



**INSTITUT SUPERIEUR DE COMPTABILITE, DE BANQUE ET DE
FINANCE
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES
SPECIALISEES EN AUDIT ET CONTRÔLE DE GESTION (DESS/ACG)**

17^{ème} Promotion

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES DE 3^{ème} CYCLE

**THEME:
AUDIT DU PROCESSUS D'ELABORATION
DU PROJET D'ETABLISSEMENT DU CENTRE
HOSPITALIER NATIONAL D'ENFANTS
ALBERT ROYER (CHNEAR)
2004-2008**

Présenté par :

Anta DIAGNE

Sous la direction de :

**M. Moussa YAZI
Chef du département licence à
l'ISCBF au CESAG**

Bibliothèque du CESAG



108582

DEDICACES

A nos chers parents, A nos frères et sœurs.

A notre famille, pour la patience que nous endurons chaque jour qui passe; puissent nos forces s'unir davantage dans cette entreprise.

Particulièrement à nos neveux et nièces afin qu'ils puissent s'investir dans des entreprises plus ambitieuses.

A tous les stagiaires de la promotion 2005-2006.

REMERCIEMENTS

Le présent mémoire est le couronnement d'une année d'efforts soutenus passés au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG). A cet effet et dans un élan de reconnaissance générale, nous adressons notre sincère gratitude à tous ceux qui nous ont encouragée et soutenue dans nos études.

Nous voudrions remercier l'ensemble des formateurs et encadreurs et plus particulièrement exprimer notre reconnaissance à Monsieur Moussa YAZI, qui nous a guidée dans cette étude et nous a appris comment structurer un travail et construire une recherche dans la rigueur et l'enthousiasme. Qu'il soit chaleureusement remercié pour la patience et la disponibilité dont il a fait montre au cours de la rédaction de ce mémoire.

Un grand merci à notre famille et à nos amis ; qu'ils nous pardonnent la totale indisponibilité dont nous avons fait montre ces derniers mois.

Nous remercions également :

- l'ensemble du personnel administratif de l'Institut Supérieur de Comptabilité, de Banque et Finance du CESAG,
- l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer, en particulier le Directeur,
- le personnel de la Bibliothèque du CESAG à qui nous rendons un hommage pour son dévouement,
- l'ensemble des stagiaires de la promotion 2005-2006 du DESS Audit et Contrôle de gestion du CESAG.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX	Pages
Tableau N°1 : Démarche d'élaboration du plan stratégique.....	24
Tableau N°2 : Démarche de synthèse du processus d'élaboration du plan stratégique.....	25
Tableau N°3 : Classement des forces et faiblesses selon leur importance.....	34
Tableau N°4 : Caractéristiques de l'audit de la stratégie.....	45
Tableau N°5 : Démarche d'audit de la stratégie.....	46
Tableau N°6 : Démarche de synthèse du processus d'audit de la stratégie.....	47
Tableau N°7 : Répartition des lits par pavillon.....	66
Tableau N°8 : Evolution des paramètres hospitaliers de 2000 à 2004.....	66
Tableau N°9 : Synthèse du processus d'élaboration du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R	78
Tableau N°10 : Dysfonctionnements par rapport au critère temps.....	81
Tableau N°11 : Dysfonctionnements par rapport au critère séquences	83
Tableau N°12 : Défaut de communication.....	87
Tableau N°13 : Absence d'évaluation et de suivi stratégique	88
Tableau N°14 : Chronogramme du processus d'élaboration du projet d'établissement.....	89

FIGURES	
Figure N°1 : Matrice d'analyse du BCG.....	16
Figure N°2 : Modèle ADL.....	18
Figure N°3 : Démarche d'élaboration d'un plan stratégique.....	26
Figure N°4 : Modèle d'analyse.....	55

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADL.....	Arthur D.Little
BCG.....	Boston Consulting Group
CA.....	Conseil d'Administration
CHNEAR.....	Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer
CES.....	Certificat d'Etudes spécialisées
CME.....	Commission Médicale d'Etablissement
CTE.....	Comité Technique d'Etablissement
DAS.....	Domaine d'activité spécifique
DCEM.....	Diplôme de Cycle d'Etudes Médicales.
DES.....	Direction des Etablissements de Santé
EPH.....	Etablissement public hospitalier
EPS.....	Etablissement public de Santé
FRAP.....	Feuille de Révélation et d'Analyse des Problèmes
ISCBF.....	Institut Supérieur de Comptabilité, de Banque et Finance
LCAG.....	Learned, Christensen, Andrews et Guth
MSPM.....	Ministère de la Santé et de la Prévention médicale
OMD.....	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS.....	Organisation mondiale de la Santé
OUA.....	Organisation de l'Unité Africaine
PE.....	Projet d'Etablissement
PCME.....	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PNDS.....	Programme National de Développement Sanitaire et Social
PO.....	Plan Opérationnel
SMART.....	Specific, Measurable, Accessible, Attainable and Timely
SWOT.....	Strengths-Weaknesses-Opportunities and Threats

LISTE DES ANNEXES

Annexe N°1 : Présentation des modèles d'analyse stratégique	95
Annexe N°2 : Modèle de plan d'action.....	99
Annexe N°3 : Modèle de FRAP.....	100
Annexe N°4 : Organigramme.....	101
Annexe N°5 : Plan de financement.....	102
Annexe N°6 : Commission nationale de validation des PE.....	104
Annexe N°7 : Critères de validation des PE des EPS.....	107
Annexe N°8 : Questionnaire 1.....	110
Annexe N°9 : Questionnaire 2.....	111
Annexe N°10: Guide d'entretien.....	112

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	III
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS.....	IV
LISTE DES ANNEXES.....	V
SOMMAIRE.....	VI
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	9
CHAPITRE 1 : LA PLANIFICATION STRATEGIQUE.....	10
1-1 Stratégie : définitions, démarche et mise en œuvre.....	11
1-1-1 Définitions.....	11
1-1-2 Démarche délibérée.....	11
1-1-3 Démarche émergente.....	12
1-1-4 Elaboration de la stratégie.....	12
1-1-5 Les différentes catégories de stratégies.....	13
1-1-5-1 Stratégie de domination par les coûts.....	13
1-1-5-2 Stratégie de différenciation.....	13
1-1-5-3 Stratégie de concentration.....	14
1-1-6 Outils de l'analyse stratégique.....	14
1-1-6-1 Segmentation stratégique.....	15
1-1-6-2 Modèles d'analyse stratégique.....	15
1-1-6-2-1 La matrice du BCG.....	15
1-1-6-2-2 La matrice de ADL.....	17
1-1-7 Mise en œuvre des stratégies.....	19
1-1-7-1 Mise en œuvre opérationnelle des stratégies.....	19
1-1-7-2 Difficultés de mise en œuvre des stratégies.....	19
1-2 Planification stratégique.....	20
1-2-1 Définition de la planification stratégique.....	20
1-2-2 Objectifs de la planification stratégique.....	21
1-2-3 Avantages et limites de la planification stratégique.....	21
1-2-3-1 Avantages de la planification stratégique.....	21
1-2-3-2 Limites de la planification stratégique.....	22
1-3 Démarche d'élaboration du plan stratégique.....	27
1-3-2 Formulation des objectifs.....	29
1-3-3 Diagnostic interne et externe.....	29
1-3-3-1 Le marché.....	29
1-3-3-2 La segmentation stratégique.....	29
1-3-3-3 Le diagnostic interne.....	30
1-3-3-3-1 Le diagnostic de la position stratégique.....	31
1-3-3-3-2 Le diagnostic des ressources.....	31
1-3-3-4 Le diagnostic externe.....	32
1-3-4 Identification et l'évaluation des options stratégiques.....	33
1-3-4-1 Analyse SWOT comme outil d'identification des options stratégiques.....	33
1-3-4-2 Evaluation des choix stratégiques.....	35

1-3-5	Décision ou choix stratégique	35
1-3-6	Mise en œuvre de la stratégie.....	36
1-3-6-1	Préparation des données de base.....	36
1-3-6-2	Elaboration des plans d'action sectoriels.....	37
1-3-6-3	Détermination et l'approbation du plan d'ensemble.....	37
1-3-6-3-1	La consolidation des plans d'action sectoriels	37
1-3-6-3-2	L'approbation et la diffusion du plan d'ensemble.....	38
1-3-7	Suivi - évaluation	38
1-3-7-1	Le contrôle de la mise en œuvre des orientations retenues.....	38
1-3-7-2	Le contrôle de la validité des prévisions.....	38
CHAPITRE 2 : L'AUDIT DE LA STRATEGIE.....		40
2-1	Définitions et objectifs de l'audit de la stratégie	41
2-1-1	Définitions de l'audit de la stratégie	41
2-1-2	Objectifs de l'audit de la stratégie.....	42
2-2	Champ d'application de l'audit de la stratégie	43
2-2-1	Audit du processus stratégique.....	43
2-2-2	Audit du plan stratégique	44
2-2-3	Audit de la mise en œuvre.....	44
2-3	Démarche de l'audit de la stratégie	45
2-3-1	Les caractéristiques de l'audit de la stratégie.....	45
2-3-2	Les étapes de l'audit de la stratégie.....	46
2-3-2-1	La définition du référentiel d'audit	48
2-3-2-2	Le choix des sources d'informations pour l'audit.....	48
2-3-2-3	L'identification des dysfonctionnements.....	49
2-3-2-4	Le repérage des risques.....	49
2-3-2-5	La définition des objectifs ou termes de référence	50
2-3-2-6	L'identification des causes.....	51
2-3-2-7	Recommandations.....	52
CHAPITRE 3 : L'APPROCHE METHODOLOGIQUE		54
3-1	Modèle d'analyse.....	54
3-2	Techniques et outils de collecte de données.....	58
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....		61
CHAPITRE 4 : LA PRESENTATION DU C.H.N.E.A.R ET DU PROJET D'ETABLISSEMENT		62
4-1	Présentation du C.H.N.E.A.R.....	62
4-1-1	Missions du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer.....	62
4-1-2	Organisation du C.H.N.E.A.R.....	63
4-2	Présentation du projet d'établissement.....	64
CHAPITRE 5 : LA MISE EN ŒUVRE DE L'AUDIT DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT DU C.H.N.E.A.R.		69
5-1	Description du processus d'élaboration du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R.....	69
5-1-1	Définition du cadre directeur.....	70

5-1-2 Diagnostic interne	72
5-1-2-1 la clientèle	72
5-1-2-2 l'image de marque de l'hôpital	72
5-1-2-3 l'étude des statistiques	73
5-1-2-4 l'étude de la situation financière et patrimoniale.....	73
5-1-2-5 l'étude de l'organisation interne	73
5-1-2-6 le diagnostic du système de contrôle interne	73
5-1-3 Diagnostic externe.....	74
5-1-3-1 l'environnement sanitaire.....	74
5-1-3-2 l'environnement économique	74
5-1-3-3 l'environnement démographique et géographique.....	74
5-1-4 Phase d'arbitrage et de programmation.....	75
5-1-5 Phase de validation du PE	76
5-1-5-1 une validation à l'interne devant le CTE et la CME.....	76
5-1-5-2 une validation à l'interne devant le CA	76
5-1-5-3 une validation devant la commission nationale de validation des PE des EPS... 77	
5-2 Audit du processus d'élaboration du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R.....	79
5-2-1 Identification et analyse des dysfonctionnements.....	79
5-2-1-1 Le recueil des dysfonctionnements.....	79
5-2-1-2 L'analyse des dysfonctionnements	80
5-2-2 Le repérage des risques	84
5-2-2-1 par rapport au critère temps	84
5-2-2-2 par rapport au critère séquences.....	85
5-2-2-3 par rapport au critère efficacité.....	85
5-2-3 La fixation des objectifs	85
5-2-4 L'identification et l'analyse des causes des dysfonctionnements	85
5-2-4-1 au niveau du management.....	86
5-2-4-2 au niveau de l'organisation	86
5-2-4-3 au niveau des ressources humaines.....	86
5-2-5 Recommandations	87
5-2-5-1 Recommandation par rapport au défaut de communication.....	87
5-2-5-2 Recommandation par rapport à l'absence d'évaluation et de suivi stratégique .87	
5-2-5-3 Recommandation par rapport au délai d'élaboration du PE assez long.....	88
CONCLUSION GENERALE.....	90
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXES.....	95

**INTRODUCTION
GENERALE**

INTRODUCTION GENERALE

Les pays en développement sont souvent confrontés au défi que pose la réforme du financement de leurs systèmes de santé pour l'accès à des soins de qualité efficaces à tous les citoyens. Pour répondre à cet impératif, le secteur de la santé à l'instar des autres secteurs d'activités économiques et sociales a connu d'importantes mutations ces dernières années sous l'influence des programmes d'ajustement.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la réforme hospitalière, avec comme toile de fond, l'érection des hôpitaux sénégalais en Etablissements Publics de Santé (EPS) disposant de la personnalité morale et de l'autonomie financière. A la logique administrative qui excluait une absence totale de vision de la plupart des décideurs hospitaliers, la réforme hospitalière substitue une innovation de taille dans le fonctionnement des hôpitaux.

Désormais les EPS doivent fonctionner selon un plan stratégique dénommé Projet d'Etablissement (PE). En effet, l'article 23 de la loi n°98-08 portant réforme hospitalière stipule que : « les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers élaborent pour une durée maximale de cinq ans un projet d'établissement... » (Ministère de la Santé, 1999 :33).

Naguère réservé au secteur privé, le plan stratégique a été au cœur de la réforme. Cette nouvelle dynamique traduit l'engagement de l'Etat à mettre les hôpitaux sur une orbite leur permettant un développement harmonieux et durable. A cet effet, les hôpitaux devront élaborer et valider leur PE à l'interne, devant le Conseil d'Administration (CA) et au niveau national, par la Commission de Validation des Projets d'Etablissement des EPS.

Dans un environnement mouvant et de plus en plus instable, le PE traduit la volonté des décideurs d'anticiper .Il devient un outil indispensable dans le management des hôpitaux. En effet, avec l'abandon de la logique administrative et l'adoption de la logique de performance dans le cadre de la réforme hospitalière, un système de planification stratégique représente un document de référence pour les hôpitaux, un outil de plaidoyer et de développement pour répondre aux attentes des populations, des pouvoirs publics et des professionnels de santé.

Toutefois, malgré son élaboration et sa validation dans la quasi-totalité des EPS, les attentes demeurent toujours. En effet, le succès des PE réside dans la prise en compte des priorités nationales dans la politique de santé et une meilleure maîtrise des moyens disponibles.

Ce constat nous a poussé à orienter notre étude sur l'audit de la stratégie, ce, qui nous permettra de sonder la position de l'hôpital, mais aussi de mettre en évidence les écarts par rapport à la situation souhaitée.

Selon Renard (2006 :32) l'audit de la stratégie est une « confrontation de l'ensemble des politiques et stratégies de l'entreprise avec le milieu dans lequel elles se situent pour en vérifier la cohérence globale » ; ainsi l'audit de la stratégie devient nécessaire pour s'assurer de la cohérence d'ensemble du PE.

Le PE se trouve au cœur du dispositif de la réforme hospitalière, ce qui justifie tout l'intérêt que nous portons à l'étude de son processus de développement.

Le droit à la Santé est reconnu par la Constitution Sénégalaise qui dispose en son article 17 que : « L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ». Le Sénégal a également fait siennes la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de Santé Primaires en 1978 et les conclusions du Sommet de Copenhague de 1995 pour l'élimination de la pauvreté. Il a adhéré à différentes chartes issues de rencontres internationales parmi lesquelles le Sommet Mondial sur l'Enfance de 1990, la Charte Africaine du développement Sanitaire, le Sommet Africain de l'OUA sur l'Enfance de 1992 et plus récemment le 08 septembre 2000 à la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, appelée « Déclaration du millénaire » qui fixe les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La mise en œuvre de ces déclarations a permis de systématiser la planification à la base par la réorganisation fondamentale de l'administration sanitaire à travers divers plans et programmes.

Cependant, l'évaluation à mi-parcours contenue dans les plans de développement sanitaire et social régionaux et départementaux réalisée en janvier 1996 a permis d'identifier un certain nombre de contraintes liées notamment à :

- l'insuffisance de la coordination des interventions sanitaires ;

- l'absence d'un organe central de planification et de coordination de la politique de santé ;
- les difficultés de coordination de l'action des bailleurs de fonds ;
- l'insuffisance du financement du système de santé ;
- l'absence de cadre adéquat favorable au développement du sous-secteur hospitalier.

Toutes ces difficultés internes au secteur de la Santé se trouvent accentuées par un environnement économique et social défavorable caractérisé par l'aggravation de la pauvreté, par une croissance démographique urbaine non contrôlée, par une scolarisation et une alphabétisation insuffisantes.

C'est dans ce contexte que le IX^{ème} plan d'orientation économique et sociale 1996/2001, qui visait à répondre à la demande sociale, fut adopté. Parallèlement, le document des Nouvelles Orientations de la politique de Santé fut élaboré sous forme de plan : le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) qui couvre la période 1998 à 2007.

Les actions prioritaires suivantes furent retenues :

- réorganisation du Ministère de la Santé ;
- réforme du système de financement du secteur ;
- renforcement institutionnel.

La réforme du système hospitalier s'inscrit dans cette dynamique avec, comme innovation, l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'établissement hospitaliers. Par cette réforme, le Sénégal enregistrait la deuxième grande mutation de son système de santé depuis son accession à la souveraineté nationale (1960). Dans l'exposé des motifs de la loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant Réforme hospitalière, l'objectif poursuivi était nettement formulé : « permettre aux hôpitaux de fonctionner selon un mode de gestion saine et performante afin d'offrir des soins de qualité au meilleur coût possible tout en assurant leur pérennité et leur développement ».

C'est sous l'impulsion de cette réforme que le Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer (C.H.N.E.A.R) a été érigé en Etablissement Public de Santé (EPS) par décret n°99-854 du 27 Août 1999 ; ce qui lui confère une nouvelle organisation administrative et financière et une autonomie de gestion. A ce titre, il a l'obligation, tout comme les autres établissements publics hospitaliers (EPH) du Sénégal, d'élaborer un Projet d'Etablissement (PE), c'est-à-dire un plan stratégique défini à partir d'une analyse de l'existant et de la vision que l'on veut imprimer à la structure. C'est ainsi qu'en décembre 2004, le C.H.N.E.A.R a adopté son premier projet d'établissement : une vision stratégique s'est imposée et une logique de performance s'est substituée à la routine administrative.

Cependant, l'hôpital éprouve d'énormes difficultés découlant :

- du manque relatif de visibilité quant à la mise en œuvre ;
- une démotivation face aux difficultés dans la quête de financement ;
- des craintes quant à un désengagement de l'Etat.

Eu égard à son nouveau statut d'EPS, le nouvel hôpital devrait évoluer d'un simple service d'une administration centrale, chargé d'appliquer des directives et d'utiliser les crédits qui lui sont alloués, vers une logique de performance. Pourtant, tel n'est pas le cas ; il se pose un véritable problème de planification stratégique. Deux à trois années après la validation de son premier PE, le C.H.N.E.A.R se trouve dans une léthargie totale : incapable de mobiliser les fonds nécessaires pour rendre concrets et visibles ses plans d'actions. Cette situation est liée à plusieurs facteurs :

- les pesanteurs de la gestion administrative et financière qui limitent considérablement la marge de manœuvre et conduisent au pilotage à vue ;
- le manque d'initiative et de volonté de la plupart des décideurs hospitaliers assujettis à une pesante tutelle ;
- l'absence de cadrage du PE par rapport à la politique nationale d'offre de soins : ceci limite la visibilité stratégique de l'hôpital et conduit souvent à des objectifs généraux trop ambitieux, partant à des possibilités de financement aléatoires ;

- l'absence ou l'insuffisance de vulgarisation sur la réforme hospitalière qui s'est traduite par un scepticisme eu égard à la fonction régalienne de l'Etat ;
- les difficultés d'accès au financement : en effet la Banque Mondiale (2006) souligne que le financement de la santé est préoccupant du fait que la communauté internationale ne puisse accroître son aide au développement tout en la rendant plus prévisible et durable ;
- l'effet d'une première expérience qui conduit à des errements dans la définition des stratégies ;
- des ressources humaines peu ou mal préparées, insuffisantes et souvent incompetentes en la matière.

Ailleurs si le plan stratégique éclaire et redynamise le fonctionnement des organisations, dans notre environnement le PE ne répond pas toujours aux attentes de la Direction, et du personnel en particulier.

Les effets se traduisent par :

- une démotivation des principaux acteurs face aux difficultés liées à la recherche de financement ;
- un scepticisme du personnel dû au retard accusé dans la concrétisation des projets ;
- des budgets irréalistes issus du PE qui accentuent les difficultés au fil des années ;
- une dégradation prononcée du plateau technique liée à un défaut d'entretien en attente du nouvel équipement.

Ainsi, pour permettre à l'hôpital d'assumer pleinement son rôle avec efficacité et efficience tout en assurant sa mission de service public, nous suggérons les solutions suivantes :

- un plan de suivi évaluation du PE pour mieux piloter la mise en œuvre surtout pour la recherche de financement ;
- un renforcement des compétences ;

- un audit du processus stratégique afin de mieux cadrer les ambitions dans le sens d'une amélioration de la planification hospitalière.

Nous retenons la troisième solution dans l'optique où elle permettra une meilleure connaissance des difficultés inhérentes à l'élaboration et au suivi des projets d'établissement. D'où la question de recherche suivante : quelle est l'efficacité du processus de planification stratégique développé par le C.H.N.E.A.R ?

Plus précisément :

- les différentes analyses stratégiques étaient-elles pertinentes ?
- les menaces, les opportunités, les forces et les faiblesses ont-elles été bien identifiées ?
- les stratégies ont-elles été bien formulées ?
- existe-t-il un plan de suivi évaluation fonctionnel et pertinent ?
- quelles sont les sources de dysfonctionnements liés au processus de planification stratégique suivi ?

Pour répondre à ces questions nous axerons plus particulièrement notre étude sur l'audit du processus stratégique du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R. Le développement qui suit sur le thème : *Audit du processus d'élaboration du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R (2004-2008)* vise à apporter une contribution dans l'amélioration de la planification hospitalière dans le but de rendre pérenne l'organisation.

Le principal objectif visé est d'auditer le processus stratégique du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R. Cette étude menée à son terme permettrait le redressement de la situation de l'hôpital via l'élimination des sources de dysfonctionnements mis en évidence par l'audit et de mesurer l'impact du PE dans l'évolution de la structure. Par ailleurs, les principales conclusions de l'audit permettraient d'orienter les choix futurs et servir de base à la réflexion stratégique.

Les objectifs spécifiques qui en découlent sont les suivants :

- évaluer la cohérence, la pertinence et la fiabilité du processus stratégique ;
- voir si la dimension réelle des différents domaines d'activités a été prise en compte ;
- voir si la qualité organisationnelle et managériale concourent au bon déroulement du processus stratégique ;
- faire des propositions concrètes allant dans le sens d'une amélioration de la planification hospitalière.

Notre étude revêt des intérêts à plusieurs niveaux :

Pour l'hôpital :

La présente étude permettrait à l'hôpital de faire un bilan à mi-parcours de son premier PE. L'examen de celui-ci mettrait en évidence les motifs de satisfaction et d'insatisfaction (forces et faiblesses actuelles), des potentialités et des craintes (opportunités et menaces) en vue d'une meilleure orientation des choix futurs.

Pour le lecteur :

L'audit de la stratégie est un domaine où interviennent rarement les auditeurs. A cet effet, le mémoire pourrait servir de référence en la matière.

Pour l'auteur :

A la fin de notre formation théorique, ce mémoire constituera une première expérience et permettra d'apprécier notre capacité à entreprendre et à poursuivre des travaux de recherche.

Il sera aussi notre modeste contribution dans le processus de la réforme hospitalière.

L'étude comportera deux grandes parties :

- une première ou cadre théorique, d'une part relative à la revue de littérature sur la planification stratégique et l'audit de la stratégie et, d'autre part, à la méthodologie de l'étude.
- la deuxième sera consacrée à la mise en œuvre de l'audit de la stratégie au processus stratégique du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R.

CESAG

**PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE**

BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

La planification stratégique est un processus par lequel les hauts dirigeants d'une organisation déterminent des objectifs généraux (mission, finalité, but) à atteindre pour une période de cinq ans et plus par exemple ainsi que les politiques et les stratégies qui faciliteront l'acquisition, l'utilisation et l'affectation des ressources nécessaires à la réalisation desdits objectifs.

Elle occupe dès lors une place très importante dans la gestion des organisations. D'ailleurs de nombreux auteurs en partant de l'école classique à l'analyse systémique des organisations, l'ont décrite comme base de développement des organisations.

En outre, l'utilité de la stratégie se trouve dans la capacité de l'entreprise d'envisager l'avenir. Conscients que les erreurs stratégiques peuvent menacer la continuité de l'exploitation, les décideurs commencent à s'y intéresser d'avantage.

Ainsi, l'audit tout d'abord lié au domaine strictement financier s'étend à d'autres domaines tel que l'audit de la stratégie qui reste jusqu'à présent peu développé.

La première partie de ce travail vise à montrer la place de la planification stratégique dans le management des organisations.

Nous exposerons successivement les concepts de stratégie, de planification stratégique puis la démarche d'élaboration du plan stratégique. La seconde étape sera consacrée à la définition et à la démarche de l'audit de la stratégie.

Nous terminerons cette partie théorique par la méthode de collecte de données ou approche méthodologique.

CHAPITRE 1 : LA PLANIFICATION STRATEGIQUE

La planification stratégique est en rémanence dans les organisations après plusieurs années passées dans l'ombre d'un management du court terme privilégiant les mesures destinées à renforcer l'efficacité opérationnelle. Elle définit la problématique du « Qu'allons-nous faire » ? Déjà en 1916, H.Fayol la définit sous le terme de « prévoyance » comme l'une des cinq missions de l'administration des entreprises.

Malgré, cette définition déjà très moderne, la planification reste à un stade embryonnaire jusqu'après la seconde guerre mondiale. Avec la croissance économique soutenue à cette époque et le développement rapide des marchés, les entreprises commencent à accorder une attention particulière à l'évolution de leur environnement.

Des systèmes de planification sont ainsi mis en place. De la planification à long terme caractérisée par une forte pression de la demande et qui prédominait jusque vers les années soixante, on migre progressivement vers la planification stratégique.

La prise en compte de l'environnement, qui ne se limite plus au marché dans lequel évolue l'entreprise, a fait naître une autre conception de la planification ; celle qui traduit les grandes orientations permettant à l'entreprise de modifier, d'améliorer ou de confronter sa position par rapport à la concurrence.

La première section de ce chapitre définit la stratégie, la seconde traitera de la planification stratégique et enfin la troisième, la démarche d'élaboration du plan stratégique.

Notre ambition n'est pas de présenter dans son intégralité ce que recouvre les notions de stratégie et de planification stratégique mais de rappeler certains concepts clefs nous permettant d'appréhender le processus d'élaboration du plan stratégique.

1-1 Stratégie : définitions, démarche et mise en œuvre

Nous allons définir successivement la stratégie, sa démarche ainsi que les modalités de sa mise en œuvre.

1-1-1 Définitions

Ansoff définit les décisions stratégiques comme étant celles qui concernent les choix des couples produit marché, les objectifs de développement et les orientations de développement. Le groupe Strategor (2005 :11) poursuit dans la même lancée et présente la réflexion stratégique comme étant un processus permettant de « choisir les domaines d'activités dans lesquels l'entreprise entend être présente et allouer des ressources de façon à ce qu'elle s'y maintienne et s'y développe ».

Mintzberg et Waters (1985) proposent un point de vue supplémentaire de la réflexion stratégique, où la stratégie prendrait forme progressivement dans un flux continu d'actions.

A partir de ces deux pensées, deux courants se dessinent préconisant la mise en œuvre d'une démarche délibérée d'élaboration de la stratégie coexistant avec une démarche émergente.

Dans la pratique, l'élaboration de la stratégie résulte de la combinaison des deux démarches.

1-1-2 Démarche délibérée

Ce premier courant se rapporte à la stratégie orientée vers l'action, réfléchi a priori. Dans un tel contexte l'élaboration de la stratégie se présente comme un processus discontinu et est révisé à des échéances régulières suivant les événements ou par rapport à une certaine périodicité définie a priori. Cette démarche selon Thiétard (1991) fait appel à deux dimensions de l'organisation.

La première, analytique et économique, illustre les caractéristiques objectives de l'entreprise et de l'environnement : moyens, expertises spécifiques, marchés potentiels, état de la concurrence.

La seconde, politique et humaine, met en évidence l'existence d'acteurs aux objectifs individualisés poursuivant des buts, parfois contradictoires pouvant aider à la réalisation de la stratégie ou au contraire y porter préjudice.

De la première dimension, se dégagent les notions d'opportunités et menaces externes et de capacités internes (aussi bien humaines que matérielles disponibles à l'intérieur de l'organisation). Cette conception se retrouve d'ailleurs chez Ansoff (1989) qui présente l'appréciation de la situation de l'entreprise couplée à l'appréciation des possibilités extérieures en tant que préalable à toute formulation de la stratégie.

1-1-3 Démarche émergente

La démarche émergente est issue des théories économiques telles que celles de l'innovation et de l'avantage monopolistique (Lardera et Quinio, 1996). Les techniques telles que les outils facilitant le travail collaboratif et la capitalisation des savoirs se sont alors développées favorisant une évolution rapide et adaptative des options stratégiques. L'analyse est plus fine et l'environnement externe est pris en compte dans ses aspects techniques et économiques. Elle est plus flexible que la démarche délibérée mais peut engendrer des surcharges importantes en temps de coordination.

1-1-4 Elaboration de la stratégie

Toute élaboration d'une stratégie résulte d'une combinaison de ces deux démarches. Les démarches purement délibérées ou purement émergentes relèvent de cas d'école qui ne se produisent que très rarement dans la réalité.

La formation de la stratégie résulte donc d'une combinaison entre conduite intentionnelle et phénomène émergent. C'est l'une des fonctions du management stratégique qui consiste à combiner les changements souhaités avec ceux que l'on n'a pas voulu, les transformations délibérées avec les évolutions du contexte. A cet effet Quinn (in Strategor, 2005) soutient que la stratégie est un instrument de communication et de mobilisation et permet la coordination

des changements décidés. Pour mieux l'appréhender, présentons ses différentes catégories ainsi que les outils de l'analyse stratégique.

1-1-5 Les différentes catégories de stratégies

Selon Porter (1982), trois grandes familles de stratégies sont concevables : la stratégie de domination au niveau des coûts, la stratégie de différenciation et la stratégie de concentration ou focalisation sur le marché.

1-1-5-1 Stratégie de domination par les coûts

Elle est basée sur le principe selon lequel l'entreprise la plus compétitive est celle qui produit à un coût inférieur pour dominer les concurrents. Pour cela, tous les efforts de l'entreprise doivent être orientés vers la minimisation des coûts notamment par :

- une forte part de marché
- de meilleures sources d'approvisionnement
- le poids de l'innovation qu'elle soit de procédé ou de produit.

Cependant, si cette stratégie a l'avantage d'accroître la compétitivité de l'entreprise et sa part de marché en pratiquant les prix les plus faibles, elle n'est pas sans contraintes. En effet, selon Porter (1982) et Strategor (2005), la stratégie de domination par les coûts induit :

- des difficultés de croissance en rapport avec l'importance des ressources en jeu ;
- une expérience copiée ou contournée ;
- et enfin les dangers d'une guerre des prix.

Sa caractéristique principale réside dans la recherche permanente des coûts faibles.

1-1-5-2 Stratégie de différenciation

Selon Porter (1982) le postulat de départ est que le produit ou le service offert par l'entreprise se caractérise par son unicité par rapport à l'ensemble du secteur. L'entreprise réussit à se créer un monopole qui le met à l'abri des attaques des concurrents. La différenciation apporte une valeur supplémentaire fonctionnelle ou psychologique au client ; ce dernier accepte de

supporter le surcoût ; le prix importe peu. Le facteur de réussite pour les entreprises à stratégie de différenciation réside dans l'équilibre entre l'accroissement du coût engendré par la recherche du facteur d'unicité et la perception par le client de la valeur correspondante.

Comme toute stratégie, la stratégie de différenciation présente des contraintes :

- elle doit être perceptible par le client ;
- elle doit être adaptable et applicable au secteur ;
- elle doit se justifier de manière durable.

Ainsi pour asseoir une stratégie de différenciation, l'entreprise doit se focaliser sur une image de marque forte basée sur l'intuition et la créativité.

1-1-5-3 Stratégie de concentration

Elle consiste à une concentration sur un segment précis : une zone géographique, une gamme de produits, une clientèle bien identifiée.

L'unicité et la particularité de la cible stratégique permettent de bénéficier des avantages de la domination des coûts et de la différenciation en consommant moins de ressources tout en étant plus efficace. Elle se caractérise par une part de marché limitée.

Selon Porter (1982), elle présente quelques contraintes liées au rétrécissement du marché ou par le contreponds de la concurrence qui peut découvrir et dépasser la concentration d'activité.

1-1-6 Outils de l'analyse stratégique

A partir des années 1960 différents auteurs ou cabinets de conseil anglo-saxon ont développé des modèles d'analyse stratégique. Il s'agit du modèle du Boston Consulting Group (BCG), et de celui du cabinet Arthur D. Little (ADL) basés sur deux concepts fondamentaux :

- l'état du marché et
- la position concurrentielle

D'autres méthodes plus récentes mais moins populaires sont utilisées de nos jours par les grandes firmes ; il s'agit de la pratique du benchmarking et de veille concurrentielle qui consistent à mesurer et à analyser le comportement des concurrents pour pouvoir mieux gérer et prédire leur stratégie future.

Nous nous sommes basés pour les besoins de notre étude sur les deux premières méthodes parce que mieux usitées et appliquées dans notre contexte.

La caractéristique commune des deux premières méthodes réside dans le fait qu'avant toute formulation d'orientations stratégiques ; l'entreprise doit être scindée en activités homogènes. Précisons d'abord la notion de segmentation stratégique avant d'aborder les différents modèles.

1-1-6-1 Segmentation stratégique

La segmentation stratégique constitue la phase préliminaire de l'analyse stratégique : elle consiste à « découper » l'ensemble des activités de l'entreprise en autant de segments homogènes où s'exerce une concurrence spécifique. Ces segments sont souvent identifiés sous le terme Domaine d'Activité Spécifique (DAS).

Selon Thiétard (1991), il convient de retenir trois dimensions pour faire une segmentation stratégique :

- le type de clientèle concerné, celle-ci peut être délimitée par zones géographiques (région, pays) ou par catégories socio- professionnelles d'utilisateurs (particuliers, entreprises, collectivités et administrations) ;
- le type de besoins satisfaits : produit de consommation, biens d'équipement ;
- le type de technologie utilisé en termes de savoir faire, de procédés de fabrication.

C'est à ces DAS que s'appliquent les modèles d'analyse ci-après.

1-1-6-2 Modèles d'analyse stratégique

Les instruments d'analyse qui sont proposés sont : la matrice d'analyse stratégique du Boston Consulting Group (BCG), et la matrice Arthur D.Little (ADL).

1-1-6-2-1 La matrice du BCG

Le modèle du BCG est fondé sur deux concepts de base liés à la part relative du marché (position concurrentielle) et le taux de croissance du marché.

a) La part relative du marché :

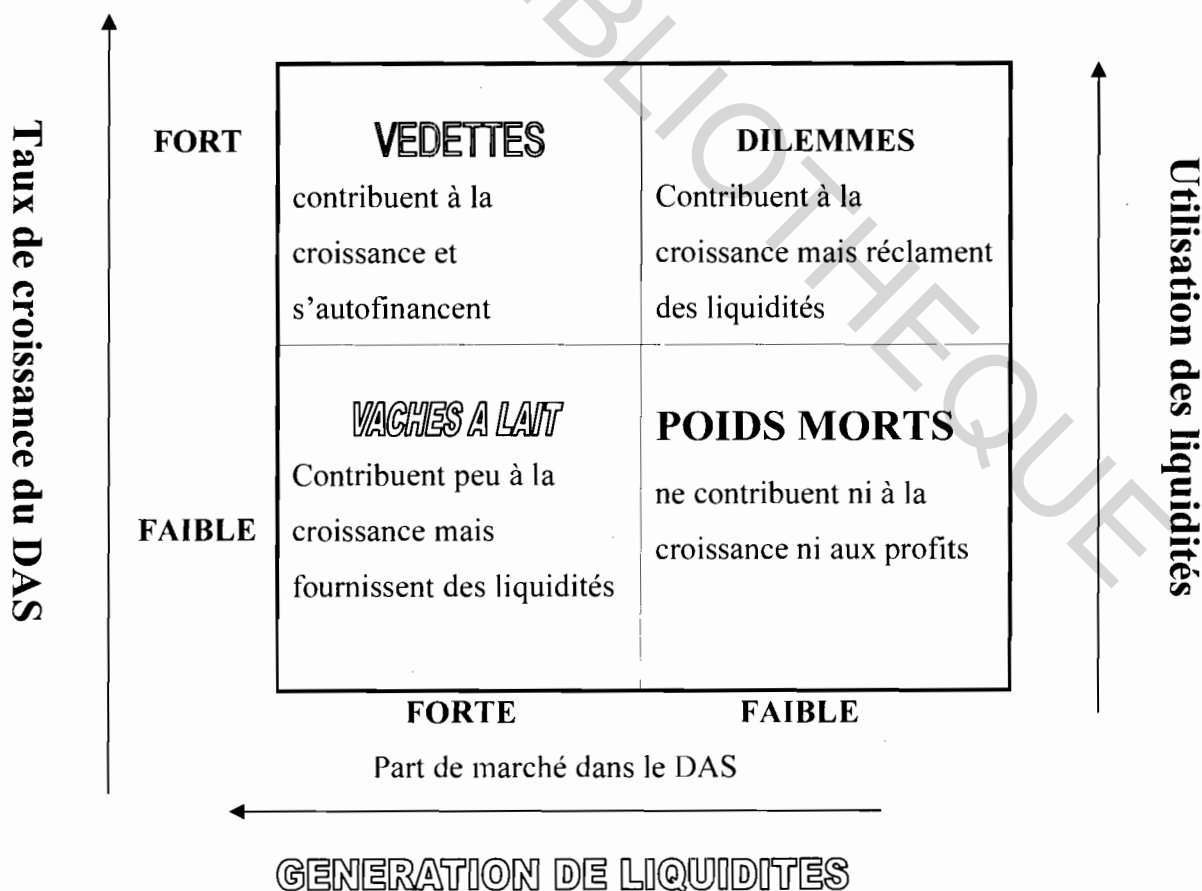
Le postulat de départ est que le concurrent qui a la production cumulée la plus importante dispose d'un avantage concurrentiel majeur. La part relative du marché nous fournit des renseignements sur la position concurrentielle de l'entreprise.

b) Le taux de croissance du marché :

C'est un élément essentiel du processus d'effet d'expérience : il est révélateur des perspectives des DAS de l'entreprise. La matrice du BCG, par la jonction des données sur la position concurrentielle et le taux de croissance du marché permet de mettre en évidence les implications financières en termes de rentabilité (ressources dégagées) mais aussi en besoins de liquidités (investissements, besoins en fonds de roulement).

Le modèle se présente sous la forme d'un tableau illustré qui décrit les conséquences financières ci-après.

Figure n°1 : matrice d'analyse du BCG (1966)



Source: inspiré de la matrice BCG (in Strategor, 2005 : 273)

A partir de cette matrice, l'entreprise va positionner ses principaux DAS et appréciera l'équilibre de son portefeuille d'activités. Les décisions stratégiques consisteront à se maintenir, à se développer ou à se retirer de tel ou tel DAS et à envisager un plan d'actions en conséquence.

La matrice du BCG ne prend en compte qu'un seul type d'avantage compétitif : les coûts liés aux volumes (cf. courbe d'expérience mise en évidence par Mac Donnel (in Strategor, 2005)). Si nous prenons en compte d'autres critères spécifiques aux stratégies de différenciation ou de focalisation telle l'image de marque et l'innovation technologique, le modèle paraît être limité. Ce modèle convient aux activités matures à faible innovation technologique.

1-1-6-2-2 La matrice de ADL

Il se fonde sur la maturité du secteur ou DAS et la position concurrentielle de l'entreprise dans ce DAS.

a) La maturité du secteur :

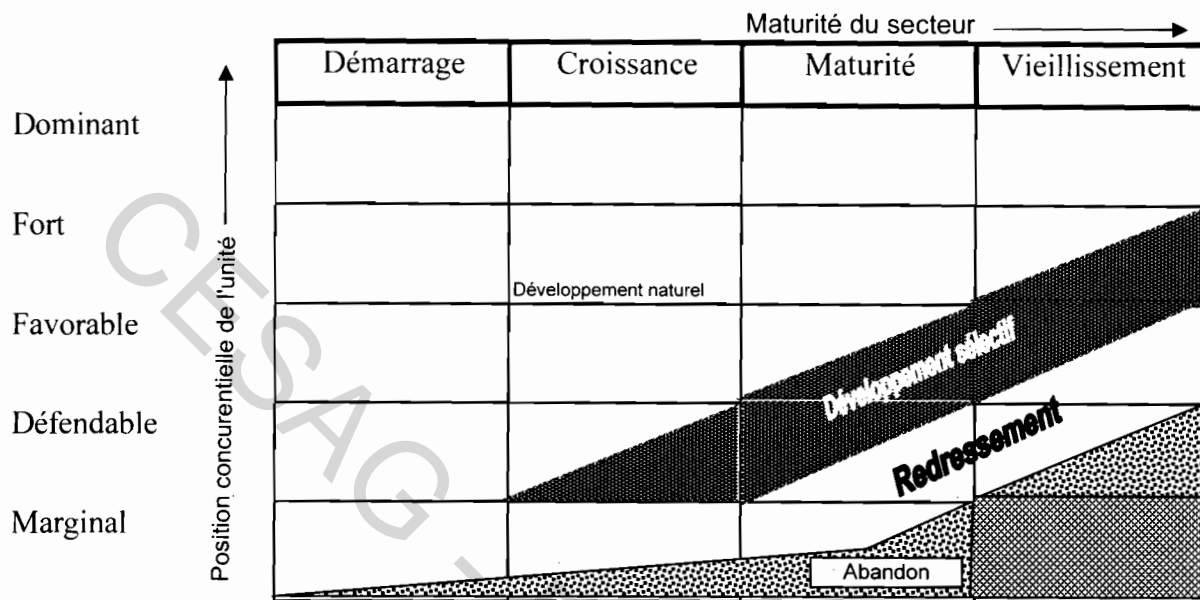
Le degré de maturité du secteur ou du DAS comporte quatre phases de vie : lancement, croissance, maturité, déclin.

b) La position concurrentielle :

Elle décrit la force d'une entreprise par rapport à ses concurrents. Elle est déterminée, d'une part, par le repérage des compétences et savoir faire clé autrement dit les facteurs de succès qui vont de l'analyse du potentiel technologique à l'arbre des compétences.

D'autre part, par la classification de l'entreprise, segment par segment, par rapport à ses concurrents. Il permet de porter un jugement sur la situation de l'entreprise par segment et globalement, d'orienter les choix stratégiques par DAS et mettre en évidence les implications et conséquences financières des différents DAS.

Figure n°2 : Modèle ADL



Source : inspiré de la matrice Arthur D. Little (in Strategor, 2005 : 279)

Pour reprendre ADER (1996) dans un article paru dans « Futuribles », le modèle présente l'avantage de prendre en compte ce qui est « capital » dans le processus de planification stratégique à savoir l'innovation technologique considérant qu'au sein d'un même segment stratégique que rien n'est figé. Par contre, la masse d'informations à recueillir sur la position concurrentielle qui se fonde sur les facteurs clé de succès fait du modèle d'ADL un modèle d'approche « qualitative ».

Ces deux méthodes d'analyse stratégique ont permis d'améliorer dans de nombreuses firmes la qualité du management stratégique notamment par une vision plus exacte des segments d'activités et en facilitant la formulation des stratégies. Toujours est-il que la véritable rhétorique réside dans la mise en œuvre de ces stratégies une fois formulées d'où l'intérêt du point qui suit.

1-1-7 Mise en œuvre des stratégies

Une fois les choix stratégiques définis, la phase suivante consiste à la mise en œuvre effective de ces choix. Nous allons aborder dans un premier temps la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie, suivie des difficultés liées à cette étape.

1-1-7-1 Mise en œuvre opérationnelle des stratégies

Selon Helfer & al (2000) la mise en œuvre opérationnelle comporte trois (3) phases itératives avant que les décisions stratégiques ne soient définitivement arrêtées, de s'assurer de leur faisabilité aussi bien interne qu'externe. Ce sont : la vérification de la faisabilité des choix stratégiques, l'établissement du business plan et la définition des responsabilités de mise en œuvre.

a) la vérification de la faisabilité des choix stratégiques

Les décideurs veulent s'assurer de la faisabilité des options stratégiques choisies. Cette faisabilité s'inscrit dans une dynamique de cohérence entre les compétences, les ressources et les choix.

b) l'établissement du business plan

Le business plan est un document de synthèse qui présente le projet et dont l'objectif est de convaincre les interlocuteurs de sa pertinence et sa qualité. Il doit posséder quatre qualités : la synthèse, la clarté, la cohérence, et le chiffrage.

c) La définition des responsabilités de mise en œuvre

Trop souvent les choix stratégiques ne sont pas effectivement mis en œuvre du fait de la dilution des responsabilités et d'une mauvaise allocation des ressources.

Pour que le processus stratégique ait toutes les chances de succès il faut nécessairement et clairement définir les rôles, situer les responsabilités et se fixer des délais.

1-1-7-2 Difficultés de mise en œuvre des stratégies

La mise en œuvre des choix stratégiques se heurte souvent à des difficultés liées essentiellement au caractère rétroactif du processus stratégique. Weill (1999: 2) souligne à ce propos que : « les organisations ont donc besoin de stratégie et si celle-ci ne garantit jamais le succès, elle limite au moins les risques de crises issues de la myopie opérationnelle. ».

Ainsi, face au poids du passé et à la multitude de possibilités pratiques de mise en œuvre si toutes les dispositions financières, humaines, commerciales et matérielles ne sont pas prises en compte; la mise en œuvre a toutes les chances d'enclencher un nouveau diagnostic de la situation.

C'est précisément pour contourner toutes ces difficultés qu'il est souhaitable pour de meilleures pratiques de planifier, de formaliser l'analyse et la formation de la stratégie dans le cadre de la planification stratégique qui fera l'objet de notre deuxième section.

1-2 Planification stratégique

La conception de la planification stratégique a beaucoup évolué dans le temps et dans l'espace ; les objectifs, les avantages et les limites ont également poursuivis cette tendance.

1-2-1 Définition de la planification stratégique

Selon Strategor (2005: 597) : «la planification stratégique est un processus formalisé de prise de décision qui élabore une représentation voulue de l'état futur de l'entreprise et spécifie les modalités de mise en œuvre de cette volonté.... Elle aboutit à des choix stratégiques et à des programmes d'action visant à assurer la mise en œuvre de ces choix ».

Une certaine conception se dégage de cette définition qui présente la planification stratégique selon la maxime : « gérer c'est regarder vers l'avenir ».

C'est donc un processus qui fixe les grandes orientations permettant de pérenniser l'entreprise ou la conforter dans sa position face à la concurrence. Pour remplir ses missions la planification stratégique doit englober les composantes suivantes :

- les fins : fixation des objectifs et des buts ;
- les moyens : choix des politiques ;
- les ressources : détermination des sources de financement et des montants ;
- les procédures de prise des décisions ;
- le contrôle : détection et correction des écarts.

La planification stratégique se présente comme une vision futuriste pour l'entreprise; mais par delà cette vision quels sont les objectifs poursuivis par la planification stratégique, ses avantages et ses limites ?

1-2-2 Objectifs de la planification stratégique

A la question de savoir pourquoi planifie-t-on ? Mintzberg (2004) présente cinq objectifs de la planification stratégique :

- pour coordonner les actions et les hommes ;
- pour s'assurer que le futur est systématiquement pris en compte ;
- pour se comporter de manière rationnelle, la décision formalisée étant plus efficace que la non formalisée ;
- pour contrôler, à la fois la Direction Générale et la hiérarchie, mais aussi le futur et l'environnement en rendant celui-ci moins complexe par décomposition ;
- car les systèmes formels permettent la programmation du processus de formation de la stratégie.

Les objectifs tels que définis par Mintzberg permettent de mettre en avant deux rôles éminemment importants de la planification que sont l'information et la communication.

En effet, la planification permet aux cadres dirigeants d'échanger les informations dont ils disposent et de confronter leur vision. En obligeant à la communication, elle constitue un moyen efficace de surmonter les cloisonnements et les incompréhensions.

1-2-3 Avantages et limites de la planification stratégique

La planification stratégique présente quelques avantages mais également des limites

1-2-3-1 Avantages de la planification stratégique

C'est ce qu'Alecian & Foucher (2002) regroupe « sous la règle des 4C » :

Cohérence, Courage, Clarté, Considération.

En d'autres termes :

- la planification oblige à avoir une vision d'ensemble explicite ;
- elle permet de clarifier les rôles, de partager la vision, la mission, les objectifs et les activités de l'entité en vue d'attirer les bailleurs de fonds et des bénévoles ; les partenaires extérieurs et les pouvoirs publics qui ont besoin d'avoir le sentiment de discuter avec des dirigeants d'entreprises responsables et fiables lorsqu'ils accordent des subventions.
- elle fournit une base au contrôle : avec un plan on détermine des dates limites pour le démarrage et l'achèvement de chaque activité, on se fixe des règles et des principes de réalisation qui nous conduisent aux résultats recherchés ;
- elle optimise l'utilisation des installations et des compétences en autorisant à un meilleur usage de l'existant
- au niveau du personnel, cette vision désangoisse et motive car elle explique l'environnement et clarifie le sens de l'action.

Nous pouvons retenir dès lors que la planification stratégique offre à l'entreprise un système de prévision cohérent et fiable portant sur l'environnement mais elle présente néanmoins des inconvénients.

1-2-3-2 Limites de la planification stratégique

Mintzberg (2004) a exposé les dérives que peuvent engendrer un processus de planification stratégique. Il fait ressortir de la planification stratégique trois dangers et trois erreurs :

- premier danger : le manque d'adhésion
- second danger : le conservatisme
- troisième danger : un contrôle pesant et sclérosant

A ces trois dangers peuvent s'ajouter trois erreurs :

- erreur de formalisation

- erreur de prédétermination
- erreur de détachement

Dès lors ; on comprend mieux le désintérêt observé ces dernières années à l'égard de la planification stratégique et à l'émergence d'autres phénomènes tel que le management stratégique.

Son caractère conservateur et inflexible limitent la pensée et du coup les changements stratégiques majeurs au risque de passer à côté des problèmes majeurs de l'organisation.

En bref, si nous considérons que « la stratégie est l'art d'engager durablement l'entreprise dans une voie lui permettant, sur la longue période, de tirer avantage des règles du jeu de l'environnement et de leur évolution » Gervais (1995:36) ; il est tout indiqué que celle-ci ne peut être définie et appliquée que dans le cadre d'un plan stratégique.

Cette conception nous amène à nous intéresser à la démarche d'élaboration du plan stratégique qui fera l'objet de notre troisième section.

1-3 Démarche d'élaboration du plan stratégique

Le processus de planification est un outil de mise en œuvre de la stratégie, sous forme d'actions à entreprendre articulées autour d'objectifs, d'étapes à franchir, de ressources à répartir entre divers responsables.

C'est un mode de prise de décision qui se distingue en particulier par son caractère formalisé et très variable dans la pratique.

Historiquement, la littérature sur la planification stratégique a fait sa véritable apparition avec un article de la Harvard Business School de Gilmore et Brandenburg intitulé « Anatomie de la planification d'entreprise », qui a présenté des centaines de modèles d'un processus par lequel la stratégie devrait supposément être développée et opérationnalisée de façon formelle (Mintzberg, 2004).

Il existe deux versions populaires de processus de planification stratégique mais sous-jacentes aux approches les plus récentes : il s'agit du modèle de l'école de la conception (1965) plus

connu sous l'acronyme de « SWOT » et du modèle de Ansoff (1989) desquelles beaucoup d'auteurs se sont inspirés pour présenter leur modèle.

Le tableau ci-après décrit la démarche d'élaboration de plan stratégique tel que définie par certains auteurs.

Tableau n°1 : Démarche d'élaboration du plan stratégique

Modèles étapes	LCAG (1965)	Helper& al (2000)	Ansoff (1989)	Steiner(in Mintzberg, 2004)	Morsain (2000)
1	formulation d'objectifs	diagnostic	décisions et choix des objectifs	Définition des objectifs	Déclenchement d'un processus de réflexion
2	identification du problème stratégique	définition des objectifs	diagnostic	Audit externe et interne	Diagnostic
3	proposition de solutions	écart stratégique	décision stratégique	Evaluation de la stratégie	Définition des objectifs
4	évaluation de ces solutions	décision stratégique	choix stratégique	Opérationnalisation de la stratégie	Identification des options stratégiques
5	choix d'une solution	plans opérationnels	règles de recherche et d'évaluation	Ordonnement du processus	Evaluation des différentes options
6	mise en œuvre	budgets			Evaluation des écarts
7		Contrôle			Choix stratégique
8					mise en place

Source : tableau établi à partir des modèles de ces différents auteurs (voir annexe I)

La démarche d'élaboration d'un plan stratégique aboutit toujours à des orientations managériales allant du renforcement de la position concurrentielle, de l'amélioration du taux de marque, du placement d'un nouveau produit, etc.

Pour répondre à ces impératifs, les modèles restent divers et variables suivant les écoles et/ou les auteurs comme l'illustre le tableau n°1.

Il convient cependant de remarquer qu'il existe des points communs et incontournables. Tout stratège doit connaître les opportunités et les vulnérabilités, se fixer des objectifs afin de répondre au mieux aux orientations managériales.

Nous allons procéder à un résumé du tableau n°1 afin de trouver une démarche synthétique, un référentiel du processus d'élaboration d'un plan stratégique.

Tableau n°2 : démarche de synthèse du processus d'élaboration du plan stratégique

AUTEURS \ ETAPES	LCAG (1965)	HELPER& AL. (2000)	ANSOFF (1989)	STEINER (1969)	MORSAIN (2000)
1. Processus de réflexion					X
2. Formulation d'objectifs	X	X	X	X	X
3. Diagnostic interne et externe	X	X	X	X	X
4. Identification et évaluation des options stratégiques	X	X	X	X	X
5. Décision ou choix stratégique	X	X	X	X	X
6. Mise en oeuvre de la stratégie	X	X		X	X
7. Contrôle ou suivi évaluation		X	X		

Source : tableau établi à partir de la synthèse du tableau 1

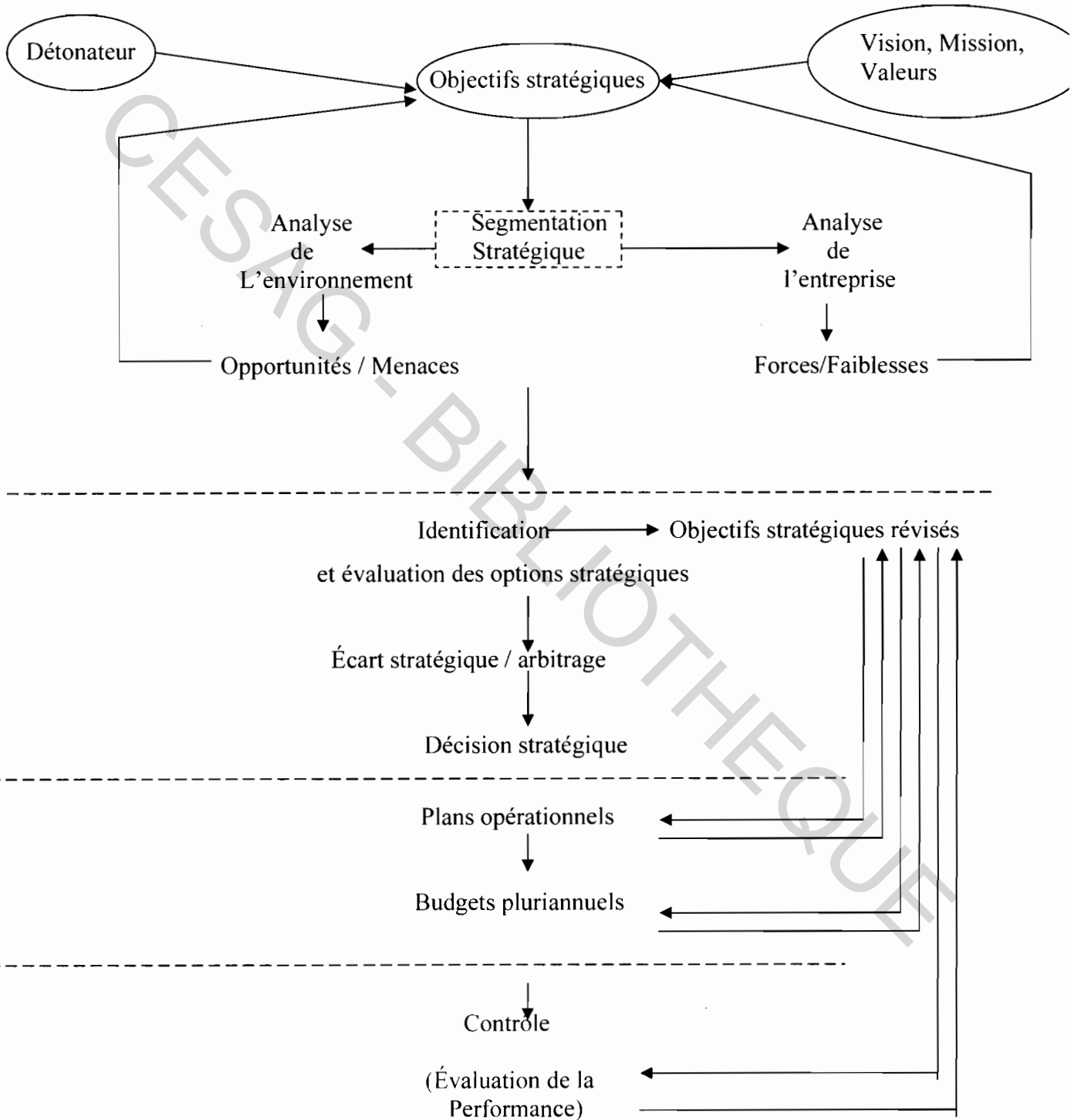
Le modèle de synthèse ci-dessus découle d'un regroupement des différentes étapes suivant l'importance (la pertinence) par rapport au nombre d'auteurs qui l'ont décrit à la même séquence et la logique chronologique tel que décrit dans le modèle initial de Harvard qui est l'outil classique de diagnostic en matière de réflexion stratégique.

Ainsi, dans le cadre de la présente réflexion, la démarche suivante a été retenue :

- le déclenchement du processus de réflexion;
- la formulation des objectifs;
- le diagnostic interne et externe;
- l'identification et l'évaluation des options stratégiques;
- la décision ou le choix stratégique;
- la mise en œuvre de la stratégie;
- le suivi évaluation.

La figure ci-dessous décrit l'enchaînement des étapes en s'appuyant sur notre démarche synthétique :

Figure n°3 : Démarche d'élaboration d'un plan stratégique



Source : Figure établie à partir de la démarche synthétique définie au tableau n° 2

1-3-1 Déclenchement du processus de réflexion

Selon Morsain (2000), le déclenchement d'un processus de réflexion pour la mise en place d'une planification stratégique dépend de plusieurs facteurs :

- le plus souvent la volonté de changer ou d'améliorer les choses
- un nouvel objectif que l'organisation s'est fixée
- l'arrivée d'un nouveau dirigeant
- un problème à résoudre
- ou le besoin de mettre en place une planification stratégique

1-3-2 Formulation des objectifs

Une stratégie doit permettre à l'organisation d'atteindre ses objectifs. Et tout processus de recherche de stratégie dans une organisation nécessite par définition que l'on s'interroge sur ce que sont ses objectifs. Selon Steiner (in Mintzberg, 2004) le stade de définition des objectifs correspond à la quantification des buts de l'organisation.

Précisons d'abord la finalité des objectifs avant de voir leur formulation au cours du déroulement du processus stratégique.

Ansoff (1989 : 58) décline les principaux objectifs de la plupart des entreprises :

1. « des objectifs économiques visant à optimiser le processus global d'exploitation
2. l'assurance de tirer à long terme un rendement substantiel de ses investissements
3. des objectifs sociaux et non économiques répondant aux besoins et aspirations des différents membres de l'entreprise
4. des objectifs qui répondent aux vœux de puissants intérêts extérieurs (actionnaires, investisseurs institutionnels) »

Helper & al. (2000 : 38) complètent en précisant les quatre composantes d'un objectif :

- son attribut, la dimension ;
- une échelle de mesure ;
- une norme ;
- un horizon temporel.

En résumé, les objectifs stratégiques peuvent être définis comme des instruments qui orientent la politique, entraînent l'action et aident à corriger les défauts constatés. Ce sont des règles qui orientent la direction vers la réalisation de ses buts et de mesurer les résultats.

Dans notre perspective d'étude, nous allons nous focaliser d'avantage sur le comment et par qui les objectifs sont formulés que sur leur contenu.

Pour Ansoff (1989), Helfer & al. (2000), partisans du modèle de l'école de la conception ; la formulation méthodique des objectifs débute par la recherche d'objectifs possibles pour l'organisation. Cette étape qu'Ansoff appelle « choix d'une philosophie est définie en fonction du « détonateur ».

C'est par l'analyse du contexte au regard de la mission, de la vision, des orientations générales et des priorités de l'entreprise que s'amorce la première phase de définition d'objectifs stratégiques. Une fois énoncés, les choix possibles, l'étape suivante consiste à leur donner un contenu :

- un horizon temporel
- des valeurs à atteindre

A ce niveau une première révision est opérée en vue de déceler les choix qui se révéleraient conflictuels. L'intérêt de l'étude est de dégager les priorités et de mettre en lumière les relations d'indépendance ou de dépendance entre objectifs (les choix possibles sont classés et on les affecte des coefficients).

La seconde révision consiste à analyser le caractère réalisable des objectifs. Il s'agit d'apprécier les objectifs. A cet effet, Moyson (1997) a défini les caractéristiques d'un bon objectif qui doit être SMART (Specific, Mesurable, Accessible, Attainable and Timely).

La troisième révision consiste à sélectionner des objectifs parmi les choix possibles. Ceux qui paraissent les plus pertinents eu égard aux valeurs des dirigeants ou du système.

Une fois les objectifs retenus, il s'agira d'apprécier les changements possibles dans l'environnement qui s'appréciera à partir du diagnostic.

1-3-3 Diagnostic interne et externe

C'est une phase essentielle dans la mesure où elle oriente les alternatives stratégiques et les décisions qui seront prises compte tenu des objectifs retenus par la Direction Générale.

Le diagnostic stratégique repose sur deux approches complémentaires : le diagnostic interne de l'entreprise et le diagnostic externe de l'environnement de celle-ci avec comme préalable la connaissance du marché et la segmentation stratégique de l'entreprise en unités homogènes.

Nous allons voir successivement, le marché, la démarche de segmentation stratégique, d'élaboration du diagnostic interne, puis externe d'une organisation.

1-3-3-1 Le marché

Toute démarche de diagnostic débute par la connaissance du marché. Le marché, en économie, représente le lieu où se rencontrent l'offre et la demande. En stratégie donc en perspective concurrentielle, le marché est un lieu d'affrontement entre des concurrents (Strategor, 2005). Quatre critères sont identifiés pour cerner les contours du marché :

- le produit ou service ;
- l'espace géographique ;
- la technologie ;
- le niveau de concentration.

1-3-3-2 La segmentation stratégique

La segmentation stratégique consiste à découper l'entreprise en unités homogènes et pertinentes sur les plans interne et externe du point de vue de la formulation de la stratégie.

La démarche est la suivante :

- a. énumérer les activités élémentaires de l'entreprise suivant le trinôme technologie-besoin satisfait -clientèle (Helfer& al, 2000) ;

1-3-3 Diagnostic interne et externe

C'est une phase essentielle dans la mesure où elle oriente les alternatives stratégiques et les décisions qui seront prises compte tenu des objectifs retenus par la Direction Générale.

Le diagnostic stratégique repose sur deux approches complémentaires : le diagnostic interne de l'entreprise et le diagnostic externe de l'environnement de celle-ci avec comme préalable la connaissance du marché et la segmentation stratégique de l'entreprise en unités homogènes.

Nous allons voir successivement, le marché, la démarche de segmentation stratégique, d'élaboration du diagnostic interne, puis externe d'une organisation.

1-3-3-1 Le marché

Toute démarche de diagnostic débute par la connaissance du marché. Le marché, en économie, représente le lieu où se rencontrent l'offre et la demande. En stratégie donc en perspective concurrentielle, le marché est un lieu d'affrontement entre des concurrents (Strategor, 2005). Quatre critères sont identifiés pour cerner les contours du marché :

- le produit ou service ;
- l'espace géographique ;
- la technologie ;
- le niveau de concentration.

1-3-3-2 La segmentation stratégique

La segmentation stratégique consiste à découper l'entreprise en unités homogènes et pertinentes sur les plans interne et externe du point de vue de la formulation de la stratégie.

La démarche est la suivante :

- a. énumérer les activités élémentaires de l'entreprise suivant le trinôme technologie-besoin satisfait -clientèle (Helfer& al, 2000) ;

- b. rechercher les facteurs clés de succès dans chaque activité ; un facteur clé de succès dans une activité représente un ensemble de l'offre de l'entreprise qui a une valeur pour les clients et / ou un savoir faire et /ou un avantage de coût ;
- c. regrouper les activités élémentaires en DAS en fonction des similitudes des facteurs clés de succès ; un DAS est un sous-ensemble d'activités d'une entreprise qui ont des facteurs clés de succès semblables et qui partagent des ressources et des savoir-faire.

1-3-3-3 Le diagnostic interne

Helfer (2001) définit le diagnostic interne de l'entreprise comme le potentiel stratégique de l'entreprise c'est-à-dire les forces, les atouts sur lesquels elle pourra s'appuyer pour définir les orientations stratégiques.

Il doit permettre de mettre en évidence le savoir-faire de l'entreprise, son métier, ses compétences ; mais également ses faiblesses.

Selon la conception de Barney, un des pères fondateurs de la RBV ((Ressource Based View) in Strategor, 2005), la RBV permet de repérer les points forts et les points faibles de l'entreprise c'est-à-dire les activités pour lesquelles elle dispose d'un avantage en termes de coût, de valeur et ou de marge par rapport à ses concurrents.

Cet outil (la RBV) passe par la chaîne de valeur décrite par Porter, qui permet de faire une distinction entre les activités de base et les activités support, et est fondé sur la théorie des ressources.

Traditionnellement plusieurs méthodes complémentaires sont utilisées :

- le diagnostic fonctionnel (Thiétard, 1991) ;
- le diagnostic de la maîtrise des facteurs clé de succès (Ohmae, 1985) ;
- le diagnostic par la chaîne de valeur (Porter, 1982) ;
- le diagnostic par les compétences de base (Hamel et Prahalad, 1990).

De façon synthétique ; nous allons baser notre analyse sur la nature et l'efficacité de l'entreprise. Cette démarche va s'articuler autour des points suivants :

1. le diagnostic de la position stratégique ;
2. le diagnostic des ressources.

1-3-3-3-1 Le diagnostic de la position stratégique

L'objectif recherché est une meilleure connaissance de l'entité. Il permettra de déterminer les traits dominants (concernant la prise de décision, les actions) et les sources de dysfonctionnements de la structure.

Caillet (1995) dans un article paru dans « Soins Formation Pédagogie Encadrement » recense quatre dimensions clés interagissant dans l'environnement de l'hôpital :

- l'offre avec l'accroissement de l'intensité de la concurrence ;
- la demande ; par les exigences accrues des consommateurs ;
- les ressources limitées par les contraintes financières ;
- et la technologie marquée par une évolution rapide.

C'est la prise en compte de ces quatre axes en interaction avec le diagnostic des ressources (internes) qui permettront aux managers d'identifier et d'évaluer les options stratégiques.

1-3-3-3-2 Le diagnostic des ressources

Son objectif est d'analyser la valeur des ressources humaines, matérielles et financières dont dispose l'entreprise en termes de qualité et de disponibilité à court et long terme. Selon la version de Grant revisitée (in Strategor, 2005 :87) ces ressources s'articulent autour du :

a. diagnostic des ressources humaines

Il s'agira de vérifier si les moyens humains sont suffisants pour répondre aux exigences des activités et pour assurer le développement de l'entreprise.

Le degré d'implication du personnel dans le projet collectif, le climat social et les normes de comportements devront être analysés sous quatre (4) volets :

- évaluation quantitative des ressources humaines ;
- évaluation des compétences ;
- analyse des indicateurs de performance sociale ;
- inventaire des politiques du personnel.

b. diagnostic des ressources matérielles

L'objectif est de vérifier si l'outil de production est adapté aux activités de l'entreprise et déterminer comment il doit évoluer pour que l'entreprise reste compétitive en matière de production. Il s'agira de recenser les difficultés liées à la spécificité de certaines activités et de déterminer si l'entreprise possède un avantage concurrentiel en termes d'actifs immatériels ou si elle a les moyens de s'en constituer un.

c. diagnostic des ressources financières

Il s'agira de porter un jugement sur la situation financière de l'entreprise et d'apprécier ses capacités financières.

L'appréciation prendra également en compte les performances de l'entreprise en termes monétaires (passage d'une phase de diagnostics qualitatifs à une phase de valorisation monétaire), l'équilibre bilantaire et les dimensions financières.

1-3-3-4 Le diagnostic externe

Hitt & Hoskinson (in Strategor, 2005) recensent six principales dimensions de l'environnement externe : la démographie, la dimension technologique, l'environnement socioculturel, la dimension politique et légale, la globalisation et l'environnement économique.

Dans le domaine de la santé la démographie est un des facteurs qui apporte le plus d'éléments de réponse à une analyse stratégique. Elle recouvre traditionnellement les cinq dimensions suivantes : la taille de la population, la pyramide des âges, la répartition géographique, les dimensions ethniques et la répartition des revenus.

Le deuxième point caractéristique de la démarche de diagnostic externe est l'analyse de la position concurrentielle au travers de l'offre, de la demande, des fournisseurs, des clients et des pouvoirs publics. L'entreprise évolue dans un environnement dynamique (environnement proche et environnement lointain) ; l'attention majeure consacrée à l'environnement direct représente le système concurrentiel. Son objectif est d'analyser la position concurrentielle de

l'entreprise, ses forces sur le marché et l'évolution potentielle de celui-ci qui pourrait entraîner une modification de la position de l'entreprise. Elle se mesure à l'aide des outils d'analyse de portefeuilles stratégique (modèle BCG).

La position concurrentielle fait ressortir le positionnement des concurrents, les prévisions des évolutions possibles et l'élaboration de scénarii avec des hypothèses hautes et des hypothèses basses. L'analyse et la synthèse des informations dégagées des diagnostics interne et externe vont permettre d'identifier les options stratégiques de l'entreprise.

1-3-4 Identification et l'évaluation des options stratégiques

Beaucoup d'auteurs s'accordent sur la nécessité de procéder à l'identification des options stratégiques suivie de leur évaluation. Elle émane de la synthèse du diagnostic et permet de récapituler les problèmes clés de l'entreprise ; leurs causes profondes et leurs conséquences mais également les domaines d'excellence.

L'identification des options stratégiques découle de cette synthèse et met en exergue par rapport aux objectifs définis les pistes de solutions et les plans d'actions prioritaires.

Le modèle LCAG (1965) à partir duquel plusieurs développements sont venus se greffer pour proposer une formalisation plus poussée est centré sur l'analyse Strengths-Weaknesses-Opportunities and Threats (SWOT). Elle constitue un des outils d'aide à l'identification des options stratégiques.

1-3-4-1 Analyse SWOT comme outil d'identification des options stratégiques

L'analyse SWOT est un outil d'audit de l'entreprise et de son environnement dès les premières étapes de la planification stratégique et aide l'entreprise à se concentrer sur les questions clé. Elle permet de mettre en exergue et d'analyser l'environnement externe et interne au projet.

De l'analyse exhaustive de la situation interne, ressortent les forces c'est-à-dire les atouts à maintenir et les faiblesses ; autrement dit les points à combattre de l'organisation sous ses

différents aspects. De l'analyse externe, nous déterminons les opportunités qui constituent le domaine d'activité dans lequel le projet peut espérer jouir d'un avantage différentiel compte tenu des concurrents actuels et potentiels de l'organisation et les menaces qui correspondent à une tendance défavorable par rapport aux chances de réalisation du projet.

La démarche de l'analyse SWOT est la suivante :

- a) circonscrire la portée de l'analyse SWOT par rapport aux grandes orientations de l'organisation et en termes de moyens humains et financiers pour l'étude ;
- b) recueillir le plus de renseignements possibles sur la concurrence et les éléments de l'environnement susceptibles d'affecter le marché ou le fonctionnement de l'organisation, de même que sur sa performance ;
- c) analyser les tendances de l'environnement externe en tenant compte des facteurs démographiques, de l'évolution des besoins des usagers ou consommateurs, des changements politiques et réglementaires prévisibles, des forces et faiblesses des concurrents et des tendances économiques générales ;
- d) découvrir les opportunités et menaces qui découlent de ces tendances. Les techniques les plus usitées sont les cercles de qualité, le team building ou le brainstorming ;
- e) Analyser les forces et faiblesses de l'environnement interne souvent à l'aide d'une série de questions dont les réponses seront classées en forces et faiblesses ;
- f) classer les forces et faiblesses selon leur importance et la performance à l'aide de la matrice suivante ; retenir les forces et faiblesses importantes ainsi que les opportunités et menaces définies au point 4 et les transcrire dans la matrice SWOT ;

Tableau n°3 : classement des forces et faiblesses selon leur importance

	Forces (facteurs performants)	Faiblesses (facteurs non performants)
Importants	Forces à entretenir	Faiblesses à combattre
Peu importants	Fausses forces	Facteur secondaire

Source : http://www.e-marketer.be/marche_analyse/analyse_swot.htm

- g) schématiquement, ce qui est une faiblesse sera écarté et le point fort exploité.

Les propositions stratégiques vont naître de l'ensemble des combinaisons possibles de menaces, d'opportunités, de forces et de faiblesses.

Beaucoup d'auteurs s'accordent sur les décisions suivantes :

- Celles qui associent opportunités et menaces ont le plus de chances de succès ; par conséquent les stratégies de croissance et de développement des nouveaux DAS doivent se situer dans cette combinaison ;
- Celles qui associent opportunités et faiblesses ressemblent à des stratégies de partenariat permettant de compenser les faiblesses de l'entreprise et de profiter des opportunités du marché ;
- Celles qui associent menaces et forces sont des décisions de protection permettant de créer des barrières à l'entrée à l'encontre des entrants potentiels ;
- Celles qui associent menaces et faiblesses constitueront les stratégies de recentrage et de désinvestissement. Leur objectif est de réduire les menaces qui pèsent sur l'entreprise.

A partir des conclusions de l'analyse, toutes les options stratégiques possibles seront connues ; le point suivant va porter sur l'évaluation des options stratégiques.

1-3-4-2 Evaluation des choix stratégiques

Les choix stratégiques sont conditionnés par les contraintes financières. Il sera alors nécessaire avant tout choix de procéder au diagnostic financier de l'entreprise afin de disposer des principales informations financières susceptibles d'influencer les options stratégiques découlant de l'analyse SWOT.

Pour Steiner (in Mintzberg, 2004) et Ansoff (1989), il s'agit d'une évaluation financière de la stratégie et des avantages respectifs des choix opérés.

Pour cela, il sera procédé à un arbitrage des objectifs par rapport aux ressources, mais aussi par rapport aux moyens et aux compétences suivant des critères de choix.

Pour Helfer &al. (2000) les principaux critères portent sur :

- la probabilité de réussite ;
- les risques ;
- la faisabilité organisationnelle ;

- la faisabilité financière ;
- et les contraintes de délais.

En d'autres termes, pour chaque objectif choisi, il s'agira d'apprécier le risque et le degré de réalisation, c'est à dire les chances de succès par rapport aux aptitudes et aux compétences de l'entreprise pour aboutir à la décision ou choix stratégique.

1-3-5 Décision ou choix stratégique

Le choix stratégique résulte de l'évaluation des différents choix retenus mais aussi d'autres critères qualitatifs qui relèvent de la valeur des managers et de la responsabilité sociale (Ansoff in Mintzberg, 2004). Il s'agit d'analyser si l'on peut réaliser les objectifs en se fixant des critères de choix.

Ces critères portent le plus souvent sur le risque et le degré de réalisation des objectifs. Ce faisant, à partir de l'analyse des forces et faiblesses qui a mis en relief les aptitudes et les compétences de l'entreprise ; il s'agira, pour chaque choix possible, d'examiner les chances de réalisation afin d'aboutir au choix le plus approprié. Les choix stratégiques aboutissent à la mise en place des politiques fonctionnelles.

1-3-6 Mise en œuvre de la stratégie

C'est ce que Steiner (in Mintzberg, 2004) appelle stade d'opérationnalisation de la stratégie. Il correspond à la naissance des plans à long terme, globaux ou stratégies (habituellement sur cinq ans), les plans à moyen terme et les plans à court terme avec la séquence verticale : objectifs- cibles spécifiques- sous objectifs- budgets. L'ensemble se traduisant en plans opérationnels (PO). Ces PO ont pour but selon Gervais (1995 :326) :

- « d'améliorer le fonctionnement des unités existantes en programmant des actions de progrès
- de prévoir et définir les décisions à prendre pour mettre en œuvre les stratégies retenues
- de chiffrer l'ensemble des recettes et des dépenses qui en découlent afin de s'assurer de la cohérence d'ensemble. »

Il faut à ce niveau préciser clairement qui fait quoi ? Avec quels moyens ? Et dans quels délais : QQQQCC (Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ?).

Le PO se réalise généralement en trois temps : Gervais (1995:328 - 329)

- « la préparation des données de base ;
- l'établissement des plans d'action sectoriels ;
- la synthèse et l'approbation du plan d'ensemble ».

1-3-6-1 Préparation des données de base

Il s'agit des objectifs globaux et les stratégies adoptées par la Direction Générale, des hypothèses de travail, un calendrier et des règles de procédure assurant l'homogénéité des chiffrages.

Les plans ne sont pas établis une fois pour toutes ; ils sont dits glissants. Lorsqu'une année passe, le premier exercice des plans fonctionnels devient un budget et les plans par fonctions voient eux-mêmes leur terme reculer d'une année.

1-3-6-2 Elaboration des plans d'action sectoriels

Pour chaque domaine d'activité, les PO (voir annexe n°2) doivent comporter :

- les objectifs à atteindre (niveau d'activité, de rentabilité, de qualité, de productivité, etc....) fixés après accord entre le responsable du service et la Direction Générale ;
- les programmes à mettre en œuvre pour réaliser les stratégies retenues et mener à bien les actions de progrès prévues (actions à entreprendre, résultats à atteindre, calendrier des réalisations, responsabilités mises en jeu) ;
- une prévision des moyens nécessaires et notamment une estimation du niveau des effectifs et des investissements indispensables ;
- des éléments d'évaluation, basés sur les moyens nécessaires et les recettes attendues.

1-3-6-3 Détermination et l'approbation du plan d'ensemble

C'est l'étape de consolidation des plans sectoriels. L'objectif est d'aboutir à un plan d'ensemble cohérent, validé par la Direction Générale et largement diffusé.

1-3-6-3-1 La consolidation des plans d'action sectoriels

Elle consiste à établir des documents de synthèse pluriannuels tels que :

- des comptes de résultats prévisionnels (le plus souvent par DAS) ;
- des bilans et des tableaux de financement prévisionnels ;
- des plans d'investissements et des plans d'effectifs ;

l'ensemble devant aider à étudier, sur les périodes choisies, l'évolution des équilibres financiers.

A ce niveau, il est nécessaire de vérifier que les principaux problèmes soulevés lors de la réflexion ont été bien pris en compte, qu'il y a une cohérence d'ensemble entre les différents plans d'action sectoriels, que les erreurs matérielles sont minimales.

1-3-6-3-2 L'approbation et la diffusion du plan d'ensemble

Elle est du ressort du Directeur Général et des principaux chefs de projets réunis pour la circonstance en comité du plan.

Seules quelques modifications mineures peuvent être opérées à ce stade. S'il y a des modifications d'une importance majeure, elles seront étudiées au moment de la première révision, lors de l'année N+1. Le plan adopté pourra donner lieu à une publication plus large et fera l'objet de contrôle ou évaluation périodique.

1-3-7 Suivi - évaluation

C'est ce que Steiner (in Mintzberg 2004) appelle ordonnancement de l'ensemble du processus ; le planning selon lequel les PO étaient supposés être réalisés et les résultats aussi.

Le suivi évaluation se situe à deux niveaux : le contrôle de la mise en œuvre des orientations retenues et le contrôle de la validité des prévisions.

1-3-7-1 Le contrôle de la mise en œuvre des orientations retenues

Il s'effectue suivant deux modalités : un contrôle a posteriori sur les performances en termes de réalisation des stratégies et des PO et un contrôle a priori pour vérifier que les objectifs stratégiques et les plans tactiques sont effectivement repris dans les prévisions budgétaires.

1-3-7-2 Le contrôle de la validité des prévisions

C'est un contrôle dynamique en rapport avec les changements majeurs intervenus dans l'environnement. Il s'agira aussi de vérifier si les hypothèses de la réflexion stratégique et des prévisions faites sur l'évolution de l'entreprise sont toujours pertinentes.

Il se matérialise par une actualisation de la stratégie et la programmation de nouvelles actions tactiques. La validité des prévisions s'obtient par l'élaboration d'une planification glissante.

La planification stratégique est un excellent outil de gestion à l'égard de la Direction Générale. Elle a l'avantage de mettre en exergue les grandes orientations de l'entreprise et donc d'améliorer la visibilité en la détournant du pilotage à vue.

Face à de tels objectifs, la planification stratégique devient une fonction difficile à circonscrire de par sa démarche d'élaboration, de son champ d'application et des difficultés inhérentes à sa mise en œuvre car les sources de financement sont souvent limitées.

Ce contexte nous oblige nécessairement à procéder à des choix. L'audit va permettre alors de procéder, dans le cadre des recommandations issues des missions, de prendre les bonnes décisions et de faire les bons choix.

C'est pourquoi, dans ce second chapitre, nous nous intéresserons à l'audit de la stratégie.

CHAPITRE 2 : L'AUDIT DE LA STRATEGIE

Dans un environnement mouvant, de plus en plus instable et où les organisations cherchent en permanence une amélioration continue de leurs performances, il est sans doute naturel aux dirigeants de s'interroger sur la maîtrise du fonctionnement et à tous les niveaux de leur structure.

Dès lors, une fois les stratégies mises en place, la préoccupation des organisations est de pouvoir garantir leur efficacité voire leur succès. Pour cela, l'audit de la stratégie devient indispensable afin d'apprécier l'état des lieux, c'est-à-dire juger la qualité du processus de la démarche en terme de cohérence et de fiabilité, de sa mise en œuvre et de son degré de contrôle pour apporter les actions correctives nécessaires.

C'est à cet égard que l'audit appliqué à la stratégie ou, de manière plus concrète, à la planification d'entreprise qui représente une synthèse (la totalité de toutes les fonctions de l'entreprise), vise à fournir un degré de maîtrise et d'assurance raisonnable à l'entité.

C'est dans ce contexte que nous nous proposons, dans ce second chapitre d'étudier l'audit de la stratégie.

Nous allons successivement définir l'audit de la stratégie, ses objectifs, circonscrire son domaine d'application, pour enfin terminer par sa démarche.

2-1 Définitions et objectifs de l'audit de la stratégie

De nos jours, l'audit fait face à de nouveaux besoins émergents en phase avec le développement des organisations ; il en est ainsi de l'audit de la stratégie qui fera l'objet de la section suivante.

2-1-1 Définitions de l'audit de la stratégie

Il est considéré par beaucoup de spécialistes dont Becour & Bouquin (1996) et Renard (2006: 39) comme faisant partie des audits opérationnels ; mais vu ses spécificités, nous pouvons le considérer comme un domaine d'audit à part.

Pour Sicard (1997 : 01), l'audit de la stratégie a pour objet de permettre « d'évaluer d'une manière très sûre les chances de succès à terme d'une entreprise ».

Cette définition met en exergue les dimensions de la performance en répondant à la question du comment rendre concrètes les options stratégiques.

Elle présente la faiblesse de ne pas s'appesantir sur l'environnement interne et concurrentiel afin d'aboutir aux choix des objectifs qui vont concourir au succès de l'entreprise.

Renard (2006 : 32) conçoit l'audit de la stratégie comme une « confrontation de l'ensemble des politiques et stratégies de l'entreprise avec le milieu dans lequel elles se situent pour en vérifier la cohérence globale ».

Cette définition a le mérite de prendre en compte « les interactions de l'entreprise avec son environnement » soulignées par Collin & Valin (1992 : 294) ; mais aussi, et, surtout d'avoir mis un accent particulier sur la cohérence.

Au regard des deux premières approches (celle de Sicard et de Renard), nous retenons que l'environnement de l'analyse et le choix des politiques et stratégies de l'entreprise, fait de l'audit de la stratégie un moyen sûr d'évaluation des chances de succès de l'entreprise.

Selon toujours la conception de Renard, l'audit de la stratégie permettrait d'organiser, sur la durée, les adéquations entre les exigences de l'environnement et les capacités de l'entreprise.

Ainsi nous retenons la définition suivante : l'audit de la stratégie ; c'est l'examen de l'adéquation des moyens aux objectifs, des objectifs aux stratégies et politiques, des structures aux fins et objectifs, la pertinence des méthodes et procédures de la planification et enfin la gestion et la qualité des performances ; en rapport avec l'environnement externe et interne.

Précisons dans un premier temps ses objectifs ainsi que son apport dans les organisations et plus spécifiquement dans un établissement public à caractère hospitalier.

2-1-2 Objectifs de l'audit de la stratégie

Il est nécessaire de procéder à un certain moment au bilan, à l'audit afin de connaître les dysfonctionnements, les forces et les faiblesses de la structure et voir comment l'améliorer pour assurer la performance de l'entreprise.

Parmi les objectifs assignés à l'audit stratégique Weill (1999 :6) souligne que « l'audit stratégique peut aussi être considéré comme un pré diagnostic d'une organisation et qu'il offre à ce titre une approche rapide et économique pour une identification des problèmes à résoudre ».

Aussi, trop souvent, les dirigeants d'entreprises commanditent des audits de la stratégie dans les situations suivantes :

- dans le cadre de la formulation de la stratégie ;
- d'un redressement d'une entreprise en difficultés ;
- d'une délocalisation des activités ;
- d'objectifs de diversification de portefeuille d'activités.

Le domaine de l'audit de la stratégie s'est élargi à de nouveaux secteurs tels l'administration publique, les collectivités locales mais également les associations. Dans le cadre des EPS, la nécessité d'un audit se justifie par sa mission et par ses fonctions :

a) par sa mission qui est d'assurer, sans exclusion, les meilleurs soins au malade un hôpital universitaire doit assurer, en plus ;

- b) une fonction de recherche : mettre au point de nouvelles techniques, définir de nouvelles thérapeutiques, de nouveaux protocoles de soins ;
- c) une fonction d'enseignement : participer à la formation de futurs médecins et de paramédicaux.

Face à de tels objectifs, il est difficile d'envisager de contenir le champ d'action d'un hôpital : il n'y a pas de limite à la fonction de soins donnés aux malades, il est toujours possible de faire mieux et plus.

Néanmoins, les sources de financement sont limitées. Pour satisfaire les exigences d'un hôpital ; il s'avère nécessaire de procéder à des choix. C'est d'ailleurs, pourquoi, il est opportun de procéder à l'audit du processus d'élaboration de leur plan stratégique.

2-2 Champ d'application de l'audit de la stratégie

L'audit de la stratégie vise les systèmes mis en place pour définir, contrôler et évaluer les options stratégiques. Il comporte trois phases :

- l'audit du processus d'élaboration du plan stratégique ; qui apprécierait les systèmes mis en place pour définir la stratégie ;
- l'audit du plan stratégique ; autrement dit la direction et la stratégie menée dans les domaines d'activités choisis en terme de performance ;
- l'audit de la mise en œuvre. qui décrit le pilotage de la stratégie en termes de moyens et de suivi évaluation.

2-2-1 Audit du processus stratégique

Les dirigeants doivent se demander à quoi va ressembler leur secteur d'activité dans un futur à moyen et long terme et qui seront leurs clients.

A cet effet Hamel et Prahalad (in C. Kennedy, 2003) pressent les responsables d'entreprises de se poser deux séries de questions à propos de leur activité, sous les rubriques simples de «aujourd'hui» et «demain» :

- Où sommes-nous aujourd'hui ?
- Où voulons-nous être demain ?

La réponse à ces deux questions conduit à une démarche explicite du processus de développement ou d'élaboration d'une stratégie.

Cette démarche s'appuie sur une méthode et se déroule dans le temps et dans l'espace selon un programme préalablement déterminé. Elle aboutit à des choix stratégiques et à des programmes d'action visant à assurer la mise en œuvre de ces choix.

L'audit du processus stratégique va s'appliquer à cette méthode et prend donc en compte dans ses grandes lignes :

- les préalables (la vision, la mission et les valeurs) ;
- l'analyse SWOT ;
- la fixation des objectifs ;
- la formulation de la stratégie ;
- et la mise en œuvre.

L'objectif d'audit sera de s'assurer de leur régularité, du réalisme et de leur cohérence d'ensemble.

2-2-2 Audit du plan stratégique

C'est celui des performances rapportées aux choix stratégiques (référentiel interne) et à l'environnement (référentiel externe) du point de vue de la cohérence d'ensemble. Il se définit comme « l'examen des choix d'une politique à long terme intégrant les interactions de l'entreprise avec son environnement » (Collin & Valin, 1992 : 294).

Il s'agit de répondre aux questions suivantes :

- a-t-on fait les bons choix ?
- les choix stratégiques sont-ils pertinents, notamment par référence aux diagnostics disponibles (pertinence pratique) ?
- la stratégie est-elle bonne en termes de réalisme et de résilience ?

2-2-3 Audit de la mise en œuvre

L'audit de la mise en œuvre repose sur la question de l'efficacité et de l'efficience de la stratégie. Cette efficacité résulte de la concordance entre les résultats et les objectifs définis. Il

relève de facteurs organisationnels et passe par un diagnostic général : un audit d'optimisation des ressources, une analyse du système opérationnel et un audit organisationnel en vue d'avoir un élément d'appréciation, sur l'évolution de l'entreprise.

C'est la réponse à la question : les résultats obtenus sont-ils satisfaisants ?

La mise en œuvre de ces différents audits passe par une démarche qui fera l'objet de notre troisième section.

2-3 Démarche de l'audit de la stratégie

C'est une démarche apparentée à l'audit traditionnel qu'est l'audit comptable et financier ; mais beaucoup moins évidente car elle bute souvent sur les normes de référence. Réglementées en comptabilité, les activités stratégiques sont plus discutables avec une large place au qualitatif. Précisons les caractéristiques de l'audit de la stratégie avant d'aborder ses différentes étapes.

2-3-1 Les caractéristiques de l'audit de la stratégie

Selon Candau (in Weill, 1999 :40) la démarche de l'audit de la stratégie présente les mêmes caractéristiques essentielles que l'audit classique comme l'illustre le tableau ci-après :

Tableau n°4 : Caractéristiques de l'audit de la stratégie

Inductive	Absence de tout a priori, partir des faits, vérifier, comparer, identifier les écarts, diagnostiquer les causes, faire des recommandations
Objective	Des faits authentifiés et prouvés. Des problèmes hiérarchisés
Méthodique	Utilisation de techniques (d'analyse et de présentation des résultats) ayant fait leurs preuves
Indépendante	L'auditeur ne doit avoir ni responsabilité directe, ni autorité hiérarchique sur les activités auditées
Ponctuelle	La mission est localisée dans le temps et généralement brève : recommandations rapides. Implique une hiérarchie des causes et des risques pour aller à l'essentiel.
Pédagogique	L'auditeur contribue à faire évoluer le milieu audité
Coopérative	Attitude de coopération réciproque : facilitera la mise en œuvre des recommandations ultérieures.

Source : Candau (in Weill, 1990 :40).

2-3-2 Les étapes de l'audit de la stratégie

La mission d'audit débute par une lettre de mission formalisée émanant d'une autorité compétente le plus souvent de la Direction Générale ou du comité d'audit.

La démarche à suivre s'inspirera du modèle général d'un audit avec quelques spécificités liées à la nature de la démarche stratégique qui relève assez souvent du qualitatif, ce, qui induit des problèmes de normes de référence.

Pour certains auteurs (Bouquin (1989) ; Weill, (1999)), la définition du référentiel constitue le point de départ et pour d'autres (Lemant (1995) ; Renard (2006)) l'audit s'amorce par la prise de connaissance du domaine à auditer suivie de l'identification des risques et des objectifs.

Nous exposerons la démarche d'audit de la stratégie en nous appuyant sur les démarches des trois auteurs suscités :

Tableau n°5 : Démarche d'audit de la stratégie

Démarches Étapes	Weill (1999)	Lemant (1995)	Renard (2006)
1	Définition du référentiel d'audit	Prise de connaissance et production de référentiel	Prise de connaissance du domaine à auditer
2	Choix des sources d'information pour l'audit	Détection des forces et faiblesses	Identification et évaluation des risques
3	Identification des dysfonctionnements	Analyse des risques	Définition des objectifs ou termes de référence
4	Repérage des risques	Objectifs d'audit ou rapport d'orientation	Phase de réalisation
5	Identification des causes	Programme de vérification	Conclusion
6	Recommandation et rapport d'audit	Rapport d'audit et recommandation	

Source : tableau établi à partir des démarches de ces trois auteurs

Unanimement les auteurs s'accordent sur la finalité d'un audit qui aboutit indubitablement à la production d'un rapport d'audit suivi de recommandations.

Elle s'amorce aussi la plupart du temps par une phase préliminaire de prise de connaissance du domaine à auditer ou de manière plus concrète en stratégie par la définition du référentiel. Le référentiel est constitué dans le cadre de notre étude par la démarche synthétique du processus d'élaboration d'un plan stratégique définie au tableau n°2. Les étapes intermédiaires se convergent à quelques variantes près.

Nous allons présenter une démarche synthétique compte tenu de la spécificité de notre étude et de la pertinence des séquences.

Tableau n°6 : Démarche de synthèse du processus d'audit

Étapes / Démarches	Weill (1999)	Lemant (1995)	Renard (2006)
1. Définition du référentiel d'audit	X	X	X
2. Choix des sources d'information pour l'audit	X	X	X
3. Identification des dysfonctionnements	X		
4. Repérage des risques	X	X	X
5. Définition des objectifs ou termes de référence		X	X
6. Identification des causes	X		
7. Recommandation et rapport d'audit	X	X	X

Source : tableau établi à partir de la synthèse du tableau n°2

A la suite de notre démarche de synthèse les étapes suivantes ont été retenues :

- la définition du référentiel d'audit ;
- le choix des sources d'informations pour l'audit ;
- l'identification des dysfonctionnements ;
- le repérage des risques ;
- la définition des objectifs ou termes de référence ;
- l'identification des causes ;
- les recommandations et le rapport d'audit.

2-3-2-1 La définition du référentiel d'audit

Bouquin (in Weill, 1999 : 45) a défini la référence comme l'association d'un critère et d'une norme qui aide à garantir l'objectivité et la rigueur de l'analyse.

Pour Lemant (1995) et Renard (2006), cette étape se résume en trois thèmes essentiels : l'organisation, les objectifs et l'environnement et les techniques.

Dans le cadre spécifique d'un audit de stratégie le référentiel pourrait inclure :

- les choix généraux (buts) et les objectifs stratégiques pour l'audit du plan stratégique
- les modèles d'autoévaluation pour l'audit des résultats et de la mise en œuvre
- les modèles d'analyse stratégique pour l'audit du processus stratégique

Une fois le référentiel identifié la seconde étape sera la recherche d'information en vue de la prise de connaissance du domaine à auditer.

2-3-2-2 Le choix des sources d'informations pour l'audit

Elles servent dans la collecte des informations à partir des faits et constats. Elles s'articulent autour des points marquants de l'histoire de la structure, de la connaissance du contexte socio-économique, de la connaissance du contexte organisationnel de l'entité et enfin de la connaissance du fonctionnement de l'entité auditée.

Les sources d'informations peuvent relever de questionnaire de prise de connaissance, de sources documentaires (organigramme, plan stratégique, bilan, tableau de bord des dirigeants, rapports de conseil d'administration ou procès verbaux de réunion du comité stratégique etc.) ; d'interview et de flow charts pour analyser le circuit des documents essentiels et l'examen des rapports d'audits antérieurs.

Pour Renard (2006) cette phase est essentielle car, bien menée ; elle permet à l'auditeur de détecter les risques majeurs et les priorités du management. Une fois ces préalables requis, l'auditeur va s'atteler à l'identification des dysfonctionnements.

2-3-2-3 L'identification des dysfonctionnements

Selon Weill, (1999) l'observation et l'identification des dysfonctionnements résultent de deux opérations : l'analyse des informations recueillies et les indicateurs retenus par rapport au référentiel.

Un dysfonctionnement se définit comme un écart entre un indicateur et la norme retenue dans l'entreprise ou admise dans la branche. Ces dysfonctionnements sont principalement exprimés, en première analyse, dans l'échec des buts et des objectifs .Ils peuvent être précisés à travers l'observation des insatisfactions du client, parfois de celles du personnel.

Le principe repose sur une démarche inductive ; l'auditeur part de l'observation et des résultats qui peuvent découler d'événements internes ou externes ; eux-mêmes traduits en termes d'indicateurs quantitatifs (sous formes de données brutes ou de ratio) ou qualitatifs (mesurés par exemple à partir d'enquête d'opinion).L'objectif est de valider les dysfonctionnements à partir des indicateurs ; Weill, (1999 :48).

Une fois les dysfonctionnements vérifiés et retenus, l'auditeur va s'atteler à les exprimer en termes de risques.

2-3-2-4 Le repérage des risques

C'est l'identification des zones à risques qui va permettre à l'auditeur de construire son programme de travail. Elle est contenue dans les normes professionnelles de l'Audit Interne de l'IFACI ; la norme 2210.A1 : « Nécessité d'identifier en premier les risques et de les évaluer pour fixer les objectifs ».

Il s'agit de la micro évaluation (Renard, 2006 :219) qui repose sur une appréciation tâche par tâche pour l'activité objet de la mission. Cette micro évaluation permet d'identifier les secteurs importants de l'activité à auditer et donc de permettre à l'auditeur d'organiser sa mission en identifiant les points qu'il devra approfondir et -a contrario- ceux sur lesquels il pourra passer rapidement voire même faire l'impasse.

Cela implique de hiérarchiser les risques associés aux dysfonctionnements soit de façon qualitative, soit de façon quantitative.

La méthode universelle utilisée pour la micro évaluation est le tableau des risques qui d'après Renard (2006 :220) doit prendre en compte trois facteurs susceptibles de générer des risques de toute nature :

- « l'exposition : ce sont des risques qui pèsent sur les biens (argent, stocks, immobilisation). Ces risques sont multiples : malversations, incendies, dommages de toute sorte ;
- l'environnement : ce sont les risques liés aux opérations ;
- la menace : c'est le plus souvent imprévisible, voire invisible ; c'est la fraude, mais aussi les catastrophes naturelles ou sociales ».

Le tableau des risques va découper l'activité (ou la fonction ou le processus) à auditer en tâches élémentaires ; c'est ce que Lemant (1995 :44) appelle « objets auditable ».

Renard (2006) présente le tableau des risques suivant les séquences ci-après :

- l'identification des tâches ou opérations élémentaires ; ce que Weill appelle dysfonctionnements ;
- l'indication de l'objectif ou de l'indicateur en face de chacune des tâches ;
- en face de chaque opération et de son objectif, l'identification avec précision de tous les risques susceptibles de se manifester ;
- l'évaluation sommaire par l'auditeur du risque attaché à cette tâche Elle se présente à trois niveaux :
 - o risque important (i)
 - o risque moyen (m)
 - o risque faible (f) ;
- le rappel du dispositif de contrôle interne que l'on devrait en bonne logique normalement trouver pour faire échec au risque identifié. Cette colonne représente le référentiel de l'auditeur pour mener à bien ses travaux ;
- l'indication de l'existence du dispositif identifié.

C'est à partir de l'élaboration de ce tableau des risques communément appelé tableau des forces et faiblesses apparentes que l'auditeur délimite les objectifs de sa mission.

2-3-2-5 La définition des objectifs ou termes de référence

La démarche du processus d'élaboration a été déjà décrite. Elle correspond dans le cadre de notre étude à la décomposition en objets auditables. L'approche traditionnelle consiste à définir pour chaque étape ses objectifs spécifiques par rapport au référentiel et aux dysfonctionnements et risques antérieurement identifiés.

C'est cette étape que Renard (2006) et Lemant (1995) appellent rapport d'orientation qui définit les objectifs de la mission sous trois rubriques :

- les objectifs généraux que sont les objectifs permanents du contrôle interne ;
- les objectifs spécifiques qui se rapportent aux zones à risques antérieurement identifiées ;
- le champ d'action des investigations pour parvenir aux fins du contrôle.

Aussi, très souvent, seuls les dysfonctionnements à risques lourds vont faire l'objet d'une analyse des causes.

2-3-2-6 L'identification des causes

A ce stade, l'auditeur devra le plus souvent provoquer de nouveaux entretiens pour identifier les causes liées aux dysfonctionnements à risques lourds. Le recensement des causes peut se réaliser suivant deux démarches (Weill, 1999):

- a) le brainstorming qui est une séance collective permettant de recenser des idées par rapport à un problème à traiter et d'en faire une analyse.
- b) La démarche QQQQCP qui vise à une approche exhaustive du problème à travers six interrogations sur lesquelles l'auditeur aura à travailler :
 - QUOI ? c'est-à-dire de quoi s'agit-il ? de quel problème ? de quelles actions ?
 - QUI ? c'est-à-dire qui est concerné par le problème, quel est son rôle, quelles sont ses caractéristiques ?
 - Où ? c'est-à-dire en quel lieu, à quelle distance ?
 - QUAND ? c'est-à-dire à quel moment, suivant quel planning, avec quelles fréquences ?
 - COMMENT ? c'est-à-dire avec quels moyens, quels matériels, quelles procédures ?
 - POURQUOI ? c'est-à-dire pour quelles raisons ?

Ces six questions, pour lesquelles on notera toutes les propositions faites, vont permettre d'effectuer un véritable balayage du problème susceptible, à l'image du brainstorming, de provoquer une réactivité et une créativité des audités.

Après l'établissement du questionnaire va débiter le travail sur le terrain. Il va consister à répondre aux six questions en réalisant des tests à l'aide des outils qui sont mis à sa disposition notamment par la technique de l'observation.

Chaque dysfonctionnement, chaque anomalie va donner lieu à l'établissement d'une Feuille de Révélation et d'Analyse des Problèmes (FRAP voir annexe n°3).

La FRAP est un document divisé en cinq parties :

- le problème identifié ;
- le constat ;
- les causes ;
- les conséquences ;
- les recommandations.

Après l'établissement de toutes les FRAP, s'amorce la phase de validation générale. Le recensement des causes conduit l'auditeur à une fine analyse en vue de corriger les dysfonctionnements à travers des recommandations.

2-3-2-7 Recommandations

Unanimement Weill (1999), Lemant (1995) et Renard (2006) s'accordent sur la finalité d'un audit. Le travail de l'auditeur doit déboucher sur des recommandations permettant aux gestionnaires de corriger les dysfonctionnements perçus. Ces recommandations devront être déterminées en coopération avec les responsables de l'entité auditée.

Au cours de cette séance auditeurs et audités vont examiner le rapport d'orientation qui devra être complété si nécessaire. C'est de leur degré d'imprégnation aux décisions prises, de leur collaboration effective, et d'une meilleure implication que les recommandations seront exploitées à bon escient. Cette étape correspond à la phase de conclusion ; elle est marquée par la rédaction du projet de rapport d'audit suivi de la réunion de clôture et de validation d'où sort le rapport d'audit.

La planification stratégique est un exercice utile, mais il est aussi utile de connaître nos limites, de prévoir les problèmes et de les régler dans la mesure du possible.

L'audit de la stratégie participe à ces objectifs avec comme but majeur de veiller à la cohérence d'ensemble, au respect des procédures, à l'efficacité, à l'efficience et à la pertinence des objectifs stratégiques en rapport avec l'environnement interne et externe de l'entité.

Le but recherché est de parvenir à déceler d'éventuels dysfonctionnements, leurs causes, en vue de proposer des solutions idoines pour rendre pérenne une organisation.

A la suite de l'exposé de la démarche de conception d'un plan stratégique, suivi du plan d'audit à adopter, nous nous intéresserons à l'approche méthodologique qui comportera le modèle d'analyse et les techniques et outils de collecte de données.

CHAPITRE 3 : L'APPROCHE METHODOLOGIQUE

La définition du modèle de référence ainsi que la collecte des données constituent des phases importantes dans la mise en œuvre d'un audit. Ils permettront de :

- faire ressortir les dysfonctionnements majeurs ;
- repérer les risques ;
- définir les objectifs ;
- identifier les principales causes ;

pour enfin formuler des recommandations en vue d'améliorer l'efficacité du processus de planification stratégique développé par le C.H.N.E.A.R.

Nous présenterons le modèle d'analyse suivi de la technique et des outils de collecte des données.

3-1 Modèle d'analyse

Nous sommes en présence d'un audit spécifique : un audit du processus d'élaboration d'un plan stratégique. Cette spécificité implique une démarche apparentée mais différente d'un audit classique.

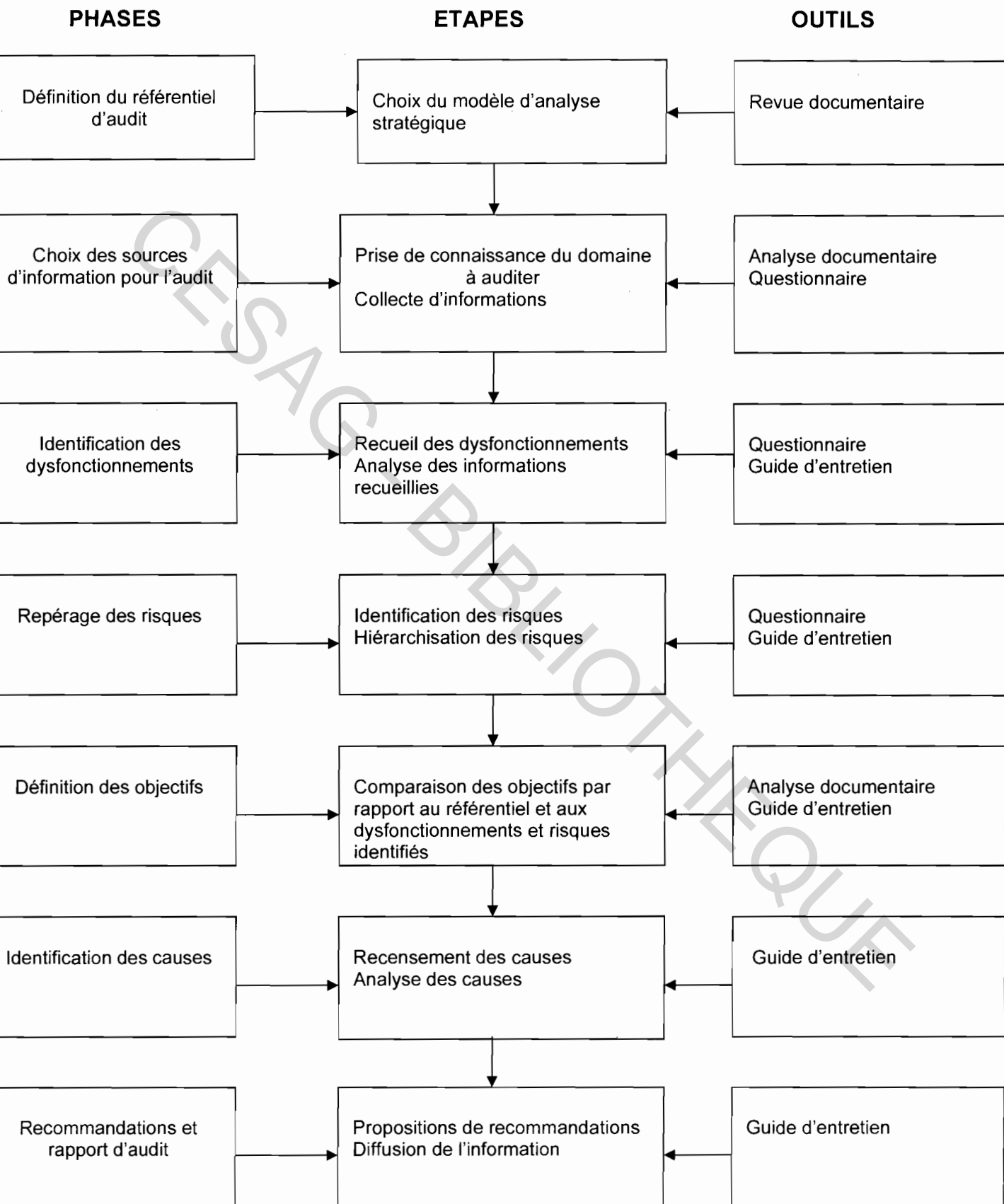
Nous allons adopter le modèle tel que décrit au chapitre II. Il comprend les phases suivantes :

- la définition du référentiel d'audit ;
- le choix des sources d'informations pour l'audit ;
- l'identification des dysfonctionnements ;
- le repérage des risques ;
- la définition des objectifs ou termes de référence ;
- l'identification des causes ;
- les recommandations.

A chaque phase, nous identifierons les différentes étapes qui la composent ainsi que les outils les plus indiqués pour parvenir à nos objectifs.

Schématiquement le modèle se présentera comme suit :

Figure n° 4 : modèle d'analyse



Source : nous-mêmes à partir de la revue de littérature

a. la définition du référentiel d'audit

C'est l'une des phases les plus importantes de notre étude. Nous adopterons la démarche d'audit du processus d'élaboration du plan stratégique telle que nous l'avions décrite dans la première partie de notre étude au tableau n° 2.

b. le choix des sources d'information pour l'audit

Nous allons revisiter le projet d'établissement, mais également les notes de service, les textes y afférents, les statistiques, les états financiers et les budgets des cinq dernières années.

Nous allons interviewer les principaux responsables de la structure afin d'identifier les dysfonctionnements, repérer les principaux risques et par rapport à nos objectifs d'audit, identifier les principales causes pour déboucher par la suite sur des recommandations.

c. l'identification des dysfonctionnements

C'est à partir des questionnaires administrés et notamment des entretiens que les dysfonctionnements majeurs seront relevés.

Cependant, eu égard à notre objectif principal d'études relative à l'efficacité du processus de planification stratégique...; nous allons nous concentrer sur trois critères: le temps, les séquences, et l'efficacité.

- le critère temps

Nous tiendrons compte des délais de réalisation des différentes étapes. Cette étude fera ressortir le temps réel passé à élaborer une étape ou une phase et les temps morts.

- le critère séquences

Le respect des différentes étapes en comparaison au référentiel. Il fera ressortir les dysfonctionnements par rapport aux étapes du processus. Elle se fera aussi en comparaison avec notre référentiel d'audit.

- **le critère efficacité**

Le troisième critère beaucoup plus qualitatif a trait à l'efficacité c'est -à- dire à la pertinence, au réalisme et à la cohérence d'ensemble en termes d'analyses stratégiques. Elle s'appréciera notamment à travers la fixation des objectifs, l'analyse SWOT, le calendrier de réalisation, les acteurs qui composent le noyau stratégique et le suivi évaluation entre autres.

d. Le repérage des risques

En face du dysfonctionnement identifié le risque sera repéré et étudié en fonction de son degré d'importance.

e. La définition des objectifs

Eu égard à l'objectif général de l'étude décliné dans la partie introductive trois objectifs spécifiques seront poursuivis:

- ✓ s'assurer du respect des délais critère temps qui doivent être réalistes
- ✓ s'assurer du respect des séquences en comparaison à notre référentiel d'étude
- ✓ s'assurer de la pertinence, du réalisme et de la cohérence notamment en termes d'objectifs et des priorités par rapport à la vocation de l'entité auditée.

f. L'identification des principales causes

A chaque fois qu'un dysfonctionnement sera identifié et retenu pour les besoins de l'étude, nous allons tenter de recenser les causes y afférentes par une collecte d'informations supplémentaires.

g. Les recommandations

Les propositions de recommandations déboucheront sur les trois phases précédentes. Notre objectif est de parvenir à proposer des actions concrètes en vue d'apporter une contribution positive au processus d'élaboration des projets d'établissement.

3-2 Techniques et outils de collecte de données

La collecte des données nécessaires en vue d'auditer le processus d'élaboration du projet d'établissement du CHNEAR (2004-2008) se fera à partir de la technique de la triangulation. Elle passera par : l'analyse documentaire, le questionnaire, et l'entretien.

a. l'analyse documentaire :

- définition : c'est un ensemble de travaux préliminaires d'analyse sur les données chiffrées et de prise de connaissance sur le domaine objet de l'étude ;
- objectifs : recueillir les informations aptes à se faire une première opinion concernant l'activité à auditer ; et se faire une vision globale quantitative par une analyse économique et financière (états financiers, budgets...). Elle permet aussi par une approche synthétique de la revue de littérature d'élaborer le référentiel d'audit ;
- modalités : il s'agira de répertorier et de consulter les notes de service (notamment la note nominative du noyau stratégique), l'organigramme, le projet d'établissement, la note définissant les critères de validation définis par le Ministère (cf. annexe n°6), la note de la commission chargée de valider les projets d'établissement (cf. annexe n°7).

b. le questionnaire :

- définition : c'est un ensemble de questions rédigées à partir de la modélisation du processus et compte tenu des objectifs de l'étude ;
- objectifs : permettre d'identifier les dysfonctionnements et de repérer les risques ; recueillir les perceptions des personnes interrogées ; permettre de saisir la réalité des phénomènes retraçant les éléments clés du processus.
- modalités : il s'agira de l'administrer au Directeur, au chef des Services administratif et financier, au chargé du suivi du projet d'établissement, aux différents chefs de projets (des soins infirmiers, social, des ressources humaines, maintenance, qualité, système d'information et gestion) ; aux

différents chefs de services médicaux et médico-techniques qui ont participé à l'élaboration du projet médical à partir de leurs projets de services respectifs et enfin aux partenaires sociaux de l'hôpital (un représentant de chacun des trois syndicats). Le questionnaire leur sera distribué et nous envisageons de repasser une semaine après pour les récupérer en vue d'une exploitation.

Deux types de questionnaire seront élaborés : le questionnaire 1 (voir annexe n° 8) sera adressé au personnel médical, paramédical ou administratif n'ayant pas participé à l'élaboration du PE ; le deuxième (voir annexe n° 9) plus technique sera soumis principalement aux chefs de projets qui constituent en fait le noyau stratégique.

c. l'entretien :

- définition : il complète le questionnaire en permettant d'avoir un contenu qualitatif par rapport aux objectifs de l'étude. C'est un guide d'entretien (voir annexe n°10) contenant majoritairement des questions ouvertes.
- objectifs : permettre de compléter les réponses recueillies à l'aide du questionnaire.
- modalités : à partir de la conceptualisation et des objectifs de l'étude ; il s'agira d'identifier des questions ouvertes en vue du recensement des causes et de l'analyse des dysfonctionnements de la définition des objectifs et surtout d'associer la Direction et les différents chefs de projet dans la formulation des recommandations en vue d'un meilleur suivi.

Nous allons interviewer le Directeur, les différents chefs de projets, le personnel d'exécution (cinq infirmiers, deux comptables, deux agents d'accueil) et les partenaires sociaux de l'établissement.

Une fois les outils administrés et les données collectées, nous allons procéder à l'analyse. Elle sera une étape de reconstruction et de croisement des informations entre les variables étudiées. Elle permettra de regrouper les discours proches de certaines personnes interrogées ou au contraire de les séparer.

A l'issue de l'analyse c'est-à-dire à partir de l'exploitation des données recueillies, nous pouvons établir des FRAP en vue de préparer les recommandations en termes d'actions.

Au terme de cette partie théorique où nous avons développé la stratégie, la planification stratégique ainsi que l'audit de la stratégie ; nous avons conceptualisé un modèle d'audit du processus d'élaboration d'un plan stratégique inspiré de manière synthétique de notre revue de littérature.

Nous allons, dans la seconde partie, essayer de l'appliquer dans un secteur spécifique, la santé et en particulier dans un établissement public hospitalier.

CESAG

**DEUXIEME PARTIE :
CADRE PRATIQUE**

BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

Par la loi n°98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière, le Sénégal s'est engagé dans une vaste dynamique de modernisation de son système de santé. La réforme apporte aux hôpitaux une autonomie de gestion grâce à un statut particulier d'EPS. Ce nouveau statut favorise un management plus souple des structures hospitalières. Plusieurs changements se sont opérés incluant entre autres une rupture dans le style de gestion. Jadis opérationnel, la réforme a apporté une innovation de taille en intégrant le management stratégique avec la mise en place des projets d'établissement.

Le C.H.N.E.A.R, à l'instar des autres établissements publics de santé, a validé son projet depuis décembre 2004. Cependant, eu égard aux nombreuses difficultés inhérentes à sa mise en œuvre, nous envisageons un audit de son processus d'élaboration pour pouvoir mieux appréhender les causes liées à cette léthargie.

Cette deuxième partie comportera deux titres : la présentation du C.H.N.E.A.R ainsi que son projet d'établissement et l'audit proprement dit de son processus d'élaboration.

CHAPITRE 4 : LA PRESENTATION DU C.H.N.E.A.R ET DU PROJET D'ETABLISSEMENT

La création d'une unité spécialisée en matière de pédiatrie répondait à un besoin nécessaire pour les pays sous-développés. Aussi, dans le cadre des coopérations, les pays du Nord font souvent bénéficier de leur appui et expérience aux pays du Sud. C'est dans cette dynamique que l'hôpital d'enfants Albert Royer est né d'un protocole d'accord entre le Canada et le Sénégal sur l'initiative d'un illustre pédiatre canadien dont il porte le nom. Il est devenu fonctionnel en 1982 et totalement pris en charge par le Canada.

En 1996, le Canada s'est désengagé et l'hôpital est complètement repris par l'Etat Sénégalais.

Nous aborderons successivement les missions, l'organisation administrative à travers son organigramme pour enfin déboucher sur la présentation du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R.

4-1 Présentation du C.H.N.E.A.R

Par la loi n°98-12 qui consacre l'érection des hôpitaux en Etablissements Publics de Santé (EPS), l'hôpital d'enfants Albert Royer est devenu Centre Hospitalier National d'enfants Albert Royer (C.H.N.E.A.R). Ce nouveau statut lui confère une autonomie de gestion. Il conserve son statut de centre de recherche et d'enseignement ; désormais soumis à la signature d'une convention entre l'hôpital et l'université Cheikh Anta DIOP de Dakar.

Il est la seule structure pédiatrique du Sénégal, sinon l'unique hôpital pédiatrique autonome de la sous région. Il reste alors un maillon essentiel dans la carte sanitaire du pays.

Nous allons présenter successivement ses missions et son organisation.

4-1-1 Missions du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer

Classé structure de niveau III de par son niveau de référence qui s'étend à l'ensemble du territoire pour la tranche d'âge 0-15 ans, cet hôpital de renommée, en sus de sa mission traditionnelle d'assurer des soins de qualité aux enfants, conserve ses missions secondaires de formation et de recherche.

Le C.H.N.E.A.R a pour mission d'assurer des prestations de soins de qualité aux enfants sans aucune discrimination déclare le Ministère de la Santé (1999, Réforme hospitalière).

Il offre des soins à titre externe et à l'interne à l'aide d'un personnel hautement qualifié.

Outre les activités classiques de pédiatrie générale, des sur spécialisations y sont également menées.

Etant la seule structure hospitalière pédiatrique du pays, le C.H.N.E.A.R a un rôle éminemment important dans cette partition de la lutte pour la survie de l'enfant et de l'amélioration de ses conditions.

C'est dans ce cadre qu'il constitue un centre de référence approprié de recherche sur les maladies de l'enfant.

Il constitue également un centre de formation où l'on développe des activités d'enseignement et d'encadrement hospitalier à l'intention des étudiants du DCEM1-3 et des CES, des stagiaires provenant des écoles de formation évoluant dans le domaine de la santé ; mais également d'étudiants venant des facultés françaises, européennes et d'Amérique du Nord.

4-1-2 Organisation du C.H.N.E.A.R

Dans le sillon de la réforme, le C.H.N.E.A.R est placé désormais sous la double tutelle du ministère des finances et de celle chargée de la santé et de la prévention médicale.

Par décret n°98-702 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé, le C.H.N.E.A.R à l'instar des autres EPS comporte au sommet un conseil d'administration qui est un organe délibératif et deux organes consultatifs que sont la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement :

- Le conseil d'administration définit les grandes orientations de la politique de l'établissement, veille au bon respect du règlement en vigueur et adopte le budget.

- La commission médicale d'établissement statue sur les questions touchant les aspects médicaux et médico-techniques et est consultée régulièrement sur le fonctionnement de l'hôpital.

- Le comité technique d'établissement est une instance consultative où sont représentées toutes les catégories socioprofessionnelles avec à sa tête le Directeur.

Au niveau organisationnel (voir organigramme en annexe 4), le Directeur est assisté dans l'exercice de ses missions :

- du contrôleur de gestion, de l'auditeur interne, du responsable des activités sociales, du responsable de la médecine du travail, du responsable de l'hygiène et de la sécurité et du responsable chargé du suivi du projet d'établissement ;
- des services médico-techniques que sont le laboratoire et la radiologie qui participent à l'exploration et au diagnostic médical ;
- les services médicaux offrent des prestations de soins et sont regroupés autour des unités d'hospitalisation, la clinique externe qui s'occupe de la consultation à l'externe, la clinique ophtalmologique, dermatologique et stomatologiste ;
- la pharmacie hospitalière et le service des soins infirmiers qui est un relais, un service de soutien à l'activité médicale ;
- les services administratifs constitués du Service Administratif et Financier et de l'Agence Comptable Particulière.

Chaque service a eu à élaborer son projet et leur consolidation a donné naissance au projet d'établissement, qui fera l'objet de la section suivante.

4-2 Présentation du projet d'établissement

La population du Sénégal est composée en majorité de jeunes (47% de cette population est âgée de moins de 15 ans) ; la demande pédiatrique est donc très forte.

Cependant la prise en charge pédiatrique reste insuffisante ; cette insuffisance est liée à l'inadéquation de l'offre de soins par rapport à la demande (350 lits pédiatriques dans la région de Dakar).

Ce déficit de prise en charge explique le niveau alarmant des indicateurs de morbidité et de mortalité, comme en témoignent les chiffres des indicateurs concernant la cible infanto juvénile :

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| - mortalité infantile | 70 pour 1000 naissances vivantes |
| - mortalité juvénile | 80.9 pour 1000 naissances vivantes |
| - mortalité infanto juvénile | 145.3 pour 1000 naissances vivantes |

L'un des enjeux importants du Millénum est la réduction de cette morbidité mortalité.

Le C.H.N.E.A.R a certainement un rôle de premier plan à jouer dans cette partition commune de la lutte pour la survie de l'enfant et de l'amélioration de ses conditions.

C'est dans cette optique, et pour satisfaire une des exigences de la réforme hospitalière conformément en son article 23, que le C.H.N.E.A.R a élaboré et validé son projet d'établissement depuis décembre 2004.

Conçu pour une période de quatre années de 2004 à 2008, le projet a permis d'avoir une nouvelle approche de la gestion à savoir le management stratégique participatif et d'avoir une vision globale des objectifs, du rôle et de la mission de l'hôpital.

Pour arriver à cette fin ; le processus a consisté à se poser quatre grandes questions :

- ce que l'hôpital veut faire et vers quoi il veut aller : la vision, les missions ;
- ce que l'hôpital devrait faire : les objectifs cadrés dans un plan d'action ;
- ce que l'hôpital est autorisé à faire compte tenu de l'environnement : les opportunités, les menaces, les obligations mais également les pressions ;
- ce que l'hôpital a la capacité de faire : les compétences, les atouts, les ressources mais aussi les handicaps.

Le projet d'établissement concrétise au niveau de l'hôpital une réflexion sur l'ensemble des secteurs d'activité tant médicaux que médico-techniques et administratifs. Il constitue un plan de développement stratégique qui tient compte de l'environnement et doit impliquer tous les acteurs de l'établissement.

Le projet d'établissement du C.H.N.E.A.R 2004-2008 s'articule autour d'un projet médical qui, est à la base de tous les autres projets communément appelés projets associés.

Ces projets associés sont au nombre de sept (7) :

- le projet des soins infirmiers ;
- le projet des ressources humaines ;
- le projet social ;
- le projet de maintenance ;
- le projet qualité ;
- le projet de système d'information ;
- et le projet de gestion.

Dotée d'une capacité de 120 lits, l'hospitalisation est assurée par 4 unités dénommées communément pavillons. Initialement, les différentes unités avaient chacune une spécificité liée à la tranche d'âge hormis le pavillon des urgences comme l'illustre le tableau ci –après :

Tableau n°7 : répartition des lits par pavillon en 2004

Pavillons	Cabines	Salles communes	Nombre de lits	Observations
Pavillon K	4	24	28	Urgences et soins intensifs
Pavillon O	3	36	39	Enfants de 3 à 15 ans
Pavillon M	3	30	33	Enfants de 2 mois à 3 ans
Pavillon N	3	17	20	Enfants de 0 à 2 mois
Total	13	107	120	

Source : PE (2004 : 5), Projet des Soins Infirmiers

Il faut constater que cette classification n'est pas respectée dans le contexte actuel. Il subsiste une hétérogénéité au sein des hospitalisations due à une insuffisance notoire de la capacité d'accueil.

Et pourtant corrélativement à ces manquements, les activités du C.H.N.E.A.R ne cessent de s'intensifier comme l'attestent l'évolution des paramètres hospitaliers entre 2000 et 2004.

Tableau n°8 : évolution des paramètres hospitaliers de 2000 à 2004

Années Paramètres	2000	2001	2002	2003	2004
Consultations	19752	19284	19476	19745	48713
Hospitalisés	2909	3364	4345	3373	3972
Examens laboratoire	21467	37863	52288		142740
Examens radiologie		2651	741	4147	10969

Source : PE (2004 : 39), Projet des Soins Infirmiers

Hormis l'étroitesse des locaux et l'insuffisance accrue du plateau technique subsiste une inadéquation de taille : l'absence d'une chirurgie pédiatrique indispensable pour un hôpital de niveau III qui veut occuper pleinement la place qui lui est dévolue.

C'est ainsi que le projet médical dans ces grandes orientations s'articule autour :

- de la création de services médicaux aptes à assurer une bonne prise en charge des malades ;
- de la création de conditions favorables à la poussée de la recherche clinique pour faire progresser les connaissances sur les maladies de l'enfant ;
- de la création de conditions appropriées pour des prestations de qualité optimale et constante en relation avec la charte du malade et les attentes et aspirations de la clientèle.

Le projet d'établissement du C.H.N.E.A.R 2004-2008 se résume comme suit :

➤ la vision

Faire jouer un rôle de tout premier plan en matière de références pédiatriques aussi bien pour les hôpitaux que pour ceux de la sous région.

➤ Les principes directeurs

•Prendre des décisions par consensus ;

•Faire participer tous les acteurs de l'hôpital dans le processus et la mise en œuvre du plan stratégique.

➤ La mission

S'adapter à la demande pédiatrique, afin de réduire la mortalité pédiatrique hospitalière en insistant sur les volets curatif et préventif.

➤ La structure organisationnelle

Fonctionner selon le style du management participatif.

➤ Le but

Assurer l'accueil et la prise en charge de toutes les urgences ; au plan du diagnostic, des soins en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation quelque soit leur gravité.

➤ Les objectifs

- Améliorer la qualité de la prise en charge des enfants malades ;
- Relever le plateau technique pour une prise en charge adéquate des pathologies de l'enfant relevant d'un hôpital de niveau III ;
- Améliorer la formation à tous les niveaux et la recherche dans tous les secteurs de la pathologie de l'enfant
- Elaborer une politique de planification qui sera un guide pour la Direction générale d'ici à 2008 par le biais du projet d'établissement élaboré par un comité regroupant l'ensemble des acteurs de l'hôpital.

➤ Le plan de financement (voir le budget quinquennal en annexe 5)

Il intègre le budget d'investissement et de fonctionnement en vue de concrétiser le projet qui est estimé à 15.082.337.673 FCFA.

Cette présentation du C.H.N.E.A.R et de son projet d'établissement nous a permis de retracer son organisation et son fonctionnement ainsi que les grandes orientations du plan stratégique qui feront l'objet de notre étude.

A l'issue de cet exposé, nous allons nous atteler dans le chapitre suivant à l'audit proprement dit de son processus d'élaboration.

CHAPITRE 5 : LA MISE EN ŒUVRE DE L'AUDIT DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT DU C.H.N.E.A.R

Avec l'avènement de la réforme, le paysage hospitalier sénégalais va subir des changements profonds. Face à ce défi, le C.H.N.E.A.R, pour répondre à une exigence de la réforme, mais aussi pour remanier à fond son fonctionnement, va se lancer dans un processus de mise en place d'un projet d'établissement.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le premier point de ce chapitre où nous traiterons la description du processus d'élaboration du C.H.N.E.A.R avant d'aborder dans un second point son audit proprement dit.

5-1 Description du processus d'élaboration du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R

Le Ministère de la Santé et de la Prévention médicale (MSPM) a préconisé une démarche qui repose sur deux principes essentiels :

- une analyse préalable de l'existant ;
- une implication active du personnel.

Ainsi, le C.H.N.E.A.R, depuis son érection en EPS (en août 1999), s'est attelé à élaborer son premier projet d'établissement qui n'a pu voir le jour qu'en décembre 2004. Pour parvenir à cette fin, la première étape a été de mettre sur pied un comité de pilotage avec à sa tête le directeur et le représentant institutionnel du corps médical qu'est le Président de la Commission Médicale d'Etablissement en vue d'éviter la dispersion et d'assurer la cohérence d'ensemble. Le relais devant être assuré, au sein des divers services, par les chefs de projets, très souvent, confondus avec les chefs de service.

Cette équipe de pilotage se réunit régulièrement pour faire le point sur l'avancement des travaux. Son rôle consiste à ajuster, corriger, préparer et lancer de nouvelles actions pour entretenir la dynamique du PE et assurer son actualisation permanente.

Le processus s'est déroulé en quatre grandes phases :

- la définition du cadre directeur avec le projet médical au centre et tout autour gravitent les différents projets associés que sont : le projet des soins infirmiers, le projet des ressources humaines, le projet social, le projet de gestion, le projet de maintenance, le projet qualité et le projet de système d'information.
- le diagnostic de l'existant ; il correspond à l'étude de l'environnement interne et externe en termes de forces et de faiblesses ; d'opportunités et de menaces,
- la phase d'arbitrage et de programmation qui consiste à choisir les priorités, à définir les moyens, à arrêter le calendrier et à désigner le responsable chargé du suivi.
- la phase de validation interne devant les instances permanentes du Comité Technique d'Etablissement, de la Commission Médicale d'Etablissement et du Conseil d'administration est suivie d'une validation nationale devant une commission dûment désignée par le MSPM (voir annexe n°7) selon des critères préalablement définis (voir annexe n°6).

Nous allons décrire successivement ces différentes étapes.

5-1-1 Définition du cadre directeur

Elle a consisté, pour chaque chef de service, à élaborer sa proposition de projet de service. Suite à l'atelier tenu au moment de l'adoption de la réforme hospitalière par l'Assemblée Nationale, un atelier s'est tenu les 12 et 14 février 1998 en vue d'initier les médecins chefs de service, les intendants, les surveillants de service ainsi que les administrateurs hospitaliers à la démarche d'élaboration du PE. La démarche a été étendue plus tard, avec l'érection des hôpitaux en EPS aux autres services conformément à la nouvelle organisation mise en place.

Tous les chefs de service, secondés la plupart du temps et exclusivement par leur major, ont adopté la même démarche. Partir de l'existant en faisant l'état des lieux en termes de ressources (matérielles, humaines, financières), de l'organisation interne du service au regard de la prise en charge du malade pour déceler les points faibles et les points forts.

C'est à partir de ce diagnostic de l'existant qu'ils ont eu à identifier les grandes orientations et partant les objectifs phares aptes à améliorer la prise en charge du patient et au-delà améliorer le fonctionnement du service.

Cette phase préparatoire a duré un an de 2002 à 2003.

Pour l'élaboration du projet médical, qui est en fait une compilation de l'ensemble des projets par discipline médicale et médico-technique, la démarche a consisté à les agréger. Cette agrégation s'est faite sous la direction de la CME en tenant compte de l'offre de soins globale, de la carte sanitaire, des données épidémiologiques, du diagnostic général, de l'organigramme du personnel médical en comparaison aux ratios définis par les standards internationaux notamment par ceux établis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La finalisation du projet médical a débuté en janvier 2004 et a duré environ 6 mois. Des réunions périodiques se tenaient en moyenne une fois par mois sous l'égide du PCME. Les discussions tournaient autour de l'opportunité de tel ou tel objectif et de la démarche c'est-à-dire la stratégie à adopter par rapport à la faisabilité.

Une fois tous les projets par discipline discutés et corrigés, le PCME avait désigné deux membres chargés de les compiler. Déjà au mois de juillet 2004 le projet médical avait été ficelé et le PCME avait convoqué une réunion en vue de sa validation. Un premier arbitrage a été opéré au niveau de la CME afin d'établir les priorités et de présenter un seul projet médical qui est le noyau du PE, où gravitent les autres projets dits associés.

Les deux mandataires de la CME ont procédé à la présentation. Chaque projet a été revu et les membres par des échanges ont eu à apporter leurs contributions. De là, il y a eu des renforcements de position et dans une moindre mesure des rejets par rapport à des objectifs irréalistes et surtout ne cadrant pas avec l'offre globale de soins ou les priorités du moment du CHNEAR.

En résumé la démarche a consisté à revisiter les points essentiels à savoir :

- le diagnostic / l'état des lieux ;
- la synthèse des forces et faiblesses d'où résulte la politique de chaque service par rapport à la mission de l'hôpital. De cette politique, découle l'orientation générale ; puis les options du projet, qui, à leur tour vont être traduites en objectifs retracés dans un plan d'action.

Une fois ces projets de services déclinés, une étude de l'environnement interne et externe a été confiée à un cabinet d'études (le cabinet HYGEA) à la charge du MSPM. Sa principale mission consistait à élaborer le diagnostic interne et externe mais aussi d'orienter et de recentrer les orientations stratégiques autour de l'essentiel c'est à dire autour des idées directrices sur les théories relatives à la planification stratégique.

5-1-2 Diagnostic interne

C'est à partir de 2002 que les enquêtes ont débuté par l'entremise du cabinet HYGEA mandaté par le MSPM. Ces enquêteurs étaient secondés pour certaines parties sensibles par le Contrôleur de gestion notamment sur la situation financière et patrimoniale. Une photographie de la situation a été menée autour des points ci-après :

5-1-2-1 La clientèle

L'étude sur la clientèle a été réalisée en grande partie par le cabinet à l'aide d'enquêtes de satisfaction menée auprès des accompagnateurs, et des praticiens. Elle a été conduite à l'aide de questionnaire et d'interviews et s'est étendue sur la période 2002 à 2003. Une étude basée sur les dossiers médicaux a permis de répertorier les malades selon la nationalité, l'âge, le sexe, le motif d'hospitalisation, le mode d'accès à l'hôpital, la durée moyenne de séjour et l'état à la sortie. Elle a permis une analyse de l'activité médicale et l'identification des orientations médicales actuelles.

5-1-2-2 L'image de marque de l'hôpital

Concomitamment, des agents mandatés par le cabinet ont effectué des enquêtes par questionnaire auprès des clients de l'hôpital (les accompagnateurs, les institutions sanitaires et sociales). Les résultats ont permis d'avoir une certaine vision de l'hôpital.

5-1-2-3 l'étude des statistiques

Une étude des statistiques des services médicaux et médico-techniques a permis de diagnostiquer les activités phares et les secteurs en déclin. C'est en relation avec le contrôleur de gestion, les secrétaires médicaux et les majors de service qu'ils ont eu à centraliser toutes les statistiques sur une période de quatre à cinq années, de 1999 à 2003. L'étude s'est réalisée à l'aide des dossiers médicaux, d'admission et des sous-produits de la facturation.

5-1-2-4 l'étude de la situation financière et patrimoniale

Un ensemble de travaux préliminaires sur les données chiffrées et une revue analytique d'un certain nombre de documents (états financiers, budgets...) ont été effectués sur plusieurs périodes (de 1999 à 2003) afin d'en tirer un certain nombre d'évolutions significatives.

5-1-2-5 l'étude de l'organisation interne

Suite aux orientations du responsable du cabinet, le contrôleur de gestion a eu à décrire les grandes lignes du système d'information et la structuration de l'organisation du travail et du système de gestion.

5-1-2-6 le diagnostic du système de contrôle interne

Le point est mis sur les différents domaines contrôlés, la qualité des soins, la satisfaction des besoins et la maintenance. Une analyse succincte des ressources humaines et l'identification des points forts et des dysfonctionnements ont été effectuées par le cabinet en relation avec le contrôleur de gestion mais également une analyse de la fonction logistique en termes de locaux et d'équipements techniques.

Pour chaque rubrique un diagnostic détaillé a été réalisé et les problèmes cruciaux recensés. A chacune des étapes du diagnostic un tableau récapitulatif des points forts et des points faibles est établi.

Concomitamment une étude sur l'environnement externe a été effectuée.

5-1-3 Diagnostic externe

Durant la même période le diagnostic externe a été effectué par le cabinet à l'aide d'études documentaires, d'enquêtes auprès des autres structures mais également auprès des populations. Il s'articule autour de l'environnement sanitaire, l'environnement économique et l'environnement démographique et géographique.

5-1-3-1 l'environnement sanitaire

Il vise à établir une carte sanitaire et d'avoir une idée sur l'offre globale de soins en pédiatrie. Une étude comparative de la capacité d'accueil du CHNEAR a été faite en rapport avec les hôpitaux de référence de la capitale. Elle a permis d'avoir une idée sur la référence/contre référence mais également sur les principaux motifs d'hospitalisation. Nous avons pu décrire la position du C.H.N.E.A.R par rapport aux autres structures de références pédiatriques (centres hospitaliers publics, cabinets privés et centres de soins).

Des études documentaires ont été effectuées et ont permis d'avoir une idée sur les données épidémiologiques générales et hospitalières, sur la morbidité et la mortalité infanto-juvénile.

Des interviews ont été réalisées auprès des praticiens et ont permis de déceler la position du CHNEAR par rapport à l'offre globale de soins.

Nous avons à ce niveau d'étude, grâce à une enquête menée en avril 2002 auprès des autres structures publiques et/ou privées, déceler le type de concurrence qui peut être d'ordre technique ou économique.

5-1-3-2 l'environnement économique

Une enquête menée en avril 2002 auprès d'un échantillon de 176 accompagnateurs de malades a permis d'avoir une certaine idée sur l'accessibilité financière de l'hôpital.

5-1-3-3 l'environnement démographique et géographique

Des interviews ont été réalisées auprès des malades hospitalisés afin de disposer des informations sur la provenance des malades, le rayon d'action couvert mais également la

population couverte. Il s'agit du problème de l'accessibilité géographique. Une enquête menée auprès des populations a permis de connaître les couches qui fréquentent l'hôpital le plus.

Un an après, au mois de juin 2003 une première synthèse du PE a été effectuée par le cabinet d'études en tenant compte de la valeur potentielle des différents services médicaux et d'aide au diagnostic en vue d'identifier les points forts et les points faibles. Elle évalue les opportunités, les obstacles et les stratégies possibles.

La troisième étape a été celle de l'arbitrage et de la programmation.

5-1-4 Phase d'arbitrage et de programmation

Dans un souci de cohérence, cette phase a obéi à une double démarche dite bottom-up et up-bottom qui impose des allers et retours incessants entre le comité de pilotage et le cabinet conseil. C'est au mois de juillet 2003 que la phase d'arbitrage a réellement débuté. Des réunions hebdomadaires (en moyenne quatre) se sont tenues chez le consultant, en tant que modérateur, en présence du directeur, du président de la CME, de deux représentants des médecins pour le volet médical. Il y avait aussi les chefs de projets autres que ceux du projet médical en vue de dégager d'une part, les priorités par rapport à la mission de l'hôpital et à la cohérence d'ensemble du plan et d'autre part, dans un cadre plus global par rapport aux orientations contenues dans le PNDS.

Dans cette phase l'ensemble des résultats des enquêtes réalisées ainsi que le diagnostic de l'existant ont été passés en revue pour s'accorder sur les points essentiels en termes de forces et faiblesses.

Par ailleurs, du fait d'une allocation des ressources inévitablement limitée, un arbitrage s'impose inéluctablement. Cet arbitrage a permis de hiérarchiser les priorités médicales et corrélativement les priorités soignantes, de rendre cohérent les objectifs pour le choix définitif en interne des options stratégiques possibles.

Ensuite s'amorce l'étape de la programmation. A ce niveau, les objectifs sont quantifiés ou s'ils sont qualitatifs être très précis et s'inscrire dans un calendrier, avec un pilote au minimum pour le suivi, un planning des opérations, des moyens et des indicateurs d'évaluation.

Une fois le projet bien ficelé, l'étape suivante sera la phase de validation.

5-1-5 Phase de validation du PE

Elle s'est déroulée successivement en trois étapes :

- une validation à l'interne devant le CTE et la CME ;
- une validation devant le CA ;
- une validation devant une commission nationale de validation.

5-1-5-1 une validation à l'interne devant le CTE et la CME

Elle s'est déroulée au mois de mai 2004. Chaque rencontre a pris une journée. Les deux instances consultatives de l'hôpital sont convoquées en réunion par le Directeur en vue de leur expliquer la portée du projet en rapport avec la réforme hospitalière et la photographie de l'hôpital à travers les diagnostics interne et externe. Les perspectives de développement sont contenues dans les projets de service. Il est donc revenu à chaque chef de projet de présenter son projet. A l'issue de l'exposé, le débat s'amorça et les intervenants ont livré leurs appréciations sur certains points. Les corrections jugées pertinentes par le comité de pilotage sont apportées au document.

5-1-5-2 une validation à l'interne devant le CA

En présence des administrateurs et sur une note introductive du directeur et du président de la CME, tous les chefs de projets présentent le résultat de leurs travaux avec des arguments convaincants à l'appui pour justifier le choix des options stratégiques.

Les remarques et suggestions des administrateurs seront prises en compte dans l'élaboration du document final destiné à la validation nationale.

Cette validation s'est déroulée au mois de juin 2004 et a duré une demi-journée.

5-1-5-3 une validation devant la commission nationale de validation des PE des EPS

Conformément à l'arrêté ministériel n°005669 du 11 juillet 2001 portant création de la commission nationale de validation des projets d'établissement des établissements publics de santé (voir annexe n°6), la commission s'est réunie en vue de valider le PE qui leur est soumis suivant des critères préalablement définis par la tutelle.

Elle a eu lieu au mois de décembre 2004 dans les locaux du ministère. C'est le secrétaire général du MSPM qui a ouvert la séance et le directeur de l'établissement a exposé la synthèse des diagnostics interne et externe.

A sa suite, chaque chef de projet a présenté le résumé des objectifs poursuivis ; c'est le plan de financement global qui a bouclé la présentation.

Le projet est validé sous réserve d'une prise en compte des corrections. Une fois corrigé, le projet est multiplié en plusieurs exemplaires qui sont remis aux pilotes pour le suivi et la vulgarisation, aux bailleurs et aux partenaires dans une perspective de recherche de financement.

Le tableau n° 9 récapitule le processus descriptif de l'élaboration du PE du C.H.N.E.A.R

Tableau n° 9 : Synthèse du processus d'élaboration du C.H.N.E.A.R

Phases	Étapes	Acteurs	Sources d'information	Durée/Période	Output
1-réflexion stratégique	-mise en place d'un comité de pilotage	Directeur	note de service	Fin 2001	comité de pilotage
2-définition du cadre directeur	-définir la mission, la vision, ainsi que les différents projets qui vont concourir à la mise en place du PE	Directeur et PCME en collaboration avec les différents chefs de service	procès verbal de réunion	12 mois(2003)	-orientation générale du PE -proposition de projets de service
3-diagnostic	-diagnostic interne	-chefs de service/cabinet	-enquêtes en interne	6 mois De juin à décembre 2003	recensement des forces /faiblesses
	-diagnostic externe	-cabinet	-études documentaires -enquêtes externes	12 mois(2003)	recensement des opportunités et menaces
	-synthèse diagnostic du	-cabinet	-	6 mois (juillet à décembre 2003)	tableau synthétique ou SWOT
4-arbitrage	-choix des priorités	comité de pilotage/consultant	Convocation	07 Juillet 2004	document réajusté
	-définition des moyens	idem	Idem	14 Juillet 2004	document réajusté
	-fixation d'un calendrier	idem	Idem	20 Juillet 2004	document réajusté
	-désignation d'un responsable chargé du suivi	idem	idem	26 Juillet 2004	plan d'action
5-validation	-organes consultatifs (CTE/CME)	Directeur et chefs de projet	convocation	08 heures (mai 2004)	PE réajusté
	-organe délibérant(CA)	idem	idem	05 heures (juin 2004)	PE réajusté
	Commission nationale de validation des PE des EPS	idem	idem	05 heures (décembre 2004)	PE final

Source: nous-mêmes à partir de la synthèse de la description du processus d'élaboration du C.H.N.E.A.R

Si la valeur d'un projet tient autant à son contenu qu'à la réflexion sur le processus qui permet sa réalisation, sa réussite repose principalement sur la démarche aussi bien dans la phase de diagnostic, de réflexion sur les orientations que de sa mise en œuvre.

C'est dans cette optique que nous nous sommes proposés de traiter dans ce second point l'audit du processus d'élaboration du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R.

5-2 Audit du processus d'élaboration du projet d'établissement du C.H.N.E.A.R

Pour répondre à une des exigences de la Réforme hospitalière, le CHNEAR a validé son premier PE depuis Décembre 2004. Cependant, nous constatons que le Centre bute sur des difficultés notamment en matière de financement.

Pour mieux appréhender ces difficultés, nous envisageons l'audit du processus d'élaboration du PE en vue de déceler d'éventuels dysfonctionnements, d'en rechercher les causes pour y apporter des recommandations conformément à notre modèle d'analyse.

5-2-1 Identification et analyse des dysfonctionnements

Nous allons recueillir les dysfonctionnements majeurs grâce aux outils de collecte des données pour ensuite les analyser.

5-2-1-1 Le recueil des dysfonctionnements

Au cours de notre collecte d'informations, il est ressorti les principaux dysfonctionnements suivants:

- une absence de vulgarisation et de communication ; le PE n'est connu que de l'équipe dirigeante et du noyau stratégique ;
- le délai de conception du PE est trop long ;
- une léthargie totale, de 2004 à mi 2007, aucune action n'est envisagée, aucun financement n'est disponible ;
- une absence d'évaluation à mi parcours ;
- l'inexistence d'un tableau de bord stratégique ;
-

- une absence de coordination entre les différents chefs de projets en vue d'éventuels ajustements ;
- la non implication de la tutelle technique (MSPM/DES) en vue d'aider à la recherche de financement ;
- un irréalisme des objectifs par rapport aux priorités du moment ;
- des changements de Direction qui peuvent freiner le dynamisme.

5-2-1-2 L'analyse des dysfonctionnements

Pour l'étude des dysfonctionnements nous allons nous baser sur le critère temps, des séquences tant du point de vue de l'enchaînement des étapes mais également en termes d'efficacité du processus.

a. Critère temps

Dans l'étude des dysfonctionnements par rapport au facteur temps (délais) nous évaluerons la durée des étapes ou des phases et les étapes ou interphases.

Cette étude fera ressortir le temps réel passé à élaborer une étape ou une phase et les temps morts.

Le tableau n°10 ci-après fait ressortir le temps réel de travail, le temps total, et la durée entre les différentes étapes ainsi que les causes.

Tableau n°10 : Dysfonctionnements par rapport au critère temps

Durée entre les phases	Phases ou étapes	Temps réel de travail (1)	Temps total (2)	Écart (3=1-2)	Causes
Deux années ↓	1-réflexion stratégique	N/A	Trois ans	-	Changement de direction Tensions sociales internes entre direction/syndicat
	2-définition du cadre directeur	un an	un an	-	Le PE est redynamisé avec l'arrivée d'un nouveau directeur sous l'impulsion de la DES
	3-diagnostic interne	6 mois	un an	- 6 mois	Lenteurs administratives (MSPM)
	4-diagnostic externe	6 mois	un an	- 6 mois	Lenteurs administratives ; vu que le cabinet est mandat par le MSPM
	5-Synthèse du diagnostic	6 mois	6 mois	-	-
Dix-sept mois ↓	6-Arbitrage	1 mois	1 mois	-	-
	7-Validation	N/A	N/A		-

Source: nous-mêmes

Au total entre l'étape 1 qui a consisté à la mise en place d'un comité de pilotage, qui a été élargi avec l'arrivée de la nouvelle direction, et la validation par la commission nationale, il s'est écoulé cinq années. Nous trouvons ce délai hors norme pour un processus d'élaboration de plan stratégique.

b. Critère séquences

L'étude des dysfonctionnements par rapport aux étapes du processus, comportera deux niveaux. En premier lieu, le déroulement du processus développé par le CHNEAR afin d'apprécier le bon enchaînement des étapes, les acteurs et les activités ou les actions. En second niveau le déroulement du processus développé par le CHNEAR comparé au référentiel d'audit théorique tel que décliné dans le tableau n° 2 afin d'y relever d'éventuels écarts.

i) par rapport au processus développé par le CHNEAR

Nous allons l'illustrer par un tableau qui va retracer les insuffisances relevées en face de chaque phase du processus développé par le CHNEAR.

Tableau n°11 : Dysfonctionnements par rapport au critère séquences

Phases	Insuffisances	Implications
Définition du cadre directeur	-défaut de méthodologie	absence de vision globale, manque de préparation, faible degré d'implication du personnel
	-lourdeurs structurelles	attentisme, éparpillement des efforts, blocage de l'information
	-insuffisance des pilotes ou acteurs clefs	compétences insuffisantes
Diagnostic	-durées des enquêtes trop longues	instabilité de l'environnement fait que les résultats des enquêtes ne soient plus d'actualité
	-absence de système d'information	fiabilité des informations assez faible
Arbitrage	-difficultés de communication à cause des cloisonnements internes	déphasage sur les priorités du moment
Validation	-faible implication des organes de chargés de la validation	défaillance du dispositif de conseil, de contrôle et d'orientation

Source: nous-mêmes

ii) étude comparative du référentiel d'audit au processus développé par le CHNEAR

Nous retenons les points sur lesquels une action peut produire une amélioration dans l'élaboration du processus:

absence de vision;

- absence de segmentation stratégique par rapport au trinôme technologie, clientèle, pathologie;
- décisions stratégiques sont prises de façon empirique; il aurait fallu mieux s'appesantir sur la faisabilité.

c. Critère efficacité

A ce niveau d'étude nous allons nous focaliser sur :

- le respect du planning de réalisation des actions;
- la concrétisation des actions prévues dans la période;
- le degré d'implication des acteurs.

i) le respect du planning de réalisation des actions : il s'étale sur quatre années de 2004 à 2008. Or, de tous les plans d'actions, aucun n'a été réalisé dans les délais.

ii) la concrétisation des actions prévues dans la période: depuis sa validation jusqu'en 2007, aucune action n'est visible

iii) le degré d'implication des acteurs: les principaux acteurs notamment le noyau stratégique sont peu ou presque nullement impliqués dans la mise en œuvre des objectifs contenus dans le PE, même pas dans le sens d'un réajustement.

Une fois les dysfonctionnements identifiés, l'étape suivante sera le repérage des risques, suivi de la fixation des objectifs.

5-2-2 Le repérage des risques

Il se fera suivant les trois critères retenus : le temps, les séquences et l'efficacité.

5-2-2-1 par rapport au critère temps

C'est le risque que le diagnostic soit dépassé et que toute mesure ou décision qui en découle soit obsolète et peut induire à des erreurs ou des errements stratégiques.

5-2-2-2 par rapport au critère séquences

La vision n'est pas clairement déclinée et la segmentation propre à l'hôpital suivant le trinôme pathologies, technologies ou populations n'a pas été utilisée en vue d'une meilleure prise en compte des orientations stratégiques.

C'est cet enchaînement des étapes qui devrait concourir à rendre les objectifs beaucoup plus réalistes, d'où le risque de se retrouver avec des objectifs irréalistes qui ne vont pas dans le sens de l'intérêt général, mais qui résultent de préoccupations individualistes.

5-2-2-3 par rapport au critère efficacité

L'absence de suivi et d'évaluation favorise le risque de non ajustement ; ce qui peut impacter sur les objectifs à atteindre et rendre le système peu performant.

5-2-3 La fixation des objectifs

Suivant l'objectif principal de notre étude à savoir l'efficacité du processus d'élaboration du PE du C.H.N.E.A.R et par rapport aux dysfonctionnements et aux risques identifiés ; nous nous sommes fixés cinq objectifs spécifiques :

- ✓ le respect du processus en termes d'étapes
- ✓ la qualité du diagnostic
- ✓ le réalisme du PE en termes d'actions
- ✓ la cohérence d'ensemble du PE
- ✓ l'efficacité de la mise en œuvre

5-2-4 L'identification et l'analyse des causes des dysfonctionnements

Entre 1999 et 2004 c'est-à-dire au moment de l'érection du C.H.N.E.A.R en EPS, jusqu'à la validation de son premier PE en décembre 2004, il s'est écoulé cinq années. Il y a donc eu un retard considérable dans la phase conceptuelle du projet d'établissement.

Les causes de ce retard sont à rechercher à trois niveaux : du management, de l'organisation et des ressources humaines.

5-2-4-1 au niveau du management

C'est la cause dominante avec deux changements de direction ; ce qui, entre autres, freine le dynamisme.

Il y a aussi le manque d'implication du personnel, qui, par moments n'était pas associé, était peu informé et peu formé par rapport à la méthodologie d'élaboration des PE.

A côté, il faut noter la résistance au changement et les cloisonnements internes, mais aussi l'absence de supervision et de suivi par le niveau central (MSPM/DES), surtout du point de vue de l'allocation des ressources.

5-2-4-2 au niveau de l'organisation

Le manque de préparation par rapport à la nouvelle organisation conférée par la Réforme hospitalière, doublée d'une absence de vision globale, ont favorisé en grande partie le retard accusé dans le processus.

5-2-4-3 au niveau des ressources humaines

Il faut noter à ce niveau : l'insuffisance des pilotes ou des acteurs clés et le manque de motivation associé au scepticisme par rapport aux enjeux de la réforme.

Le faible degré d'implication du personnel et notamment des pilotes a fait que le projet a été plus l'œuvre du cabinet HYGEA, qui devrait intervenir en tant que modérateur (conseiller), que des compétences internes.

Après l'identification des dysfonctionnements, suivi de l'analyse des causes, nous allons enfin nous atteler à les solutionner en proposant des recommandations.

5-2-5 Recommandations

En parcourant les différentes phases de l'étude, nous retenons que les étapes sujettes à recommandations se situent à tous les niveaux du processus d'élaboration du C.H.N.E.A.R.

Pour être plus pratique, nous allons puiser nos recommandations à partir des dysfonctionnements figurant dans les FRAP.

5-2-5-1 Recommandation par rapport au défaut de communication

Le processus d'élaboration et de mise en œuvre efficace d'une stratégie commencent par une campagne d'information auprès de ceux qui devront l'exécuter. C'est dans ce cadre que la première recommandation sera de résoudre le dysfonctionnement lié au défaut de communication.

Tableau n°12 : Défaut de communication

Cible principale: tous les services

Recommandations:

- déplacement du directeur dans tous les services dès la mise en route du processus pour s'accorder sur une vision globale ;
- rencontre avec les organes consultatifs et les partenaires sociaux ;
- création d'un bulletin du CHNEAR informant de l'enjeu, des différentes étapes, des acteurs clefs, des moyens alloués et d'un échéancier d'exécution des tâches ;
- établissement d'un business plan pour faciliter la lecture et la compréhension du PE .

Cible plus particulière: les acteurs clefs

Recommandations:

- participation systématique des chefs de projets à des séances de formation sur la planification stratégique ;
- responsabilisation des chefs de projets en vue d'une campagne de vulgarisation au niveau de leur service.

Source: nous-mêmes

5-2-5-2 Recommandation par rapport à l'absence d'évaluation et de suivi stratégique

L'évaluation et le suivi stratégique permettent de repérer à temps les dysfonctionnements et de saisir les causes qui sous-tendent la non réalisation des objectifs.

Tableau n°13 : Absence d'évaluation et de suivi stratégique

Cible principale: tous les services

Recommandations:

- déplacement du directeur dans tous les services pour nouer un contrat moral, une volonté d'aller tous ensemble dans la même direction et ceci après chaque bilan stratégique annuel ;
- rencontres périodiques avec les organes consultatifs et les partenaires sociaux ; mais plus spécifiquement avec la tutelle technique pour un feed back correctif ;
- réajustements si nécessaires après chaque bilan stratégique annuel ;
- établissement d'un business plan pour faciliter la lecture et la compréhension du PE.

Cible plus particulière: au responsable chargé du suivi du projet d'établissement

Recommandations:

- élaboration d'un tableau de bord prospectif permettant de:
 - o clarifier et de traduire le PE en objectifs ;
 - o communiquer les objectifs et les indicateurs stratégiques, et les articuler ;
 - o renforcer le retour d'expérience et le suivi stratégique ;
- fixation et respect par tous les chefs de projets de l'échéancier d'évaluation;
- redynamisation du partenariat;
- plaidoirie auprès des institutions et des bonnes volontés.

Source: nous-mêmes

5-2-5-3 Recommandation par rapport au délai d'élaboration du PE assez long

Pour que les objectifs et le diagnostic soient toujours d'actualité et coïncident avec les priorités et les préoccupations du moment ; nous allons proposer un nouveau chronogramme avec une redéfinition des séquences.

Tableau n°14 : Chronogramme du processus d'élaboration du PE

Mois semaines	Juillet N				Août N				Septembre N				Octobre N				Novembre N				Décembre N				Janvier N-1									
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4						
Séquences																																		
1-bilan du PE n°1	_____																																	
2-réflexion stratégique			_____																															
3- fixation des objectifs					_____																													
4-diagnostic stratégique							_____																											
5-décision stratégique													_____																					
6-mise en œuvre stratégique																	_____																	
7-validation																									_____									

Source: nous-mêmes

**CONCLUSION
GENERALE**

CESAG
BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

La santé, élément à la croisée du social et du médical, est traversée de part en part par les règles du marché en termes d'offre, de demande et de satisfaction des besoins des bénéficiaires.

L'objectif de la réforme est de conduire à une transformation radicale des méthodes de gestion des hôpitaux, afin d'améliorer leurs performances et la qualité des soins qu'ils dispensent en vue d'une large satisfaction des usagers.

Dans l'exposé des motifs de la Loi n° 98-12 du 12 février 98, il est fait obligation pour chaque hôpital d'élaborer son PE. Cette démarche devra non seulement mobiliser l'ensemble du personnel de l'hôpital autour d'objectifs communs, définis en termes de qualité de soins et de maîtrise des coûts, mais aussi justifier les besoins de financement de l'hôpital pour atteindre les objectifs fixés.

C'est pour répondre à cette exigence que le CHNEAR a élaboré son premier PE dont le processus d'élaboration a fait l'objet d'un audit dans le cadre de ce mémoire. L'objectif est au terme de l'étude, de repérer les dysfonctionnements, d'en recenser les causes en vue d'apporter des recommandations.

Après une étude théorique pour mieux appréhender les notions de stratégie, de planification stratégique et d'audit de la stratégie, nous avons conçu un modèle d'analyse pour l'audit du processus d'élaboration du PE du CHNEAR.

Dans la phase pratique, nous avons, grâce aux techniques de collecte des données dont l'entretien, le questionnaire et la revue documentaire, procédé à l'audit du processus par rapport à deux facteurs (le temps mis et les séquences) .

Les dysfonctionnements majeurs recensés sont relatifs à un défaut de communication, au temps assez long consacré au processus, et à l'absence de suivi et d'évaluation.

Par une analyse des causes, des recommandations, dont un nouveau chronogramme, ont été formulées en vue d'une meilleure efficacité du processus d'élaboration du PE.

L'hôpital subit à l'instar des autres entreprises la concurrence, la raréfaction des moyens d'où la nécessité de trouver des complémentarités. Il devra alors trouver, à travers des outils tant comptables, analytiques que stratégiques, les moyens de s'adapter au besoin impératif d'amélioration.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

1. Ackoff, Russel L. (1973), *Méthodes de planification dans l'entreprise*, Editions d'organisation.
2. Alecian, Serge et Foucher, Dominique, (2002) *Le management dans le service public*, 2^{ème} édition, Editions d'organisation, Paris, 446 pages.
3. Ansoff, Igor (1989), *Stratégie du développement de l'entreprise : une approche méthodologique du management stratégique dans le dernier quart du 20^{ème} siècle*, Editions d'organisation, 287 pages.
4. Atamer, T, Calori, R, (2003), *Diagnostic et décisions stratégiques*, Dunod, Paris 509 pages.
5. Becour, Jean Charles, Bouquin, Henry (1996), *Audit opérationnel Efficacité, Efficience ou Sécurité*, 2^{ème} Edition Economie, 395 pages.
6. Candau.P, (1990), *Audit des associations*, Editions d'organisation, 145 pages.
7. Collin et Valin (1992), *Audit et contrôle interne : aspects financiers, opérationnels et stratégique*, 4^{ème} édition, Dalloz ,373 pages.
8. Gervais, Michel (1995), *Stratégie de l'entreprise*, Paris Economica ,457 pages.
9. Helfer, Jean, Pierre, Kalika, Michel ; Orsoni, Jacques (2000), *Management : stratégie et organisation*, 422pages.
10. Kennedy, Carol (2003), *Toutes les théories du management:les idées essentielles des auteurs les plus souvent cités*, 3^{ème} édition, Maxima, 362 pages.
11. Lemant, Olivier (1995), *La conduite d'une mission d'audit interne : méthodologie élaborée par un groupe de recherche*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, 279 pages.
12. Lusseau, Alain, Derray, Alain (2001), *L'analyse stratégique*, 93 pages.
13. Mintzberg, Henry (2004), *Grandeur et décadence de la planification*, Dunod, Paris, 455 pages.
14. Mintzberg et Waters(1985) in Strategor (2005), *Politique générale de l'entreprise*, 4^{ème} édition, Dunod, Paris, 877 pages
15. Morsain, Marie Agnes, (2000) *Dictionnaire du management stratégique*, Belin, Paris, 217 pages.

16. Moyson, Roger (1997), *Diriger : développer le potentiel de ses collaborateurs*, De Boeck&Larcis a
17. Porter, Michael (1982), *Choix stratégiques et concurrence*, Edition Economica, 426 pages.
18. Porter, Michael (1986), *L'avantage concurrentiel*, InterEditions, Paris, 581 pages.
19. Renard, Jacques (2006), *Théorie et pratique de l'audit interne*, 6^{ème} édition, Editions d'organisation, 479 pages.
20. Sicard, Claude (1997), *L'audit de stratégie : guide de diagnostic de la stratégie d'une entreprise*, Dunod, Paris.
21. Strategor (2005), *Politique générale de l'entreprise*, 4^{ème} édition, Dunod, Paris, 877 pages
22. Thiétard, R.A. (1991), *La stratégie d'entreprise*, Mc Graw.Hill
23. Weill, Michel (1999), *L'Audit stratégique : qualité et efficacité des organisations*, 2^{ème} tirage, AFNOR, Paris, 248 pages.

Documents :

1. Revue internationale de gestion volume 21 n°Mars (1996) Dossier la loi 90.
2. Réforme hospitalière (1999), Ministère de la Santé du Sénégal.
3. Programme National de Développement Sanitaire et Social ((PNDS) 2001-2007).
4. Etude sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) du secteur de la santé au Sénégal (Janvier 2005), Docteur Aminata Touré HAIDARA & Docteur Moustapha SAKHO, Sénégal.
5. Constitution sénégalaise (2001).
6. Caillet (1995) dans « Soins Formation Pédagogie Encadrement »
7. Projet d'Etablissement hospitalier du C.H.N.E.A.R (2004-2008)

Mémoire :

Coulibaly Tidiani, (2001), Audit de la stratégie d'une organisation d'employeurs : cas de l'OMCE; mémoire CESAG.

Sites Web :

1. Banque mondiale [http:// world bank.org](http://worldbank.org)
2. [http:// www-e-marketer.be/marche_analyse/analyse_swot.htm](http://www-e-marketer.be/marche_analyse/analyse_swot.htm).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

ANNEXE 1 : Présentation des modèles d'analyse stratégique

Modèle LCAG (1965) :

Il fait parti des premiers modèles d'analyse stratégique venus des Etats-Unis dans les années soixante. Il a été élaboré pour la première fois et proposé dans un ouvrage devenu classique par des professeurs Learned, Christensen, Andrews et Guth de la Harvard Business School.

Il repose sur une confrontation entre l'entreprise et son environnement concurrentiel d'une part et d'autre part par une adéquation par rapport aux contraintes (internes et externes). Elle aboutit à des choix stratégiques et à des politiques fonctionnelles .

Source : Helfer & al (2000 :24)

Modèle de Ansoff (1989) :

Il s'est inspiré de l'école de la théorie des investissements de capitaux décrits par Simon.

Simon (in Ansoff 1989 :43) « a montré que toute décision à prendre (en matières d'affaires, de sciences ou d'art) implique quatre étapes :

1. la perception de la nécessité ou de l'opportunité de décider, qu'il appelle la phase conceptuelle.
2. la formulation des voies d'action possibles
3. l'évaluation de leurs avantages respectifs
4. le choix de la voie ou des voies d'actions à suivre »

Ansoff s'est inspiré de la méthode de Simon avec quelques variantes près :

1. par l'application de la stratégie à la sélection des opportunités
2. par l'utilisation d'un vecteur d'objectifs et
3. par l'emploi de critères quantitatifs supplémentaires pour une mesure plus exacte de la rentabilité.

C'est une méthode en « cascade » : on définit sommairement des règles de décisions possibles, qu'on affine par paliers successifs en progressant vers la solution du problème.

La première démarche consiste à opter entre deux options : diversifier ou ne pas diversifier les activités de l'entreprise ; la seconde consiste à choisir dans une liste d'orientations générales un éventail de produits et de marchés, et la troisième à retenir ceux qui présentent les caractéristiques souhaitables.

La méthode présente une autre caractéristique, le feedback.

A chacune des étapes de recherche :

1. on définit un groupe d'objectifs
2. on évalue « l'écart » entre ces objectifs et la position actuelle de la firme ;
3. on propose une ou plusieurs voies d'action ou stratégies
4. on teste leurs capacités à combler l'écart et on choisit une voie d'action si elle permet de se rapprocher nettement de l'objectif, sinon l'on met d'autres possibilités à l'étude.

Source : Stratégie de développement de l'entreprise (Ansoff 1989 :52)

Modèle de Steiner (tiré de Steiner ; 1969 :33)

Le modèle de Steiner comporte six (6) étapes :

1. le stade de planification des objectifs

Il correspond à la quantification (sous forme numérique) des buts de l'organisation.

2. le stade d'audit externe

C'est une évaluation des conditions internes et externes de l'organisation.

3. le stade de l'audit interne

C'est ce que Jelinek et Amar (in Mintzberg 2004 :68) ont appelé « la stratégie d'entreprise par listes de blanchisseur ». Il correspond à l'étude des forces et des faiblesses de l'organisation.

4. le stade d'évaluation de la stratégie

Il s'agit souvent d'une évaluation financière de la stratégie (élaboration et qualification).

5. le stade d'opérationnalisation de la stratégie

Il correspond à la naissance des plans à long terme, globaux ou stratégies (habituellement sur cinq ans), les plans à moyen terme et les plans à court terme avec la séquence verticale : objectifs- cibles spécifiques- sous objectifs- budgets. L'ensemble se traduisant en plans opérationnels.

6. l'ordonnancement de l'ensemble du processus

C'est le planning selon lequel elles étaient supposées être réalisées et les résultats aussi.

Source : modèle de Steiner (Steiner in Mintzberg 2004 :66)

Modèle de Helfer &.al:

Ce modèle part du diagnostic (analyses externe et interne confrontées à la fixation des objectifs). Il offre à l'entreprise toutes les indications souhaitables pour confronter ses volontés avec ses forces et ses faiblesses.

L'étape suivante est la recherche de choix ou décision stratégique. Selon Simon (in Helfer &.al 2000 :29) la recherche stratégique comporte trois (3) phases :

- recherche des choix possibles
- évaluation des choix possibles
- sélection des choix définitifs

qui suit nécessairement la fixation des objectifs.

Un autre critère déterminant dans les choix est le résultat du diagnostic interne et externe qui aide à orienter dans le choix des options stratégiques.

Après vient l'étape de l'évaluation des choix possibles. Il s'agira d'analyser si l'on peut réaliser les objectifs. Dans la pratique la démarche consiste successivement à :

- définir des critères de choix
- pondérer ces critères
- noter chaque choix possible par rapport à chaque critère
- totaliser les scores

L'étape suivante est relative aux plans opérationnels ; c'est l'élaboration des business plans.

L'avant- dernière étape consiste à l'établissement des engagements financiers par rapport aux fonctions impliquées : c'est un processus décentralisé.

La dernière étape correspond au contrôle : à ce niveau il faut remarquer que les plans ne sont pas irréversibles : ils sont glissants. Les objectifs doivent donc être réexaminés et éventuellement corrigés tous les ans par exemple de même que les stratégies ; la périodicité ne dépend au fait que de la stabilité de l'environnement.

Source : modèle de Helfer &.al (2000 :28)

Modèle de Morsain Marie Agnès:

Le modèle de Morsain est une synthèse des différents modèles notamment celui du LCAG.

Il comporte les étapes suivantes :

1. le déclenchement d'un processus de réflexion : le détonateur peut être un nouvel objectif que l'organisation s'est fixée, un problème à résoudre, le besoin de mettre en place une planification stratégique, l'arrivée d'un nouveau dirigeant, une volonté de changer ou d'améliorer les choses.
2. le diagnostic stratégique : afin de cerner le champ des possibilités et analyser leur faisabilité.
3. la définition des objectifs
4. l'identification des options stratégiques
5. l'évaluation des écarts entre prévisions et objectifs
6. le choix des stratégies
7. la mise en place (concrètement que faisons-nous ? Comment ? Avec qui ?

Source : modèle de MORSAIN, Marie Agnès (2000 :5)

ANNEXE 2 : Modèle de plan d'action

Modèle de plan d'action						
Objectifs	Stratégie	Activités	Tâches	Délai	Responsable	Moyens

Source: nous-même

ANNEXE 3 : modèle de FRAP

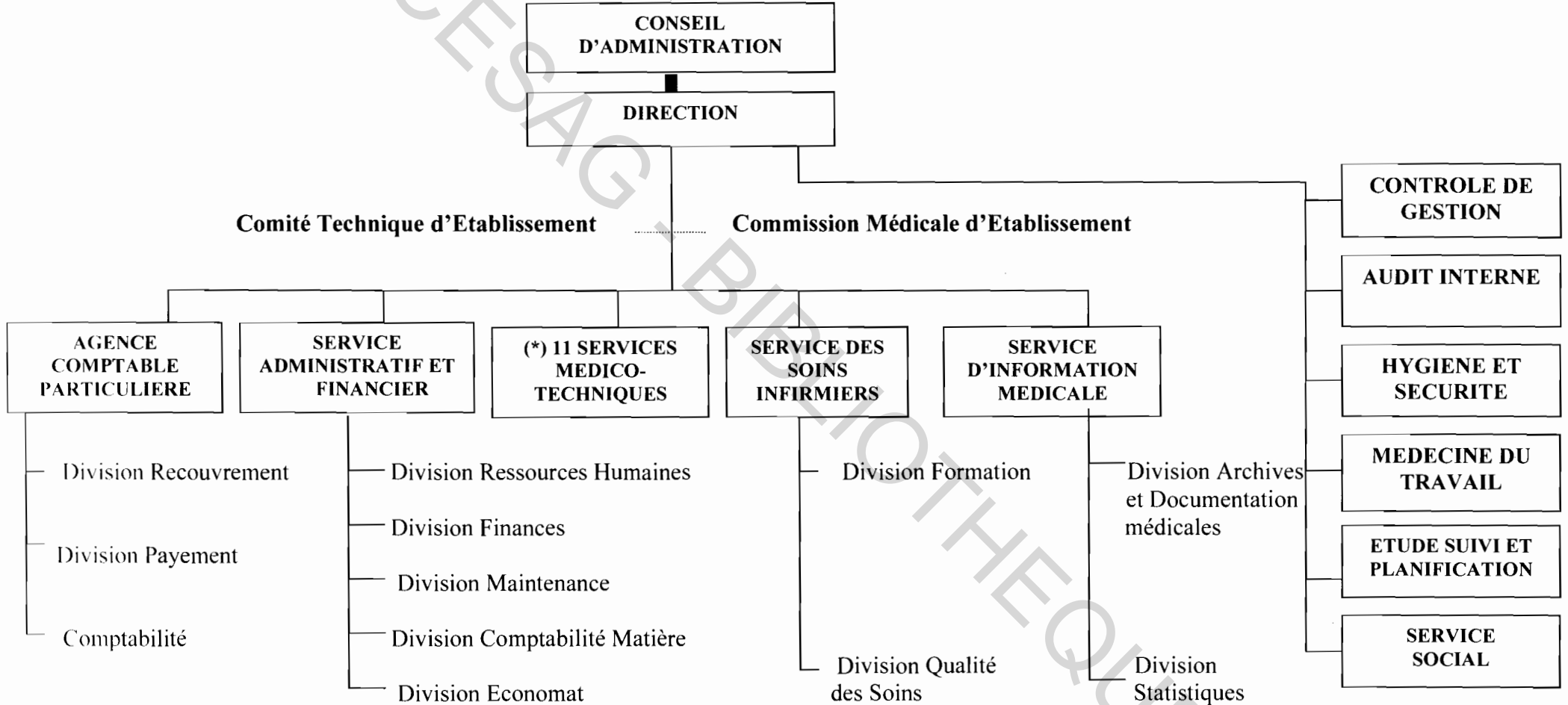
FEUILLE DE REVELATION ET D'ANALYSE DE PROBLEME		
Référence papier de travail :	FRAP N°	
Problème :		
Faits :		
Causes :		
Conséquences :		
Recommandations :		
Etabli par :	Approuvé par :	Validé par :

Source: revue documentaire

ANNEXE 4 : ORGANIGRAMME DU C.H.N.E.A.R

MINISTERE DE L'ECONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION MEDICALE



Source : Délibération n° 11 du 26/07/2006

ANNEXE 5: Budget quinquennal du projet d'établissement du CH.N.E.A.R 2004-2008**1. Tableau récapitulatif des dépenses :**

Libellé	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Section Investissement							
Génie Civil	25 000 000	626 000 000	840 300 000	871 250 000	857 725 000	3 220 275 000	39,58
Matériel médical	20 133 920	615 970 731	702 385 623	1 880 843 878	932 647 605	4 151 981 757	51,03
Autres	31 430 000	121 669 400	180 757 100	186 365 350	244 369 000	764 590 850	9,40
Total Investissement	76 563 920	1 363 640 131	1 723 442 723	2 938 459 228	2 034 741 605	8 136 847 607	100
Section Exploitation							
Charges à caractère médical et pharmaceutique	156 089 000	384 219 000	191 968 397	215 004 544	242 525 193	1 189 806 134	16,78
Charges à caractère général et hôtelier	404 635 392	424 908 152	526 609 401	618 731 306	704 538 273	2 679 122 524	37,78
Formation		97 750 000	84 290 840	54 119 934	41 669 913	277 830 687	3,92
Charges relatives au personnel	417 946 888	419 419 104	497 262 379	548 973 864	621 932 005	2 505 534 240	35,33
Provision charges financières	5 200 000	5 200 000	6 395 298	7 162 733	8 079 562	32 037 593	0,45
Dépenses de transfert	65 000 000	71 825 000	79 941 225	89 534 172	100 994 546	407 294 943	5,74
Total fonctionnement	1 048 871 280	1 403 321 256	1 386 467 540	1 533 526 553	1 719 739 492	7 091 926 121	100
Total des dépenses	1 125 435 200	2 766 961 387	3 109 910 263	4 471 985 781	3 754 481 097	15 228 773 728	

Source: extrait du projet d'établissement 2004-2008

2. Répartition des ressources en fonction des différentes sources de financement

Source de financement	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	
Investissement							
Etat BCI		272 728 027	379 179 400	646 461 031	447 643 154	1 746 011 612	21
Partenaires au développement		969 243 604	1 206 479 905	2 056 921 459	1 424 319 123	5 656 964 091	70
Ressources propres	76 563 920	121 668 500	137 883 418	235 076 738	162 779 328	733 971 904	9
Total 1	76 563 920	1 363 640 131	1 723 542 723	2 938 459 228	2 034 741 605	8 136 947 607	100
Fonctionnement							
Ressources propres	333 799 280	360 720 656	450 741 602	489 504 731	715 840 180	2 350 606 449	35
Subvention d'exploitation	653 072 000	872 725 600	771 493 873	899 817 737	861 234 850	4 058 344 060	61
Partenaires au développement		97 750 000	84 290 840	54 669 913	41 669 913	278 380 666	4
Total 2	986 871 280	1 331 196 256	1 306 526 315	1 443 992 381	1 618 744 943	6 687 331 175	100
Total	1 063 435 200	2 694 836 387	3 030 069 038	4 382 451 609	3 653 486 548	14 824 278 782	

Source: extrait du projet d'établissement 2004-2008

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple -Un But- Une Foi

ANNEXE 6 :

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION

Dakar, le 11 Juillet 2001

**ARRETE PORTANT CREATION
DE LA COMMISSION NATIONALE DE
VALIDATION DES PROJETS D'ETABLISSEMENT
DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION,

Vu la Constitution ;

Vu la loi N° 98-08 du 2 Mars 1998, portant Réforme Hospitalière ;

Vu la loi N° 98-12 du 2 Mars 1998, relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé ;

Vu le décret N° 98-701 du 26 Août 1998, relatif à l'organisation des Etablissements Publics de Santé ;

Vu le décret N° 98-702 du 26 Août 1998, portant organisation administrative et financière des Etablissements Publics de Santé ;

Vu le décret N° 98-961 du 02 Décembre 1998, portant organisation du Ministère de la Santé ;

Vu le décret N° 2001-373 du 10 Mai 2001, portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le décret N° 2001-375 du 12 Mai 2001 portant nomination des Ministres, modifié ;

Vu le décret N° 2001-386 du 14 Mai 2001, portant répartition des services de l'Etat et
du contrôle des Etablissements Publics, des Sociétés Nationales et des Sociétés à Participation Publique entre la Présidence de la République, la Primature et les
Ministères ;

Sur Rapport du Directeur des Etablissements de Santé

ARRETE

ARTICLE PREMIER: Il est créé une Commission Nationale de validation des projets d'établissement des Etablissements Publics de Santé.

ARTICLE 2: La Commission Nationale de Validation des projets d'établissement est composée comme suit:

- **Président** : Le Directeur de Cabinet du Ministre chargé de la Santé ;
- **Membre** : Mr. le Conseiller Technique N°1 du Ministre chargé de la Santé ;
- Le Directeur de la Santé ;
- Le Directeur des Etablissements de Santé ;
- Le Directeur de l'Administration Générale et de l'Equipement ;
- Le Directeur des Etudes, de la Recherche et de la Formation ;
- Le Directeur de la Pharmacie et du Médicament ;
- L'Inspecteur des Affaires Administratives et Financières ;
- Le Coordonnateur de la Cellule d'Appui et du Suivi du Programme National de Développement Sanitaire ;
- Le Représentant du Ministre chargé de l'Economie et des Finances ;
- Le Doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de l'UCAD.

ARTICLE 3 : La Commission Nationale de Validation a pour mission de :

- Définir des critères de validation des projets d'établissement des Etablissements Publics de Santé ;
- Valider les projets d'établissement qui lui sont soumis .

ARTICLE 4 : Dans la définition des critères de validation des projets d'établissement, la commission de validation tiendra compte :

- Des grandes orientations en matière de politique nationale de santé, notamment de la réforme hospitalière :

- De l'impact global du projet sur les performances en matière de gestion et de Qualité des soins ;

- De la démarche participative devant présider à l'élaboration du projet d'établissement ;

- De l'intégration harmonieuse du projet médical des projets associés en tenant compte de l'environnement interne et externe de chaque établissement Public de Santé.

ARTICLE 5 : La Commission se réunit sur convocation de son président. Le secrétariat de la Commission est assuré par la Direction des Etablissements de Santé.

ARTICLE 6 : La Commission définit les modalités de validation des projets d'établissement soumis à son examen.

ARTICLE 7 : Les partenaires impliqués dans la mise en œuvre de la Réforme Hospitalière peuvent participer aux travaux de la Commission, à titre d'observateurs, sur invitation de son président.

En outre, la Commission peut inviter à ses réunions toute personne qualifiée dont elle estime la présence nécessaire.

ARTICLE 8 : Le Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Le Ministre de la Santé

Awa Marie Coll SECK

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple -Un But- Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION

Commission Nationale de Validation
des Projets d'Etablissement des EPS

ANNEXE 7 :

**CRITERES DE VALIDATION DES PROJETS
D'ETABLISSEMENT DES EPS**

Critères	Cotation	Totalement remplis	Partiellement remplis	Pas du tout remplis	Observations
I. Analyse de l'environnement externe 1-1 Éléments essentiels de l'environnement externe intégrés dans l'analyse 1-2 Analyse des menaces et des opportunités; prise en considération de la dimension prospective dans l'analyse de l'environnement externe	10 points				-Schéma régional de l'aménagement du territoire et / ou Programme Régional de Développement Intégré (PRDI) - Cadre institutionnel -Démographie- Épidémiologie- Économie - Projection sur la durée du projet d'établissement
II. Analyse de l'environnement interne 2-1 Enquêtes effectuées pour étayer le diagnostic interne 2-2 Analyse de l'activité et des ressources de l'établissement (Ressources matérielles, humaines et financières) 2-3 Analyse des forces et des faiblesses de l'établissement	10 points				
III. Approche méthodologique 3-1 Processus d'élaboration participatif 3-2 Implication de la Commission Médicale d'établissement et du Comité Technique d'établissement 3-3 Implication des médecins chefs de région et de districts 3-4 Implication des élus locaux 3-5 Approbation par le conseil d'administration	25 points				- Implication de tout le personnel de l'établissement et du Comité Technique d'Établissement
IV. Contenu du projet d'établissement 4-1Projet médical comporte: 4-1-1 un diagnostic de toutes les disciplines 4-1-2 les options possibles 4-1-3 l'étude de faisabilité	30 points				

4-1-4 les choix consensuels 4-1-5 le plan d'actions 4-2 Projet des soins infirmiers bien articulé au projet médical 4-3 Existence de l'essentiel des autres projets associés 4-3-1 projet des soins infirmiers 4-3-2 projet de gestion 4-3-3 projet qualité 4-3-4 projet de gestion des ressources humaines 4-3-5 projet social 4-3-6 projet du système d'information 4-4 Cohérence interne du projet d'établissement 4-5 la conformité des réaménagements architecturaux avec des projets médicaux et des soins infirmiers 4-6 le projet d'établissement comporte sur une période de 5 ans 4-6-1 un plan d'investissement 4-6-2 un plan de fonctionnement 4-6-3 un plan de financement					
V. <u>La conformité avec la carte sanitaire</u>	15 points				
VI. <u>Suivi- Évaluation du projet d'établissement</u>	10 points				
6-1 existence d'un plan de suivi 6-2 la définition d'un dispositif de suivi et d'évaluation à mi-parcours et finale.					
TOTAUX	100 Points				

ANNEXE 8: Questionnaire 1 sur le projet d'établissement 2004-2008

Questions	Oui	Non	N/A	Observations
1- Pouvez-vous décrire brièvement le PE en mettant en évidence les facteurs clés qui comptent pour vous ?				
2- Pouvez-vous décliner le PE (ou votre projet de service) en objectifs à court et moyen terme ?				
3- Ces objectifs cadrent-ils avec les missions actuelles de l'hôpital et avec son environnement interne et externe ?				
4- Etes-vous d'avis qu'il y a une lenteur dans la mise en œuvre du PE (entre 2004 et 2008, aucune action n'était entreprise)				
5- Avez-vous constaté des obstacles et des dysfonctionnements ? <ul style="list-style-type: none"> - dans la prise en compte de l'environnement interne et externe - dans le respect des délais de réalisation - dans le suivi des plans d'action 				
6- A-t-il amélioré l'adéquation de l'activité aux besoins et aux spécificités de l'environnement ?				

ANNEXE 9: Questionnaire 2 sur le projet d'établissement 2004-2008

Questions	Oui	Non	N/A	Observations
1) Le PE a-t-il respecté la démarche préconisée ?				
2) La mission s'inscrit-elle dans la vision ?				
3) Les objectifs stratégiques sont-ils en adéquation avec la vision et la mission ?				
4) Les objectifs stratégiques sont-ils réalistes au regard de l'environnement interne et externe ?				
5) Le temps alloué au processus de planification stratégique est-il raisonnable ?				
6) Les orientations choisies sont-elles en adéquation avec les environnements interne et externe ?				
7) Les projets associés s'inscrivent-ils dans les grandes orientations du projet médical ?				
8) Le C.H.N.E.A.R a-t-il élaboré des plans d'actions pluriannuels ?				
9) Le C.H.N.E.A.R a-t-il les moyens de mettre en œuvre ces plans ?				
10) L'élaboration de ces plans a-t-elle impliqué les différents projets de service ?				
11) Existe-il un tableau de bord permettant de faire le suivi de la mise en œuvre des stratégies ?				
12) Les compétences sont-elles réunies pour une mise en œuvre efficace ?				
13) Les délais prévus sont-ils respectés ?				
14) Les ressources sont-elles suffisantes ?				
15) Le projet d'établissement est-il ajusté ?				

ANNEXE 10 : GUIDE D'ENTRETIEN

Entretien avec le Directeur / Président de la Commission Médicale d'Etablissement

Date de l'entretien :

Canevas :

1. objectif
 2. discussion sur le PE
 3. remerciements
-
1. En tant que l'un des principaux acteurs de la gestion du C.H.N.E.A.R décrivez-nous brièvement le processus d'élaboration du PE ?
 2. Avez-vous utilisé un manuel type mis à la disposition des différents chefs de projets pour élaborer le PE ?
 3. Déclinez brièvement la mission, la vision et la stratégie en mettant en évidence les facteurs clés qui comptent à vos yeux ?
 4. Comment s'est fait la synthèse des différents projets de service pour aboutir au PE ?
 5. Que pensez-vous des buts et objectifs définis dans le PE ?
 6. Existe-il un système d'évaluation et de mise à jour périodique du PE ?
 7. Quelle appréciation faites-vous du retard constaté dans la mise en œuvre (de 2004 à 2006 aucun financement, ni aucune action n'est entreprise) ?
 8. Quels sont les principaux obstacles et dysfonctionnements rencontrés ?
 9. Quelles sont les causes de ces dysfonctionnements ?
 10. Quelles mesures appropriées comptez-vous prendre pour remédier à ces dysfonctionnements ?