTERE René (2005), *Le contrôle de gestion dans le secteur public*, Librairies Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 224 pages.
9. HORNGREN Charles, BHIMANI Alnoor, DATAR Srikant & FOSTER George (2009), *Contrôle de gestion et gestion budgétaire*, Pearson Education France, Paris, 450 pages.
10. IFACI, PRICE WATERHOUSE COOPRES & LANWELL & Associés (2005), *Le management des risques de l'entreprise – COSO II report*, Eyrolles Editions d'Organisation, Paris, 333 pages.
11. INTERNATIONAL TRADE CENTRE (2004), *Results-Based Management (RBM) Checklist: A practical guide and diagnostic tool for Results-Based Management*, www.intracen.org/instasptp/pdf/files/check5.pdf.
12. INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (2008), *A guidebook for developing and implementing decent work country programmes*, www.ilo.org/public/english/bureau/program/dwcp/download/guidev2.pdf.

13. KUSEK Jody Zall & RIST Ray C. (2006), *Vers une culture du résultat: Dix étapes pour mettre en œuvre un système de suivi et évaluation axée sur les résultats*, St Martin, Montréal, 213 pages.
14. LAUZEL Pierre & TELLER Robert (1986), *Contrôle de gestion et budgets*, Sirey, Paris, 350 pages.
15. LUSTHAUS Charles, ADRIEN Marie-Hélène, ANDERSON Gary, CARDEN Fred et MONTALVAN George Plinio, *Evaluation organisationnelle : un cadre pour l'amélioration de la performance*, Les Presses de l'Université Laval, Laval, 240 pages.
16. LORINO Philippe (2003), *Méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences*, Eyrolles Editions d'Organisations, Paris, 519 pages.
17. MEIER Werner (2003), *Results Based Management: Towards a Common Understanding among Development Cooperation Agencies*, www.managingfordevelopmentresults.org/documents/ResultsBasedManagementDiscussionPaper.pdf.
18. MERCER John (2003), *Cascade performance budgeting : A guide to an effective system for integrating budget and performance information and for linking long-term goals to day-to-day activities*, www.john-mercer.com/library/cascade_pb.pdf.
19. MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE (2002), *Le contrôle de gestion dans les administrations publiques*, Ministère de la Fonction Publique, Paris, 299 pages.
20. MINISTERE DE LA SANTE (1998), *Réforme Hospitalière : Présentation, lois et décrets*, Ministère de la Santé, Dakar, 49 pages.
21. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE (2004), *La réforme hospitalière : Six ans après*, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Dakar, 84 pages.
22. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (2010), *Annuaire statistique 2009*, Ministère de la Santé et de la Prévention, Dakar, 254 pages.
23. MIZUTANI Tomiji (2002), *Results-based budgeting and performance management in the United Nations system*, soc.kuleuven.be/io/egpa/fin/paper/slov2004/Mizutani.pdf.
24. OCDE (2002), *Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats*, OECD Publications, Paris, 37 pages.
25. ROBINSON Marc & LAST Duncan (2009), *A basic model of performance-based budgeting*, www.imf.org/external/pubs/ft/tnm/2009/tnm0901.pdf.
26. RODRIGUEZ-GARCIA Rosalía & KUSEK Jody Zall (2007), *Manuel de planification et de gestion axée sur les résultats en matière de VIH/Sida*, siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-103037153392/ResultsHandbookFRENCH.pdf.

27. SALDANHA Cedric (2002), *Promoting result-based management in public sectors of developing countries*, www.adb.org/governance/results_based_mgt.pdf.
28. United States Général Accounting Office (2001), *Results oriented bugeting practices in federal agencies*, www.gao.gov/new.items/d011084sp.pdf.
29. UNECO (2008), *Results-Based Programming, Management and Monitoring (RBM) at UNESCO: Guiding Principles*, UNESCO, Paris, 30 pages.
30. United Nations (1999), *Result based budgeting: The experience of United Nations systems organizations*, United Nations, Genève, 33 pages.
31. WADE El Bachir (2003), *Le contrôle de gestion et la réforme hospitalière : Cas du Sénégal*, *Revue Africaine de Gestion*, N°1, www.rag.sn/IMG/pdf/doc-31.pdf.

CESAG - BIBLIOTHEQUE