



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

**CESAG EXECUTIVE
EDUCATION**

**MBA-ADMINISTRATION ET
GESTION
(MBA-AG)**

**Promotion 14
(2015-2016)**

Mémoire de fin d'études

THEME

Analyse du processus d'élaboration du budget par l'approche de gestion axée sur les résultats dans les structures hospitalières sénégalaises: Cas de l'Hôpital Général de Grand Yoff (H.O.G.G.Y.)

Présenté par :

FAYE Abdourahmane

Encadré par :

M. Moustapha NIANG

Enseignant associé au CESAG

Octobre 2016

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

- ✓ mes regrettés parents Fatou FAYE et Babacar pour les sacrifices qu'ils ont eu à consentir pour ma réussite et pour l'éducation et les précieux conseils qui me servent aujourd'hui de viatique. Je réitère ici mes prières pour qu'ils reposent en paix et que le TOUT PUISSANT les accueille dans son PARADIS céleste.
- ✓ Ndogor DIOUF et Bineta Baba WAGUE pour leur soutien et leur compréhension
- ✓ mes enfants Fatou et Babacar
- ✓ mes frères et sœurs pour leur affection
- ✓ Elhadji DIOUF, mon ami de toujours et son fils Abdourahmane mon homonyme
- ✓ tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce travail

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à:

- ✓ mon directeur de mémoire, Monsieur Moustapha NIANG pour son accompagnement permanent, sa disponibilité et son professionnalisme avéré
- ✓ le chef de service du contrôle de gestion de l'HOGGY, Monsieur Yankhoba DIOP et ses collaborateurs pour la documentation fournie et la franche collaboration au cours de mon stage
- ✓ tous les agents du service des ressources humaines de l'HOGGY pour l'accueil chaleureux
- ✓ monsieur Ousmane DIA de la direction des établissements publics de santé du MSAS et Abdou Karim DIOUF pour la documentation qu'ils ont bien voulu mettre à ma disposition
- ✓ monsieur Bertin CHABI, chef du département de CESAG EXECUTIVE EDUCATION
- ✓ Tous les professeurs et encadreurs du département de CESAG EXECUTIVE EDUCATION pour la qualité de leur enseignement
- ✓ tous mes camarades de la 14^e promotion du MBA/ AG 2015/2016

Liste des sigles et abréviations

ACDI :	Agence canadienne de développement international
AC :	Agence comptable
CA :	Conseil d'administration
CDE :	Consortium d'entreprises
CDMT :	Cadre de dépense à moyen terme
CDSMT :	Cadre de dépense stratégique à moyen terme
CFA :	Communauté Financière d'Afrique
CG :	Contrôle de gestion
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CTE :	Comité technique d'Etablissement
CTO :	Centre de traumatologie et d'orthopédie
DPBEP :	Document de Programmation budgétaire et économique pluriannuelle
DPEE :	Direction des prévisions et d'études économiques
DPPO :	Direction participative par objectifs
EPS :	Etablissement public de santé
FMI :	Fond monétaire international
GAR :	Gestion axée sur les résultats
HOGGY :	Hôpital général de grand Yoff
IPM :	Institut de prévoyance maladie
LG :	Lettre de garantie
LPS :	Lettre de politique sectorielle
MEF :	Ministère de l'économie et des finances
MSAS :	Ministère de la santé et de l'action sociale
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économique
OIF :	Organisation International de la francophonie
OMD :	Objectifs du millénaire pour le développement
PNDS :	Plan national de développement de la santé
PNUD :	Programme des nations unies pour le développement
POCL :	Plan opérationnel des collectivités locales
PSE :	Plan Sénégal émergent
PTA :	Plan de travail annuel
PTA :	Plan de travail annuel

- PTF** : Partenaires techniques et financiers
RH : Ressources humaines
SAF : Service administratif et financier
SHSE : Service des hospitalisations et soins externes
SONES : Société nationale des eaux du Sénégal
TOFE : Tableau des opérations financières de l'Etat
UEMOA : Union économique et monétaire ouest africaine
UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des tableaux et figures

❖ Tableaux

Tableau 1 : Comparaison tabulaire des budgets de moyen et de programme	17
Tableau 2 : Répartition des agents interviewés	27
Tableau 3 : Capacité d'accueil de L'HOGGY	34
Tableau 4 : Répartition par famille d'emploi des années 2014 et 2015	40
Tableau 5 : Chronogramme du processus budgétaire 2015	43
Tableau 6 : Plan d'action d'un projet médical	44
Tableau 7 : Modèle homologué de présentation d'un budget de démembrement de l'Etat.....	51
Tableau 8 : Résumé des dépenses d'investissement	56
Tableau 9 : Synthèse des forces et faiblesses du processus budgétaire de l'HOGGY	62

❖ Figures

Figure 1 : Les éléments de la chaîne de résultats	15
Figure 2 : Cycle de la budgétisation axée sur les résultats.....	21
Figure 3 : Les étapes du processus d'élaboration du budget.....	23
Figure 4 : Schéma du modèle d'analyse.....	25
Figure 5 : Organigramme du service du contrôle de gestion de l'HOGGY.....	35
Figure 6 : Définition des objectifs et plan d'action	39

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche de recueil des données	70
Annexe 2 : Organigramme de l'HOGGY	75
Annexe 3 : Fiche budgétaire par service	76
Annexe 4 : Note d'orientation budget 2015	78

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Table des matières

Dédicace	i
Remerciements	ii
Liste des sigles et abréviations	iii
Liste des tableaux et figures	v
Liste des annexes.....	vi
Table des matières.....	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	8
Chapitre 1 : APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA GESTION DU BUDGET AXEE SUR LES RESULTATS	10
1.1. Notions essentielles de la GAR.....	10
1.1.1. Définition de la GAR	10
1.1.2. Principes de la GAR.....	11
1.1.3. Le budget de programme et ses finalités	12
1.2. Différences entre budget de moyens et budget de programme	16
1.2.1. Le budget de moyen et ses limites	16
1.2.2. Le budget de programme.....	16
1.3. Les outils du budget-programme et le processus d'élaboration.....	17
1.3.1. Les outils du budget-programme.....	17
1.3.1.1. Le cadre de dépense à moyen terme (CDMT).....	17
1.3.2. Le cadre de dépense stratégique à moyen terme (CDSMT).....	19
1.3.3. Le plan de travail annuel (PTA).....	20
1.3.4. Le rapport de performance	21
1.3.5. Processus d'élaboration du budget-programme	22
Chapitre 2. METHODOLOGIE ET PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE.....	25
2.1. La méthodologie de l'étude.....	25
2.1.1. Modèle d'analyse	25
2.1.2. Prise de connaissance et évaluation du processus	26
2.1.2.1. Prise de connaissance.....	26
2.1.2.1.1. L'analyse documentaire.....	26
2.1.2.1.2. L'entretien	26
2.1.2.1.3. L'observation.....	27

2.1.2.2. L'évaluation du processus.....	27
2.2. Présentation de l'hôpital général de grand Yoff (HOGGY) et de son contrôle de gestion	28
2.2.1. Historique de l'hôpital général de grand Yoff.....	28
2.2.2. Objectifs et missions de l'HOGGY	29
2.2.2.1. Objectifs.....	29
2.2.2.2. Missions	29
2.2.3. Les offres de services	30
2.2.4. Organisation de la structure de l'HOGGY	30
2.2.4.1. Les ministères de tutelle.....	30
2.2.4.2. Le conseil d'administration (CA)	31
2.2.4.3. Le Directeur	31
2.2.4.4. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)	32
2.2.4.5. Le Comité technique d'Etablissement (CTE)	33
2.2.4.6. Les services médico-techniques.....	33
2.2.5. La capacité d'accueil	34
2.2.6. Présentation du service de contrôle de gestion de l'HOGGY	34
2.2.6.1. Organisation et missions	34
2.2.6.2. Les ressources du service.....	36
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE	38
Chapitre 3 : ELABORATION BUDGETAIRE DE L'HOGGY.....	39
3.1. Analyse de l'environnement de l'HOGGY	39
3.1.1. L'analyse interne	39
3.1.2. Analyse de l'environnement externe.....	40
3.2. Description du processus d'élaboration du budget de l'HOGGY	42
3.2.1. Lancement de la note d'orientation	43
3.2.2. Préparation des projets de budgets des services.....	43
3.2.3. Consolidation des budgets des services	45
3.2.4. Elaboration du projet de budget	45
3.2.5. Arbitrage avec le staff de direction	45
3.2.6. Transmission à la CME/Réunion	46
3.2.7. Transmission au CA/Réunion	46
3.2.8. Présentation Projet de budget au CA.....	46
3.2.9. Transmission aux Tutelles : MSAS ET MEF.....	47

Chapitre 4: ANALYSE DU PROCESSUS D'ELABORATION DU BUDGET de l'HOGGY ET RECOMMANDATIONS	48
4.1. Evaluation du processus d'élaboration budgétaire de l'HOGGY	48
4.1.1. Forces du processus d'élaboration budgétaire	48
4.1.1.1. Le style de management.....	48
4.1.1.2. Au niveau de l'organisation de l'hôpital.....	49
4.1.1.3. Au niveau de la note d'orientation.....	50
4.1.1.4. Au niveau de l'élaboration des budgets fonctionnels	50
4.1.1.5. Budgets fonctionnels.....	51
4.1.1.5.1. Ressources de fonctionnement	51
4.1.1.5.2. Les dépenses de fonctionnement	52
4.1.1.5.3. Ressources d'investissement	54
4.1.1.5.4. Dépenses d'investissement.....	55
4.1.1.6. Au niveau de la préparation des projets de budgets des services.....	57
4.1.1.7. Au niveau de l'élaboration du pré budget et de l'arbitrage interne	57
4.1.1.8. Au niveau de l'adoption du projet de budget par le CA	58
4.1.2. Faiblesses du processus d'élaboration budgétaire de l'HOGGY	58
4.1.2.1. L'insuffisance du personnel au niveau du contrôle de gestion	58
4.1.2.2. L'absence de manuel de procédure.....	59
4.1.2.3. L'inexistence d'un logiciel spécifique pour l'élaboration budgétaire :	59
4.1.2.4. La méthode d'élaboration du budget	59
4.1.2.5. Absence de PTA	61
4.2. Recommandations	62
4.2.1. Recommandations relatives à la note d'orientation	63
4.2.2. Recommandations relatives au service de contrôle de gestion	63
4.2.3. Recommandations relatives à l'élaboration du projet de budget et à l'arbitrage interne	63
4.2.4. Recommandations relatives à la mise en place d'une procédure interne.....	64
4.2.5. Recommandations relatives aux PTA et aux rapports de performance	64
CONCLUSION GENERALE	66
ANNEXES	69
BIBLIOGRAPHIE	82

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

En Afrique, l'environnement social, politique et économique a connu de très profondes mutations du fait du développement exponentiel des technologies de l'information et de la communication. Ces technologies ont transformé le monde en un village planétaire.

Les populations sont devenues plus informées, plus exigeantes et attendent beaucoup plus des organisations publiques. Au Sénégal, le secteur de la santé, à l'instar des autres secteurs d'activités économiques et sociales, n'a pas beaucoup évolué depuis les indépendances malgré les nombreux plans de développement adoptés.

Ainsi, une amélioration dans la livraison des services afin d'augmenter leur imputabilité envers les citoyens doit être fortement envisagée. De sérieux changements doivent être opérés dans tous les domaines de base comme celui de la santé. C'est dans ce contexte de contreperformance des Etats dans la gestion surtout des finances publiques que l'union économique et monétaire ouest africaine (U.E.M.O.A.) dont une des missions est la création d'un cadre harmonisé a adopté de nouvelles directives pour rénover le cadre harmonisé des finances publiques au sein des Etats membres.

Pour leur mise en œuvre, les Etats ont jusqu'à Décembre 2011 pour leur transposition dans les différentes législations nationales. Par la suite, ces nouvelles directives doivent être effectivement appliquées à partir de Janvier 2017. Les Etats disposent d'un délai supplémentaire de deux(2) ans à compter du premier (1^{er}) Janvier 2019 pour l'application intégrale du principe de la constatation des droits et obligations de la tenue de la comptabilité patrimoniale.

Les objectifs fondamentaux de ces réformes consistent à instaurer une véritable transparence dans la gestion des affaires publiques. Le but est aussi de rendre plus visible les documents budgétaires afin d'améliorer l'efficacité de la dépense publique pour le bénéfice des citoyens, des usagers, des contribuables et agents de l'Etat. Pour atteindre de tels objectifs, il sera institué de nouveaux outils et techniques de gestion et de nouvelles normes et pratiques internationales.

L'application de ces réformes budgétaires au sein de l'union a nécessité une période d'essai afin de cerner les changements qu'elles vont engendrer avant sa mise en œuvre effective. Cette approche programme a débuté, ainsi au Sénégal, en 2006 dans une phase pilote de gestion budgétaire axée sur les résultats sous forme de budget programmes dans quatre ministères

pendant la période 2006-2008. Il s'agit des ministères de la justice, de l'environnement, de l'éducation et de la santé.

C'est certainement dans cette logique d'idées qu'il faut mettre la réforme hospitalière enclenchée depuis 1998 par l'état sénégalais et qui a nécessité un conseil interministériel tenu le 5 Mai 2008. De ce fait, treize (13) mesures ont été prises à l'issue de ce conseil pour, d'une part, faire face aux nombreuses difficultés auxquelles les hôpitaux sont confrontés et d'autre part, pour se conformer aux directives de l'UEMOA. La solution préconisée dans cette réforme était de passer de « l'hôpital d'administration » à un « hôpital entreprise ». D'ailleurs, dans le rapport final du dit conseil, certaines mesures (3 ; 4 ; 5 et 7 par exemple) rappellent les principes de la GAR. Le conseil propose une gestion plus transparente des biens par les responsables des hôpitaux, un suivi et un contrôle de la gestion budgétaire ou financière, une évaluation sur la base du degré d'atteinte des objectifs qui leur ont été assignés, la reddition des comptes etc. L'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) est une stratégie de Gestion de Programmes et de Projets focalisée sur la performance et l'obtention effective de Résultats, par opposition aux approches traditionnelles centrées sur le suivi des activités, des produits et des ressources (...). Partant d'une définition claire des résultats à atteindre, elle permet de s'assurer que les ressources mobilisées (humaines, financières et matérielles) sont en adéquation avec les attentes, et que le processus mis en place permettra bien de transformer ces ressources en résultats. (O.I.F. 2013)¹.

L'approche de la GAR oblige à mesurer la performance, ce qui constitue déjà une exigence démocratique puisque permettant de rendre compte au citoyen. La mesure de la performance permet de renseigner le citoyen sur l'efficacité de la dépense publique. Pour ce faire, il faut une transparence qui exige la présentation régulière des résultats afin d'améliorer la légitimité de l'action publique notamment pour les prélèvements obligatoires.

Un des principes fondamentaux de la GAR est alors de passer d'une culture de budget de moyens à une culture de budget de résultats pour que chaque franc CFA dépensé soit plus utile et plus efficace.

¹ Manuel de la gestion axée sur les résultats à l'O.I.F. Décembre 2013

Pour appliquer cette approche à la gestion budgétaire, il s'agit d'utiliser le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) qui est un instrument de planification et de programmation à moyen terme des ressources et des dépenses. Sa finalité est d'accroître l'efficacité de la dépense en mettant en cohérence les allocations budgétaires avec les priorités de développement. Il constitue ainsi un outil d'aide à la décision en mettant des liens entre les politiques et les programmes; Les programmes et les projets ou composantes; les budgets prévus et l'exécution réelle ainsi que les indicateurs ou objectifs visés dans les politiques et programmes. L'utilisation de cet instrument fait appel à certaines exigences dans la procédure de l'élaboration du budget. Il faut pour cela:

- une formulation nécessaire autour d'un ensemble d'objectifs prédéfinis et de résultats escomptés;
- les ressources nécessaires déterminées à partir de ces résultats, en fonction des produits requis pour obtenir ceux-ci ;
- les résultats obtenus mesurés à l'aide d'indicateurs objectifs.

Il convient également de noter que la logique de la performance qui est au cœur de l'introduction des budgets programmes implique que des responsabilités réelles soient données aux gestionnaires des programmes. La finalité de cette méthode est d'accroître l'efficacité de la dépense et de rendre le système plus transparent.

Avec l'introduction de la GAR, le budget est d'abord présenté par politiques publiques, déclinées à leur tour en programmes qui sont décomposés par nature de recettes et de dépenses. Les crédits de chaque programme sont décomposés selon leur nature, en crédits de personnel, de biens et services, d'investissement et de transferts.

Le changement de méthode dans l'élaboration du budget exige l'implantation de pratiques de gestion saines et efficaces qui, en retour, doivent assurer l'atteinte de résultats et d'objectifs concrets. Il nécessite une période d'adaptation et d'exercice au sein des services hospitaliers. La mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats peut constituer une amélioration du processus d'élaboration budgétaire. Toutefois son application connaît encore des blocages qui sont de plusieurs ordres et peuvent être liés à:

- une réticence des responsables qui ont déjà une culture de gestion et une organisation de leur structure ;

- une insuffisance de formation des agents des hôpitaux qui n'ont pas encore une réelle maîtrise des outils de la GAR ;
- l'absence de ressources techniques, humaines, financières et organisationnelles. De ce fait, les organisations ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux changements qu'implique la GAR.
- défaut de compétences techniques et de moyens financiers pour assurer cette programmation des ressources à long terme, la difficulté à collecter des indicateurs précis et fiables ;
- l'inadaptation des systèmes d'information à l'intérieur des organisations ;
- la réticence des agents au contrôle jusque-là considéré comme un début de punition ;
- l'inexistence d'une comptabilité analytique permettant de déterminer et d'imputer les charges.

Ces différentes contraintes peuvent impacter négativement l'organisation si on ne cherche pas à les régler. En conséquence, l'accent est à sur les moyens des services et non sur leurs performances, ce qui conduit à une qualité insuffisante des prévisions et de l'exécution budgétaires.

A cela s'ajoute l'absence de prise en compte réelle des objectifs et des résultats à atteindre du fait d'un manque de dispositif de planification, de suivi et d'évaluation. Dès lors n'est-il pas pertinent de se poser la question de savoir est ce que l'administration publique sénégalaise en général et les hôpitaux en particulier dispose d'un cadre propice pour élaborer un budget selon l'approche de la gestion axée sur les résultats? Cette question centrale à laquelle nous tenterons d'apporter des réponses suscite d'abord des interrogations que nous considérons comme étant des questions spécifiques. Il s'agit de voir:

- Comment les budgets des structures hospitalières sont encore élaborés?
- Quelles sont les conditions à réunir pour que l'élaboration d'un budget selon la GAR soit possible?
- Quels sont les nouveaux outils nécessaires pour l'élaboration d'un budget selon la GAR?

L'objectif principal de cette présente étude consiste alors à déterminer les conditions propices à l'opérationnalisation de la GAR dans l'élaboration du budget dans les structures hospitalières. En d'autres termes, il est question d'appliquer la méthode de la gestion axée sur les résultats au domaine budgétaire dans les hôpitaux.

De cet objectif général découlent des objectifs spécifiques qui consistent à :

- Présenter le cadre dans lequel il est possible d'appliquer la GAR
- Déterminer la démarche d'élaboration d'un budget programme dans le but de lier les ressources à des résultats concrets.
- Indiquer les outils indispensables pour la mise en œuvre de l'approche GAR.
- Montrer que l'adoption d'une telle démarche permet de systématiser la reddition des comptes dans les structures concernées par le biais des rapports de performances ;

Cette étude est d'une importance capitale dans la mesure où comme on l'a dit dans l'exposé des motifs de la loi organique relative aux lois de finances de 2011 l'application de la GAR va 'imprimer un saut qualitatif dans la gestion des finances publiques en consacrant, entre autres, le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats."

De plus, la GAR permet d'accroître la transparence et l'imputabilité des gestionnaires envers le gouvernement, la population, les élus, la société civile et les partenaires techniques et financiers (PTF). Elle aide aussi à ajuster les politiques et les programmes ainsi que les mécanismes institutionnels en fonction des résultats.

Cette étude permettra à certains usagers du secteur hospitalier qui méconnaissent la GAR d'avoir un aperçu des concepts et principes ainsi que les outils et la démarche à adopter pour son application. C'est aussi pour nous une occasion d'approfondir nos connaissances théoriques reçues durant notre formation Elle est enfin pour nous une opportunité d'étendre nos connaissances dans le domaine budgétaire.

Notre travail a nécessité un stage de deux mois qui nous a permis d'avoir des informations par : la recherche documentaire, l'observation, la pratique de certaines tâches, les enquêtes, et les guides d'entretiens

Pour mener à bien ce travail, nous traiterons dans la première partie du cadre théorique de la GAR et des différentes étapes de la procédure de l'élaboration budgétaire. Il s'agit notamment de procéder à une revue littéraire concernant les notions essentielles et les principes de la GAR ainsi que la démarche pour la mise en œuvre du processus d'élaboration du budget axé sur les résultats. Dans un deuxième chapitre, il sera question de la présentation du cadre de l'étude et de la méthodologie.

Dans la seconde partie, nous nous intéresserons au cadre pratique du processus d'élaboration budgétaire. Elle sera constituée de deux chapitres évoquant respectivement de la description du processus d'élaboration du budget de l'HOGGY et l'évaluation de ce processus suivie de recommandations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

La forme de gestion des finances publiques à mettre en œuvre constitue une équation à résoudre pour les gouvernements des états modernes qui font face à des demandes internes et externes et à des pressions de plus en plus pressantes. Dans le contexte mondial actuel marqué par capitaliste, la gestion axée sur les résultats a fini par devenir un cadre de gestion promu et adopté par un nombre de plus en plus important de pays, aussi bien dans le Nord que dans le Sud.

C'est dans cette perspective que la Directive portant lois de finances consacre une nouvelle approche de la dépense publique: le passage à la gestion axée sur les résultats (GAR) constitue l'un des piliers de la réforme des finances publiques au sein de l'UEMOA. Dès lors, suite aux pionniers que sont les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économique (OCDE), les pays de l'union commencent à appliquer la GAR mais avec beaucoup de difficultés.

Dans cette approche, l'administration publique se donne comme objectif d'atteindre ses objectifs énoncé dans son processus budgétaire. D'ailleurs l'avenir des dirigeants au sein de l'entreprise dépend des résultats et de l'écart séparant les promesses de résultats de la réalisation de ceux-ci dans l'exécution du budget. La GAR impose la mesure de la performance, la transparence par la mise en place de procédures et de mécanismes clairs pour permettent de refléter les priorités politiques lors de la budgétisation.

Pour une bonne prise en charge de cette approche théorique sur l'élaboration du budget selon la GAR, il nous semble opportun dans un premier chapitre de cerner le cadre conceptuel de cette approche et dans un second chapitre nous présenterons le cadre de notre étude qui est l'HÔPITAL GENERAL DE GRAND YOFF (HOGGY) et son service de contrôle de gestion puis, établir un modèle d'évaluation du processus d'élaboration budgétaire qui servira d'outil de base dans la deuxième partie.

Chapitre 1 : APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA GESTION DU BUDGET AXEE SUR LES RESULTATS

Selon Caroline (SELMER ; 2003) ²« Un budget peut être considéré comme un ensemble cohérent d'hypothèses et de données chiffrées prévisionnelles, fixées avant le début de l'exercice comptable, décrivant l'ensemble de l'activité. Les données les plus importantes constituent les objectifs à atteindre, qui se doivent être ambitieux mais réaliste, définis à la suite d'un dialogue entre les responsables, quel que soit leur niveau hiérarchique. »

Cette définition du budget de SELMER recoupe à bien des égards la logique d'atteinte des objectifs ou celle de résultat et l'implication des différents acteurs dans l'approche GAR dont nous nous proposons dans ce chapitre de cerner les notions essentielles.

1.1. Notions essentielles de la GAR

Il s'agit dans cette partie de cerner le sens de la GAR à travers des définitions d'organismes comme le PNUD et l'ACDI. Il sera ensuite question de s'arrêter sur la notion de budget programme et ses finalités.

1.1.1. Définition de la GAR

Selon le PNUD (2002), La GAR est une stratégie ou une méthode de gestion selon laquelle une organisation veille à ce que ses procédés, produits et services contribuent à la réalisation de résultats clairement définis. Elle définit un cadre cohérent de planification et de gestion stratégique en améliorant l'apprentissage et la responsabilité. »

Pour l'ACDI (2002), La GAR est un moyen d'améliorer l'efficacité et la responsabilité de la gestion en faisant participer les principaux intervenants à la définition de résultats escomptés, en évaluant les risques, en suivant les progrès vers l'atteinte de ces résultats, en intégrant les leçons apprises dans les décisions de gestion et les rapports sur les rendements.

² Caroline SELMER, Construire et défendre son budget, outils, méthodes et comportements, Paris, Dunod, 2003

Dans la Déclaration de Paris (2005), il est dit que « axer la gestion sur les résultats signifie gérer et mettre en œuvre l'aide en se concentrant sur les résultats souhaités et en utilisant les données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision. »

Ainsi il ressort de ces définitions que la GAR est une approche multisectorielle et participative qui cherche à aligner les efforts d'une organisation ou d'un programme sur les résultats attendus, en impliquant les parties prenantes, en optimisant l'utilisation des ressources humaines et financières et en valorisant l'apprentissage. A cela s'ajoutent l'identification et la gestion des risques ainsi que l'exigence de rendre compte avec des rapports sur les résultats et les ressources déployées.

En somme, la GAR est une approche de gestion qui résulte d'un souci de rationalisation budgétaire et d'alignement des ressources à des résultats concrets.

1.1.2. Principes de la GAR

Comme toute approche, la pratique de la GAR tient compte de certains principes considérés comme fondamentaux sans lesquels l'utilisation des techniques et des outils de la GAR serait impossible. Selon Amantchi GOGOUA (2012), la GAR repose sur cinq (5) principes principaux que sont :

1. Centrer le dialogue sur les résultats et ce, à toutes les phases:

- Dialogue et concertation avec tous les intéressés dès le départ;
- Appropriation et responsabilisation sur le processus de planification et de gestion par les résultats;
- Implantation de stratégies d'évaluation et de gestion des risques;
- S'assurer que tous les intéressés connaissent les risques qui peuvent affecter les résultats.

2. Aligner la planification, le suivi et l'évaluation sur les résultats

- Les stratégies et leur mise en œuvre découlent directement des résultats attendus;
- Les indicateurs et stratégies de suivi-évaluation sont liées logiquement aux effets et impacts désirés;
- Utilisation systématique des mêmes indicateurs tout au long de l'exécution des sous-programmes/projets pour fournir des preuves de leur performance et des résultats atteints.

3. S'assurer de la simplicité des méthodes de mesure et des rapports:

- La mesure et l'information sur les résultats sont les plus exactes possibles.
- Les résultats sont mesurés à l'aide des indicateurs définis au départ.
- Utilisation d'indicateurs de risque et de performance pour suivre les changements clés qui pourraient affecter les résultats.
- Engagement à réduire les coûts et à éviter la duplication (définition concertée des indicateurs).

4. Gérer pour, et non, par les résultats:

- Les résultats attendus sont définis de manière claire dès le début;
- Les gestionnaires ont la latitude, la flexibilité et l'autorité pour organiser les ressources afin d'atteindre les résultats;
- Implique une analyse commune (gestionnaires et intéressés) si les cibles clés ne sont pas atteintes et sur comment prendre des mesures correctives.

5. Utiliser l'information relative aux résultats pour l'apprentissage et la prise de décisions:

- l'information générée par les systèmes de suivi-évaluation est accessible à tous les intéressés directs;
- l'information (positive ou négative) est utilisée pour la prise de décision;
- l'évaluation de la performance et la reddition de compte tiennent compte des facteurs contextuels et des risques;
- ils perçoivent les évaluations de la performance comme des opportunités d'apprentissage.

En somme, ces principes peuvent être considérés comme des facteurs clés de succès car leur application assure une réussite de la mise en œuvre de la GAR aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel. Ils exigent dans la pratique la simplicité la pédagogie avec une méthodologie adaptable ainsi que le partenariat et la recevabilité.

1.1.3. Le budget de programme et ses finalités

Dans la directive n° 06/2009/CM/UEMOA on définit le programme dans l'article 12 comme un regroupement de crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions représentatif d'une politique publique clairement définie dans une perspective de moyen terme et qui relèvent d'un même ministère.

Il peut aussi être défini comme un ensemble d'actions ou d'activités coordonnées dans le temps et dans l'espace destinées à atteindre des résultats objectivement vérifiables. Dans le contexte de notre étude nous pouvons retenir qu'un programme est un ensemble d'activités ayant un même but et contribuant à atteindre les objectifs globaux définis par l'hôpital dans le cadre de sa planification stratégique.

Ainsi les étapes suivantes sont à déterminer pour déterminer un programme:

- **La méthode de l'arbre à problèmes** : il s'agit d'identifier et à la décrire les problèmes de développement qui affectent le secteur ou la structure
- **L'arbre des objectifs** : Partant des problèmes identifiés, on définit des objectifs sectoriels qui seront liés à des objectifs globaux tels que définis dans les domaines stratégiques tels que les Objectifs du Millénaire pour le développement(OMD) et des Lettres de politique sectorielle (LPS).
- **Le cadre logique** : Il implique la mise en forme des résultats d'une analyse de manière à présenter de façon systématique et logique les objectifs d'une composante. La mise en forme doit :
 - Refléter les liens de causalité entre les différents niveaux d'objectifs
 - Indiquer comment on peut vérifier si les objectifs sont réalisés
 - Définir quelles sont les hypothèses, échappant au contrôle de la composante, susceptibles d'influencer sa réussite.

Ainsi, les budgets programmes prennent leurs noms des programmes qui les composent conformément à la loi organique relative aux lois de finances n° 2011-15 du 8 juillet 2011 au même objet qui a transposé la directive de l'UEMOA N° 06-2009. Ce sont des documents qui montrent que les résultats doivent être mesurés conformément aux moyens disponibles, selon des indicateurs préalablement définis, ce qui, grâce à une planification stratégique bien pensée, permet de baliser et accélérer le développement du pays.

D'ailleurs selon le PNUD (1997) « l'approche programme est un processus qui permet aux gouvernements d'articuler les priorités nationales et de réaliser les objectifs de développement humain durable dans un cadre cohérent et participatif. L'approche programme est bien plus qu'un simple moyen de réunir des projets exécutés en un lieu donné dans un« programme », c'est une approche logique qui intègre les processus de planification et de gestion de tout effort

de développement national, aux niveaux macro-économique, méso-économique et micro-économique.

Le budget programme implique une exigence de résultats imprimée par les notions de planification et de programmation, et qui s'accompagne en même temps d'un élargissement du champ de contrôle parlementaire sur les recettes et les dépenses de l'Etat.

Ainsi, La GAR doit aider tout organisme à se concentrer de façon systémique sur les résultats. La notion de résultat est le noyau dur de cette approche. Selon l'ACDI (2000 :6) un résultat est un changement descriptible ou mesurable qui découle d'une relation de cause à effet.

Deux éléments clés sont à retenir dans la notion de résultat :

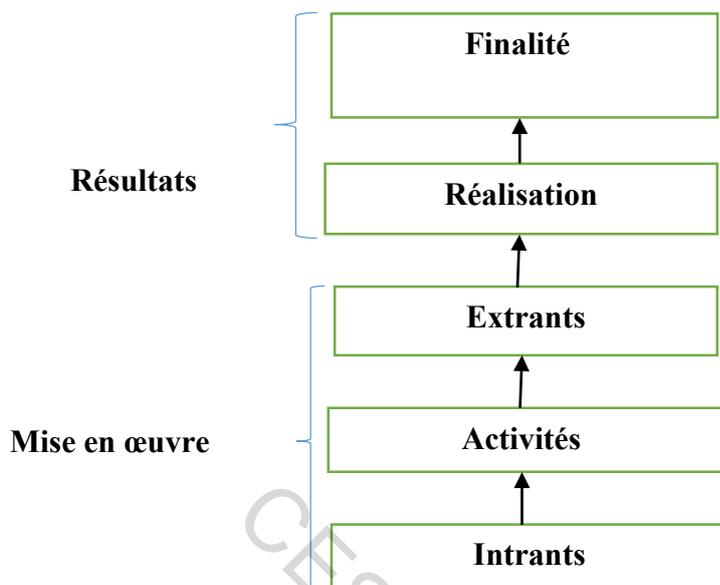
- **Le changement** : tout projet ou programme doit conduire à une transformation chez un groupe donné, ou une population cible dans le milieu d'intervention.
- **La causalité** : il doit exister une relation de cause à effet entre le résultat que l'on souhaite atteindre et les actions à mener pour y arriver.

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Education et la Culture (UNESCO : 2012 :10), un résultat doit présenter cinq caractéristiques pour être réalisable et significatif (SMART) :

- Spécifique : c'est-à-dire exact, distinct et formulé clairement ;
- Mesurable : il doit être mesurable d'une manière ou d'une autre, comportant des caractéristiques qualitatives et/ou quantitatives ;
- Réalisable : il doit être réaliste compte tenu des ressources humaines, financières et institutionnelles disponibles ;
- Pertinent : il doit contribuer à l'obtention des résultats de niveau supérieur et répondre à des besoins ou des défis spécifiques
- Assorti d'un délai : il doit être réalisable dans un délai donné.

Dès lors, nous pouvons dire qu'un résultat doit être objectivement réalisable dans un délai précis s'il est pertinent : Cet enchaînement des différents éléments peut être illustré par le schéma suivant :

Figure 1 : Les éléments de la chaîne de résultats



Source : Jody ZallKusek Ray C Rist (2006)

Cette nouvelle méthode de l'UEMOA a pour principal objectif de favoriser et consolider l'intégration des pays de l'union. Ensuite, ce véritable changement d'approche vise une optimisation de la dépense publique pour rendre les systèmes plus performants, à travers les principaux objectifs à atteindre que sont la recherche d'une croissance forte et l'amélioration des conditions de vie des populations.

Pour atteindre de tels objectifs, il est clairement dit dans l'exposé des motifs de la loi organique précitée que « le budget programme vise à mettre en avant, non seulement les moyens liés à l'activité des pouvoirs publics, mais également à justifier la répartition des allocations par rapport à la réalisation d'objectifs prédéfinis. ».

N'est-ce pas là une démarche qui constitue en même temps un gage de discipline budgétaire, du principe de transparence et de sincérité mais aussi et surtout de la culture du contrôle de l'évaluation et d'une maîtrise du patrimoine et des engagements de l'état pour toujours reprendre les termes de l'exposé des motifs.

Cette démarche nécessite une discipline macro-économique et budgétaire mais aussi le respect des principes de la gestion axée sur les résultats dont la mise en œuvre requiert des outils.

1.2. Différences entre budget de moyens et budget de programme

Dans ce cas précis, nous comptons analyser les budgets de moyen et de programme afin de voir les raisons pour lesquelles il est plus pertinent aujourd'hui de passer du budget de moyen au budget de programme.

1.2.1. Le budget de moyen et ses limites

Auparavant, le budget dit de moyen était présenté par nature économique ou administrative des dépenses. Ce type de budget repose sur les services votés et les mesures nouvelles : les prévisions sont faites par service (chapitre budgétaire), article, paragraphe et par ligne budgétaire (caractère économique de la dépense); l'accent est mis sur les moyens des services et non sur leurs performances, ce qui conduit à une qualité insuffisante des prévisions et de l'exécution budgétaires (FAYE El hadji ; 2009).

A cela s'ajoute, selon HADDAD (2011), une absence totale des notions de stratégie publique, de programmes d'action, d'objectifs généraux et d'objectifs spécifiques, d'indicateurs de mesure de la performance, d'efficience dans la dépense publique, de la culture de reddition des comptes et d'absence de définition des responsabilités.

En somme, dans le contexte actuel marqué par des changements et des innovations, les budgets de moyens sont devenus inefficients et devraient par conséquent céder la place au budget de programme.

1.2.2. Le budget de programme

Pour pallier toutes ces insuffisances, une nouvelle approche budgétaire est initiée par la directive de L'UEMOA. L'objectif est de faire passer l'État d'une logique de moyens à une logique de programme et de résultats. Ainsi, pour assurer une allocation de ressources qui permet l'atteinte des résultats des programmes, la budgétisation doit s'articuler essentiellement autour des actions des programmes. Pour ce faire, la budgétisation doit se faire en fonction de la planification des projets et programmes, tout en veillant à mettre en œuvre un suivi et une évaluation systématique, des notions devenues essentielles dans le cycle de budgétisation axée sur les résultats.

Tableau 1 : Comparaison tabulaire des budgets de moyen et de programme

Budget – moyen	Budget-programme
Prévision annuelle	Prévision pluri annuelle
Demande mécanique de crédits sans tenir compte des objectifs stratégiques et au cadre macroéconomique	Prévisions de ressources conformément aux résultats à atteindre, au cadrage macroéconomique et les prévisions de recettes
Budget de fonctionnement et d'investissement séparés	Utilisation du processus de formulation budgétaire
Budget par nature économique	Budgétisation par programme, axée sur les résultats
Peu de marge de manœuvre dans l'allocation des ressources	Flexibilité dans l'allocation des ressources à moyen terme
Bilan de l'action publique après la dépense (ex-post)	Existence d'indicateurs de performance avant l'intervention publique (ex-ante)
Faible lien entre la stratégie du gouvernement et les allocations budgétaires	Existence d'un lien entre les priorités nationales et les objectifs sectoriels

Source : Adapté de HADDAD(2011)

1.3. Les outils du budget-programme et le processus d'élaboration

Nous tenterons d'abord, dans ce point, de voir les outils nécessaires à un tel budget pour ensuite donner les différentes étapes de son élaboration.

1.3.1. Les outils du budget-programme

Tout au long de la démarche de mise en œuvre d'un programme, la GAR préconise l'utilisation de divers outils indispensables à l'atteinte des objectifs fixés.

1.3.1.1. Le cadre de dépense à moyen terme (CDMT)

La définition couramment retenue, notamment par Le Houerou et Taliércio (2002) ou Holmes et Evans (2003), tirée du manuel de gestion des dépenses publiques de la Banque mondiale, est la suivante : « Un CDMT comprend une enveloppe financière globale fixée au sommet par les

services centraux, des discussions à la base pour l'estimation des coûts présents et à moyen terme des options de politique publique et, enfin, un processus d'ajustement des coûts et des ressources disponibles.» (Banque Mondiale, 1998).

Autrement dit, le CDMT consiste en une enveloppe hiérarchisée de ressources, compatible avec la stabilité macroéconomique et certaines priorités stratégiques. Il permet une estimation des coûts à moyen terme des politiques ainsi qu'une prise de décision qui harmonise les coûts et les ressources disponibles.

Le CDMT est un instrument de programmation triennal (ou autre horizon pluriannuel) et de maîtrise des dépenses budgétaires. Il doit être glissant et doit couvrir toutes les dépenses quelles que soient leur nature et leur source de financement. Il élabore des estimations pour l'année budgétisée (N+1), ainsi que les années subséquentes (N+2, N+3). En ce sens, le caractère pluriannuel du CDMT permet d'aborder la contrainte d'annualité du budget : bien que le budget soit voté annuellement, les engagements de l'État vont au-delà de l'année budgétisée. Il est rédigé selon le plan suivant :

- **Introduction** où on décrit le contexte macroéconomique international et interne sur l'année n-1 et de l'année en cours avant d'aborder les perspectives qui peuvent influencer sur notre stratégie de développement.
- **La stratégie et les politiques de développement** : on y indique les choix stratégiques qui sont basés au Sénégal sur le Plan Sénégal émergent (PSE) qui est le document stratégique en vigueur.
- **Les performances récentes des secteurs et leurs perspectives** sont abordées pour mettre en avant les résultats sectoriels récents et les perspectives à court terme. C'est aussi le moment de décider de maintenir les mêmes politiques ou de changer d'option.
- **La programmation budgétaire triennale** : C'est une analyse du TOFE qui permet de dégager un cadrage budgétaire sur la période et d'indiquer les enveloppes sectorielles y afférents.
- **Annexes.**

Ce plan est extrait du CDMT (2012 -2014) du Ministère des Finances, à la Direction Générale des Finances et plus particulièrement à la Direction du Budget. (CDMT (2012 -2014) MEF / DGF/DG)

En somme, le CDMT est un instrument technique qui oblige les acteurs à un respect d'un cadre de discipline budgétaire défini au niveau macroéconomique par le TOFE élaboré sous la houlette de la Direction des prévisions et d'études économiques(DPEE) sous la supervision du FMI.

1.3.2. Le cadre de dépense stratégique à moyen terme (CDSMT)

Dans une de ses interventions sur la GAR, le Professeur Charles Emile CISS (2014) soutient : « Outil de la Méthode de la Gestion Axée sur les Résultats appliqué à la gestion budgétaire, le CSDMT est un instrument de planification et de programmation à moyen terme des ressources et des dépenses. Sa finalité est d'accroître l'efficacité de la dépense en mettant en cohérence les allocations budgétaires avec les priorités de développement. Il constitue ainsi un outil d'aide à la décision en mettant des liens entre les politiques et les programmes, les programmes et les projets ou composantes, les PP et les budgets annuels, les budgets prévus et l'exécution réelle, l'exécution réelle et les indicateurs ou objectifs visés dans les politiques et programmes ».

De ce fait, l'introduction du CDSMT permettra sans doute d'ancrer le culte de la performance dans la gestion des affaires publiques, la systématisation de la reddition des comptes dans les structures concernées par le biais de rapports de performance.

Depuis 2005, le ministère chargé de la santé au Sénégal fait partie des secteurs pilotes pour l'implantation des Cadres de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme (CDSMT Santé), outil de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire(PNDS). Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (le CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Le CDSMT permet de mieux allouer les ressources pour atteindre les objectifs fixés et constitue une étape importante dans le processus de mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats. Il apporte ainsi une réponse aux difficultés liées au non-alignement des allocations budgétaires aux priorités nationales et au faible niveau de prévisibilité des financements. Sous un autre registre, le CDSMT permet :

- de développer le sens des responsabilités ;
- d'instaurer l'obligation de rendre compte de l'utilisation des ressources publiques ;

- d'indiquer clairement les allocations budgétaires sur une période de trois ans, par programme et en fonction des sources de financement ;
- de préparer le budget annuel dont il assure le lien entre les ressources, les objectifs et les cibles de la période ;
- de bâtir une culture de performance.

Par ailleurs, le processus d'élaboration du CDSMT selon un rapport du Ministère de la santé de 2009 repose sur un calendrier qui précise les délais pour son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation annuelle à travers le rapport de performances. La notification des enveloppes budgétaires sectorielles indicatives par le ministère chargé des finances, première étape de ce processus, se fait sur la base des priorités de programmes de dépenses triennales toutes sources confondues.

Sa structure est la suivante :

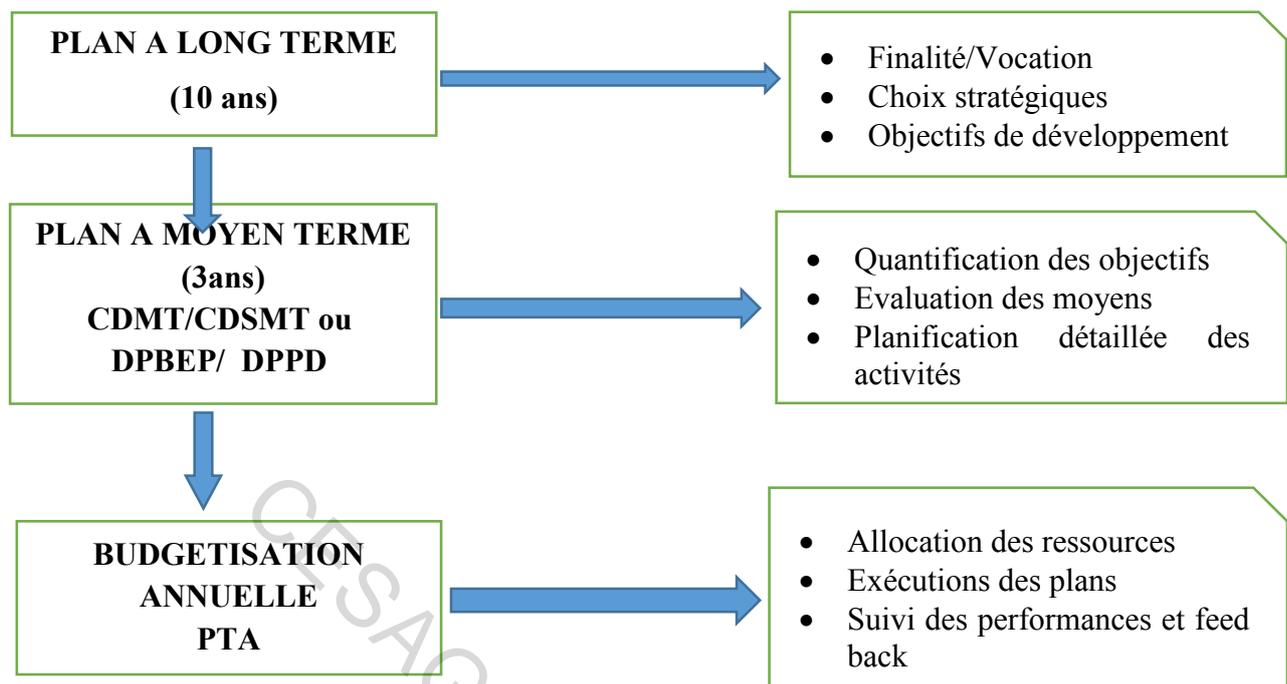
- Introduction ;
- Mission du secteur ;
- Diagnostic et résultats récents du secteur ;
- Rappel des objectifs sectoriels ;
- Programme et composantes prioritaires ;
- Planification budgétaire ;
- Mécanisme de mise en œuvre et de suivi évaluation ;
- Annexes (tableaux de passage).

1.3.3. Le plan de travail annuel (PTA)

Dans le PNDS 2009-2018, le PTA est défini comme étant « la traduction opérationnelle de la première année du CDSMT déclinée en plans d'actions détaillés au niveau de tous les échelons de la pyramide sanitaire. » Le budget du ministère chargé de la santé est préparé à partir de ces PTA. Pour le cas particulier des districts sanitaires, le processus démarre par une planification au niveau des collectivités locales avec l'élaboration des Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé). Ces derniers constituent l'ossature des PTA des districts qui font à leur tour l'objet d'une synthèse au niveau régional sous la coordination de la région médicale.

Le plan de travail annuel a pour rôle essentiel de planifier les activités visant à atteindre les objectifs stratégiques à un niveau plus détaillé.

Figure 2 : Cycle de la budgétisation axée sur les résultats



Source : Adapté du Guide de gestion du plan de travail annuel / MSAS (2012)

1.3.4. Le rapport de performance

Les rapports de performance résultent de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (LOLF). Ils présentent et expliquent les réalisations effectives concernant l'ensemble des moyens regroupés au sein d'une mission et alloués à une politique publique. Ils rendent compte de l'exécution des engagements pris dans les projets annuels de performance accompagnant la loi de finances, tant en termes d'exécution des crédits que de compte-rendu en matière de performance, d'activité des opérateurs de l'État et d'analyse des coûts et des charges : ils permettent d'apprécier la qualité de la gestion des politiques publiques ; ils retracent, pour chaque programme, la stratégie, la justification des crédits, les objectifs des politiques publiques, les indicateurs et les cibles à atteindre.

Il permet de tirer les leçons de la période passée et permet de prendre des décisions dans le futur. C'est certainement dans cette logique d'idées que JODY ZALL KUSEK et RAY C. RIST considèrent que l'analyse des données du rapport de performance produit une information importante sur le statut des projets, programmes et politiques. Elles peuvent également fournir des indices sur les problèmes qui surgissent pendant la mise en œuvre et proposer des améliorations aux stratégies de mise en œuvre.

Nous en déduisons avec le Décret N° 2009-85 du 30 Janvier 2009 relatif à la préparation du budget de l'Etat que le rapport de performance permet de mesurer annuellement en fin d'exercice budgétaire, les progrès, performances ou contreperformance obtenus au regard des indications de performance et de mise en œuvre des programmes. Il permet de tirer les leçons des opérations mises en œuvre afin d'améliorer les politiques, les méthodes d'intervention et la planification des opérations.

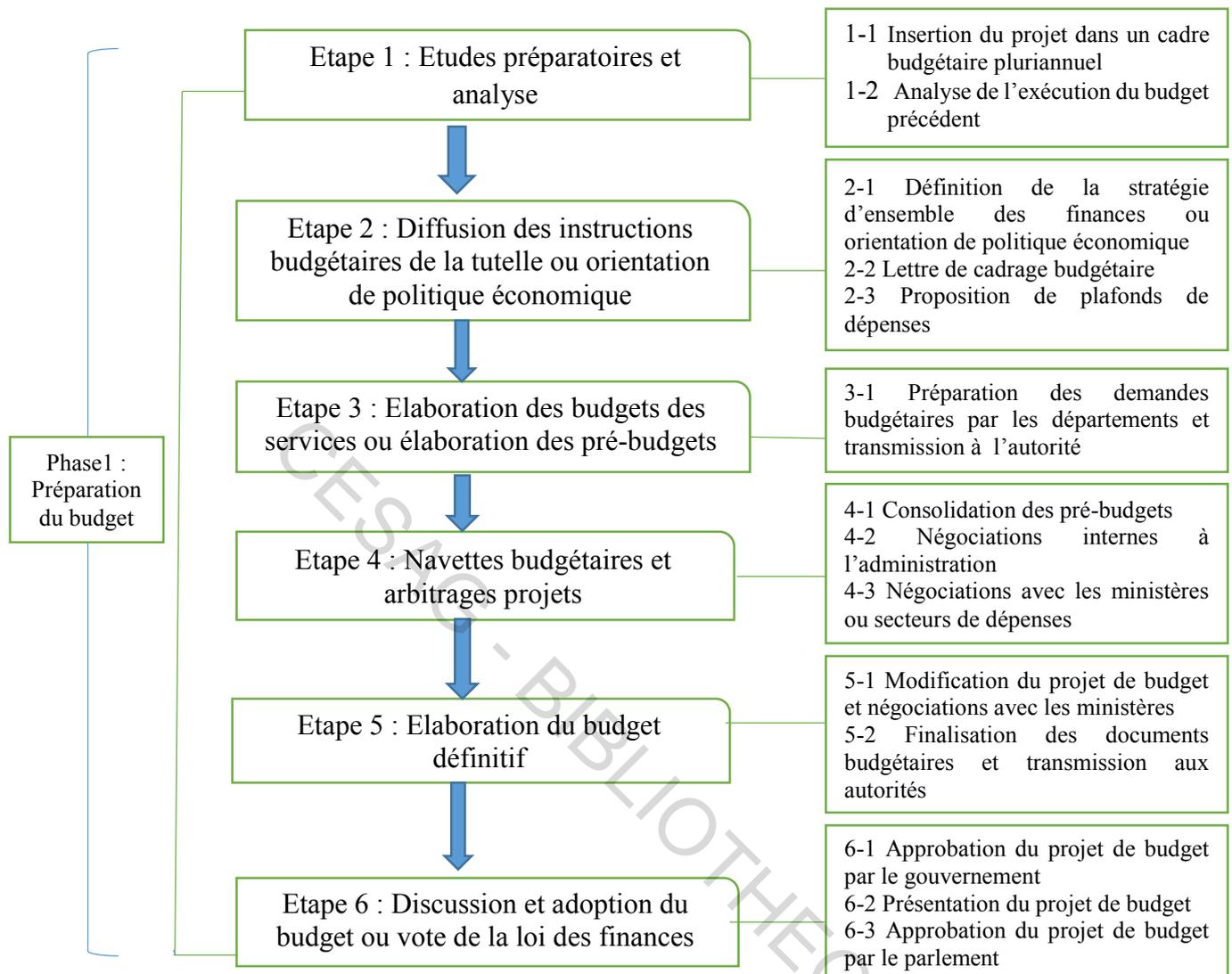
1.3.5. Processus d'élaboration du budget-programme

Selon Caroline SELMER, la préparation budgétaire consiste à élaborer un pré-budget. Ces travaux préliminaires sont formalisés dans une lettre de cadrage. Par la suite, une procédure budgétaire structure les différentes étapes de l'élaboration budgétaire. Au cours de leur réflexion, les responsables opérationnels peuvent ainsi confronter en permanence leurs propositions qui débouchent à terme sur des objectifs clairs et des plans d'action cohérents.

Cette description de SELMER (2003) rappelle l'articulation proposée dans l'annexe de la directive de l'UEMOA et qui se fait en cinq (5) étapes :

- ❖ **Première étape** : Analyse du secteur et détermination des objectifs sectoriels. L'analyse porte sur le contexte, les missions et les objectifs associés ainsi que les principaux documents stratégiques encadrant l'action de la structure
- ❖ **Deuxième étape** : Elaboration d'une stratégie pour atteindre les objectifs retenus
- ❖ **Troisième étape** : Choix de la structure de programme qui permettra d'atteindre les objectifs. Il consiste à :
 - Hiérarchiser les besoins en fonction de leur degré de priorités ;
 - procéder à une articulation entre les activités et les objectifs ;
 - mettre en adéquation des moyens prévus pour la mise en œuvre des activités avec les objectifs stratégiques ;
 - Allouer de façon rationnelle des ressources qui tiennent plus compte des priorités sectorielles ;
 - Faire un découpage pluriannuel de la programmation des activités selon un échéancier cohérent, réaliste et progressif ;
- ❖ **Quatrième étape** : Elaboration du cadre stratégique
- ❖ **Cinquième étape** : Budgétisation des programmes et mise en place d'un système de suivi évaluation

Figure 3 : Les étapes du processus d'élaboration du budget



Source : Schéma établi à partir des articles des Ministères de la jeunesse, de l'éducation, et de la recherche (2007)

Ces cinq étapes citées ci-haut sont rappelées dans le décret 2014-1472 du 12 Novembre 2014 portant régime financier et comptable des établissements publics, des agences et autres structures administratives similaires ou assimilées. Ainsi, il est dit dans le dit décret que le budget prévoit et autorise, pour une année civile, l'ensemble des recettes et des dépenses des organismes publics leur permettant de réaliser les missions qui lui sont confiées.

Pour atteindre un tel objectif, les phases suivantes doivent être respectées dans le cadre de la préparation ou l'élaboration du budget :

- Dans le mois de septembre de chaque année au plus tard, l'ordonnateur du budget de l'organisme public soumet à l'organe délibérant, pour adoption, le document d'orientation budgétaire
- Pour les besoins d'orientation budgétaire la tutelle technique transmet à l'organisme public concerné le projet de notification budgétaire au plus tard dans la première semaine du mois de septembre
- Dès le mois d'octobre de chaque année au plus tard, les services compétents de l'ordonnateur élaborent les premières esquisses budgétaires. Le projet de budget est soumis à l'organe délibérant au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède celle au titre de laquelle il est établi.
- Le budget est voté par l'organisme délibérant de l'organisme public au plus tard le 10 Novembre de l'année qui précède celle au titre de laquelle il est élaboré. Le budget voté d'un organisme n'est exécuté qu'après approbation.
- Une fois voté, le budget est transmis à l'autorité ayant pouvoir d'approbation dans un délais de 10 jours à compter de la date de délibération pour être approuvé dans un délai de trente-cinq (35) jours dans la région de Dakar et vingt-cinq (25) jours dans les autres régions à compter de sa date de réception par l'autorité ayant pouvoir d'approbation.

Ce projet de budget doit être revêtu de l'avis préalable du Ministre chargé de la tutelle technique. Les budgets des organismes publics, situés dans la région de Dakar, sont approuvés par le Ministre chargé des finances.

Chapitre 2. METHODOLOGIE ET PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

Ce chapitre sera consacré d'abord à la présentation du cadre de l'étude qu'est l'hôpital général de grand Yoff (HOGGY). Ainsi, il sera question de définir la méthodologie de l'étude, ensuite nous rappellerons l'historique, la mission, le domaine d'activité, l'organisation les activités de l'HOOGY. Pour terminer, nous présenterons le service du contrôle de gestion qui est à la fois notre service chargé de l'élaboration du budget à l'HOOGY.

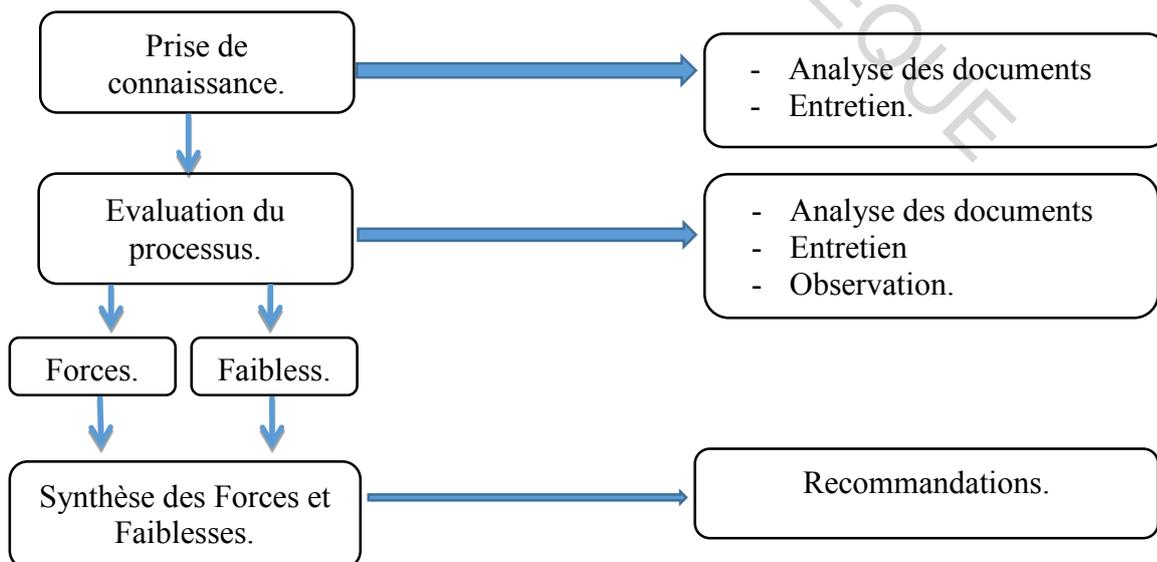
2.1. La méthodologie de l'étude

Pour une réelle prise en charge de notre thème, nous avons jugé nécessaire d'utiliser une méthodologie qui repose sur un modèle d'analyse, des outils de collecte de données et des évaluations des différents résultats.

2.1.1. Modèle d'analyse

Etablir ce modèle d'analyse signifie faire une prise de connaissance et une évaluation du processus afin de déceler les forces et les faiblesses pour enfin faire leur synthèse. Par ailleurs, nous procéderons à une analyse des documents, des entretiens et des observations qui nous permettront de faire des recommandations. Le modèle est présenté par la figure suivante :

Figure 4 : Schéma du modèle d'analyse



Source : Nous-même.

2.1.2. Prise de connaissance et évaluation du processus

Nous avons voulu commencer par une visite des lieux pour avoir une vue d'ensemble de l'hôpital général de grand Yoff (HOGGY). Une visite qui a permis d'avoir une idée du processus d'élaboration budgétaire. Une prise de connaissance rendue possible grâce à l'analyse documentaire, aux interviews, aux entretiens et observations sur le terrain.

2.1.2.1. Prise de connaissance

Après une prise de connaissance générale de l'hôpital, nous avons essayé d'exploiter les principales données significatives sur l'hôpital elles concernent essentiellement :

- L'historique de l'HOGGY ;
- les services existants et les prestations offertes ;
- l'environnement interne et externe de l'hôpital.

Pour atteindre les objectifs que nous nous étions fixés pour une bonne connaissance de l'hôpital et de son processus budgétaire, nous avons utilisé les techniques suivantes :

- l'analyse documentaire ;
- l'entretien ;
- l'observation.

2.1.2.1.1. L'analyse documentaire

La consultation de certains documents tels que : les rapports d'activités de 2014, les rapports de gestion et d'audit, les circulaires, les états financiers (2014), les procès-verbaux les rapports d'évaluation finale du projet d'établissement, le bilan social de 2015, certaines notes de service ..., nous ont permis d'avoir une prise de connaissance de la procédure d'élaboration budgétaire au sein de l'hôpital HOGGY mais également effectuer une comparaison avec les résultats d'entretien.

2.1.2.1.2. L'entretien

Ces entretiens ont été réalisés plus particulièrement auprès des chefs de services :

- contrôleur de gestion (CG) ;
- chef de service administratif et financier (SAF) ;

- le chef du service des hospitalisations et soins externes (CHSE)
- le chef des ressources humaines (RH);
- l'agent comptable particulier (ACP) ;
- l'auditeur interne.

L'objectif de ces entretiens était d'obtenir une description du processus d'élaboration budgétaire au sein de l'hôpital ainsi que le degré d'implication des personnes interrogées dans le processus budgétaire de l'HOGGY. Interviews sous formes de questionnaires (Voir annexe N° 1) permettant ainsi de confronter les textes aux réponses des responsables.

Tableau 2 : Répartition des agents interviewés

Services	Nombre	Population	%
Chefs de service	30	33	91%
Chefs de division	15	24	63%
Surveillants de service	15	25	60%
Chefs de subdivision	10	15	67%
Total	70	97	72%

Source : Organigramme de l'HOGGY).

2.1.2.1.3. L'observation

L'observation est une meilleure source d'appréhension du processus d'élaboration budgétaire en entreprise.

Cette méthode vise à porter «un constat ; c'est-à-dire sur un répertoire d'analyses possibles et plausibles, de rendre les faits scientifiquement compréhensibles et de reconstruire les logiques liés aux attitudes» GUILBERT & al (1997 : 14).

2.1.2.2. L'évaluation du processus

Cette évaluation résulte de l'analyse des collectes d'où la mise en exergue des forces et faiblesses du processus budgétaire et aboutit à des recommandations en vue d'améliorer le processus d'élaboration budgétaire à l'HOGGY.

2.2. Présentation de l'hôpital général de grand Yoff (HOGGY) et de son contrôle de gestion

Nous allons dans cette section faire une brève présentation de l'hôpital général de grand Yoff de Dakar. Ce qui nous permettra de faire une prise de connaissance générale de l'hôpital. Cette présentation portera sur son historique, son organisation, ses domaines d'interventions et réalisation mais aussi son service de contrôle de gestion.

2.2.1. Historique de l'hôpital général de grand Yoff

L'histoire de l'Hôpital Général de Grand Yoff et celle de la Caisse de Sécurité sont intimement liées. L'hôpital général de grand Yoff est une continuité de l'ex Centre de Traumatologie et d'Orthopédie (CTO).

Le CTO fut un centre spécialisé dans le traitement des accidents de travail, domestiques et de la voie publique. Construit par la caisse de sécurité sociale sur fonds propres à hauteur de huit milliards de francs CFA, le centre couvre une superficie de 3ha5. Ainsi, le 10 Décembre 1965, le projet de construction d'un centre de Traumatologie et d'Orthopédie est lancé au niveau de la Caisse. A cet effet, une mission d'exploration a été envoyée à Strasbourg dans le but de s'inspirer de son centre de traumatologie. Les futurs médecins du centre y ont été envoyés aussi pour des stages d'études afin de les préparer dans la prise en charge médicale des cas de traumatologie.

L'étude de faisabilité du futur centre est acceptée en 1976, et il ne restait plus qu'à mettre à jour ce projet. Cependant ce n'est que le quinze Février 1984 que va débiter la construction, par la CDE, sous le contrôle du bureau VERITAS dans la banlieue de Grand Yoff. Le quinze Février 1984 débuta la construction et le 17 février 1989, le centre est mis en service avec un budget initial de deux milliards sept cent cinquante-deux millions par an avec cent cinquante-six (156) lits installés sur trois cent (300) possibles.

Comme prévu dans le rapport des experts requis par la Présidence sur les conditions d'ouverture et de fonctionnement du CTO, il résulte de l'exploitation de l'hôpital un déficit. Ainsi, de son ouverture, en 1989 à 1995 le centre enregistre un déficit annuel de près d'un milliard par année qui atteignit la somme de 6 milliards 182 millions en 1994.

Devant ce gouffre financier que provoquerait le centre, et les tensions socioéconomiques qui en découlaient (de nombreux contentieux sociaux), la Caisse, lourdement endettée n'avait plus d'autre solution que de céder le CTO à l'Etat.

Cette rétrocession fut signée le 01 janvier 1996 et prit effet le huit janvier de la même année. Celle-ci s'est faite, officiellement, au franc symbolique, cependant la réalité était autre. En effet le CTO a cédé à l'Etat au prix de 5 milliards 800 millions de Francs CFA.

Après ce changement de propriétaire le Centre de Traumatologie et d'Orthopédie change d'objectifs et devient l'Hôpital Général de Grand Yoff. Il élargit par conséquent la palette de soins offerts et se donne pour mission d'offrir toutes les prestations d'un hôpital à vocation générale, comme son nom l'indiquait.

2.2.2. Objectifs et missions de l'HOGGY

2.2.2.1. Objectifs

Les objectifs de l'HOGGY s'inscrivent dans les objectifs assignés aux établissements publics de santé (EPS) conformément à la loi sur la réforme hospitalière. Il s'agit :

- d'assurer un accès équitable à l'ensemble de la population le minimum de soins;
- d'offrir des prestations de qualité aux meilleurs coûts possibles ;
- d'assurer le traitement des cas d'urgence avant toute formalité administrative et la prise en charge des patients référés des autres structures ;
- d'assurer la formation continue des médecins et auxiliaires médicaux.

2.2.2.2. Missions

L'HOGGY, comme toutes les autres structures hospitalières, est régi par la loi 98-08 relative à la création, à la structuration et au fonctionnement des EPS. Les articles 1, 8 et 9 précisent les missions qui leur sont assignées à savoir:

- les établissements hospitaliers assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologique du patient.
- le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins.

Outre les missions définies à l'article 1 et 8, l'article 9 stipule que le service public concourt :

- à l'enseignement universitaire et post universitaire ;
- à la formation continue des praticiens, à la recherche ;
- à la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la recherche en soins infirmiers et obstétricaux ;
- aux actions de la 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 sanitaires publiques;
- à la prise en charge de la population pénitentiaire conformément à la loi.

2.2.3. Les offres de services

L'HOGGY offre plusieurs spécialités (médecine nucléaire, gastro entérologie, ...) et un plateau technique de pointe (imagerie médicale, centre d'exploration fonctionnels, laboratoires, réanimation, blocs opératoires, accueil urgence, ...). Avec des services dirigés par des professeurs de haut niveau. HOGGY se conforme aussi à la charte du malade où on indique que les EPS doivent offrir des soins médicaux de qualité dans le respect de l'intimité du patient.

L'HOGGY est plus réputé dans le traitement des affections neurologiques, de santé mentale, dermatologiques, de la pneumologie, des maladies infectieuses et tropicales liées à l'appareil urinaire, de la chirurgie thoracique et cardiovasculaire.

2.2.4. Organisation de la structure de l'HOGGY

L'organigramme de l'HOGGY (voir annexe 1), fait ressortir les deux ministères de tutelle, le conseil d'administration CA, l'administration, les services médicaux et médicotechniques, les services annexes.

2.2.4.1. Les ministères de tutelle

HOGGY est sous la tutelle conjointe de deux départements ministériels. Le Ministère de l'économie et des finances assure la tutelle financière et, le Ministère de la santé et de la prévention médicale assure la tutelle technique.

2.2.4.2. Le conseil d'administration (CA)

Le conseil d'administration est institué par l'article 3 de la loi 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des EPS et intitulé Organisation administrative et financière des EPS. L'article spécifie que les EPS sont dotées d'un conseil d'administration comprenant au plus 12 membres dont les attributions sont les suivantes :

- la définition de la politique générale de l'établissement public hospitalier ;
- la délibération des mesures relatives à la gestion ;
- le contrôle de l'application des directives présidentielles, notamment celles issues des corps de contrôle sur la gestion des EPS ;
- les délibérations annuelles sur le rapport de gestion sociale présenté par le Directeur.

La durée du mandat des administrateurs est de trois ans renouvelable. Le conseil d'administration est composé : du représentant du ministère de la santé ; du représentant du ministère de l'économie et des finances ; du doyen de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie de Dakar ; du représentant de la commune de Dakar ; de représentant des organismes de prévoyance sociale ; du représentant du personnel ; de deux responsables choisies par le ministère de la santé ; deux représentants de la Commission Médicale d'Etablissement ; deux représentants des usagers (consommateurs) ; du représentant du Président de la République.

2.2.4.3. Le Directeur

Le décret n° 9-702 du 26 août 1998 stipule dans son article 14 que le Directeur d'un EPS, le représente en justice et dans tous les actes de vie civile, assure la gestion générale de l'établissement, prépare les réunions du conseil d'administration et en assure le secrétariat, exécute les résolutions du conseil et les décisions prises par les autorités de tutelle. Il veille au bon fonctionnement de l'établissement. Et à cet effet, il est chargé :

- d'assurer la direction technique, administrative et financière de l'EPS ;
- de préparer les travaux du conseil d'administration ;
- de prendre toutes les mesures utiles au recouvrement des prestations fournies par l'établissement ;

- de passer les marchés et contrats dans les conditions et les normes prévues par le règlement en vigueur ;
- de représenter l'administration auprès des tiers et dans tous les actes civils, administratifs et judiciaires ;
- de faire au conseil d'administration toutes les propositions visant (a) (à) l'amélioration du fonctionnement de l'établissement ;
- de préparer le règlement interne qui sera soumis au conseil d'administration ;
- de coordonner l'élaboration du projet d'établissement et de son application.

Le Directeur est nommé par décret présidentiel parmi les agents de la hiérarchie A, après avis du conseil d'administration, pour un mandat de 4 ans renouvelable. Neuf (9) se sont succédé à la tête de la structure de 1989 à nos jours. Et chacun d'eux a apporté sa touche personnelle.

2.2.4.4. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Créée par décret n°98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des EPS, qui en définit la composition et les attributions, la CME est très important dans la gestion des EPS. Elle est composée : d'un Président élu par les membres de la commission et choisi parmi les chefs de services ; de l'ensemble de chef de services médicaux, pharmaceutiques et d'odontologie ; de trois représentants des corps de médecin, pharmaciens et chirurgiens-dentistes

En accord avec le directeur, elle est chargée de préparer :

- Le projet médical d'établissement ;
- L'organisation des activités médicales et médico-techniques ;
- Les orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité ;
- Les plans de formation des personnels médicaux, d'odontologie et pharmaceutiques et leur mise en œuvre.

Aussi, elle émet son avis sur :

- le projet d'établissement ;
- le projet de budget, les tarifs des prestataires, les comptes ;
- les programmes relatifs aux travaux et aux équipements ;

- les créations, suppressions et transformations des installations ;
- tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, d'odontologie et pharmaceutiques ;
- le règlement intérieur ;
- le tableau des emplois du personnel médical.

2.2.4.5. Le Comité technique d'Etablissement (CTE)

Il est créé par loi n° 98-08 du 02 mars 1998, en son article 25 portant réforme hospitalière et le décret n°98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des EPS. Il est présidé par le Directeur et est composé par les représentants de l'ensemble des catégories professionnelles. Cet organe est le socle institutionnel qui définit et oriente l'activité de l'établissement dont l'exécution est assurée par les services médicaux, techniques et administratifs. Il donne son avis sur : l'hygiène et la sécurité dans l'établissement ; les projets et programmes de l'établissement ; les conditions et l'organisation du travail ; la lutte contre les infections nosocomiales ; la politique générale de formation du personnel et le plan de formation.

2.2.4.6. Les services médico-techniques

Il existe à l'HOGGY les services médicaux qui comprennent plusieurs composantes :

- le service des consultations externes (accueil, suivi des malades externe) ;
- le laboratoire d'analyse de biologie médicale (bactériologie, parasitologie, ...) ;
- le service de pharmacie (assure la fourniture des médicaments) ;
- le service de radiologie (radiographies conventionnelles et échographies) ;
- le service des urgences (tri, prend en charge les malades) ;
- le service gynécologie-Obstétrique (consultations, accouchements, ...) ;
- le service de traumatologie (accidents de la circulation, du travail, ...) ;
- le service d'Orthopédie (s'occupe des malades orthopédiques) ;
- le service d'Urologie et d'Andrologie (sphère uro-génitale) ;
- le service de rééducation fonctionnelle et de la kinésithérapie ;
- le service de la médecine du travail, de l'hygiène et de la sécurité ;
- le service d'ophtalmologie ;
- le service réanimation ;
- le service du bloc opératoire (six salles pour la chirurgie, deux salles d'urgence) ;

- le service de santé publique (malades de médecine orientés en cardiologie) ;
- le service des spécialités (ORL, Neurochirurgie, ...) ;
- le service de la médecine interne (gastro-entérologie) ;
- le service de la pédiatrie ;
- les services administratifs (coordination des activités de l'hôpital).

2.2.5. La capacité d'accueil

L'HOGGY a une capacité d'accueil de 300 Lits dont 236 Installés.

Tableau 3 : Capacité d'accueil de L'HOGGY

Services	Nombre de lit
Urgence	11
Réanimation	11
Ortho Traumato	40
ORL	23
Urologie	21
Neurochirurgie	07
Maternité	30
Cardiologie	20
Chirurgie générale	20
Médecine interne	23
Pédiatrie	26
Ophtalmologie	04
TOTAL	236

Source : Rapport d'activité (2014) HOGGY.

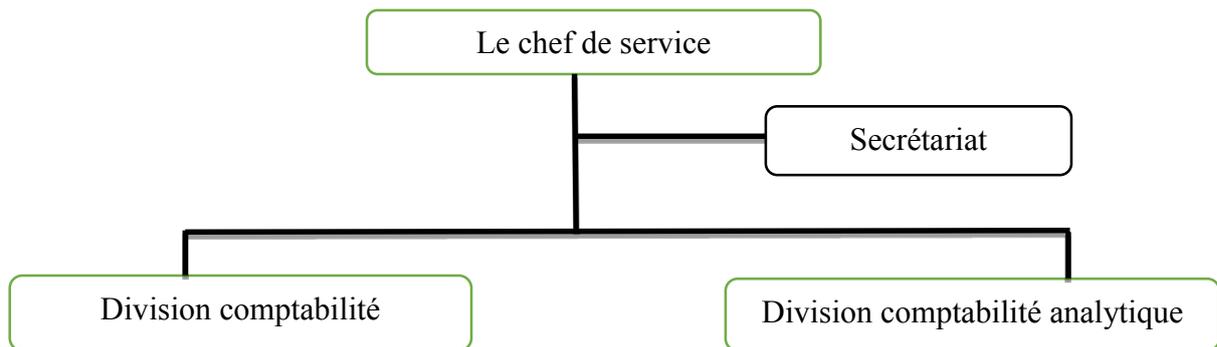
2.2.6. Présentation du service de contrôle de gestion de l'HOGGY

2.2.6.1. Organisation et missions

Le service du contrôle de gestion de l'HOGGY comprend deux divisions.

- division comptabilité budgétaire ;
- division comptabilité analytique.

Figure 5 : Organigramme du service du contrôle de gestion de l'HOGGY



Source : Organigramme de l'HOGGY.

Le chef de service : il coordonne l'ensemble des activités du service. Il est le maître d'œuvre du processus budgétaire. Il est chargé de la mise en place et du fonctionnement de la comptabilité analytique. Il fait le point régulièrement (trimestriellement) sur l'exécution du budget et sur la situation de la trésorerie, présente annuellement un rapport sur la gestion de l'établissement.

Ses principales tâches consistent à :

- Appuyer le Directeur dans la définition des orientations de la politique générale et à s'assurer, par l'élaboration d'un système d'information de gestion et des tableaux de bord que les politiques générales et les procédures établies sont respectées ;
- Animer le processus d'élaboration des plans et projets de gestion et d'établissement ;
- Coordonner l'élaboration et la mise en œuvre des budgets prévisionnels et produire à cet effet les tableaux de bord et états d'exécution budgétaires ;
- Animer la vie et le système d'information des centres de responsabilité ;
- Evaluer et produire des rapports sur l'efficacité, l'efficience et l'économie de la gestion et l'optimisation des ressources, et en faire rapport au directeur de l'établissement public hospitalier ;
- Evaluer la qualité des services.

Le secrétariat : il est chargé du traitement du courrier.

La division comptabilité budgétaire : elle est chargée du suivi de l'exécution et du contrôle budgétaire.

La division comptabilité analytique : elle est chargée du calcul des coûts au niveau des services et des prestations, elle fait l'analyse des coûts et de la rentabilité et suit l'évolution des effectifs de la masse salariale et des ressources consommées.

2.2.6.2. Les ressources du service

Comme ressources humaines, le service compte au total quatre agents :

- Un auditeur interne, chef de service ;
- Un comptable, chef de division comptabilité budgétaire ;
- Un caissier, chef de division comptabilité analytique ;
- Une secrétaire.

Comme ressources matérielles, le service dispose de trois ordinateurs bureautiques et deux Ordinateurs portables.

Conclusion première partie

La revue de littérature que nous venons de terminer nous a permis de comprendre les notions essentielles de la GAR et ses principes. Il nous a aussi donné de constater que cette approche a engendré des changements profonds dans la gestion des finances publiques en général et l'élaboration du budget en particulier.

Ainsi, le changement de paradigme qui a consisté à passer des budgets de moyen au budget de programme a été l'occasion pour l'UEMOA de mettre à la disposition des Etats des outils efficaces pour une bonne gestion budgétaire.

En somme, cette étude littéraire constitue pour nous un prétexte pour disposer de matière permettant d'analyser le processus d'élaboration du budget de l'HOGGY qui fera l'objet de la partie suivante.

DEUXIEME PARTIE :
CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

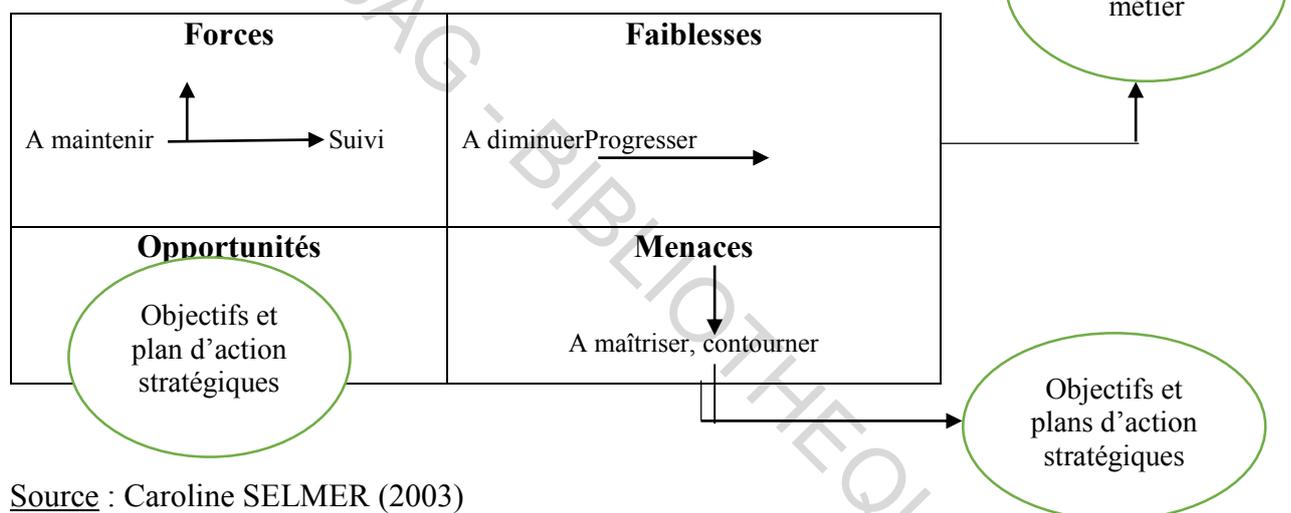
Chapitre 3 : ELABORATION BUDGETAIRE DE L'HOGGY

3.1. Analyse de l'environnement de l'HOGGY

Pour mieux aborder la description du processus d'élaboration budgétaire de l'HOGGY, nous avons jugé nécessaire de procéder à une analyse environnementale tant interne qu'externe.

Comme le rappelle Caroline SELMER (2003) les analyses environnementales permettront de déceler des potentiels de développement et de progrès, les objectifs et les plans d'action. De même l'analyse du secteur peut intégrer une analyse SWOT (Forces –Faiblesse- Opportunités- Menaces) pour aider à caractériser les défis auxquels le secteur est confronté d'où le schéma suivant :

Figure 6 : Définition des objectifs et plan d'action



Source : Caroline SELMER (2003)

3.1.1. L'analyse interne

Situé à l'entrée de la Presqu'île du Cap-Vert, l'HOGGY s'étend sur 3ha 5 et offre une belle allure architecturale.

L'intérieur comprend des cours et jardins bien aménagés. Cependant, il faut souligner que la disposition des bâtiments ne permet pas un bon éclairage diurne.

Avec la loi 98-08 du 12 février 1998 portant Réforme hospitalière et la création de certains services, l'organigramme de l'HOGGY a subi une modification lui permettant d'intégrer la nouvelle situation.

Après délibération, le Conseil d'Administration a adopté un nouvel organigramme (Voir annexe n°2).

L'hôpital général de grand Yoff (HOGGY) dispose à la date d'aujourd'hui d'un effectif très important répartie comme suit :

Tableau 4 : Répartition par famille d'emploi des années 2014 et 2015

FAMILLE D'EMPLOI	Année 2014		Année 2015		ECART
	C.D.I.	C.D.D.	C.D.I.	C.D.D.	
Personnel Médical	64	00	68	00	+04
Personnel Paramédical	376	00	360	00	-16
Personnel Administratif	177	00	178	00	+01
Personnel Technique	67	00	60	00	-07
TOTAL	684	00	666	00	-18

Source: Bilan social HOGGY (2015)

Par ailleurs l'hôpital dispose de diverses sources de financements dont :

- les ressources propres constituées de recettes générées par ses activités ;
- les subventions de l'Etat ;
- Les dons.

L'Etat Sénégalais appuie l'HOGGY en lui fournissant des équipements, du consommables et met à sa disposition le personnel. Il participe également au renforcement des capacités des agents à travers des séances de formations spécifiques ou de recyclages.

D'autres organismes comme la banque mondiale interviennent également dans le cadre de la coopération.

3.1.2. Analyse de l'environnement externe

Pour beaucoup d'utilisateurs, l'HOGGY fait partie des hôpitaux à but lucratif à cause de ses tarifs élevés. L'offre de soins se présente à l'heure actuelle comme suit :

- Hôpital Principal, Hôpital Aristide Le Dantec, Centre Hospitalier ;
- de Fann, Hôpital d'Enfant Albert Royer, hôpital Dalal Diam ;

- 17 cliniques allant de l'accouchement à la chirurgie spécialisée ;
- 278 cabinets tenus par des médecins de spécialités diverses ;
- 10 laboratoires d'analyses médicales ;
- 8 cabinets privés de radiologie.

La zone géographique couverte par l'HOGGY est relativement bien circonscrite. Il s'agit essentiellement de :

- Dakar Nord avec une population de 364 706 habitants pour une superficie de 27 km² ;
- Pikine – Guédiawaye – Mboi et Rufisque pour une population de 1 760 902 habitants et une superficie de 443 km².

Il faut signaler qu'à l'heure actuelle l'HOGGY, du fait de ses choix stratégiques, occupe une place non négligeable à côté des hôpitaux de niveau 3 que sont Le Dantec, Fann, Albert Royer, hôpital Dalal Diam et surtout l'Hôpital Principal. Il parvient à, circonscrire ses cibles que sont ses clients à satisfaire et les concurrents directs cités ci-haut à affronter.

Mais au regard de son potentiel, l'HOGGY peut bien s'affirmer comme un hôpital de référence au niveau national et sous régional

Par ailleurs, l'analyse de l'environnement de l'HOGGY, concernent les facteurs liés aux voies de communication. En effet, l'enclavement et l'éloignement rendent difficile l'accessibilité géographique de l'HOGGY comparé aux autres hôpitaux de Dakar relativement accessibles. L'hôpital gagnerait à avoir une voie d'accès par l'autoroute.

Sous un autre angle, la compétitivité avec les autres structures hospitalières est liée en partie à la cherté de ses tarifs.

L'hôpital Principal attire davantage de clientèle du fait peut être des Fonctionnaires de l'Etat qui constituent 60% de sa clientèle et du personnel des ambassades et des entreprises privées avec lesquelles il a signé plusieurs conventions. Mais il faut surtout dire que l'Hôpital Principal pratique une facturation globale contrairement à l'HOGGY.

C'est certainement dans ce souci de compétitivité que les autorités de l'HOGGY ont mis l'accent sur le partenariat qui se fait surtout avec :

- les districts qui réfèrent au niveau de l'HOGGY ;
- la Caisse de Sécurité Sociale : Partenaire privilégié du fait de l'histoire de l'HOGGY ;
- les hôpitaux étrangers : l'hôpital est jumelé au groupe Hospitalier de Chartres ;
- la sous-région : l'hôpital reçoit des malades de la Mauritanie, de la Guinée, du Mali, de la Sierra Léone et d'autres pays africains ;
- les institutions de Prévoyance Maladie (IPM).

Toutefois, certaines contraintes exogènes sont à noter. Elles concernent les nuisances persistantes à enrayer de l'environnement immédiat de l'hôpital qui gagnerait également à avoir un accès sur l'autoroute.

En effet, l'environnement externe immédiat de l'HOGGY est caractérisé par trois (3) phénomènes qui créent des nuisances.

Il s'agit :

- du canal de la zone de captage de la SONES ;
- des champs de maraîchage ;
- du bac d'évacuation des ordures du quartier de Grand-Yoff.

3.2. Description du processus d'élaboration du budget de l'HOGGY

Le processus d'élaboration budgétaire de l'HOGGY comprend les étapes suivantes :

- Lancement de la Note d'Orientation budgétaire ;
- Préparation des projets de budgets des services ;
- Consolidation des budgets des services;
- Elaboration du projet de budget;
- Arbitrage avec le staff de direction
- Transmission à la CME/Réunion ;
- Présentation Projet de budget au CA.
- Transmission aux Tutelles : Santé et Action sociale et Finances

Tableau 5 : Chronogramme du processus budgétaire 2015

ETAPES	DATES
Lancement de la Note d'Orientation budgétaire	3/10/2014
Préparation des projets de budgets des services	Du 7/10/2014 au 31/10/2014
Consolidation des budgets des services	DU 03/11/2014 au 04/11/2014
Elaboration du projet de budget	DU 06/11/2014 au 13/11/2014
Arbitrage avec le staff de direction	DU 14/11/2014 au 18/11/2014
Transmission à la CME/Réunion	DU 20/11/2014 au 2/12/2014
Transmission au CA/Réunion	DU 08/12/2014 au 23/12/2014
Présentation Projet de budget au CA	24 /12/2014
Transmission aux Tutelles : - Santé et Action sociale, - Finances	30/12/2014

Source : Contrôle de gestion de L'HOGGY

3.2.1. Lancement de la note d'orientation

La campagne budgétaire est généralement lancée par la Direction générale par le biais du service du contrôle de gestion. On procède à cette étape à la définition du cadre et de l'esprit dans lequel les différents budgets doivent être préparés et élaborés autrement dit, soumettre et expliciter aux principaux responsables, les objectifs de la période budgétaire en termes de quantité et qualité en tenant compte des facteurs internes et externes de la structure (voir la note d'orientation en Annexe n°4).

Ces différentes étapes déterminent le calendrier de la période budgétaire, laquelle débute généralement vers le mois de septembre de chaque année et se termine vers la fin du mois de décembre.

3.2.2. Préparation des projets de budgets des services

Lors de cette étape, les services procèdent à la préparation des projets de budget. A la réception de la note d'orientation, les responsables de services assistés de leurs collaborateurs compétents, préparent leur budget. Ceci repose sur les besoins prioritaires. De ce fait, les responsables de services retracent les extrants, les activités prévues au cours de l'année et les coûts de ces

activités. Par référence aux instructions budgétaires, le service élabore son budget. Pour ce faire il doit procéder à :

- la collecte et à l'analyse des données internes (statistiques, informations comptables et financières) et des données externes obtenues du Ministère de la Santé, des bailleurs de fonds et des études diverses ;
- la fixation des objectifs qui doivent s'inscrire dans les objectifs globaux définis dans la note d'orientation générale de l'hôpital ;
- l'établissement de plans d'action qui peut être présenté par le modèle ci – après :

Tableau 6 : Plan d'action d'un projet médical

Objectifs spécifiques	Stratégies	Activités	Indicateurs	Réalisé	Non réalisé	En cours

Source : Rapport d'évaluation finale du projet d'établissement de l'Hôpital Général de Grand Yoff 2002-2006 (2007).

La confection du budget qui consistera en une quantification du plan d'action sous forme de projet de budget.

Les budgets des services doivent être chiffrés à partir des hypothèses que ceux-ci présentent. Doivent donc apparaître clairement :

- les plans d'action des services, leurs objectifs, les moyens requis, les responsables, les calendriers de mise en œuvre ;
- les hypothèses qu'elles retiennent : tri prix- volumes, distinction de ce qui est hypothèse et de ce en est la conséquence
- les variantes possibles avec justification des choix retenus ;
- les ajustements envisagés en cas de non vérification des hypothèses cruciales pour les objectifs ;
- les sources d'information utilisées pour justifier les scénarios et les politiques.

Plusieurs tableaux seront ainsi établis :

- le budget des ressources ;
- le budget de charges ;
- le budget des investissements.

3.2.3. Consolidation des budgets des services

Pour cette phase du processus, le contrôleur de gestion doit vérifier la cohérence des budgets proposés, au fur et à mesure de leur transmission. Une fois que les différentes propositions de budget seront collectées auprès des responsables de services concernés, le contrôleur de gestion aura à les centraliser et les étudier de façon critique du point de vue de leur cohérence. IL doit s'assurer que les instructions budgétaires ont été respectées et que les budgets présentent une cohérence interne et réciproque correcte avec les objectifs et les contraintes financières globales de l'hôpital.

S'il a des doutes à cet égard, il doit alerter les services afin que ceux - ci revoient leurs propositions avant la négociation.

Les négociations doivent aboutir à harmoniser les différents budgets des services.

3.2.4. Elaboration du projet de budget

Après quelques itérations et quel que soit le nombre de scénario recensés, il faudra choisir un seul qui constituera le pré budget. On devrait converger vers un projet globalement acceptable parce que prenant en compte toutes les observations, les amendements et satisfaisant la direction générale, la commission médicale d'établissement et le conseil d'administration. On obtient ainsi un projet après intégration des réajustements qui sera soumis au CA. Leclere (2012 : 26).

3.2.5. Arbitrage avec le staff de direction

Une autre fonction du contrôle de gestion est de vérifier la cohérence des budgets proposés au fur et à mesure de leur transmission.

La synthèse de ses propositions appelée projet de budget fait l'objet de négociations qui doivent aboutir à harmoniser les différents budgets des services. Les responsables de service peuvent avoir des positions divergentes sur de nombreux problèmes ayant une incidence sur

l'établissement des budgets. Une réunion est alors organisée entre ces responsables. A l'occasion de cette réunion, le contrôleur de gestion expose les problèmes, en expliquant les points de divergence. Une "discussion- marchandage " doit ainsi s'instaurer.

A l'issue de celle-ci chaque responsable est alors prié de revoir leurs propositions en fonction des conclusions et des arbitrages réalisés au cours de la réunion. Après correction, les nouvelles versions sont à nouveau transmises au contrôleur. Il est souvent nécessaire en pratique de répéter plusieurs fois ce processus avant d'arriver à un consensus.

La négociation est relativement longue vu les nouvelles navettes qu'elle entraîne. Les discussions terminées, il faut reprendre les projets de budgets réajustés et les consolider.

Le budget ainsi élaboré par le CG est présenté à la commission budgétaire composée comme suit :

- le Directeur de l'hôpital ;
- le chef de service du contrôle de gestion ;
- le chef de service administratif et financier ;
- l'agent comptable particulier.

3.2.6. Transmission à la CME/Réunion

Suivant la note d'orientation, le directeur général entouré par le CG, le SAF et l'ACP, soumet le projet de budget à la commission médicale d'établissement (CME) et la commission technique d'établissement (CTE) pour avis.

3.2.7. Transmission au CA/Réunion

Le projet de budget doit être transmis au conseil d'administration qui dispose d'un délai de quinze (15) jours avant la réunion pour que chaque membre examine le projet.

3.2.8. Présentation Projet de budget au CA

L'avis des commissions CME et CTE sera suivi par une réunion convoquée par le directeur général en collaboration avec son staff qui sera tenue avec le CA pour présenter le projet de budget avant son approbation par le ministre de la santé.

A l'issue de cette réunion, le directeur demande au CG de procéder à la correction du projet de budget suivant les modifications demandées par le conseil d'administration pour aboutir à une version définitive. C'est pendant cette réunion qu'on fait un examen-adoption du budget.

3.2.9. Transmission aux Tutelles : MSAS ET MEF

Le projet est transmis aux tutelles techniques et financières en l'occurrence le Ministère de la santé et de l'action sociale et le Ministère des finances pour approbation. Après cette dite approbation on parle enfin de budget qui porte les signatures du directeur de l'HOGGY, du président du CA, des Ministres du MSAS et du budget.

Après validation de la version définitive par le ministre de la santé, le CG peut démarrer le processus de suivi budgétaire grâce à un tableau de rapprochement prévisions-réalisations. Un support qui lui permet de préparer le rapport de suivi budgétaire par trimestre.

Chapitre 4: ANALYSE DU PROCESSUS D'ELABORATION DU BUDGET de l'HOGGY ET RECOMMANDATIONS

4.1. Evaluation du processus d'élaboration budgétaire de l'HOGGY

Après description du processus budgétaire de l'HOGGY, il convient de noter que la procédure présente de réels acquis et des forces quant au respect des règles en vigueur. Toutefois, des insuffisances synonymes de faiblesses sont encore décelées dans la méthode utilisée pour l'élaboration du budget malgré les efforts de changement pour s'adapter aux réformes budgétaires.

De ce fait, ce point sera consacré à l'évaluation faite grâce aux interviews, recherches et observations effectuées afin d'analyser la qualité du processus et son adéquation avec les exigences de la nouvelle réforme communautaire.

4.1.1. Forces du processus d'élaboration budgétaire

Comme nous venons de le remarquer, le processus d'élaboration budgétaire de l'HOGGY présente incontestablement des points forts tant dans sa conception que dans sa pratique effective.

4.1.1.1. Le style de management

Dans le cas d'une structure décentralisée et participative, les objectifs et les budgets sont négociés selon une procédure ascendante et itérative (Livingstone (1993) ; Bouquin (1992)). Les autorités de l'HOGGY adoptent ce style. Nous comptons analyser ce style en se basant surtout sur l'existence d'un service de contrôle de gestion, la manière dont l'hôpital est géré ainsi que le traitement ou la motivation du personnel.

D'abord, étant le service qui pilote la performance dans une entreprise selon Béatrice et Francis Grandguillot (2014 ; 15) le contrôle de gestion vise à atteindre les objectifs que l'entreprise s'est fixée d'après une stratégie déterminée, tout en recherchant à optimiser les moyens mis en œuvre. De ce fait l'existence du service de contrôle de gestion, qui est interne à l'hôpital est d'une importance capitale. Ainsi, il participe activement à l'élaboration du budget surtout en ce qui concerne la mise en place du pré budget. Il joue pour cela un rôle de conseiller à la direction et constitue en même temps une aide à une prise de décision. Il travaille à l'implication de

l'ensemble des responsables de service afin de faciliter «la navette budgétaire» pour l'harmonisation et prend une part importante au moment de l'arbitrage.

Ensuite le style de gestion à l'HOGGY est ascendant. Nous avons ainsi les chefs de services qui reçoivent et définissent les objectifs spécifiques pour chaque service suivant les objectifs généraux provenant de la direction générale. Les chefs de services réalisent la répartition suivant leurs différentes divisions et veillent à l'obtention des résultats escomptés et, les divisions supervisent et exécutent les tâches qui leurs sont dévolues dans les meilleures délais.

Enfin l'HOGGY comme la plupart des EPS, a une politique sociale organisée et favorise le bien-être social à tout employé sans discrimination par le lien renforcé avec les organismes sociaux. Les dirigeants de l'hôpital cherchent à développer des relations de confiance fortes avec leurs collaborateurs. Le système de motivation vise à introduire de la participation et de l'intéressement aux résultats de l'organisation. Plusieurs dispositions sont prises pour améliorer la situation financière des agents. Elles se manifestent par l'octroi de diverses primes :

- la prime de qualification ;
- la prime d'intéressement appelée quinzaine payée chaque mois au taux de 20% à tout le personnel ;
- prime de motivation spéciale ou « NEPAD ».

4.1.1.2. Au niveau de l'organisation de l'hôpital

Pour une meilleure application de la GAR, dans la gestion des programmes budgétaire et dans la gestion budgétaire, les dirigeants de l'HOGGY ont créé un service de contrôle de gestion à l'interne qui est vital pour l'évolution et le progrès de la structure. Il est en principe le carrefour de tous les services et de toutes les actions en ce sens que toutes les décisions qui impliquent un flux patrimonial et/ou financier fait appel à l'une des matières ou l'un des services du contrôle de gestion.

Dans le cadre du processus budgétaire, le CG est l'acteur principal. Il joue le rôle de conseiller et en même temps facilite l'harmonisation des budgets et prend une part importante au moment des arbitrages. En outre, le CG a pour mission de mesurer, d'analyser et d'améliorer la performance de l'entreprise, il assure aussi la gestion prévisionnelle et le contrôle budgétaire. Béatrice et Francis Grandguillot (2014 ; 12).

4.1.1.3. Au niveau de la note d'orientation

Conformément aux textes réglementaires du MSAS, aux dispositions en vigueur et au décret portant régime financier et comptable des établissements publics, le processus d'élaboration budgétaire de l'HOGGY démarre par le lancement d'une lettre d'orientation signée par la direction générale et adressée à tous les acteurs du processus. Cette note est axée sur l'accentuation de la politique de relance des activités de l'hôpital. On y définit les objectifs stratégiques devant mener l'hôpital vers le progrès et l'atteinte des résultats escomptés. Une démarche qui intègre l'hôpital dans le cercle restreint des structures qui appliquent les principes de la GAR. Elle s'accompagne généralement d'un calendrier qui marque la date de démarrage du processus et permet également de fixer un échéancier tout au long de l'élaboration du budget et de veiller à l'instauration et au respect des délais.

4.1.1.4. Au niveau de l'élaboration des budgets fonctionnels

L'efficacité de l'élaboration budgétaire au cours des deux dernières années s'est surtout manifestée par un niveau de recouvrement des recettes assez satisfaisant. Les recettes de l'hôpital ont enregistré une augmentation de 5,6 % en valeur relative soit, 389 285 000 FCFA en valeur absolue.

Par ailleurs, respectant les dispositions en vigueur applicables par les structures de santé, les acteurs du processus budgétaire de l'HOGGY procèdent à une séparation du budget de fonctionnement et d'investissement.

En effet, il est souhaitable que les dépenses de fonctionnement soient analysées en charges de structure (dépenses à caractère fixe qui sont indépendantes du niveau d'activité prévu) et d'activités (à caractère variable, en rapport avec le niveau prévu des activités). Ainsi, il est présenté sous forme de ce tableau indiqué par le MSAS.

Tableau 7 : Modèle homologué de présentation d'un budget de démembrement de l'Etat

COMPTES	Libelles	Prévision 2013 (1)	Réalisations 2013 (2)	Prévision 2014 (3)	Ecart =(3)-(1)	Ecart %
Fonctionnement						
7011	Ventes					
7021						
7181	Subvention état					
7051						
TOTAL						
Investissement						
121	Report à nouveau créditeur					
1411	Subvention Etat					
TOTAL						
TOTAL général						

Source : Direction des établissements publics de santé/MSAS

4.1.1.5. Budgets fonctionnels

Il faut noter qu'à l'absence provisoire de projet d'établissement, aucun plan d'investissement n'existe. Le budget d'investissement a été élaboré en tenant compte des expressions de besoins formulés par les chefs de services.

Le CG donne à chaque service des fiches budgétaires (voir annexe n°4) pour permettre à chaque responsable de proposer son projet de service. A ce stade, les budgets sont globaux.

Dans le cadre de l'HOGGY, le bilan du budget de la gestion 2015 s'équilibre en recettes et en dépenses à la somme de 7 255 752 530 FCFA contre 6 866 467 530 FCFA en 2014. Ce budget enregistre une hausse de 389 285 000 FCFA en valeur absolue et 5,67% en valeur relative et est reparti comme suit :

- section fonctionnement : 6 364 312 980 FCFA contre 6 078 883 704 FCFA en 2014 ;
- section investissement : 891 439 550 FCFA contre 787 583 826 FCFA en 2014.

4.1.1.5.1. Ressources de fonctionnement

Elles sont essentiellement constituées par les produits médico-techniques, la subvention de l'Etat et les autres produits :

- les produits médico-techniques (4 696 237 980 FCFA) soit 73,79% du budget de fonctionnement. Ces produits proviennent essentiellement :
 - des consultations et soins externes (consultations externe : 453 266 200 FCFA, consultation en urgence : 222 712 000 FCFA et soins externes : 44 116 600 FCFA) ;
 - des actes chirurgicaux et autres actes : 1 137 632 300 FCFA ;
 - d'analyse des laboratoires (analyse biomédicale : 598 861 780 FCFA, analyse d'anatomie cytologie pathologique : 119 235 000 FCFA) ;
 - d'examens imagerie médicale : 760 101 000 FCFA ;
 - d'examens gamma camera : 12 000 000 FCFA ;
 - d'explorations fonctionnelles (cardiologique : 135 390 000 FCFA, médecine interne : 92 235 100 FCFA, urologie-andrologie : 16 510 000 FCFA, ophtalmologie : 28 360 000 FCFA, monitoring maternité : 360 000 FCFA) ;
 - d'hospitalisations : 958 903 000 FCFA ;
 - des produits pharmaceutiques : 116 555 000 FCFA.
- les subventions fonctionnement de l'Etat s'élèvent à 1 619 075 000 FCFA soit, 25,44% du budget de fonctionnement et comprennent:
 - les subventions d'exploitation : 1 413 275 000 FCFA ;
 - les subventions spéciales : 205 800 000 FCFA, cette subvention spéciale ou NEPAD est destinée à la motivation des agents contractuels de l'hôpital.
- Les autres produits sont estimés à (49 000 000 FCFA) soit, 0,77% du budget de fonctionnement:
 - vente de ticket de restauration : 12 000 000 FCFA ;
 - marge sur dépôt-vente pharmacie : 37 000 000 FCFA

4.1.1.5.2. Les dépenses de fonctionnement

Les dépenses de fonctionnement sont réparties comme suit :

- achats de matières stockées et fournitures consommables qui sont estimés à 1 244 000 000 FCFA soit, 19,55% du budget de fonctionnement :
 - achat de produits médico-pharmaceutiques (670 000 000 FCFA), regroupe l'achat de médicaments, de petits matériels hospitaliers et de fournitures médicales destinés aux services ;
 - gaz médical, un montant de 5 000 000 FCFA est prévu pour le fonctionnement de la centrale d'oxygène ;

- produits alimentaires, un montant de 323 500 000 FCFA pour les dépenses alimentaires ;
- gaz en bouteille/gaz en butane : 7 000 000 FCFA pour la préparation des repas des malades ;
- carburant/lubrifiant : 28 000 000 FCFA ;
- produit d'entretien : 80 000 000, ce compte comprend les produits d'entretien des services médicaux et médico-techniques, les désinfectants, ... ;
- fourniture hôtelière : 7 500 000 FCFA ;
- fournitures de bureau et consommables informatique: 53 000 000 FCFA ;
- imprimés : 70 000 000 FCFA ;
- autres achats : 132 253 488 FCFA, soit, 2,078% du budget de fonctionnement.
 - Fournitures non stockables d'eau et d'électricité : 22 500 000 FCFA, les factures d'eau et d'électricité sont prises en charge par la ministère des finances. Toute fois un montant est prévu pour ce compte ;
 - petits matériels hospitaliers (pièces de rechanges) : 12 753 488 FCFA ;
 - petits matériels/petits outillages (plomberie, menuiserie,) : 60 000 000 FCFA ;
 - achat de travaux, matériels et équipements : 10 000 000 FCFA ;
 - habillement personnel : 15 000 000 FCFA ;
 - lingerie des malades : 10 000 000 FCFA ;
 - autres achats divers : 2 000 000 FCFA ;
- achat d'emballages (8 600 000 FCFA) soit, 0.14% du budget de fonctionnement :
 - emballages pharmacie : 300 000 FCFA ;
 - emballages cuisine : 8 300 000 FCFA.
- services extérieurs A (124 249 660 FCFA) soit, ,95% du budget de fonctionnement :
 - location matériels et charges locatives : 3 000 000 FCFA ;
 - réparation des biens immobiliers : 2 000 000 FCFA ;
 - réparation matériels médical : 3 249 660 FCFA ;
 - réparation véhicules, motos : 7 000 000 FCFA ;
 - autres maintenances : 50 000 000 FCFA ;
 - frais d'assurance : 10 000 000 FCFA ;
 - frais documentaire et reliure : 4 000 000 FCFA ;
 - publicité et insertion publicitaire : 15 000 000 FCFA ;
 - frais de télécommunication : 30 000 000 FCFA ;

- services extérieurs B (188 200 000 FCFA) soit, 2,96% du budget de fonctionnement :
 - frais bancaire : 14 000 000 FCFA ;
 - rémunération des transitaires : 30 000 000 FCFA ;
 - honoraires : 42 000 000 FCFA ;
 - formation du personnel : 20 000 000 FCFA ;
 - rémunération du personnel extérieur vacataire : 3 500 000 FCFA ;
 - gardiennage : 26 000 000 FCFA ;
 - nettoyage : 38 000 000 FCFA,
 - collecte d'ordures : 8 500 000 FCFA ;
- impôts et taxes : 250 000 ;
 - droit d'enregistrement : 250 000 FCFA.
- charge diverses (30 000 000 FCFA) soit, 0,47% du budget de fonctionnement.
 - jeton de présence du CM : 5 000 000 FCFA ;
 - cas sociaux : 25 000 000 FCFA.
- charges de personnel (4 044 020 282 FCFA) soit, 3,54% du budget de fonctionnement
 - salaires : 2 435 862 852 FCFA (compte salaire des permanents) ;
 - prestation des services, interne FFI, CES, Stages : 255 515 600 FCFA ;
 - prime d'intéressement : 800 245 508 ;
 - motivation spéciale au NEPAD : 2019 600 000 FCFA ;
 - charges sociales : 179 796 322 FCFA ;
 - autres charges sociales : 28 000 000 FCFA.
- frais financiers (200 000 FCFA) :
 - intérêts des emprunts : 200 000 FCFA.
- Dotations aux amortissements (591 439 550 FCFA) soit, 9,29% du budget.

4.1.1.5.3. Ressources d'investissement

Il s'agit des amortissements et les subventions d'investissement :

- Subvention d'investissement : 300 000 000 FCFA : cet appui financier servira au relèvement du plateau technique des services dynamiques en cours et permettra de mettre en œuvre la politique du gouvernement en matière de santé notamment à travers le Plan Annuel de Travail (PAT) de l'hôpital.
- Amortissements (591 439 550 FCFA) : ce sont des prélèvements opérés sur les produits et destinés au renouvellement des immobilisations.

4.1.1.5.4. Dépenses d'investissement

Le montant des dépenses d'investissement prévu est de 891 439 550 FCFA réparti en :

- dépenses de renouvellement des immobilisations pour 591 439 550 FCFA ;
- dépenses de nouvelles acquisitions pour 300 000 000 FCFA.

Ces investissements portent essentiellement sur les aménagements et installations, des équipements médicaux et autres matériels.

Les dépenses d'investissement vont améliorer la capacité opérationnelle ainsi que la qualité et la quantité des prestations. Elles vont aussi contribuer à la mise en œuvre de certaines politiques du gouvernement en matière de santé.

Les dépenses d'investissement se résument comme suit :

Tableau 8 : Résumé des dépenses d'investissement

Destination des dépenses	Montants (fcfa)
- Matériel médical :	6000 000
- équipements imagerie médicale	
- équipements réanimation	
- équipement anesthésie scanner	
- équipements neurochirurgie	
- équipements pédiatrie	
- équipements médecine nucléaire	
- équipement gastro endoscopie	
- équipement pneumologie	
- équipements laboratoire d'analyses de biologie médical	
- équipement laboratoire d'anatomie cytologie pathologique	
- équipements orthopédique	
- équipements bloc opératoire	
- équipement ophtalmologie	
- équipements cardiologie	
- équipement service d'accueil des urgences	
- équipement otto rhino laryngologie	
- équipement médecine physique et rééducation	
- Logiciels	3.000 000
- installations et aménagements	1.200 000
- matériel informatique	2.500 000
- matériel et mobilier de bureau	2.500 000
- matériel de buanderie et confection	3.000 000
- matériel hôtellerie/SAF/Cuisine	1.939 550
- matériel maintenance	2.000 000
- matériel de jardinage/hygiène et sécurité	2.000 000
- matériel de transport (véhicule de direction)	20 000 000
TOTAL	891 439 550

Source : Budget adopté 2015

4.1.1.6. Au niveau de la préparation des projets de budgets des services

Cette étape entre dans le cadre d'une démarche participative des autorités de l'HOGGY qui respectent ainsi le principe de la GAR qui repose sur le dialogue et la concertation avec tous les intéressés dès le départ. Pour une telle préparation, on joint à la lettre de cadrage des fiches budgétaires des services (Voir Annexe3) des réalisations des services jusqu'à l'année précédente, des données obtenues grâce aux rapports de gestion.

4.1.1.7. Au niveau de l'élaboration du pré budget et de l'arbitrage interne

La participation des chefs de services à travers l'élaboration de leur projet de service permet au CG de disposer des éléments de comparaison pour mettre en place les pré-budgets. Pour cela, chaque responsable de service, sur la base des activités prévues, établit des propositions budgétaires compte tenu des estimations des coûts. Ces propositions doivent être évaluées selon la pertinence des activités dans l'atteinte des objectifs de la direction générale.

Après la consolidation du budget, le contrôle de gestion organise des réunions d'arbitrages budgétaires pour permettre aux responsables des services de présenter et défendre leurs budgets. L'intérêt de ces séances est de permettre à chaque service de défendre son budget en justifiant chaque dépense basée sur une ou des activités.

C'est le principe de la budgétisation à base zéro qui est selon Béatrice et Francis Grandguillot (2014 ; 03) un management à base d'activités fondé sur l'analyse transversale des différents processus et activités de l'entreprise qui contribuent à la création de valeurs en consommant des ressources. Son objectif est d'optimiser la relation (valeur- coût) des processus et des activités en recherchant une amélioration permanente de ces derniers.

Pour Souleymane BOUSSO (2016 ; 38) la méthode de la budgétisation à base zéro est un outil qui a pour objectif de relier les moyens alloués au service rendu en contrepartie. Il s'agit de traiter les charges comme des moyens attribués à des projets pour la réalisation d'objectifs précis.

Sur ce point précis, l'HOGGY pourrait être classé parmi les bons élèves dans l'application du processus budgétaire selon la GAR.

4.1.1.8. Au niveau de l'adoption du projet de budget par le CA

La direction générale n'est pas la seule autorité habilitée à donner son avis sur le budget. Ce projet de budget présente les besoins des différents services en matière de financement et autres ressources, la manière dont ses activités permettront l'atteinte des résultats prévus dans le plan stratégique et les indicateurs de performance.

Avant d'être adopté, le budget doit être approuvé par le CA et validé par le ministre de la santé qui s'assure que le projet de budget des services sont réalistes et reflètent une compréhension commune des objectifs stratégiques et des priorités de l'HOGGY. D'ailleurs le ministère de la santé, un des ministères pilotes de l'application de la GAR approuve tout budget dans le sens du respect des principes de la GAR et celui de l'HOGGY est un.

4.1.2. Faiblesses du processus d'élaboration budgétaire de l'HOGGY

Les forces du processus d'élaboration du budget de l'HOGGY que nous venons d'énumérer constituent de véritables acquis dans l'application des dispositions en vigueur concernant la GAR et indiquées dans les directives de l'U.E.M.O.A. Ces points positifs méritent d'être retenus et consolidés pour davantage accentuer leurs influences sur la gestion budgétaire globale de l'HOGGY. Cependant, l'analyse des résultats des différents documents durant le processus d'évaluation fait apparaître quelques défaillances résultant de :

- l'insuffisance du personnel au niveau du contrôle de gestion ;
- l'absence de manuel de procédure ;
- la méthode d'élaboration du budget où on note par exemple la non-implication du service des RH dans l'élaboration du budget de la masse salariale;
- la perception du budget par les chefs de services et l'absence du chef de service des RH au comité de validation du budget.
- l'inexistence d'un logiciel spécifique à l'élaboration budgétaire
- l'absence de PTA

4.1.2.1. L'insuffisance du personnel au niveau du contrôle de gestion

L'élaboration du budget nécessite des moyens humains et matériels. Au niveau du contrôle de gestion, le chef de service CG à l'HOGGY n'a que deux agents à sa disposition pour les deux divisions à savoir la division comptabilité budgétaire et la division comptabilité analytique et

une secrétaire qui s'occupe des courriers. Cela pose des problèmes de respect des échéanciers à cause de la charge de travail. Il faut également ajouter la lenteur de certains chefs de service à réagir ou à s'impliquer pleinement dans le processus budgétaire.

4.1.2.2. L'absence de manuel de procédure

Le manuel de procédure est par essence un document écrit qui fixe de façon formelle le cadre normatif dans lequel les missions assignées doivent se dérouler. Il permet de limiter le maquis de procédures informelles, coutumières souvent méconnues dans lequel évoluent l'ensemble des activités d'un service, d'une direction et donc du service de contrôle de gestion dans ce cas précis. Sa mise en œuvre participe donc globalement à une meilleure organisation et pour une gestion efficiente et efficace du personnel, des activités, des directions et services.

Dans le cadre de l'élaboration budgétaire, l'inexistence de manuel de procédure entraîne la non-formalisation du budget, le personnel n'est pas bien imprégné du processus budgétaire et ne connaît pas les voies de recours au cas où la direction ne prenait pas en compte ses propositions budgétaires.

4.1.2.3. L'inexistence d'un logiciel spécifique pour l'élaboration budgétaire :

Le processus d'informatisation enclenché par les autorités de l'HOGGY n'est pas encore arrivé au service de CG. Celui-ci continue d'utiliser les tableurs EXECL pour l'élaboration du budget. Même si EXECL reste un outil essentiel pour les directions financières et le contrôle de gestion, il faut reconnaître que dans le cadre budgétaire, il ne permet pas d'effectuer de manière automatisée les simulations lors du processus d'élaboration budgétaire et d'effectuer un suivi périodique. Il se pose des problèmes de franche collaboration entre les différents services, un respect des délais indiqués et une optimisation de la réactivité face à un problème spécifique du processus budgétaire. Ce qui contraste avec certains principes de la GAR.

4.1.2.4. La méthode d'élaboration du budget

La méthode d'élaboration du budget au sein de l'HOGGY a connu de réels changements pour mieux s'adapter aux réformes budgétaires en intégrant au mieux les principes de la GAR. Toutefois, des efforts sont encore à consentir pour faire face aux certaine faiblesses relative à :

- **la note d'orientation :**

A travers la lettre d'orientation, on constate que le processus est encore dans une certaine mesure centralisé car les objectifs sont définis par la direction et les budgets sont établis selon une procédure descendante. On y indique uniquement les objectifs qualitatifs telles que, l'amélioration de la qualité et la disponibilité des ressources matérielles, financières et humaines, l'amélioration de l'organisation et des activités hospitalières etc. omission faite des objectifs quantitatifs et, cela ne facilite pas le travail du CG au moment de la confection du pré budget

En plus, le degré d'implication des chefs de service est encore faible puisqu'ils considèrent toujours que le budget est une affaire du CG. Par conséquent, les choix à court terme concernant les objectifs, les moyens et les résultats n'apparaissent pas comme des contrats passés entre la direction et les services.

Suivant ce style de management de la budgétisation, la répartition des objectifs, des moyens et résultats attendus entre les services est faite de façon autoritaire et non concertée. Cette manière de procéder conditionne un manque de mobilisation dans l'obtention des résultats. Dans ce cas la non-atteinte des résultats de l'hôpital ne peut être attribuée à un service car la prise en compte de la totalité des activités n'est pas certaine.

- **au niveau du pré budget :**

Les fiches budgétaires des services ne sont pas bien exploitées. Les niveaux d'activités des produits ne sont pas classés par type de clients. Cela conduit à appliquer le même tarif pour les différents clients (PAF, LG, CAS SOCIAUX, AGENTS DE L'HOGGY ET LEUR FAMILLE....) lors du chiffrage du budget. Les prévisions des charges établies par le service sont sans rapport avec le niveau d'activités, les besoins réels du service. Les rapports d'activités servant de base à la prévision des produits ne mentionnent que les soins fournis par le service. Il n'est pas noté les besoins en médicaments, en produits pharmaceutiques, en fournitures médicales, le temps nécessaire en main d'œuvre et d'utilisation d'équipements pour la production des soins. On ne voit pas clairement un programme bien défini réparti en activités.

En plus, le pré- budget élaboré par le contrôleur de gestion n'est pas le chiffrage du niveau d'activités le plus probable des services. Les produits prévus sont établis sur la base des rapports

mensuels du service financier (sur la situation des produits) qui enregistrent seulement les valeurs des prestations des services.

Les prévisions des charges ne sont pas mensualisées et sont déterminées par extrapolation des dépenses antérieures à partir du rapport du dernier suivi budgétaire. Le pré budget ne comporte que des éléments valorisés. En somme il n'y a pas de correspondance entre les prévisions de vente et la capacité prévisionnelle d'exploitation du service.

En réalité, les services de l'HOGGY ne rattachent pas les dépenses à une activité d'un programme pour appuyer le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats dans l'élaboration budgétaire. Par conséquent les propositions des chefs de services ne sont pas présentées sous forme de programme conformément à l'approche GAR même si des efforts sont en train d'être faits dans ce sens.

- **un projet d'établissement en cours de réactualisation :**

L'approche pluriannuelle pour la présentation des recettes et des dépenses des organismes publics constitue un élément fondamental de la nouvelle réforme budgétaire. Concernant la phase de programmation budgétaire, la directive 06/2009/CM/UEMOA impose l'élaboration de documents de cadrage pluriannuels pour justifier des choix budgétaires de la loi de finance de l'année.

Au Sénégal, la réforme hospitalière impose aux EPS la rédaction de projets d'établissement qui représentent un plan stratégique de développement défini à partir d'une analyse de l'existant et de la vision que l'on veut imprimer à l'établissement. Il permet de projeter l'hôpital dans l'avenir, de développer un esprit d'équipe, de susciter une motivation du personnel en l'associant à la définition de la stratégie de l'établissement.

De ce fait, l'absence momentanée de projet d'établissement à l'HOGGY, implique un manque de plan d'investissement. Le budget d'investissement est élaboré en tenant compte des expressions de besoins formulées par les chefs de services ou bien on élabore le budget en se basant sur les résultats de l'exercice précédent.

4.1.2.5. Absence de PTA

L'inexistence de projet d'établissement ou de document de prévision pluriannuelle implique une absence de PTA qui est pourtant un document qui inculque la culture de la prévision, de

performance et de rendre compte. Par conséquent, l'élaboration du budget, l'atteinte des résultats et l'amélioration de l'efficacité dans l'allocation des ressources risquent de perdre leur impact.

Tableau 9 : Synthèse des forces et faiblesses du processus budgétaire de l'HOGGY

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • le style (ascendant) de management ; • l'existence d'une note d'orientation ; • l'existence du service CG (division comptabilité du budget et comptabilité analytique) ; • participation des chefs de services dans l'élaboration du pré budget ; • amélioration du niveau de recouvrement des recettes (2014 et 2015) ; • distinction du budget d'investissement et du budget de fonctionnement ; • utilisation progressive de la méthode BBZ • respect de la procédure budgétaire en vigueur relative à la GAR • approbation du budget par le CA ; 	<ul style="list-style-type: none"> • insuffisance du personnel au niveau du CG ; • absence de logiciel adapté au processus budgétaire ; • l'inexistence d'un projet d'établissement ; • la non-utilisation intégrale de la méthode BBZ au profit de la reconduction des résultats antérieurs. • absence de manuel de procédure • la non-réappropriation du processus budgétaire par une majeure partie du personnel et la non-implication du chef de service des RH dans l'élaboration du budget de la masse salariale • absence du chef de service des RH dans le comité de validation • Absence de PTA

Source : nous-même.

Après avoir détecté les forces et faiblesses du processus d'élaboration du budget à l'HOGGY basée sur la GAR, nous nous proposons de formuler des recommandations. Celles-ci visent à améliorer le processus et à mieux intégrer cette approche lors de l'élaboration budgétaire à HOGGY.

4.2. Recommandations

L'évaluation du processus d'élaboration du budget à l'HOGGY que nous venons de faire nous a permis de remarquer les forces et les acquis de la procédure budgétaire basée sur la GAR.

C'était aussi une occasion de détecter ses faiblesses qui nous amènent à formuler des recommandations. Ces dernières ont pour principales objectifs d'intégrer davantage cette approche pour plus d'efficacité d'efficience et de performance.

4.2.1. Recommandations relatives à la note d'orientation

Les objectifs quantitatifs doivent être insérés dans la note d'orientation et la direction doit prendre en compte les objectifs qualitatifs, les objectifs quantitatifs pour faciliter le travail du CG dans la confection du budget. Ces objectifs doivent être en collaboration des chefs de service.

4.2.2. Recommandations relatives au service de contrôle de gestion

Les autorités de l'HOGGY doivent renforcer l'effectif du personnel du CG (au moins 2 agents par division) avec un cahier de charges pour chaque agent et le matériel nécessaire pour le travail.

En outre, l'utilisation d'un logiciel adapté pour l'élaboration budgétaire qui permettra aux agents du CG d'établir un budget prévisionnel, à se fixer des objectifs mais aussi à mesurer au jour le jour l'écart entre ces objectifs et leur réalisation pour respecter le principe de la GAR selon lequel dès qu'une déviation est observée, les gestionnaires doivent apporter rapidement des mesures correctives. Ce qui va davantage donner sens à la division de la comptabilité analytique

Enfin, sur le plan organisationnel, les agents du CG doivent dès à présent appliquer les directives de l'UEMOA en étendant les prérogatives et les pouvoirs des responsables de services qui deviendront des responsables de programme. Ce qui facilitera la mobilisation et l'amélioration de la coordination des divers acteurs dans le processus budgétaire.

4.2.3. Recommandations relatives à l'élaboration du projet de budget et à l'arbitrage interne

Pour l'élaboration d'un budget axé sur les résultats, les prévisions des dépenses doivent être réalistes, exhaustives et détaillées. Pour ce faire, les chefs de service ou de programme pourraient établir des budgets regroupant des tâches élémentaires auxquelles seront rattachés les coûts.

Concernant les séances d'arbitrage budgétaire interne, l'HOGGY pourrait introduire définitivement et à tous les niveaux la méthode BBZ qui permettra de construire le budget de chaque service à partir d'un réexamen systématique de la valeur de ses activités. Pour sa mise en œuvre, des séances de formation sur la méthode BBZ pourraient être données aux agents des services concernés pour les accompagner dans l'application de cette technique budgétaire et prise de décision qui demande des compétences supplémentaires et différentes.

4.2.4. Recommandations relatives à la mise en place d'une procédure interne

L'élaboration du budget de l'HOGGY se déroule selon un processus qui a subi des changements depuis l'introduction des réformes budgétaires relatives à la GAR. Eu égard des insuffisances relevées, l'HOGGY gagnerait à se doter d'un manuel de procédure budgétaire interne formalisé. La procédure engloberait les étapes d'élaboration du budget en formalisant le calendrier des différentes étapes, les moyens et techniques à utiliser par les services impliquée tout au long de la gestion budgétaire. Ce manuel pourra également définir clairement les responsabilités dans l'imputation des ressources, le calendrier de transmission des différents documents.

4.2.5. Recommandations relatives aux PTA et aux rapports de performance

L'HOGGY doit aller dans le sens de produire des PTA et exiger des chefs de service des rapports de performance. Ainsi, les PTA permettraient aux responsables de service ou de programme de faire des prévisions d'activité en fonction des objectifs et des extrants mais aussi de formuler des indicateurs qui permettront de mesurer leur atteinte. Les PTA impliquent une approche programmatique dans la planification des activités.

Par ailleurs, pour instaurer une culture de reddition de compte et une dissémination des résultats, les autorités de l'HOGGY gagneraient à exiger des rapports de performance aux chefs de service. Ainsi, pour mieux tirer des leçons de ces rapports de performances, il serait éclairé d'utiliser leurs résultats comme instrument de négociation à chaque réunion budgétaire pour mieux convaincre sur les inscriptions budgétaires, la pertinence des priorités et les gaps à combler. Ceci nécessite une bonne préparation du document avec une implication et une responsabilisation des différents responsables de programme.

Conclusion deuxième partie

La deuxième partie de notre étude a consisté à faire l'analyse de l'environnement de l'hôpital puis la description du processus budgétaire de l'HOGGY, de la note d'orientation à l'approbation par la tutelle.

L'objectif visé était de déceler les insuffisances du processus actuel afin de contribuer à son amélioration à travers des recommandations qui constituent le dernier point de cette étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

De par le monde entier, le contrôle citoyen de l'action publique est apparu durant la dernière décennie comme étant un facteur essentiel de bonne gouvernance. De nombreuses initiatives ont été prises qui amènent diverses composantes de la société civile à prendre connaissance des actions publiques, à les évaluer et à proposer des actions alternatives le cas échéant.

Ainsi pour plus d'efficacité des structures publiques, les pays se sont tournés vers la GAR. Ce mode de gestion exclusivement basé sur les notions de résultats et de performance constitue la clé de voûte des Etats qui ont fini de l'appliquer dans tous les domaines de base du tissu économique. Ce choix a engendré des changements plus ou moins profonds dans les processus en place.

La gestion budgétaire des états a été naturellement est un des champs d'application de la GAR. De ce fait, la budgétisation axée sur les résultats est dans sa phase de mise en œuvre dans les services publics comme l'HOGGY qui se conforment à l'exigence de ce mode de gestion en apportant des modifications et en utilisant de nouveaux outils.

L'analyse que nous avons faite sur le processus budgétaire de l'HOGGY révèle que des efforts considérables sont déployés par les acteurs pour mettre à niveau leur processus conformément à la GAR. Toutefois, des insuffisances sont encore notées. Au terme de notre étude, nous sommes arrivés à la conclusion que l'élaboration du budget selon l'approche GAR n'est pas encore totalement effective à l'HOGGY.

Pour apporter des solutions à ces différents manquements, l'hôpital gagnerait à :

- Instaurer une présentation des dépenses de projet de budget par programme
- Acquérir un logiciel adapté et spécifique à l'élaboration du budget
- Signer des contrats de performance avec les chefs de service qui deviendront des chefs de programme et exiger d'eux des rapports de performance
- Mettre en place une procédure budgétaire interne et formalisée
- Mieux adapter sa structure administrative à sa structure programmatique
- Finaliser le plus vite possible le projet d'établissement qui pourrait être assimilé à un cdsmt qui impliquera du coup un PTA

Il appartiendra à l'HOGGY de voir la faisabilité de ces recommandations, d'établir un plan d'action et associer pleinement les agents concernés dans le processus d'élaboration du budget

et sa mise en œuvre et tout cela pour une application totale et parfaite des réformes voulues par l'UEMOA dans le domaine budgétaire.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1 : Fiche de recueil des données

GUIDE D'ENTRETIEN

IDENTIFICATION

HOGGY

N° de fiche : Date :

Service : Fonction :

Chef de service.....

I-STRUCTURE DU SERVICE

1- Comment est organisé votre service ?

.....
.....
.....
.....
.....

2- Quelle est la division qui s'occupe de l'élaboration du budget et comment est-elle organisée ?

.....
.....
.....
.....
.....

3- Quel est le nombre d'agent dans cette division ?

.....
.....
.....
.....
.....

4- Quelle est la tâche de chacun d'eux ?

.....
.....
.....
.....
.....

5- Quelle appréciation faites-vous de l'organisation actuelle ?

.....
.....
.....
.....

6- Vous permet – elle d'atteindre vos objectifs ?

.....
.....
.....
.....

7- Quelles sont les difficultés particulières que vous rencontrez dans l'exécution de vos tâches ?

.....
.....
.....

II – PLANIFICATION ELABORATION DE BUDGET

8- Quelle est la démarche de la planification du processus budgétaire ?

.....
.....
.....
.....

9- Quels sont les principaux acteurs qui interviennent dans cette planification ?

.....
.....
.....
.....
.....

10- Est-elle formalisée ?

.....
.....
.....
.....

11- Pensez-vous que la planification est maîtrisée au sein de HOGGY ?

.....
.....
.....
.....

12- Quelles sont les autres étapes du processus d'élaboration du budget ?

.....
.....
.....
.....

13- Quels sont les services qui interviennent dans le processus d'élaboration du budget ?

.....
.....
.....
.....

14- Ce processus est- il formalisé dans un guide de procédure?

.....
.....
.....

.....
.....

III. La réforme budgétaire

15- Etes –vous suffisamment informés de la réforme budgétaire ?

.....
.....
.....
.....
.....

16- Quels sont les changements qu'elle apporte au processus actuellement en vigueur ?

.....
.....
.....
.....
.....

17- Avez- vous été accompagnés pour intégrer ces changements dans votre processus ?

.....
.....
.....
.....
.....

18- Selon vous, quelles sont les principales difficultés rencontrées ?

.....
.....
.....
.....
.....

III SYSTEME D'INFORMATION

19- Quelles sont les informations internes et externes qui vous permettent d'élaborer le budget ?

.....
.....

.....
.....
.....

20- Par quel canal recevez-vous ces informations ?

.....
.....
.....
.....
.....

21- Quels outils utilisez-vous pour mettre en œuvre l'élaboration du budget ?

.....
.....
.....
.....
.....

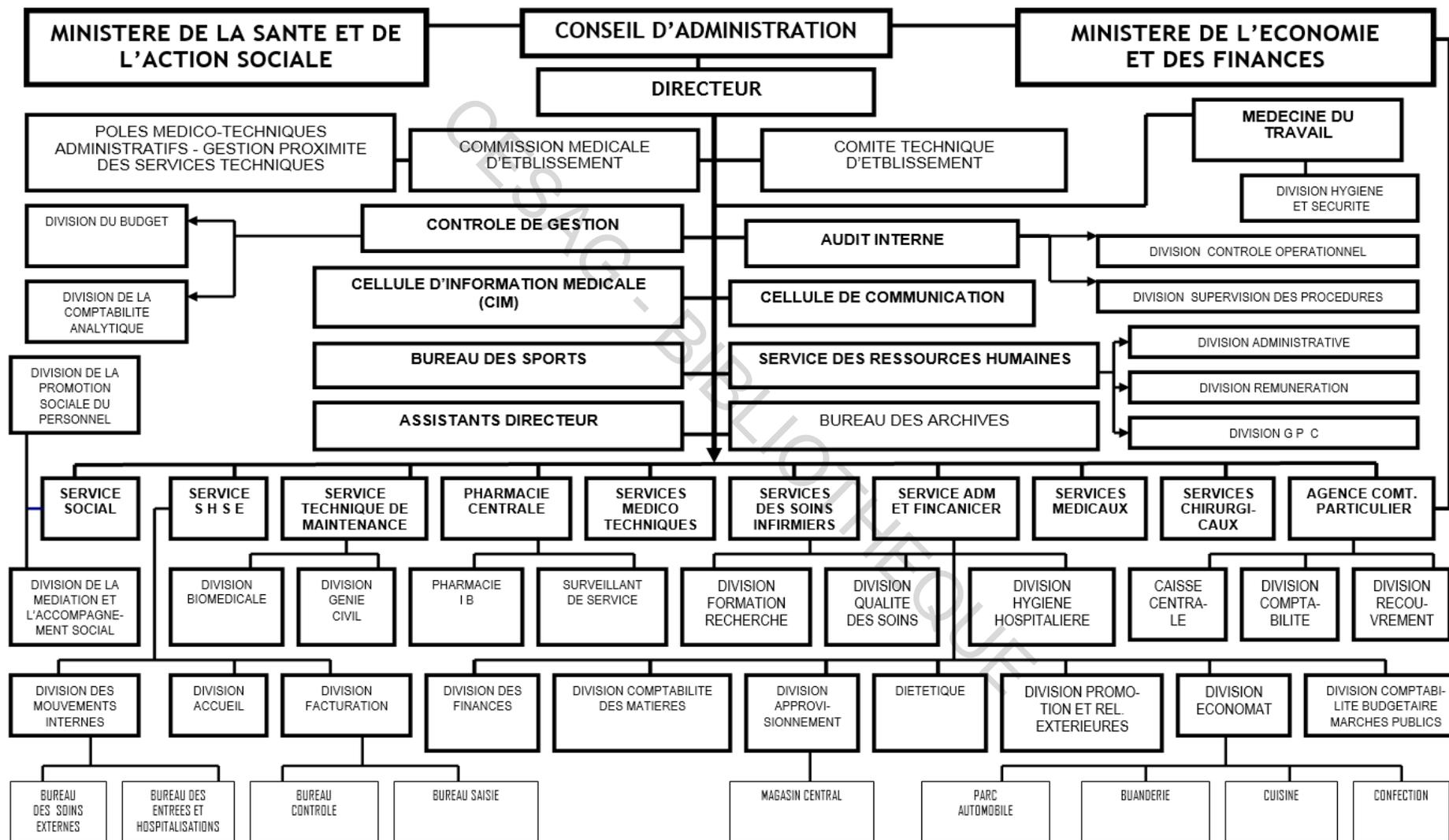
22- Ces outils sont-ils informatisés ?

.....
.....
.....
.....
.....

23- Le système actuel vous permet-il d'avoir des informations utilisables et vérifiables à temps ?

.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 2 : Organigramme de l'HOGGY



Annexe 3 : Fiche budgétaire par service

Sur la base de vos activités de 2012 et 2013, vous faites les prévisions de vos activités pour 2014 (des projections). Les besoins en personnel, équipements, consommables, ...

I. ACTIVITES

A. Activités existantes

Désignations	Nature	Niveau	Tarif	Valeur
1. Consultation				
Examens ou analyses				
2. Hospitalisation				
3. Actes opératoires				
4. Explorations				
*Echographie				
*Autres				
TOTAL ACTIVITES				

B. Activités nouvelles

Désignation	Nature	Niveau	Tarif	Valeur
-------------	--------	--------	-------	--------

II. BESOINS

A. Fonctionnement

Désignation	Catégorie	Nombre	observations
1. a. Personnel existant			
2. b. Personnel additionnel			

Désignation	Nature	Nombre	Prix	Montant
2. a. Consommables (médicaments, mat. ...)				
2. b. Autres (fournitures de bureau, produit d'entretien)				

B. INVESTISSEMENTS

Désignation	Nature	Nombre	Prix	Montant
1. Matériel médical				
2. Autres matériels				
-matériel informatique				
-matériel de bureau				
-autres matériel à détailler				

Annexe 4 : Note d'orientation budget 2015



REPUBLIQUE DU SENEGAL

Il In Peuple - Un But - Une Foi

*_*_*_*_*_*_*_*



MINISTERE DE LA SANTE
ACTION SOCIALE

*_*_*_*

HOPITAL GENERAL DE GRAND-YOFF

*_*_*_*_*_*_*_*

La Direction

NOTE D'ORIENTATION BUDGET 2015

*_*_*_*_*_*

A L'ATTENTION DES CHEFS DE SERVICES

Mesdames, Messieurs les chefs des services,

La note d'orientation budgétaire 2015 s'inscrit dans le cadre de mise en œuvre des mesures de redressement.

La présente procédure budgétaire intervient dans un contexte économique d'ensemble favorable, caractérisé par la poursuite du relèvement du plateau technique, l'accroissement de la production et le redressement du déficit comptable.

- **Concernant le volet investissement**, l'HOGGY a bénéficié dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2014, un appui financier consistant permettant l'acquisition d'équipements médicaux. Aussi il a obtenu d'importants dons de matériel médical et d'hôtellerie dans le cadre de la coopération ;
- **S'agissant de la production**, le taux d'accroissement des produits médico-techniques réalisés entre 2012 et 2013 est de **17,71%**;

- **Du point de vue du résultat comptable**, les résultats nets enregistrés au cours des dernières années sont : - **220 781 522** en 2011 ; - **187 868 882** en 2012 et **263 196 680** en 2013.

On passe d'une réduction du déficit entre 2011-2012 **à un bénéfice** entre 2012- 2013.

Le suivi budgétaire au 31 Août a révélé la situation ci-après :

- les produits d'exploitation sont réalisés à hauteur de **129,19%** et ont augmenté de **11,49%** par rapport à 2013 à la même période ;
- les charges d'exploitation sont engagées à hauteur de **84,86%** et ont augmenté de **4,71%**.
- le niveau d'engagement des dépenses d'investissement sur fonds propres est de **31,19%** ;

Le projet de budget 2015 a pour ambition de renforcer les moyens de l'hôpital pour lui permettre d'accroître sa production et couvrir ses charges.

En d'autres termes, le projet de budget 2015 vise à améliorer la performance de l'hôpital. Il sera établi en tenant compte :

- des instructions et recommandations des différents documents d'analyses stratégiques ;
- du contexte interne et environnemental de l'hôpital ;

Les objectifs fixés dans ce cadre sont les suivants:

- ✓ Poursuivre le relèvement du plateau technique des services ;
- ✓ Assurer un approvisionnement régulier des services en consommables notamment des services d'aides aux diagnostics et des services chauds;
- ✓ Finaliser l'informatisation de la facturation afin de sécuriser les produits et d'obtenir les informations à temps réel ;
- ✓ Améliorer l'accueil des patients ;
- ✓ Améliorer les conditions de travail du personnel ;

Les grandes orientations stratégiques retenues portent sur:

- * l'équipement des services médico-techniques ;
- * l'amélioration de la fonctionnalité des services
- * la dotation en médicaments et consommables médicaux des services notamment des services d'aides aux diagnostics ;
- * le renforcement du système d'information hospitalier ;

- * le renforcement de la communication et la poursuite du dialogue social.

Pour l'atteinte des objectifs, l'hôpital se doit de trouver **les moyens** à travers :

- l'accroissement de son chiffre d'affaires moyen mensuel et de ses recettes propres mensuelles de **7,04% au moins** ;
- la disponibilité des praticiens et des techniciens ;
- la rationalisation des moyens de production ;
- la fonctionnalité continue des équipements ;
- le renforcement et le développement de la coopération.

Conformément aux objectifs poursuivis par l'hôpital, il est demandé aux chefs de service, en relation avec leurs collaborateurs de définir le plan d'actions de leur service en termes d'activités de budgets de fonctionnement et d'investissement.

Le contrôleur de gestion est chargé de superviser le processus budgétaire.

Le chronogramme budgétaire est joint à la présente.

Le Directeur

Moussa Same DAFF

CHRONOGRAMME DU PROCESSUS BUDGETAIRE 2015

ETAPES	DATES
Lancement de la Note d'Orientation budgétaire	3/10/2014
Préparation des projets de budgets des services	Du 7/10/2014 au 31/10/2014
Consolidation des budgets des services	DU 03/11/2014 au 04/11/2014
Elaboration du projet de budget	DU 06/11/2014 au 13/11/2014
Arbitrage avec le Staff de direction	DU /14/2014 au 18/11/2014
Transmission à la CME/Réunion	DU 20/11/2014 au 2/12/2014
Transmission au CA/Réunion	DU 08/12/2014 au 23/12/2014
Présentation Projet de budget au CA	24 /12/2014
Transmission aux Tutelles : - Santé et Action sociale, - Finances	30/12/2014

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

1. Amantchi GOGOUA (2012), Gestion axée sur les résultats ; concepts et principes, Cellule d'analyse des politiques économiques du CIRES, Abidjan
2. Béatrice et Francis GRANDGUILLOT, L'essentiel du contrôle de gestion, 8^e Edition Paris, Lextenso, 2014 133pages.
3. DELMATE Jean Claude, GLOLIER Jacques, (2001), Comptabilité générale et budget des hôpitaux, 2^e Edition, Paris, Les Editions ENSP, 466 PAGES.
4. FAYE El hadji (2009), le contrôle de gestion par l'analyse des coûts et le système budgétaire, 2^e Edition, Les Editions Presse universitaire de Dakar, 253 pages
5. Henri BOUQUIN, La maîtrise des budgets dans l'entreprise, Paris, Edicef, 1992.
6. Jody ZallKusek & Ray C. Rist, Vers une culture du résultat, Dix étapes pour mettre en place un système de suivi et d'évaluation axé sur les résultats, Montréal, Saint-Martin 2006.
7. LECLERE Didier (2012), l'essentiel de la gestion budgétaire, Les Editions Erolles, Paris 168 pages
8. MAZOUZ Bachir, (2008), Le métier de gestionnaire public à l'aube de la gestion par les résultats : Nouveaux rôle-nouvelles fonctions-Nouveaux profits, Presses de l'Université du Québec, 558pages
9. MYKITA Patrick, TUSZYSKI Jack (2002), contrôle de gestion prévision et gestion budgétaire, mesure et analyse de la performance, Les Editions Fouchers, Paris 287 pages
10. NDIAYE Abdel Kader Clédor (1995), Discipline budgétaire et modernisation de l'Etat au Sénégal, Les nouvelles éditions africaines du Sénégal, Dakar 227pages.
11. SELMER Caroline (2003), Construire et défendre son budget, Outils, méthodes et comportements, Dunod, Paris, 235pages.

Autres documents:

12. Bilan social 2015, Service des ressources humaines, Hôpital Général de Grand Yoff, Juin 2016.
13. Décret N°98-701 relatif à l'organisation des établissements publics de santé hospitalière
14. Décret 2014-1472 du 12 Novembre 2014 portant régime financier et comptable des établissements publics, des agences et autres structures administratives similaires ou assimilées

15. DIOP Pape YANKHOBA, Gestion budgétaire de l'hôpital Général de Grand Yoff ; CESAG : 2004. P. 134
16. Loi 98-08 du 02 mars portant Réforme hospitalière au Sénégal
17. Rapport d'évaluation finale du projet d'établissement de l'Hôpital Général de Grand-Yoff 2002-2006 ; Août 2007.
18. Rapport de gestion (2014) de l'HOGGY, 17 pages
19. République du Sénégal (MSAS/2009), Plan national de développement sanitaire 2009-2018, 86pages.

Sources internet

20. ACIDI (1999), *La gestion axée sur les résultats à l'ACIDI : guide d'introduction aux concepts et aux principes*, <http://.acdicida-gc.ca/CIDAWEB/acdicida.nsf/prnFr/EMA-218132656-PPK>. (Page consultée en Février 2016).
21. OCDE (2005), *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Appropriation, harmonisation, alignement résultats et responsabilité mutuelle*. <http://www.oecd.org/fr/ced/efficacite/34579826> (Page consultée Février 2016)
22. PNUD (2002), *Guide de suivi et de l'évaluation axés sur les résultats*, <http://www.undp.org/evaluation/document/HandBook/French/Fr-M&E-Handbook.pdf> (page consultée en Mars 2016)
23. PNUD (2009), *Guide de la planification, du suivi et de l'évaluation axée sur les résultats de développement*, <http://www.undp.org/ea/handbook> (page consultée en Février 2016)
24. UEMOA (2009) *Guide didactique de la directive N°06/2009/CM/UEMOA du 26 Juin 2009 portant loi de finances au sein de l'UEMOA 26 JUIN2009*. http://www.uemoa.int/Documents/Actes/FINANCES_PUBLIQUES/Guide_didactique_directive_09_2009.pdf (page consultée en Janvier 2016)
25. HADDAD Mohamed(2011), *Avantages et opportunités de l'utilisation de la Gestion Axée sur les Résultats*, <http://www.focusintl.com/038-unpan044140.pdf> (page consultée en février 2016).
26. UNESCO (2012), *Approche de la programmation, de la gestion et du suivi axés sur les résultats (GAR/RBM) telle qu'elle est appliquée à l'UNESCO Principes directeurs*, <http://unesdoc.unesco.org/images/001775/177568F.pdf> (page consultée en Février 2016) O.I.F. ; *Manuel de la gestion axée sur les résultats*, Décembre

2013 http://www.ofarcy.net/.../71-annexe_1_-

[manuel de la gar decembre 2013-1.pdf](#) (page consultée en Avril 2016)

27. www.focusintl.com/005-P1.1_GAR_CONCEPTS_ET_PRINCIPES.pdf

CESAG - BIBLIOTHEQUE