

REPUBLIQUE DU BENIN

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

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

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

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

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



ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

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

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR

OPTION :

Administration des Finances

FILIERE :

Administration Hospitalière
Universitaire et d'Intendance

ANNEE ACADEMIQUE : 2012-2013

THEME :

**LA PRATIQUE BUDGETAIRE AU CENTRE
HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DU
BORGOU ET DE L'ALIBORI : ETAT
DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

Réalisé et soutenu par :

Maurice A. SEGLA

Sous la direction de :

Maître de stage :

Adjaratou BABONI SOULE
Directrice du CHD-BA

Directeur de Mémoire :

M. Cyr Ignacio GOUDALO
Administrateur des Services
de Santé
Enseignant à l'ENAM

Décembre 2013

IDENTIFICATION DU JURY

PRESIDENT :

Monsieur Clément DJOHOUN

VICE-PRESIDENT :

Monsieur Raymond BEAKOU

MEMBRE :

Monsieur Hugues TCHIBOZO

DECLARATION D'ENGAGEMENT

**L'ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION
ET DE MAGISTRATURE N'ENTEND DONNER
AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION
AUX OPINIONS EMISES DANS CE MEMOIRE.
CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR.**

EN MEMOIRE

DE

Mon feu père **Benjamin Kadoukpè SEGLA** pour l'amour du travail bien fait et pour les valeurs humaines que tu m'as transmises, repose en paix !

DEDICACES

A

- ✚ Ma Mère **Kétoura BALARO**, pour tes nombreux sacrifices ;
- ✚ Mon épouse **Nathalie ASSOGBA** pour ton soutien;
- ✚ Mes chères enfants **Oswald, Gilles, Christian et Grâce**.

REMERCIEMENTS

Sincères remerciements à vous :

- Monsieur **Cyr Ignacio GOUDALO**, notre Directeur de mémoire, pour la qualité de l'encadrement. Que Dieu vous bénisse et vous comble de sa grâce ;
- Madame **SOULE Adjaratou née BABONI**, Directrice du CHD-BA, notre maître de stage, pour votre soutien ;
- Madame **YACOUBOU Tahiratou née MOHAMED C/SAF** du CHD-BA, pour l'accueil et le soutien ;
- Les Responsables et le corps administratif de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) de l'UAC ;
- Les enseignants à l'ENAM spécialement ceux de la filière AHUI cycle II, pour la qualité de l'enseignement ;
- Mes frères et sœurs, pour votre attachement permanent ;
- Les collègues d'amphithéâtre pour la franche collaboration, spécialement à l'endroit du Responsable d'amphi et de **Laurent MEHOU LOKO** ;
- Tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement heureux de ce travail.

Liste des sigles

ACE : AGENTS CONTRACTUELS DE L'ETAT

APE : AGENTS PERMANENTS DE L'ETAT

C/CHD : CONTRACTUELS DU CENTRE HOSPITALIER
DEPARTEMENTAL

CHD-B : CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DU BORGOU

CHDFSA : CENTRES HOSPITALIERS DEPARTEMENTAUX ET
FORMATIONS SANITAIRES ASSIMILEES

DGMASF : DIVISION GESTION DES MALADES STATISTIQUES ET
FACTURATION

EFMS : ECOLE DE FORMATION MEDICO-SOCIAL

PTA : PLAN DE TRAVAIL ANNUEL

UNICEF : FONDS DES NATIONS UNIS POUR L'ENFANCE

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

TABLEAUX/ GRAPHIQUES	TITRES	PAGES/RU BRIQUES
TABLEAU N°1	Répartition du personnel par statut	7
TABLEAU N°2	Répartition du personnel par qualification	8
TABLEAU N°3	Point des dettes du CHD-B de 2011 à 2013	16
TABLEAU N°4	Extrait d'états des émissions de recettes au 31/12/13	21
TABLEAU N°5	Extrait de la situation détaillée des engagements de dépenses exercice 2012	21
TABLEAU N°6	Point des réalisations des recettes à fin Sept. 2012	22
TABLEAU N°7	Récapitulation des problématiques possibles	33
TABLEAU N°8	Tableau de Bord de l'étude	42
TABLEAU N°9	Point sur le questionnaire	54
GRAPHIQUE N°1	Représentation des causes liées au PS1	55
TABLEAU N°10	Point des résultats de l'enquête sur le PS2	56
TABLEAU N°11	Point des résultats de l'enquête sur le PS3	57
TABLEAU N°12	Tableau de synthèse de l'étude (TSE)	63
TABLEAU N°13	Point des résultats de l'enquête sur le PS1	Annexe n°3
GRAPHIQUE N°2	Représentation des causes liées au PS2	Annexe n°4 fig 2
GRAPHIQUE N°3	Représentation des causes liées au PS3	Annexe n°4 fig 3

GLOSSAIRE

PREVOIR : C'est anticiper aujourd'hui les conditions dans lesquelles, on se trouvera demain, en d'autres termes, c'est prédire les tendances significatives et d'établir les politiques et les objectifs permettant soit d'en tirer parti ou d'en minimiser les effets (MOUSSOU, 2012) ;

PLANIFIER : C'est décider la nature des actions à entreprendre, la séquence de leur déroulement, les méthodes à employer et les moyens requis pour atteindre les objectifs (MOUSSOU, 2012) ;

ORGANISER : C'est d'abord déterminer les tâches, les fonctions et les responsabilités contenues dans les plans, définir ensuite leur interaction et les répartir enfin selon la compétence de chacun (MOUSSOU, 2012) ;

CONTROLE BUDGETAIRE : C'est une activité qui permet de procéder au rapprochement des réalisations et prévisions afin de dégager les écarts en vue de leur analyse (BEAKOU, 2013) ;

SYSTEME BUDGETAIRE : C'est l'organisation budgétaire. Elle se décompose en trois phases à savoir : l'élaboration, l'exécution et le suivi-évaluation (BEAKOU, 2013) ;

ENVIRONNEMENT INTERNE DE L'HOPITAL : Ensemble des composantes susceptibles d'influencer directement ou non la vie du centre et sur lesquelles il a une possibilité d'action. Il est composé des Clients, des fournisseurs ou prestataires et de ses concurrents (GOUDALO, 2013) ;

ENVIRONNEMENT EXTERNE DE L'HOPITAL : Ensemble des composantes au sein desquelles se situe l'hôpital et sur lesquelles il ne peut agir (GOUDALO, 2013).

RESUME

Dans le cadre de la soutenance de notre mémoire de fin de formation au cycle II de l'ENAM en Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance (AHUI), nos recherches ont porté sur la pratique budgétaire au CHD-Borgou. Le thème de recherche est intitulé : « Problématique de la pratique budgétaire au CHD-Borgou : état des lieux et perspectives ».

L'objectif général poursuivi à travers cette étude est de contribuer à l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD-B. Il se décline en trois objectifs spécifiques se rapportant chacun à un problème spécifique.

Face à ces objectifs, des hypothèses sont formulées. Ces hypothèses sont :

- la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF explique les dépassements de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations au niveau d'autres ;
- la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget est due au management peu performant de l'Administration ;
- l'insuffisance du suivi budgétaire est due à la non intégration de l'activité au PTA.

La méthodologie de recherche adoptée est basée sur des approches théoriques et empiriques. Au terme des enquêtes menées, les diagnostics établis confirment les hypothèses formulées.

Sur la base de ces diagnostics, des approches de solutions sont proposées pour une pratique budgétaire saine au CHD-Borgou.

Enfin, des recommandations sont formulées à l'endroit des responsables de ce centre et à l'endroit du Ministère de la Santé pour la mise en œuvre des solutions proposées.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE 1^{er} : CADRE DE REALISATION DE L'ETUDE ET RESTITUTION DES OBSERVATIONS DE STAGE

SECTION 1 : Présentation du cadre de l'étude

PARAGRAPHE 1 : Historique et Missions du CHD-B

PARAGRAPHE 2 : Activités, ressources et Structure organisationnelle du CHD/Borgou

SECTION 2 : Etat des lieux et Bilan des observations

PARAGRAPHE 1 : Restitution de l'état des lieux

PARAGRAPHE 2 : Inventaire des éléments d'état des lieux

CHAPITRE 2^{ème} : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE ET CHOIX DU CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE POUR L'AMELIORATION DE LA PRATIQUE BUDGETAIRE AU CHD-B

SECTION 1 : Ciblage de la problématique et Cadre théorique de l'étude

PARAGRAPHE 1 : Ciblage de la problématique

PARAGRAPHE 2 : Cadre théorique de l'étude

SECTION 2 : Cadre méthodologique de l'étude

PARAGRAPHE 1 : Dimension empirique

PARAGRAPHE 2 : Dimension théorique

CHAPITRE 3^{ème} : ENQUETES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES, SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE

SECTION 1 : Organisation des enquêtes à l'établissement du diagnostic

PARAGRAPHE 1 : Organisation des enquêtes

PARAGRAPHE 2 : Etablissement du diagnostic de l'étu

SECTION 2 : Approches de solution et Conditions de mise en œuvre

PARAGRAPHE 1 : Approches de solutions

PARAGRAPHE 2 : Conditions de mise en œuvre des approches de solutions

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

La réduction de certains maux voire du taux de mortalité fait partie des priorités politiques et économiques qu'un Etat se fixe afin de pourvoir à certains besoins sanitaires. C'est d'ailleurs dans cette perspective que s'inscrivent les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) fixés par l'Organisation des Nations Unies (ONU) et qui obligent tout Etat à œuvrer pour qu'à l'horizon 2015, des avancées soient accomplies afin de faciliter, entre autre, l'accès des populations aux soins de qualité.

Dans cette logique, aucun pays ne veut rester en marge du grand rendez-vous de 2015. A l'instar de plusieurs Etats de l'Afrique de l'Ouest, le Bénin, à travers le Ministère de la Santé, a élaboré, d'ores et déjà, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) afin de répondre aux exigences contenues dans les OMD. Cependant, s'il est vrai que le système sanitaire béninois souffre d'un problème de financement de ses projets, il n'est pas aussi moins vrai que les maux qui minent nos hôpitaux sont non seulement de la responsabilité professionnelle du personnel sanitaire (Médecins, Infirmiers et autres...) mais également de la défaillance des outils de gestion mis en place.

Dans ce cadre, les Instructions Nationales de Gestion des Formations Sanitaires (INGFS) dans leurs dispositions générales rassemblent les règles comptables et budgétaires applicables à toutes les Formations Sanitaires publiques.

Créé par arrêté n°10/MSP/DST2 du 19 Janvier 1959, le Centre Hospitalier Départemental du Borgou, qui nous a accueilli, n'échappe pas à ces dispositions qui, dans leur ensemble, font obligation entre autres à tout établissement hospitalier, de mettre en place des outils appropriés de gestion budgétaire.

S'inscrivant dans cette logique, le CHD/BA élabore et exécute chaque année un budget équilibré en recettes et en dépenses.

Mais malheureusement, il ressort de nos observations que la gestion budgétaire, telle que pratiquée au CHD/BA présente des défaillances qui ne permettent pas aux populations des départements du Borgou et de l'Alibori, de bénéficier des soins de qualité et au bon moment. Il s'agit entre autres :

- des dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres ;
- de la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget ;
- et de l'insuffisance du suivi budgétaire.

Au regard des insuffisances sus citées, nous avons estimé qu'il faille, à partir d'une recherche action, mener une étude sur la problématique de la pratique budgétaire au CHD/B : état des lieux et perspectives. Cette étude, qui nous a permis de proposer quelques perspectives d'amélioration de la pratique budgétaire au CHD/B, a été conduite à travers trois chapitres.

Dans un premier chapitre, nous présentons le cadre de réalisation de l'étude et la restitution des observations de stage.

Dans le second chapitre, il sera question du ciblage de la problématique et du choix du cadre théorique et méthodologique pour l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD/Borgou.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous abordons les enquêtes de vérification des hypothèses, les approches de solution et les conditions de leur mise en œuvre.

CHAPITRE PREMIER :
CADRE DE REALISATION DE L'ETUDE ET
RESTITUTION DES OBSERVATIONS DE STAGE

Dans ce chapitre, nous présentons dans un premier temps, le cadre de réalisation de l'étude (section 1) et faisons part de nos observations de stage dans un deuxième temps (section 2).

Section 1 : Présentation du cadre de l'étude.

Le Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B) est l'Institution Sanitaire où s'est déroulé notre stage. Dans cette section, nous procédons dans un premier paragraphe, à sa présentation à travers son historique, ses objectifs, ses missions et dans un second paragraphe, à la présentation de ses activités et de son système organisationnel.

Paragraphe 1 : Historique et Missions du CHD-Borgou

Cette rubrique relate l'histoire du CHD-B ainsi que ses missions.

I- Historique




Créé en 1959 sous le statut de « Poste d'Assistance Médicale de la Circonscription de Parakou (PAMCP) » par arrêté N° 10/MSP/DST2 du 19 janvier 1959, portant création de l'Ambulance territoriale, le CHD/B a connu des changements de statut. Du poste d'assistance médicale, il est devenu successivement « Hôpital de Parakou » et « Centre Hospitalier provincial du Borgou » en 1985. Depuis 1990, cette structure est devenue « Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD/B) » par décret N°90-347 du 14 novembre 1990, portant statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées (CHDFSAs).

Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, le CHD-B à l'instar des autres Centres Hospitaliers Départementaux, est une structure de soins de deuxième référence pour les formations sanitaires périphériques. Il a été dirigé successivement par des militaires colons, des médecins militaires et des

administrateurs béninois et fait partie actuellement de l'espace hospitalo-universitaire du Bénin.

II- Missions du CHD-Borgou

Elles sont au nombre de trois à savoir :

-  la mission de prestation de Soins
-  la mission de Formation/Enseignement,
-  la mission de Recherche.

1. Mission médicale

C'est la mission première des hôpitaux. Elle se traduit par l'offre et la dispensation des soins de qualité aux populations des départements du Borgou et de l'Alibori.

2. Mission de formation

Elle se résume en la formation initiale et continue du personnel médical et des cadres supérieurs de la santé en vue du renforcement de leur capacité.

Aussi, participe-t-il à la formation pratique des étudiants de l'Ecole de médecine et des élèves de l'Ecole de Formation Médico-sociale (EFMS).

3. Mission de recherche

Le CHD/Borgou assure la recherche en liaison avec l'Ecole de médecine ainsi qu'avec d'autres entités de l'Université de Parakou.

En effet, toutes ces missions sont rendues possibles grâce à un certain nombre d'organes et services jouant chacun son rôle en vue de l'atteinte des objectifs du centre.

PARAGRAPHE 2: Activités, Ressources et Structure organisationnelle du CHD-Borgou

Ce paragraphe présente d'abord les activités et les ressources ensuite la structure organisationnelle du CHD-B.

I- Activités et Ressources

A) Les Activités

Selon le décret N°2006-396 du 31 Juillet 2006, portant attribution, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé, et avec l'avènement de l'Ecole de Médecine de l'Université de Parakou en Septembre 2001, le CHD-B est devenu un Centre Hospitalier Universitaire.

A ce titre il doit assurer en plus de ses activités de prestations de soins deux nouvelles activités à savoir : l'encadrement des étudiants et la recherche scientifique.

Ces activités se développent en ces points :

- l'amélioration de la qualité des prestations de soins et de services
- la formation de personnel qualifié compétent et compétitif
- le service de cadre pour une recherche appliquée
- la prise en charge des PV VIH
- la vente des produits pharmaceutiques de première nécessité

B) Les Ressources

Il s'agit des ressources humaines, matérielles et financières.

1. Les Ressources humaines

En matière de ressources humaines, le CHD/B dispose d'un personnel de quatre cent trente-quatre (434) agents à la date du 31 octobre 2013. Ce personnel est composé d'agents de statuts différents et de qualifications diverses.

❖ Classification suivant le statut

On distingue : les Agents Permanents de l'Etat (APE), les Agents Contractuels de l'Etat (ACE), les Agents Contractuels recrutés sur fonds propres de l'hôpital, et les Agents des Collectivités locales qui émargent au budget de la Mairie de Parakou répartis comme suit:

Tableau n°1: Répartition du personnel par statut

STATUT	APE	ACE	C/CHD	COLLECTIVITE	Total
NOMBRE	89	221	123	1	434

SOURCE : Service du personnel du CHD/B, octobre 2013

❖ Classification suivant la qualification

Le personnel du CHD/B comprend des:

- cadres administratifs ;
- agents administratifs de soutien ;
- agents médico-techniques composés de : Médecins spécialistes, Médecins généralistes, Techniciens Supérieurs de Laboratoire et de Radiologie, nutritionnistes, Sages-femmes, infirmiers, des agents d'entretien et de restauration et des agents de maintenance ; etc.

La répartition se présente comme suit :

Tableau n°2 : Répartition du personnel CHD/B par qualification

QUALIFICATION	MEDECINS	PARAMEDICAUX	ADMINISTRATIFS ET AUTRES
NOMBRE	31	252	151
TOTAL	434		

SOURCE : Service du personnel du CHD/B, octobre 2013

2. Les ressources matérielles

Pour son fonctionnement, le CHD/B dispose de plusieurs catégories de ressources matérielles à savoir : les lits, les matériels roulants, les matériels médico-techniques et autres :

❖ Les lits

Le nombre de lits fonctionnels au 31 décembre 2012 est de 180 et répartis dans les six services d'hospitalisation qui sont : maternité (45 lits), pédiatrie (54 lits), chirurgie (31 lits), réanimation (13 lits), médecine (27 lits), psychiatrie (10 lits).

❖ Les matériels roulants

Le parc automobile du Centre Hospitalier Départemental du Borgou renferme six véhicules dont trois sont fonctionnels. La source de financement de ces matériels roulants est diversifiée et se présente comme suit: l'Ambassade d'Allemagne, la société de téléphonie mobile MTN, UNICEF, et certains ONG.

Le nombre fonctionnel d'engin à deux roues est de quatre(04) provenant de diverses origines ainsi qu'il suit : Ministère de la santé (1 moto), Programme de lutte contre la tuberculose (1 moto), Programme National de lutte contre le Sida (2 motos).

Aussi, le CHD/B dispose-t-il de divers matériels tels que : les matériels médico-techniques, les matériels de bureau et autres.

En ce qui concerne les immobilisations, certains bâtiments notamment ceux abritant les services médico-techniques, ont été réhabilités et équipés par le projet Santé II BAD en 2000. (Source: Rapport d'inventaire Général des Immobilisations et Matériels Médico-Techniques CHD/B, 2012).

3. Les Ressources financières

Les ressources financières du CHD/B proviennent :

- des fonds propres de l'hôpital ;
- des subventions de l'Etat ;
- des apports des collectivités locales ;
- des appuis des partenaires au développement ;
- et des appuis des ONG.

Le budget exercice 2013 s'élève à 1 960 304 199 Francs CFA et est réparti comme suit : budget de fonctionnement (1 812 154 199), budget d'investissement (148 150 000). Source: Budget du CHD/B exercice 2013.

Il est financé à hauteur de 1 017 944 392 Francs CFA sur les fonds propres de l'hôpital, à 645 280 684 par l'Etat, à 7 179 123 par les Partenaires Techniques et Financiers, à 141 750 000 par autres produits d'exploitation.

II- Structure organisationnelle

Au terme du décret n°90-347 du 14 novembre 1990, portant statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées, le CHD/Borgou dispose de plusieurs organes et services (organigramme en Annexe 1).

A) Les Organes

Il s'agit : du Conseil d'Administration, de la Direction, du Comité de Direction, de la Commission Médicale Consultative, de la Commission d'Hygiène et de Sécurité, et de la Surveillance Générale.

1- Le Conseil d'Administration et la Direction

❖ Le Conseil d'Administration (CA)

Il est l'organe de décision investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom du centre dans la limite de l'objet social. Le CA se prononce sur la politique générale du centre, élaborée par la direction ainsi que sur le budget. Il approuve les comptes de gestion et les états financiers en fin d'exercice puis rend compte à l'autorité de tutelle. Tout en déléguant une partie de ses pouvoirs au Directeur qui doit lui rendre compte de sa gestion, le CA se réunit en session ordinaire au minimum deux fois par an. A ce titre, il examine et approuve au début de chaque année :

- les comptes et le bilan de l'exercice écoulé ;
- l'étude prévisionnelle du budget et les perspectives d'activités de la formation sanitaire pour l'exercice à venir.

Il contrôle périodiquement la gestion financière et celle des médicaments essentiels et exerce toute action judiciaire, tant en demande qu'en défense. Le Conseil d'Administration est présidé par le représentant du Ministère de la santé et est composé de plusieurs autres membres¹.

Les membres du CA sont nommés par décret sur proposition des Ministres qu'ils représentent.

❖ La Direction

¹Les autres membres sont: le Directeur départemental de la Santé, le Directeur du CHD-B, le Receveur des Finances, Le Représentant du Préfet des Département du Borgou et de l'Alibori, le Directeur départemental du Travail, le Directeur départemental du Plan et de la Statistique, le représentant du Ministre de la Justice, le Président de la Commission Médicale Consultative, deux Représentants du personnel du CHD-B, un Représentant des Partenaires au développement et un représentant des Guérisseurs Traditionnels.

La gestion de l'hôpital est assurée par un directeur qui exécute les décisions prises par le CA à qui il rend compte et qui le contrôle. Le Directeur est l'ordonnateur du budget du centre et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses. Il représente l'établissement en justice.

Le Directeur est assisté des collaborateurs dont notamment le Chef du Service des Affaires Administratives et Economiques (C/SAAE), le Chef du Service des Affaires Financières (C/SAF), le Chef des Services Médicaux et Techniques, le Surveillant Général.

2- Le Comité de Direction (CODIR)

C'est un organe consultatif obligatoire, présidé par le directeur du centre. Il examine toutes les questions relatives : à l'organisation générale du travail, aux statuts du personnel, à l'élaboration du budget et à la politique générale de l'hôpital dans les services. Le CODIR tient une réunion ordinaire par mois mais peut se réunir en séances extraordinaires. Il statue sur toutes les affaires que la direction lui soumet concernant le fonctionnement de l'hôpital.

3- Les Commissions

Il s'agit de la Commission Médicale Consultative et celle d'Hygiène et de Sécurité

❖ La Commission Médicale Consultative (CMC)

Elle est consultée sur les principales affaires concernant la gestion médicale et technique du centre, notamment les activités de santé, l'organisation, le fonctionnement, la répartition des services médicaux et médico-techniques. Elle examine les questions relatives :

- à l'hygiène ;
- à la salubrité ;

- au fonctionnement médical et technique du Centre Hospitalier Départemental.

La CMC se réunit en séance ordinaire une fois par trimestre mais peut se réunir en séance extraordinaire en cas de nécessité.

❖ **La Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS)**

La Commission d'Hygiène et de Sécurité est un organe technique de contrôle et de gestion en matière d'hygiène et de sécurité. Elle donne à ce titre son avis sur les questions d'hygiène, de sécurité, de salubrité, d'installations techniques des services et de régimes alimentaires des malades, de même que sur toutes actions visant à améliorer les conditions de travail dans le centre. Elle se réunit en session ordinaire une fois par trimestre.

❖ **La Surveillance Générale**

Dirigé par un surveillant Général (SG), il veille sur l'exécution des travaux de nettoyage et d'entretien des locaux, dans l'enceinte et aux abords immédiats de l'hôpital en vue de garantir sa propreté. Il veille aussi à la bonne tenue des toilettes et des sanitaires du centre par l'intermédiaire des sociétés prestataires ou par les agents d'entretien. Le SG est chargé de la sécurité des biens et des personnes et doit exécuter toutes autres tâches que la direction lui recommande.

B) Les services

Il s'agit des services médicaux et médico-techniques et des services administratifs.

1. Les services médicaux et médico-techniques

Les services médicaux généraux et les services médicaux de spécialité sont constitués des services de médecine, de pédiatrie, de maternité, de

chirurgie, des urgences, d'anesthésie et de réanimation, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, de néphrologie, de stomatologie, de psychiatrie.

Quant aux services médico-techniques, ils sont au nombre de quatre à savoir : les services de laboratoire, de radiologie, de pharmacie, de kinésithérapie et d'appareillage orthopédique.

2- Les services administratifs

Ils sont au nombre de deux à savoir :

❖ Le Service des Affaires Financières

Il est chargé notamment : de l'élaboration du budget, du recouvrement des recettes, du paiement des dépenses, des opérations de banques, de la tenue de la comptabilité générale et analytique.

Le service des Affaires Financières comporte les divisions ci-après :

- Comptabilité et Budget ;
- Recouvrement, suivi de recettes et opérations bancaires ;
- Informatique.

❖ Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE)

Il est sous la responsabilité d'un chef de service nommé par arrêté du ministre de la santé. Il est chargé entre autres de : la facturation des droits du CHD/B, la tenue de la comptabilité matière, la gestion des malades et des statistiques, la maintenance et l'entretien, la gestion de la régie d'avance. Le service regroupe les divisions suivantes : la division gestion administrative et du personnel, la division gestion des malades, statistiques et facturation, la division Maintenance et la division économat.

En somme, ce sont les deux services (SAAE et SAF) qui ont servi de cadre pour nos observations de stage.

SECTION 2: Etat des lieux et bilan des observations

Paragraphe1: Restitution de l'état des lieux

Cet exercice nous permet de restituer nos observations sur les mécanismes de fonctionnement du SAF et du SAAE.

I- Etat des lieux sur les activités du SAF

Composé de trois divisions prépondérantes à savoir la division comptabilité et budget, la division recouvrement et opérations bancaires et la division informatique, le SAF doit entre autres, œuvrer pour un meilleur recouvrement des créances afin de permettre au CHD-B de faire face aux dettes-fournisseurs, aux salaires et accessoires des agents contractuels et aux investissements.

A) Etat des lieux sur les activités de la Division

Comptabilité et Budget (DCB)

Rappelons au préalable que la comptabilité est un système d'organisation et de traitement de l'information financière permettant l'établissement des états financiers de synthèse en conformité avec les dispositions du droit comptable.

Quant au budget, il est l'expression chiffrée des objectifs d'un programme annuel d'actions, se traduisant en charges à couvrir et en ressources à mobiliser, à mettre en œuvre pour atteindre lesdits objectifs.

Nous ferons part de nos observations de la conduite de ces différentes tâches tout en relevant les forces et les faiblesses qui y découlent.

1. La tenue de la comptabilité

Il s'agit de produire à bonne date les données comptables et les états financiers (bilan, compte de résultat, Ta.Fi.R.E et état annexé) du centre. A cet effet, il doit être procédé d'une part, à la vérification de la régularité et la réalité des pièces comptables avant leur enregistrement et d'autre part, au rapprochement des pièces comptables avec le brouillard de caisse, avant de procéder au classement et à l'archivage dans des conditions de sécurité les pièces et documents comptables et tout ceci, afin de garantir la qualité des écritures comptables indispensables pour l'élaboration des états financiers et la production des documents techniques entrant dans le rapport annuel du centre.

Au CHD-B, nos observations nous ont permis de constater que les pièces comptables servent de base au déroulement des travaux d'élaboration des états financiers. Ces pièces sont enregistrées dans le logiciel de gestion comptable Perfecto. Ainsi, les états financiers sont établis sans grande difficulté à la clôture de l'exercice grâce à ce logiciel. Signalons que ce logiciel permet de constater ***l'existence d'un bon système d'établissement des états financiers***, réduisant ainsi la marge d'erreur.

Cependant, la lecture de la situation des dettes au service de la comptabilité du CHD-B donne ce qui suit:

Tableau n°3: Point des dettes du CHD-B au titre des années 2011, 2012 et 2013

Période	Fournisseurs/ Prestataires	Primes	CNSS	IPTS	Ristourne des Médecins	Frais de repas	Frais de mission	TOTAL
2005 à 2011	53 530 979	95 000	86 119 500	14 042 863	5 402 989	2 733 725	-	161 925 056
2012	109 332 774	-	25 352 371	5 315 802	27 184 912	3 470 000	356 500	171 012 359
2013	93 969 393	-	10 785 518	2 449 405	34 469 569	16 012 104	751 000	158 436 989
TOTAL	256 833 146	95 000	122 257 389	21 808 070	67 057 470	22 215 829	1 107 500	491 374 404

Source : service comptabilité du CHD/B, octobre 2013

Au regard des données de ce tableau, on se rend compte que le centre accumule des dettes énormes depuis 2005. De 161 925 056 FCFA entre 2005-2011, on est passé à 171 012 359 FCFA à 2012, soit une augmentation de 5,61% (base 2005-2011). Tout ceci nous permet de signaler comme constat, **l'accumulation des dettes importantes depuis 2005**. Par contre, de 171 012 359 FCFA en 2012, on est passé à 158 436 989 FCFA en 2013, soit une légère régression des dettes totales de 7,35% base 2012. Cependant, cette situation de régression d'ordre général n'est pas perçue sur certains aspects sensibles du centre. Il s'agit en réalité des dettes envers le personnel à travers les ristournes sur actes et consultations dues aux Médecins, les frais de repas et les frais de mission qui ont considérablement augmenté sur toute la période. De nos constats, il ressort que cette situation est due à **l'absence d'un dispositif d'apurement progressif des arriérés salariaux**.

2. Observations sur la gestion budgétaire

Cette activité se déroule en trois phases: l'élaboration, l'exécution et le suivi-évaluation du budget.

❖ *Elaboration du budget*

L'élaboration du budget du CHD-B est soumise à la procédure suivante:

- le lancement de la période budgétaire

Cette première étape est celle qui déclenche le processus en ce qui concerne les travaux budgétaires. A l'instar d'autres structures, le mois d'octobre est celui qui marque le début des préparatifs budgétaires de l'exercice à venir au CHD-B. Ainsi, tous les services sont appelés à déposer leurs budgets avant la seconde moitié du mois de novembre. Mais malheureusement, tous les budgets sectoriels ne parviennent pas à temps. Dans le but du respect des principes budgétaires, notamment celui de l'antériorité budgétaire la commission préparatoire du Budget du CHD/B se trouve parfois dans l'obligation de reconduire le budget encours pour les services qui notifient tardivement leur budget et ceux qui pour certaines raisons n'ont pu réagir à la demande d'expression des besoins. Tout ceci est dû à la ***défaillance de l'organisation mise en place avant le lancement des travaux budgétaire.*** Nous notons aussi ***l'absence de la Cellule de Contrôle de Gestion.***

- la mise en place de la commission de préparation du budget

C'est une commission mise en place par le Directeur, et chargée de la préparation du budget. Elle est composée :

- du Président : Chef Service des Affaires Financières (C/SAF) ;
- du Vice-président : Chef Service des Affaires Administratives et Economiques (C/SAAE) ;
- du Superviseur : le Directeur ;
- des Membres : Chef Division Comptabilité Budget (C/DCB), Chef Division Informatique (C/DI), Chef Division Economat (C/DE), Chef Division Gestion des Malades Statistiques et Facturation (C/DGMASF), Chef Section Budget (C/SB), Chef Section Comptabilité (C/SC), Chef Section Suivi Budgétaire (C/SSB), Opératrice de Saisie du SAF et la Secrétaire Particulière du Directeur.

Au cours de notre séjour, il est observé que cette commission est mise en place après concertation de divers acteurs de la gestion de l'hôpital. Ce qui nous

permet de noter **l'existence de concertation autour de la composition de la commission budgétaire.**

- l'élaboration de la lettre de cadrage

Après leur mise en place, les membres de la commission budgétaire doivent définir les grandes orientations autour desquelles se focaliseront les intentions de gestion. C'est un document qui rappelle les objectifs contenus dans la politique sanitaire du gouvernement portée par le ministère de la santé. Pour la plupart du temps, c'est le ministère à travers ses directions centrales, qui fixe le cadre budgétaire. Ainsi, la commission budgétaire essaie de posséder les orientations de la lettre de cadrage afin d'assurer la divulgation à tous les niveaux du centre.

- l'envoi des lettres pour des budgets sectoriels

Des lettres d'expression des besoins sont adressées aux différents services dépensiers et chargés des recettes, suivies du point des réalisations à fin septembre.

C'est donc sur cette base que la commission procède à l'élaboration du budget. Une fois élaborée, le budget et ses modifications en cours d'exercice sont votés par le Conseil d'Administration avant d'être soumis à l'approbation de l'autorité de tutelle dans le délai requis par la loi pour être exécutoire. De nos observations, nous avons noté que le but visé par l'envoi de la lettre d'expression des besoins n'est pas atteint. *Les intentions de besoins pour le compte des services ne sont pas objectifs du fait de la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget.*

- Organisation des Concertations budgétaires

Avant la clôture de la période budgétaire, tous les services devraient être conviés à une rencontre avec le C/SAF puis en présence du directeur, afin d'échanger sur les budgets sectoriels. L'objectif étant de voir dans quelle mesure et selon l'enveloppe financière, intégrer ou soustraire de commun

accord certaines rubriques budgétaires. C'est un exercice qui met souvent de temps lorsque les chefs services ne comprennent pas les priorités du centre. Mais la divulgation de la lettre d'orientation permet déjà d'atténuer ces difficultés. Force est de constater que les rencontres de concertation n'ont pu se tenir. Nous pouvons en déduire **l'absence de séances de concertations budgétaires.**

- ***La consolidation des budgets intermédiaires***

Elle fait suite à la concertation budgétaire et consiste en la compilation des budgets sectoriels afin de sortir le budget global du centre.

- ❖ **Exécution du budget**

Après approbation du budget par les organes compétents, le Directeur ordonne son exécution avec la collaboration du C/SAF sur les options suivantes :

- **Perception des recettes**

La phase administrative d'exécution du budget est effectuée par le Directeur qui constate les droits et les créances du CHD-B, liquide les recettes et émet les titres de recouvrement au C/SAF.

La phase comptable se fait par le recouvrement des recettes, au guichet du C/SAF qui adresse de façon journalière au Directeur un certificat de recette lui demandant d'émettre le titre de recette de la régulation. Tout ceci témoigne de la ***bonne circulation d'information de gestion entre le Directeur et le C/SAF.***

- **Exécution des dépenses.**

Elle s'effectue en deux phases à savoir : la phase administrative et la phase comptable.

La phase administrative se décline en trois étapes : l'engagement, la liquidation et le mandatement. Elle relève de la compétence du Directeur en principal et du C/SAAE par délégation.

Le mandatement est l'acte administratif consécutif à la liquidation, donnant ordre de paiement de la dépense et par conséquent, libération de la dette contractée par l'Etablissement.

La phase comptable quant à elle s'effectue par le paiement de la dépense. Le paiement est l'acte par lequel le CHD-B se libère définitivement de sa dette. Il est de la responsabilité du C/SAF sous l'autorité du Directeur. Il nous revient de préciser que les fonctions de Directeur, de C/SAAE et de C/SAF sont incompatibles. En d'autres termes, la même personne ne peut concentrer à la fois en ses seules mains, les attributions des trois responsables précités. Cette norme permet d'asseoir une bonne gestion des finances publiques. Nous signalons **l'existence de norme d'exécution des dépenses publiques.**

Par ailleurs, il est joint systématiquement aux dossiers d'engagement une fiche notifiant, pour une ligne budgétaire donnée, le crédit alloué, les engagements antérieurs, le crédit disponible et le montant de l'engagement. Nonobstant ce dispositif, nous avons noté des *dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres.*

❖ Le Suivi du budget

Cette activité permet de suivre périodiquement l'exécution du budget en termes financiers et physiques.

Dans le suivi financier, le centre se sert d'un canevas qui permet de comparer les réalisations aux prévisions afin de calculer le taux d'exécution et de dégager les écarts en vue de permettre à l'autorité de prendre les décisions qui s'imposent, en toute connaissance de causes.

Tableau n°4 : Extrait d'état des émissions de recettes au 31/12/2012

DESIGNATION	PREVISION	REALISATION	TAUX DE REALISATION
Hospitalisations	76 642 000	145 554 017	189,91%
Consultations	52 602 500	111 535 156	212,03%
Subventions versées par les organismes internationaux	14 500 000	1 000 000	6,90%

Source : Compte Administratif 2012 du CHD/B

Tableau n°5 : Extrait de la situation détaillée des engagements de dépenses exercice 2012

N°de Compte	DESIGNATION	PREVISION	REALISATION	TAUX
601111	Achats de produits pharmaceutiques	85 000 000	134 467 517	158,20%
601112	Achat de consommables médicaux	57 000 000	78 316 612	137,4%
604114	Achat de lait, produits laitier et sucrerie	6 000 000	15 712 895	261,88%
6041153	Achat de sel de cuisine	1 000 000	2 333 907	233,39%
604117	Achat de produits diététiques	200 000	0	0%
604138	Achat autres produits pharmaceutiques	2 500 000	202 285	8,09%
604147	Fournitures de dentisterie	1 000 000	0	0%
6041481	Fournitures et consommables de dialyse	33 000 000	5 705 600	17,29%
604151	Produits destinés à la lingerie	200 000	23 659	11,83%
60421	Bois	2 000 000	264 000	13,2%
6281	Frais de téléphone	2 000 000	7 016 502	350,83%
6373	Personnel occasionnel	1 500 000	7 354 000	490,27%
6386	Frais de photocopie, saisie et reliure	50 000	251 220	502,44%

Source : Compte Administratif 2012 du CHD/B

Tableau n°6 : Extrait du point des Réalisations des dépenses au 30 Septembre 2013

N°de Compte	DESIGNATION	PREVISION	REALISATION	TAUX
23	Bâtiments	30 000 000	1 742 175	5,81%
24112	Machines et mat hospi	40 000 000	127 650	0,32%
6041152	Légume condiments	5 500 000	412 400	7,5%
6041165	Achat céréales	300 000	240 000	80%
604145	Réactifs et fourniture D'imagerie	8 500 000	8 251 200	97,07%
604611	Habillement	1 800 000	1 608 051	89,34%
604612	Linge	1000 000	19 000	1,9%
604613	Matelas	1000 000	980 000	98%
Emballages perdus	1 500 0000	3 756 858	250,46%	
63244	Honoraire Commissaire au compte	1 500 000	2 475 000	165%
6373	Personnel occasionnel	3 500 000	4 155 000	118,71%

Source : Division Economat

Au lieu de suivre une périodicité bien définie, mensuelle ou trimestrielle, nous avons constaté que le suivi est intervenu en septembre, prenant l'allure d'un point d'exécution du budget. Cela nous permet de signaler **l'insuffisance du suivi budgétaire.**

Aussi, a-t-il été constaté que le suivi de l'exécution du budget du centre se limite aux aspects financiers ; le niveau d'atteinte des activités programmées n'est pas souvent établi. De nos observations, il ressort que les responsables se comportent ainsi pour le simple fait que le budget du centre est insuffisamment

financé. Il apparaît donc une allocation *insuffisante de ressources financières pour l'exécution du budget*.

B- Observations sur les activités de la Division Recouvrement et Opérations Bancaires (DROB)

Elle s'occupe du recouvrement des recettes liées aux prestations de soins offertes aux clients de l'hôpital et à la cession des médicaments. A cet effet, deux caisses sont ouvertes. Il s'agit de la «caisse pharmacie » et de la «caisse prestations». La caisse pharmacie assure l'encaissement des recettes issues de la vente des médicaments, des consommables et des carnets tandis que la caisse prestations est ouverte pour l'encaissement des recettes des consultations, des actes des hospitalisations et divers. Nous notons alors **la séparation des caisses de pharmacie et de prestations**. Les recettes au comptant sont en grande partie les frais payés par les particuliers à leur frais et la tranche du ticket modérateur des clients munis de prise en charge.

La DROB est composée de deux sections à savoir : la section contrôle et poursuite et la section opérations bancaires.

La section contrôle et poursuite est animée par cinq agents ; chargés de veiller au recouvrement des diverses créances du centre issues des engagements pris par certains patients se trouvant dans l'incapacité d'honorer l'entièreté de leur dette.

Les agents col vert relèvent aussi de cette section et sont positionnés dans les services médicaux pour recueillir les informations nécessaires sur les patients admis dans les différentes hospitalisations. Il procède au remplissage d'une fiche intitulé billet de lit ou billet d'admission du malade en trois feuillets et dont la couleur varie en fonction des services : bleu pour la médecine, jaune pour la pédiatrie, rose pour la maternité et vert pour les autres

services. Tout ceci témoigne de **la conception des outils de recouvrement optimal des créances.**

La première feuille est remplie et déposée à la section contrôle et poursuite pour enregistrement du malade. Quant aux deux autres feuillets, ils sont gardés par l'agent col vert jusqu'à la sortie où ils seront remplis par lui et le médecin-traitant. Ainsi, les différentes prestations offertes sont consignées par le médecin pour permettre à l'agent col vert de chiffrer la dette du patient. Ensuite cette fiche évaluative est remise au patient pour paiement au niveau des différentes caisses. La quittance à lui délivrée par le caissier est jointe à la fiche d'admission et retournée à l'agent col vert pour justifier la situation de ce malade.

Aussi, est-il à noter la mauvaise foi de certains patients qui, profitent du temps de repos des soignants, pour disparaître. L'entraide mutuelle entre les patients, consiste pour ceux qui sont en règle vis-à-vis des agents de recouvrement, à prendre les bagages des fraudeurs afin de leur faciliter la sortie. On enregistre *des évasions régulières des malades hospitalisés*. A côté de ces maux qui minent la caisse du centre, s'ajoute des actes *d'encaissement frauduleux de recettes par certains agents* de mauvaise foi.

Le point des engagements pris par les malades, au titre de 2013, s'élève à 1 500 700 francs CFA au 31 octobre 2013. Signalons que 785500 ont été recouvrés ; ce qui réduit les créances à 715 200 francs CFA. Nous saluons l'effort remarquable de la Section Contrôle et poursuite en matière de recouvrement des créances.

C) Observations sur les activités de la division informatique

Elle s'occupe du logiciel de gestion et fournit aux acteurs du centre hospitalier tous les outils informatiques de gestion. Notre séjour au CHD-B nous a permis de constater que la plupart des directions ou services de l'hôpital

sont informatisés. Ainsi, il y a un gain de temps dans le traitement des informations surtout lors de recoupement des budgets sectoriels reçus de certains services ou divisions de l'hôpital. On conclut à cet effet, **l'informatisation de la gestion de l'hôpital.**

II- Etat des lieux sur les activités du Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE)

La restitution de l'état des lieux sur le SAAE se fera au regard du fonctionnement de deux (02) de ces divisions que nous avons parcourues. Il s'agit de la division économat et de la division administrative et du personnel.

A) La Division Economat

Elle est chargée des approvisionnements, de la gestion de la régie d'avance, de la comptabilité budgétaire, de l'établissement du compte administratif et de la gestion des unités auxiliaires. Dans son rôle de chargé d'approvisionnement, elle met en œuvre la procédure d'acquisition des biens au CHD-B qui varie selon l'origine des ressources affectées à l'achat.

Lorsque l'achat est engagé à partir des ressources propres de l'hôpital, deux procédures sont utilisées: la procédure normale et la procédure exceptionnelle.

✓ la procédure normale

La procédure normale passe par quatre étapes regroupées en deux phases : une phase administrative (engagement, liquidation et mandatement) exercée par le Directeur et le C/SAAE et une phase comptable (paiement) exercée par le C/SAF.

L'engagement des dépenses est l'acte initial de la procédure d'exécution des dépenses publiques. Il est la décision prise par l'autorité qui a

qualité de prélever une partie des crédits budgétaires en accomplissant un acte qui entraîne une dette à la charge de l'Etablissement.

La liquidation quant à elle, a pour but de vérifier la réalité de la dette et d'arrêter le montant exact de la dépense. Elle passe par la constatation du service fait.

Pour terminer la phase administrative, le chef division économat établit un mandat de paiement de la dépense avec la mention de toutes les références des pièces justificatives de la dépense qui sont: la facture, le bordereau de livraison, le bon de commande et le procès verbal de réception.

La phase comptable quant à elle, a un aspect juridique et un aspect purement comptable. L'aspect juridique du paiement consiste en la vérification de l'exactitude des montants des pièces comptables et la régularité de l'opération. L'aspect comptable est le règlement effectif du créancier par chèque ou par virement bancaire. Il a lieu au niveau du receveur des finances ou du C/SAF pour les dépenses exécutées respectivement sur budget national et sur fonds propres de l'hôpital.

✓ **La procédure exceptionnelle**

Certains biens sont acquis par régie d'avance en cas de besoins urgents et pour un montant ne pouvant excéder 20 000 francs CFA. Ces biens sont souvent immédiatement mis en consommation sans stockage préalable. De nos observations de stage, il nous est revenu de constater que cette *procédure est abusivement utilisée au sein de l'hôpital* surtout que les biens acquis par ce biais ne font pas objet de stockage avant leur utilisation.

Pour les biens ayant subi la procédure normale, ils sont enregistrés dans le logiciel de gestion sur la base de document, constitué du bon de commande, du bordereau de livraison et du procès verbal de réception, reçu du magasin à l'issue de la réception. En effet, la section comptabilité matière participe

obligatoirement à la réception des fournitures et des travaux afin de s'assurer de leurs conformités au bon de commande et les constats de la réalité. En plus des membres de l'équipe de réception, un technicien est sollicité pour donner son avis technique sur la qualité des produits avant leur réception. **Nous pouvons conclure que des mesures sont prises pour s'assurer de la qualité réelle des livraisons.**

Cependant, certains services se plaignent parfois *de la rupture fréquente de certains produits au magasin*; toute chose qui selon eux, empêchent le fonctionnement régulier des services.

En fin d'année, **l'inventaire périodique du patrimoine du centre se fait** par une équipe mise sur pieds à cet effet par les autorités.

B) Division Gestion Administrative et du Personnel

Elle est composée de deux sections: la section Gestion du Personnel et la section Gestion Administrative.

✓ La section Gestion du Personnel

Elle s'occupe de la gestion des carrières des agents et des mouvements du personnel. La gestion des carrières passe entre autres par la formation des salariés et par la mise en place d'une procédure de promotion permettant aux salariés de progresser dans l'entreprise. La carrière d'un agent a un début matérialisé par son recrutement et une fin qui se traduit par sa cessation d'activité.

Au CHD-B, **le dossier individuel de chaque agent est tenu à jour** afin de mieux gérer sa carrière. Aussi, pour un meilleur rendement du travail, il est élaboré un plan de formation continue en collaboration avec les différents responsables. Ce plan contient les besoins de formations exprimés par les différents services au début de chaque année. Ainsi, nous signalons **l'existence d'un plan de formation du personnel**. Cependant, il ressort de nos

observations que la politique de formation telle que prévue n'est pas respectée. Les critères de sélection pour l'envoi en formation sont plus subjectifs qu'objectifs et ainsi, les résultats escomptés ne sont plus obtenus. On conclut alors, ***au non respect du plan de formation du personnel.***

✓ **La section Gestion Administrative**

Elle s'occupe de la gestion administrative. A ce titre, elle initie les projets de correspondances. Cette division supervise et contrôle sous la responsabilité du C/SAAE, l'application des procédures légales et des règlements internes d'administration du personnel.

La division gestion administrative et du personnel est animée par un chef division qui, cumulativement avec ses fonctions, joue le rôle des deux chefs sections que comporte la division. Il est assisté dans ses tâches par un agent. Cependant, les textes prévoient, outre le poste de chef division, deux sections et un secrétariat. Mais du fait du ***manque de personnels qualifiés***, les activités ne sont pas exécutées comme cela se doit au niveau de cette division ; toute chose qui ne permet pas un meilleur rendement du service.

Par ailleurs les efforts fournis par ce personnel réduit ne sont pas appréciés à sa juste valeur. Ils travaillent de jour comme de nuit avec un effectif réduit sans être motivés conséquemment. Il en ressort ***un manque de motivation.***

Paragraphe 2 : Inventaire des éléments d'état des lieux

Il est question dans ce paragraphe de faire un bilan des observations faites sur les activités du SAF et de SAAE. Il s'agit d'inventorier d'une part, les atouts et d'autre part, les problèmes.

I- Inventaire des atouts

De la réalisation de l'état des lieux, onze atouts ont été dégagés. Il s'agit de:

- ✓ existence d'un bon système d'établissement des états financiers ;
- ✓ existence de concertation autour de la composition de la commission budgétaire ;
- ✓ bonne circulation d'information de gestion entre le Directeur et le Comptable ;
- ✓ existence de norme d'exécution des dépenses publiques;
- ✓ séparation des caisses de pharmacie et de prestations ;
- ✓ conception des outils de recouvrement optimal des créances ;
- ✓ informatisation de la gestion de l'hôpital ;
- ✓ des mesures sont prises pour s'assurer de la qualité des livraisons ;
- ✓ inventaire périodique du patrimoine du centre ;
- ✓ tenu régulière du dossier individuel de chaque agent ;
- ✓ l'existence d'un plan de formation du personnel.

II- Inventaire des problèmes

A l'issue de nos observations, nous avons pu dégager seize (16) problèmes à savoir:

- ✓ accumulation d'importantes dettes depuis 2005 ;
- ✓ non mise en place d'un dispositif d'apurement progressif des arriérés salariaux ;

- ✓ défaillance dans l'organisation mise en place avant le lancement des travaux budgétaires ;
- ✓ faible implication des services dans l'élaboration de leur budget ;
- ✓ absence de séance de concertations budgétaires ;
- ✓ dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres ;
- ✓ insuffisance du suivi budgétaire ;
- ✓ insuffisance de ressources financières pour l'exécution du budget ;
- ✓ évasions régulières des malades hospitalisés ;
- ✓ encaissement frauduleux de recettes par certains agents ;
- ✓ utilisation abusive de la procédure exceptionnelle ;
- ✓ ruptures fréquentes de certains produits au magasin ;
- ✓ non respect du plan de formation du personnel ;
- ✓ manque de personnels qualifiés ;
- ✓ manque de motivation ;
- ✓ absence de la Cellule de Contrôle de Gestion.

CHAPITRE DEUXIEME :

**CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE ET
CHOIX DU CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE POUR
L'AMELIORATION DE LA PRATIQUE
BUDGETAIRE AU CHD-B**

Une fois les constats relevés, nous récupérerons l'inventaire des problèmes. Ceci nous permet à travers le présent chapitre, d'aborder le ciblage de la problématique, le cadre théorique de l'étude avant de choisir la méthodologie devant servir à l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD-B

SECTION 1 : Problématique et cadre théorique de l'étude

Dans cette section, nous procédons d'une part, au ciblage de la problématique devant faire l'objet de notre étude avant de fixer les objectifs, formuler les hypothèses et élaborer le tableau de bord de l'étude.

Paragraphe 1 : Ciblage de la problématique

Ce paragraphe nous permet de choisir au nombre des problématiques possibles, celle qui fera l'objet de notre étude. Ensuite, nous procédons à la détermination de la vision globale de résolution de la problématique.

I- Problématique de l'étude et formulation du sujet

A- Identification des problématiques possibles

Il s'agit pour nous ici de regrouper des problèmes relevés lors de l'état des lieux dans un tableau afin de dégager les problématiques possibles :

Tableau n°7: Récapitulation des problématiques possibles

N°	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	problématiques
1	Gestion des créances et des dettes au CHB-B	<ul style="list-style-type: none"> ✓ accumulation d'importantes dettes depuis 2005 ✓ non mise en place d'un dispositif d'apurement progressif des arriérés salariaux. ✓ évasions régulières des malades hospitalisés ✓ encaissement frauduleux de recettes par certains agents 	Gestion non efficace des créances et des dettes au CHD-B	Problématique de la gestion efficace des créances et des dettes au CHD-B
2	Pratique budgétaire au CHD-B	<ul style="list-style-type: none"> ✓ défaillance dans l'organisation mise en place avant le lancement des travaux budgétaires ; ✓ faible implication des services dans l'élaboration de leur budget ; ✓ insuffisance du suivi budgétaire ; ✓ allocation insuffisante de ressources financières pour l'exécution du budget ; ✓ dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres ; ✓ absence de concertations budgétaires. 	Défaillance dans la pratique budgétaire au CHD-B	Problématique d'amélioration de la pratique budgétaire au CHD-B
3	Gestion des approvisionnements au CHD-B	<ul style="list-style-type: none"> ✓ utilisation abusive de la procédure exceptionnelle au CHD-B ✓ rupture fréquente de certains produits au magasin 	Non optimisation de la gestion des approvisionnements	Problématique de la gestion optimale des approvisionnements
4	Gestion du personnel du centre hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ✓ non respect du plan de formation du personnel ✓ manque de personnels qualifiés ✓ un manque de motivation. 	Gestion non satisfaisante du personnel du CHD-B	Problématique de la gestion satisfaisante de personnel

***B- Choix de la problématique, formulation du sujet et
détermination de la vision globale de résolution***

A l'issue du regroupement des problèmes identifiés lors de l'état des lieux par centre d'intérêt, quatre (04) importantes problématiques ont été dégagées. Il s'agit de la :

- problématique de la gestion efficace des créances et des dettes au CHD-B;
- problématique d'amélioration de la pratique budgétaire au CHD-B;
- problématique de la gestion optimale des approvisionnements;
- problématique de la gestion satisfaisante de personnel.

Toutes ces problématiques sont d'une grande importance pour le centre. Toutefois, en ce qui concerne la problématique relative à la gestion efficace des créances, un voyage d'échange d'expérience avait été organisé au Centre Hospitalier Départemental du Zou et des Collines permettant de réorganiser la Division Recouvrement des Créances et Opérations Bancaires par la création d'une Section Contrôle et Poursuite qui a en charge de suivre les Agents colvert dans leurs activités et de veiller à l'encaissement des fonds issus des prestations et d'assurer le recouvrement effectif des créances de l'Etablissement sur ses débiteurs. Cette réorganisation a permis d'avoir des résultats encourageants. Ainsi la problématique de la gestion efficace des créances peut être éliminée.

Pour ce qui est de la problématique liée à la gestion optimal des approvisionnements, un mémoire l'a déjà abordé et nous pensons que, les approches de solution proposées, dès qu'elles seront élargies à tout le centre, permettront de résoudre ces problèmes rencontrés au cours de notre stage.

Quant à la problématique de la gestion satisfaisante de personnel, elle ne relève pas de notre domaine.

S'agissant de la problématique d'amélioration de la pratique budgétaire au CHD/B, elle retient notre attention. Le choix de ce thème est guidé à la fois par son caractère déterminant dans le fonctionnement de cet hôpital. Il dérive du problème général (PG) de défaillance dans la pratique budgétaire au CHD/B.

1- Formulation du sujet et Spécification de la Problématique

➤ Formulation du Sujet

Le sujet est libellé comme suit : Problématique de la pratique budgétaire au CHD/B : états des lieux et perspectives.

➤ Spécification de la problématique

La problématique d'amélioration de la pratique budgétaire au CHD-B est celle retenue. Les problèmes spécifiques liés à cette problématique sont :

- ✓ dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcés au niveau d'autres (PS1);
- ✓ faible implication des services dans l'élaboration de leur budget (PS2);
- ✓ insuffisance du suivi budgétaire (PS3).

2- Vision globale de résolution de la problématique

Il s'agit ici de préciser la vision globale pouvant permettre d'analyser et de résoudre les problèmes spécifiques et par conséquent le problème général identifié.

Rappelons que le problème général de notre étude est la défaillance dans la pratique budgétaire au CHD/B. La résolution de ce problème permettra d'élaborer des budgets réalistes.

Pour ce qui est du problème spécifique n°1 relatif aux dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres, les Gestionnaires de ressources financières doivent établir des prévisions réalistes des ressources et des charges, analyser et planifier correctement les flux financiers, de biens et de

services. L'analyse et la résolution de ce problème se feront à partir **d'une approche basée sur la rationalisation des prévisions budgétaires des ressources et des charges**

Quant au problème spécifique n°2 lié à la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget, l'appropriation de cette activité par les services permettra de disposer des besoins réels et prioritaires. L'analyse et la résolution de ce problème se feront à partir **d'une approche basée sur l'instauration d'un style performant de direction** en vue d'une meilleure appropriation du processus budgétaire par les services de l'hôpital.

Pour ce qui est du problème spécifique n°3 relatif à l'insuffisance du suivi budgétaire, la régularité du suivi budgétaire aura pour conséquence de prévenir les dépassements. L'analyse et la résolution de ce problème se feront à partir **d'une approche basée sur la planification de l'activité.**

Cette problématique dont nous venons d'exposer la vision globale de résolution va être abordée en suivant les étapes ci-après :

- ✓ définition des objectifs ;
- ✓ identification des causes supposées être à la base des problèmes spécifiques ;
- ✓ formulation des hypothèses ;
- ✓ construction du tableau de bord ;
- ✓ revue de littérature ;
- ✓ exposition de la méthodologie de recherche ;
- ✓ analyse des données (vérification des hypothèses)
- ✓ établissement du diagnostic ;
- ✓ approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.

PARAGRAPHE 2 : Cadre théorique de l'étude

Il s'agit de la formulation des objectifs, de la formulation des hypothèses et de la revue de littérature.

I- Formulation des objectifs, hypothèses de recherche et construction du tableau de bord

A- Formulation des objectifs

On distingue : l'Objectif Général et les Objectifs Spécifiques.

❖ Objectif Général

L'Objectif général de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD/B.

❖ Objectifs spécifiques

Ils se formulent en fonction des problèmes spécifiques et se présentent ainsi :

- **Objectif spécifique n°1**

L'Objectif spécifique n°1 est de suggérer des mesures en vue de l'élaboration de budget réaliste au CHD-B.

- **Objectif spécifique n°2**

L'Objectif spécifique n°2 est de déterminer les conditions d'une meilleure implication des services dans l'élaboration de leur budget.

- **Objectif spécifique n°3**

Il s'agit de proposer des actions en vue du renforcement du suivi budgétaire au CHD/B.

B- Formulation des Hypothèses de Recherche et Construction du Tableau de Bord

1- Causes et Hypothèses

❖ Causes et Hypothèse liées au PS1

Les causes supposées être à la base du problème de dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres sont :

- ✓ absence de concertations budgétaires ;
- ✓ non exploitation des tendances de consommations antérieures ;
- ✓ non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la Division Gestion des Malades, Statistiques et Facturation (DGMASF).

En ce qui concerne la cause liée à l'absence de concertations budgétaires, certes elle constitue une étape importante du processus budgétaire. Cependant, elle ne peut justifier ni les dépassements excessifs ni les faibles consommations prononcées des lignes budgétaire.

Aussi, la non exploitation des tendances de consommations antérieures ne peut justifier le PS1 car le point des réalisations jusqu'en Septembre et son extrapolation jusqu'en Décembre est pris en compte. Cette cause ne semble donc pas la plus plausible.

Quant à la cause relative à la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF, elle est d'importance capitale surtout quand on sait que toute décision doit être sous tendue par les statistiques. Elle participe d'une prévision réaliste des ressources et des charges budgétaires. Nous pensons que cette cause est la plus plausible.

L'hypothèse n°1 est ainsi formulée : la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF explique les dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres (**hypothèse n°1**).

❖ Causes et Hypothèse liée au PS2

Le problème spécifique n°2 est relatif à la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget. Trois causes plausibles sont identifiées à savoir :

- ✓ faible appropriation de l'activité par les services ;
- ✓ non satisfaction des besoins réels exprimés par les services par le passé ;
- ✓ management peu performant de l'administration

Par rapport à la cause relative à la faible appropriation de l'activité par les services, elle est un problème d'ordre général rencontré dans nos hôpitaux. En effet, les Médecins et les Para-médicaux considèrent la gestion budgétaire comme une activité des Gestionnaires, oubliant que les besoins sont identifiés à la base et portés à la connaissance des autorités de l'Etablissement, approche ascendante d'élaboration du budget. Cette cause ne saurait justifier le problème spécifique n°2 surtout lorsqu'on sait que malgré ce goulot d'étranglement, d'autres centres réussissent leur processus budgétaire avec une bonne collaboration avec Médecins.

Quant à la non satisfaction des besoins réels exprimés par les services par le passé, certes elle constitue, dans nos hôpitaux, la pierre d'achoppement. Les Médecins ne comprennent pas que les prévisions de charges ne peuvent se réaliser que si les ressources conséquentes pour les couvrir sont mobilisées en cours d'exercice. Cette cause ne nous paraît pas la plus plausible.

La cause liée au management peu performant de l'administration nous paraît plus objective, car la dynamique des services dépend du style managérial pratiqué par la Direction. Cette cause nous semble être la plus plausible.

L'hypothèse n°2 est ainsi formulée : la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget est due au management peu performant de l'administration (**hypothèse n°2**).

❖ Causes et Hypothèse liées au PS3

Le problème spécifique n°3 est lié à l'insuffisance du suivi budgétaire.

Trois causes sont identifiées à savoir :

- ✓ manque de compétences ;
- ✓ non élaboration d'outils appropriés de suivi ;
- ✓ non intégration de l'activité au PTA.

S'agissant du manque de compétences, il est vrai que la Section Budget existe seulement sur papier par manque de personnel. Cependant elle constitue une cause facile qui peut être résolue par l'affectation d'agents à ce poste au cours des mutations départementales ou nationales. Elle ne peut être retenue ici comme cause plausible dans le cadre de ce mémoire.

La deuxième cause est relative à la non élaboration d'outils appropriés de suivi; certes, d'autres outils peuvent être proposés pour un bon suivi budgétaire. Cependant avec les outils en place, l'activité pouvait être menée comme cela se doit pour atteindre les objectifs visés. Cette cause ne semble donc pas la plus plausible.

En ce qui concerne la troisième cause liée à la non intégration de l'activité au PTA, si l'activité avait été bien planifiée, toutes les conditions nécessaires pour un suivi budgétaire efficace auraient pu être réunies. Cette cause nous semble la plus plausible.

L'hypothèse n°3 est ainsi libellée : l'insuffisance du suivi budgétaire est due à la non intégration de l'activité au PTA (**hypothèse n°3**).

❖ Causes et Hypothèse liées au PG

Rappelons que les problèmes spécifiques sont les manifestations du problème général. Il nous paraît difficile de trouver une cause générique susceptible de prendre en compte toutes les causes spécifiques identifiées. Nous ne sommes donc pas en mesure de formuler une cause générale et une hypothèse générale.

2- Construction du Tableau de Bord

C'est un tableau récapitulatif de la problématique choisie, des problèmes spécifiques retenus, des causes supposées à l'origine des problèmes et des hypothèses exposées ci-dessus. Il se présente comme suit :

Tableau n°8 : Tableau de Bord de l'étude

Niveau d'Analyse	Problèmes	Objectifs	Causes	Hypothèses
Niveau Général	Défaillance dans la pratique budgétaire au CHD-B	Contribuer à l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD-B	-	-
Niveau Spécifique	1 <u>Problème Spécifique n°1</u> Dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcée au niveau d'autres.	<u>Objectif Spécifique n°1</u> Suggérer des mesures en vue de l'élaboration de budget réaliste au CHD-B	Non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF.	La non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF explique les dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations au niveau d'autres.
	2 <u>Problème Spécifique n°2</u> Faible implication des services dans l'élaboration de leur budget	<u>Objectif Spécifique n°2</u> Déterminer les conditions d'une meilleure implication des services dans l'élaboration de leur budget	Management peu performant de l'Administration.	La faible implication des services dans l'élaboration de leur budget est due au management peu performant de l'Administration
	3 <u>Problème Spécifique n°3</u> Insuffisance du suivi budgétaire	<u>Objectif Spécifique n°3</u> Proposer des actions en vue du renforcement du suivi budgétaire	Non intégration de l'activité au PTA.	L'insuffisance du suivi budgétaire est due à la non intégration de l'activité au PTA.

II- Revue de littérature

Il s'agit de l'état des connaissances acquises sur les problèmes identifiés. Ainsi, nous faisons, dans cette partie, le point des connaissances liées au problème général et aux problèmes spécifiques en résolution.

Rappelons que les approches théoriques retenues au niveau de la vision globale de résolution de la problématique sont :

- ✓ approche théorique basée sur la rationalisation des prévisions budgétaires ;
- ✓ approche basée sur l'instauration d'un management performant de direction.
- ✓ approche théorique basée sur la planification du suivi budgétaire.

A- Exposé des contributions antérieures sur le problème général de défaillance dans la pratique budgétaire

Selon LE PETIT Larousse illustré 2004, le mot défaillance se définit comme un défaut de fonctionnement, le fait de manquer à son rôle. C'est aussi une faiblesse brusque et momentanée. En Droit, c'est la non-exécution, au terme fixé, d'une clause ou d'un engagement. Dans le cadre de ce mémoire, le mot défaillance est pris dans le sens de défaut de fonctionnement noté dans le processus budgétaire ou système budgétaire.

Quant au processus, il est un enchaînement ordonné de faits ou d'événements, répondant à un certain schéma et aboutissant à un résultat.

B- Exposé des contributions antérieures sur les Problèmes spécifiques

1) Problème spécifique n°1 relatif au dépassement de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faible consommation au niveau d'autres

LAUZEL P. (1989) soutenait que la gestion budgétaire est la traduction des programmes d'activité en termes de budgets d'exploitation et la surveillance du degré de réalisation des prévisions correspondantes.

Selon NORBERT G. (1998 : 153), les budgets sont d'abord des plans d'action ; puis en second lieu, les budgets sont une analyse des performances, et troisièmement les budgets sont une des courroies de liaison qui enrichissent la réflexion stratégique de la connaissance du concret. En un mot, le budget doit être élaboré à partir d'un plan d'action.

Par ailleurs, l'élaboration du budget doit respecter les phases suivantes :

- ✓ **la réalisation des études préparatoires** qui partent d'une étude économique générale, analysant l'évolution de la conjoncture globale pour l'année à venir et son incidence sur l'entreprise (GERVAIS 2000 : 281);
- ✓ **l'établissement du pré-budget**, sur la base des données recueillies des études préparatoires et des estimations des services fonctionnels, le Service de Contrôle de Gestion va estimer par grandes masses, les résultats possibles pour l'année à venir (GERVAIS 2000 : 281) ;
- ✓ **la diffusion de la note d'orientation** : Pour permettre à tous les responsables de centre d'avoir la même vision de la philosophie de la Direction Générale, et d'éviter des voix discordantes, celle-ci leur adresse une note qui spécifie :
 - les objectifs généraux poursuivis par l'entreprise l'année à venir et éventuellement les objectifs spécifiques de chaque services ;

- les procédures budgétaires à respecter ;
 - le calendrier budgétaire. (LECLERE, 1994 : 19)
- ✓ **l'élaboration des budgets des services** : En fonction des grandes orientations définies par la Direction Générale, chaque composante est amenée à établir son propre budget. (CAROLINE S., 2001 : 23)
- ✓ **la consolidation** : cette phase est l'occasion pour le Contrôleur de Gestion de vérifier la cohérence interne des propositions des différents services ainsi que leur réalisme compte tenu des informations offertes sur l'environnement interne et externe de l'entreprise. Lorsque des déviations considérables sont relevées, le responsable est tenu de revoir sa copie ; (DIOP, 2004)
- ✓ **les arbitrages** : elles correspondent à une phase de négociation entre la Direction Générale et les responsables des centres lors de réunions ou de « comités budgétaires » afin d'aboutir à un accord sur les objectifs d'activités, de ressources, de charges et d'investissements retenus au niveau de chaque centre de responsabilité ; (GERARD N., 2001 : 36)
- ✓ **l'harmonisation des budgets des services** : les différents budgets établis de façon décentralisée ne constituent que des esquisses qui doivent être harmonisées ; (LECLERE, 1994 : 21)
- ✓ **l'établissement du budget définitif** : au terme des différentes négociations, les budgets fonctionnels sont arrêtés et consolidés. On obtient alors le budget de synthèse, prêt à être transmis au CA pour approbation ; (LECLERE, 1994 : 23)
- ✓ **l'adoption par le CA** : le budget validé est transmis aux membres du CA pour son adoption.

2) Problème Spécifique n°2 relatif à la faible implication des services dans la phase d'identification des besoins

Selon LAFLAMME M. et AKPAKI V., le management est « une démarche rationnelle par laquelle les ressources humaines, physiques et financières sont coordonnées vers la réalisation des buts poursuivis. Cette démarche se traduit suivant un processus qui consiste à planifier, organiser, diriger et contrôler les activités de façon à en tirer un rendement optimal, conformément à une philosophie axée sur la satisfaction des différents publics impliqués ».

Pour NAMARA R., « le management est en fin de compte le plus créateur de tous les arts. C'est l'art des arts, car c'est l'art d'organiser les talents ».

Le management opérationnel vise la gestion interne de l'entreprise, la gestion des processus propres à l'entreprise alors que le management stratégique concerne la gestion de l'environnement externe de l'organisation, la gestion du marché par la stratégie.

Le Contrôle de Gestion établit le lien entre management opérationnel et management stratégique en raison de son positionnement dans l'organisation.

Les différents types de management sont :

- ✓ le management directif ;
- ✓ le management persuasif ;
- ✓ le management participatif ;
- ✓ le management délégué.

Notons qu'il n'y en a pas de moins bon. Il s'agit de s'adapter à la situation, au groupe, aux individus... Il faut analyser avant tout le fonctionnement du groupe et choisir le style managérial qui s'y adapte le mieux, l'idéal étant d'arriver à un management « à la carte » en fonction des interlocuteurs.

Le management est caractérisé par :

- son identification à la performance d'un groupe : la recherche d'efficacité d'ensemble est une préoccupation de tous les instants ;
- des fonctions inter agissantes ;
- une évolution suivant un cycle connu : planifier, organiser, diriger et contrôler;
- la convergence de deux courants : rationalisation et humanisation de la gestion ;
- sa double identité : à la fois science et art ;
- une application universelle : partout où il y a des ressources à gérer partout où il y a des décisions à prendre et où il ya des activités à coordonner.

3) Problème Spécifique n°3 lié à l'insuffisance du suivi budgétaire

Bien que la planification ait fait l'objet ces derniers temps de grandes analyses par différents auteurs, il importe de préciser, la nature et la logique du PLAN afin de mieux comprendre ce concept.

Ainsi, considéré comme un élément essentiel dans le contexte de développement socio-économique, le plan peut être compris selon le Dictionnaire LAROUSSE, 2004 comme projet élaboré comportant une suite ordonnée d'opérations destinées à atteindre un but. D'une manière générale, un plan est constitué par l'ensemble des dispositions arrêtées en vue de l'exécution d'un projet. La notion de plan apparaît ainsi comme se définissant par deux éléments principaux à savoir :

- ✚ un projet c'est-à-dire un but que l'on propose d'atteindre ;
- ✚ et les dispositions arrêtées en vue d'atteindre ce but c'est-à-dire la fixation des moyens.

Planifier, c'est décider la nature des actions à entreprendre, la séquence de leur déroulement, les méthodes à employer et les moyens requis pour atteindre les objectifs.

Ainsi, la planification constitue-t-elle l'instrument administratif qui fournit une base rationnelle à la prise de décisions.

A la lumière de ce qui précède, la planification du suivi budgétaire aurait permis de prévoir tout ce qui est utile pour mener à bien cette activité à savoir les ressources temporelle, organisationnelle, informationnelles, humaines, matérielles et financières indispensables à la réalisation de l'objectif poursuivi qui est de surveiller l'exécution des opérations budgétaires de manière à résoudre par anticipation les écarts de consommation et de recouvrement de recettes sur les lignes budgétaires. C'est une activité qui évalue le niveau d'exécution du budget en cours d'exécution. Elle a lieu suivant une période mensuelle, trimestre ou semestrielle.

Section 2 : Cadre méthodologique de l'étude

Elle recouvre la dimension empirique et la dimension théorique.

Paragrahe1 : Dimension empirique

L'approche empirique est une méthode qui vise les observations et non les théories élaborées. Elle met en jeu la méthode d'enquête envisagée pour identifier les causes réelles se trouvant à la base des problèmes.

Il s'agit de la mise en relief des objectifs de la collecte des données, du cadre de l'enquête et de la population cible, de la nature de l'enquête, de l'échantillonnage, de la spécification des données à recueillir, de la conception des questionnaires, de la technique de dépouillement des données et de présentation des données.

I- Objectifs, cadre, nature de l'enquête et échantillonnage

A- Objectifs

L'enquête vise essentiellement à vérifier les différentes hypothèses formulées dans notre travail de recherche à partir des données mobilisées. Ainsi d'une manière spécifique, nos enquêtes permettront de savoir si :

- ✓ la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF explique les dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et les faibles consommations prononcées au niveau d'autres ;

- ✓ la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget est due au management peu performant de l'administration ;
- ✓ l'insuffisance du suivi budgétaire est due à la non intégration de l'activité au PTA.

B) Cadre et nature de l'enquête

L'enquête est interne à l'hôpital. Nos recherches sont faites à partir d'un questionnaire, comportant des questions ouvertes et fermées, conçues sur la base des problèmes spécifiques en résolution. Les questions posées lors de nos enquêtes ont servi à recueillir les informations pouvant nous permettre de connaître les vraies causes des différents problèmes spécifiques identifiés.

C) Echantillonnage

Vu l'effectif de notre population mère, constituée des agents du SAF et du SAAE, nous avons choisi de réaliser une enquête exhaustive. Sur ce, notre échantillon s'assimile à la totalité de la population mère, qui se chiffre à 120 agents.

II- Spécification des données à recueillir, conception de questionnaire, technique de dépouillement et de présentation des données

A-Spécification des données à recueillir et conception de questionnaire

1) Spécification des données à recueillir

Les données à recueillir sont liées :

- au dépassement excessif de consommation sur certaines lignes budgétaires et faible consommation prononcée au niveau d'autres ;
- à la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget;
- à l'insuffisance du suivi budgétaire.

2) Conception de questionnaire

Le questionnaire (annexe n°2) nous a permis de faire la collecte d'informations nécessaires.

Il a été conçu sur la base des problèmes spécifiques identifiées et renferme des questions fondamentales qui vont nous permettre de vérifier les hypothèses formulées.

B- Techniques de dépouillement et de présentation des données

1) Technique de dépouillement des données

Les données recueillies ont fait l'objet de dépouillement manuel. Quant à leur traitement, nous nous sommes servi d'un tableau Excel pour déterminer les pourcentages et faire des comparaisons.

2) Technique de présentation des données

Les résultats obtenus sont présentés à l'aide des méthodes de tris à plat et leur représentation graphique est faite sous forme de diagramme.

Paragraphe 2 : Dimension théorique

Nous abordons dans cette partie les normes et repères d'amélioration des problèmes spécifiques et les seuils de décision permettant de vérifier les hypothèses de l'étude.

I- Normes et repère d'amélioration liés au PS

A- Normes et repère d'amélioration liés au PS1

La prise en compte des éléments de l'environnement interne (statistiques, informations comptables et financiers) et externes (informations sur l'environnement du secteur) et utilisation des tendances de consommations antérieures constituent la norme d'élaboration des budgets réalistes.

B-Normes et repère d'amélioration liés au PS2

La faible implication des services dans l'élaboration de leur budget peut se résoudre par une meilleure appropriation de la gestion budgétaire et des outils de gestion.

C- Normes et repère d'amélioration liés au PS3

Les normes et repère de résolution de l'insuffisance du suivi budgétaire se rapportent à la planification de l'activité.

II- Seuils de décisions

Le seuil de décisions prendra en compte les données du questionnaire adressé aux responsables et au personnel du CHD/B.

A- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°1

La cause des dépassements de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations au niveau d'autres est celle qui va recueillir la plus forte fréquence relative après dépouillement des réponses aux questions. Ce seuil est la fréquence supérieure à $(100/4)$ soit 25%.

B- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°2

La cause réelle du problème spécifique n°2 est retenue par rapport à l'item qui va recueillir la fréquence relative supérieure à 33,33% $(100/3)$.

C- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°3

La cause à retenir en ce qui concerne le PS3 est celle qui aura la fréquence relative la plus forte.

CHAPITRE TROISIEME :

**ENQUETES DE VERIFICATION DES
HYPOTHESES, SOLUTIONS ET
CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE**

SECTION 1 : Organisation des enquêtes et établissement du diagnostic

Cette section est consacrée à l'organisation des enquêtes, à l'analyse des résultats et à l'établissement du diagnostic.

Paragraphe 1 : Organisation des enquêtes

I- Préparation, réalisation des enquêtes, difficultés et limites des données

A- Préparation et réalisation des enquêtes

Nous avons réalisé deux types d'enquête au cours de notre stage au CHD/B. L'une sur la base d'un questionnaire et l'autre à travers des entretiens directs avec les agents et responsables au niveau des services administratifs.

Rappelons que l'échantillon retenu pour la mobilisation des données est la totalité de la population mère soit cent vingt (120) agents.

L'enquête s'est déroulée avec quelques difficultés à la suite du questionnaire.

B- Difficultés et limites des données

1- Difficultés rencontrées

Le déroulement de l'enquête a connu quelques difficultés liées à l'indisponibilité de certaines personnes et la réticence de certains agents.

Il faut noter que ces difficultés ne sauraient avoir d'effet sur les données recueillies étant donné que les opinions des personnes impliquées dans la gestion budgétaire du CHD/B ont pu être recueillies.

Ainsi les réponses ont été obtenues par rapport au questionnaire.

2- Les limites des données

Certaines données recueillies comportent quelques limites liées à leur fiabilité. Cependant leur traitement a permis d'éliminer celles qui sont biaisées.

II- Présentation, analyse des résultats de l'enquête, vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

A- Présentation et analyse des résultats de l'enquête

Le point sur le questionnaire est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°9 : Point sur le questionnaire

Questionnaire	Nombre	Taux%
Distribué	120	100
Récupéré	100	83,33
Exploité	80	66,67

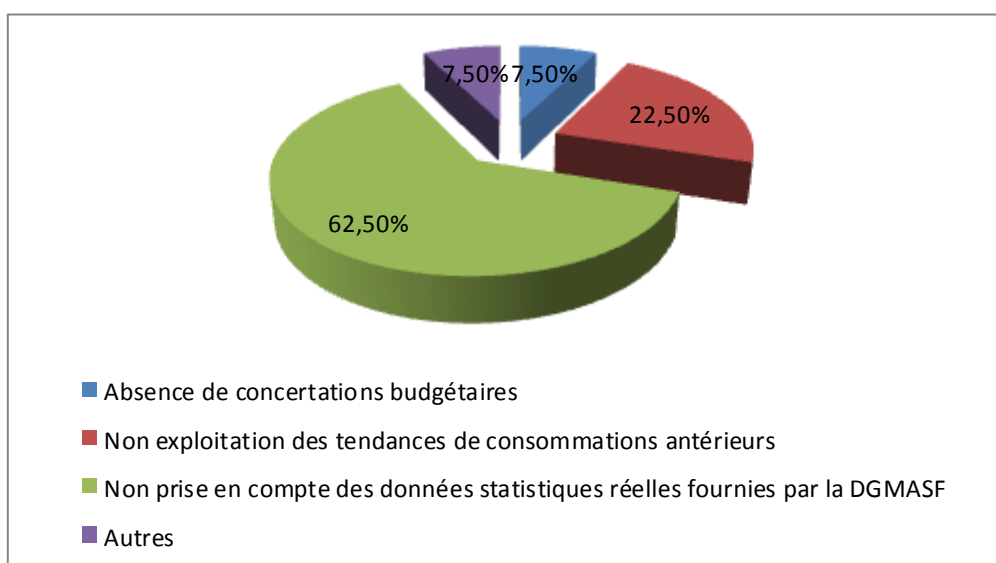
Source : Résultats des enquêtes

La présentation et l'analyse des résultats sont faites en tenant compte de chacun des problèmes spécifiques en résolution.

Sur cent vingt (120) exemplaires du questionnaire distribués, nous avons pu récupérer cent (100) compte tenu de la disponibilité de certains soit un taux de récupération de 83,33%. Sur les cent (100) copies récupérées, quatre vingt (80) ont été exploités soit un taux d'exploitation de 66,67%.

1- Présentation et analyse des résultats d'enquête par rapport au dépassement excessif de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faible consommation prononcée au niveau d'autres.

Graphique n°1 : Représentation des causes liées aux dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres



A la lecture du graphique n°1 relative aux causes des dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres, 7,5% des agents enquêtés ont retenu l'absence de concertations budgétaires; 22,5% ont déclaré la non exploitation des tendances de consommations antérieures, 62,5% ont estimé que ce problème est dû à la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF et 7,5% des enquêtés ont d'autres avis (**voir le tableau en annexe n°3**).

Par rapport au seuil de décision, il est à noter que toute proposition dont le poids sera de plus de 25% est retenue.

Après analyse des résultats, nous pouvons dire que la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF est à la base de ce problème avec un taux égal à 62,5%.

2- Présentation et analyse des résultats en ce qui concerne la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget.

Les résultats obtenus sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau n°10 : Point des résultats d'enquêtes sur le PS2

N°	Modalités	Effectifs	Fréquences
1	Faible appropriation de l'activité par les Services	24	30%
2	Non satisfaction des besoins réels exprimés par les services par le passé	16	20%
3	Management peu performant de l'administration	40	50%
TOTAL		80	100%

Source : Résultats des enquêtes

A la question de savoir ce qui explique la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget, 24 enquêtés soit 30% ont avancé comme cause la faible appropriation de l'activité par les services, 16 agent soit 20% ont évoqué la non satisfaction des besoins réels exprimés par les services par le passé et 40 soit 50% des enquêtés ont admis pour cause le management peu performant de l'administration (**voir la représentation graphique en annexe n°4 figure n°2**).

Le seuil de décision prévu pour la cause qui sera retenue dans le cas d'espèce est la fréquence relative supérieure à 33,33%.

Les résultats obtenus ont prouvé que la cause la plus admise est liée au management peu performant de l'administration avec un taux de 50%.

3- Présentation et analyse des résultats par rapport à l'insuffisance du suivi budgétaire.

Les résultats obtenus sont consignés dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°11 : Point des résultats d'enquêtes sur le PS3

N°	Modalités	Effectifs	Fréquences
1	Manque de compétences	20	25%
2	Non satisfaction des besoins réels exprimés par les services par le passé	18	22,5%
3	Non intégration de l'activité au PTA	34	42,5%
4	Autres	8	10%
TOTAL		80	100%

Source : Résultats des enquêtes

Quant à l'insuffisance du suivi budgétaire, 20 des enquêtés soit 25% estiment que le manque de compétences en est la cause, 18 soit 22,5% retiennent comme cause la non satisfaction des besoins réels exprimés par les services par le passé et 34 agents soit 42,5% retiennent par contre la non intégration de l'activité au PTA, 8 agents soit 10% des enquêtés ont d'autres avis (**voir la représentation graphique en annexe n°4 figure 3**).

En ce qui concerne le seuil de décisions, il est retenu que toute cause qui aura le plus fort taux d'avis sera retenue.

Après analyse des résultats obtenus, nous pouvons dire que la faible intégration de l'activité au PTA constitue la cause de l'insuffisance du suivi budgétaire avec un taux de 42,5%

B- Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Il s'agit d'apprécier le degré de validation des hypothèses à partir de l'analyse des résultats de l'enquête, afin d'établir le diagnostic.

1- Vérification des hypothèses

La vérification des hypothèses consiste à apprécier le degré de validité des hypothèses de l'étude.

➤ Vérification de l'hypothèse n°1

De l'analyse des résultats, la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF est à la base de ce problème avec un taux de 62,5%. Il ressort que l'hypothèse n°1 selon laquelle la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF explique les dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres est confirmée.

➤ Vérification de l'hypothèse n°2

Les résultats obtenus montrent que la cause la plus admise est liée au management peu performant avec un taux de 50%. Ce qui nous permet de conclure que l'hypothèse n°2 selon laquelle la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget est due au management peu performant de l'administration s'est avérée.

➤ Vérification de l'hypothèse n°3

Après analyse des résultats, la non intégration de l'activité au PTA est la cause la plus plausible avec un taux de 42,5%. L'hypothèse n°3 selon laquelle l'insuffisance du suivi budgétaire est due à la non intégration de l'activité au PTA est confirmée.

Paragraphe 2 : Etablissement du diagnostic de l'étude

Après la vérification des hypothèses, il est question d'établir le diagnostic associé à chaque hypothèse.

I- Elément de diagnostic lié au PS1 et PS2

A- Elément de diagnostic lié au PS1

Après la confirmation de l'hypothèse n°1 nous pouvons dire que la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF explique les dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres.

B-Elément de diagnostic lié au PS2

Suite à la confirmation de l'hypothèse n°2, la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget est due au management peu performant de l'administration.

II- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°3

De la confirmation de l'hypothèse n°3, il ressort que l'insuffisance du suivi budgétaire est due à la non intégration de l'activité au PTA.

Le diagnostic posé nous permet de savoir que les hypothèses formulées sont vérifiées. Ainsi les causes liées aux problèmes spécifiques sont évidentes.

Il convient de proposer des mesures correctives et des conditions de leur mise en œuvre.

Section 2 : Approche de solutions et Conditions de leur mise en œuvre

Le problème général de notre étude est la défaillance de la pratique budgétaire au CHD/Borgou.

L'objectif général poursuivi est de contribuer à l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD/Borgou.

Les objectifs spécifiques fixés sur la base des problèmes spécifiques nous ont conduit à des causes supposées, lesquelles causes supposées nous ont

permis de formuler des hypothèses. Ces hypothèses vérifiées, nous avons établi des diagnostics à partir desquels nous proposons des approches de solutions et des conditions de mise en œuvre.

Paragraphe 1: Approches de solutions

Apporter une solution à un problème, c'est proposer les conditions d'éradication des causes se trouvant à la base dudit problème, en tenant compte des objectifs fixés. Il sera question de proposer des solutions à chaque problème spécifique identifié.

I- Approches de solutions au PS1 et PS2

A- Approche de solutions au PS1

La résolution du problème de dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres, passe par la rationalisation des prévisions budgétaires. A cet effet nous suggérons de:

- ✓ renforcer les capacités des acteurs de la gestion afin d'élaborer des budgets réalistes, qui tiennent compte, des éléments de l'environnement interne (données statistiques, informations comptables et financières) et des éléments de l'environnement externe.
- ✓ Faire valider les données statistiques par le Service en charge des Statistiques à la Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori afin de constituer une base de données fiables.
- ✓ élaborer le budget à partir du Plan d'Action, des statistiques et des tendances de consommations antérieures.

B- Approches de solutions au PS2

La résolution du problème de faible implication des services dans l'élaboration de leur budget se fera à travers l'instauration d'un management performant de l'administration qui peut se traduire par la mise en place et le bon fonctionnement de la Cellule de Contrôle de Gestion, organe conseil, en position staff par rapport au Directeur, lui fournissant des informations internes indispensables pour une gestion participative et prévisionnelle et une gestion

budgétaire saine. Elle est un cadre approprié d'assistance des services pour l'élaboration de leur budget. Nous proposons par ailleurs:

- ✓ d'organiser des ateliers de sensibilisation et de formation des agents des services médicaux en vue, d'une part, de leur prise de conscience, et d'autre part, de la maîtrise des techniques de prévision des ressources et des charges ; tout ceci dans le but de les impliquer de façon active dans la détermination des budgets des centres d'activités;
- ✓ de mettre en œuvre la Gestion Budgétaire Axée sur les Résultats ;
- ✓ d'organiser des sessions budgétaires au cours desquelles les différents services procèdent à l'élaboration de leur budget sur la base des données internes et externes mises à leur disposition par l'Administration.

II- Approches de solutions au PS3

Dans le but d'assurer un suivi budgétaire efficace, nous proposons de :

- ✓ mettre en place le plan de trésorerie en vue d'un suivi budgétaire régulier tout au long de l'année et suivant une périodicité mensuelle (annexe n°5) et recourir au logiciel de suivi budgétaire comme par exemple la version TOTAL du logiciel Perfecto pour un meilleur suivi budgétaire;
- ✓ nommer un Responsable chargé du Suivi Budgétaire parmi les agents affectés au sein de la Division Comptabilité Budget et le former à l'utilisation des différents outils et logiciel de suivi budgétaire;
- ✓ prévoir et mettre à disposition de l'unité de suivi budgétaire, des moyens nécessaires pour l'atteinte de ses objectifs.

En outre, afin de mieux remplir cette fonction, nous souhaitons que cette unité soit rattachée à la Cellule de Contrôle de Gestion.

Paragraphe 2 : Conditions de mise œuvre des approches de solutions

Il est question de réunir un certain nombre de conditions pour rendre efficaces les solutions proposées. Ces conditions portent essentiellement sur des démarches administratives et techniques à mettre en exécution afin que les solutions ainsi proposées se réalisent dans l'intérêt supérieur du CHD-Borgou.

A cet effet, nous allons faire des recommandations d'une part, à l'endroit des Responsables du CHD-B et d'autre part, à l'endroit des autorités du Ministère de la Santé.

I- Recommandations à l'endroit des Responsables du CHD-Borgou

- Mettre en place une organisation capable d'impulser une nouvelle dynamique dans l'exécution des opérations budgétaires ;
- assurer la formation continue des acteurs de la gestion sur les techniques d'élaboration, d'exécution et de suivi du budget et inscrire cette dernière activité au PTA;
- évaluer le système de contrôle interne et opérer des contrôles en cours et en fin de gestion.
- évaluer périodiquement la performance du centre.

II- Recommandations à l'endroit des Autorités du Ministère de la Santé

- Rappeler, par arrêté ministériel, les rôles et attributions des Contrôleurs de Gestion et la nécessité de leur présence dans nos Hôpitaux et veiller à leur installation afin qu'ils jouent effectivement leur partition dans la réalisation des objectifs du centre ;
- anticiper, sur les conflits d'intérêt qui peuvent résulter de l'exercice des pouvoirs des Contrôleurs de Gestion en prévoyant par exemple au cabinet du Ministre, les primes et autres dotations relatives à leur fonctionnement afin de garantir leur autonomie et leur indépendance.

Tableau n°12 : Tableau de synthèse de l'étude (TSE)

Niveau d'Analyse		Problématique	Objectifs	Causes réelle	Eléments de Diagnostics	Solutions
Niveau Général		Défaillance dans la pratique budgétaire au CHD-B	Contribuer à l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD-B	-	-	-
Niveau Spécifique	1	<u>Problème Spécifique n°1</u> Dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres.	<u>Objectif Spécifique n°1</u> Suggérer des mesures en vue de l'élaboration de budget réaliste au CHD-B	Non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMAF.	La non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMAF explique les dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations au niveau d'autres.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les capacités des acteurs de la gestion afin d'élaborer des budgets réalistes qui tiennent compte des éléments de l'environnement interne (données statistiques et informations comptables et financières) et des éléments de l'environnement externe. ✓ Faire valider les données statistiques par le Service en charge des Statistiques à la Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori. ✓ Elaborer le budget à partir du Plan d'Action, des statistiques et des tendances de consommation antérieures.
	2	<u>Problème Spécifique n°2</u> Faible implication des services dans l'élaboration de leur budget	<u>Objectif Spécifique n°2</u> Déterminer les conditions d'une meilleure implication des services dans l'élaboration de leur budget	Management peu performant de l'Administration.	La faible implication des services dans l'élaboration de leur budget est due au management peu performant de l'Administration	<ul style="list-style-type: none"> ✓ instaurer un management performant qui peut aboutir à la mise en place et le bon fonctionnement de la Cellule de Contrôle de Gestion ; ✓ l'organiser des ateliers de

						<p>sensibilisation et de formation des agents des services médicaux en vue, d'une part, de leur prise de conscience, et d'autre part, de la maîtrise des techniques de prévision des ressources et des charges ; tout ceci dans le but de les impliquer de façon active dans la détermination des budgets des centres d'activités ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en œuvre la Gestion Budgétaire Axée sur les Résultats ; ✓ Organiser des sessions budgétaires au cours desquelles les différents services procèdent à l'élaboration de leur budget sur la base des données internes et externes mises à leur disposition par l'Administration.
3	<p><u>Problème Spécifique n°3</u> Insuffisance du suivi budgétaire</p>	<p><u>Objectif Spécifique n°3</u> Proposer des actions en vue du renforcement du suivi budgétaire</p>	<p>Non intégration de l'activité au PTA.</p>	<p>L'insuffisance du suivi budgétaire est due à la non intégration de l'activité au PTA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place le plan de trésorerie en vue d'un suivi budgétaire régulier tout au long de l'année et suivant une périodicité mensuelle (annexe n°5) et recourir au logiciel de suivi budgétaire comme par exemple la version TOTAL de Perfecto qui permet, en outre de gérer les stocks, les ressources humaines, les ressources financières, la caisse etc... ✓ Nommer un Responsable chargé 	

						<p>du Suivi Budgétaire parmi les agents affectés au sein de la Division Comptabilité Budget et le former à l'utilisation des différents outils et logiciel de suivi budgétaire;</p> <p>✓ Prévoir et mettre à disposition de l'unité de suivi budgétaire, des moyens nécessaires pour l'atteinte de ses objectifs.</p> <p>En outre, afin de mieux remplir cette fonction, nous souhaitons que cette unité soit rattachée à la Cellule de Contrôle de Gestion.</p>
--	--	--	--	--	--	--

CONCLUSION

L'amélioration de la pratique budgétaire est une nécessité pour les formations sanitaires en général et en l'occurrence pour le CHD-Borgou. En effet, les dysfonctionnements liés au dépassement excessif et faible consommation prononcées de certaines lignes budgétaires, à la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget et à l'insuffisance du suivi budgétaire sont des facteurs qui ont conduit à la défaillance de la pratique budgétaire au CHD-Borgou.

Par ailleurs, de la revue de littérature à la réalisation des enquêtes, la non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF, le management peu performant de l'Administration et la non intégration du suivi budgétaire au PTA sont à la base des problèmes spécifiques abordés dans le développement.

Ainsi, l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD-Borgou passe par le renforcement de capacité des acteurs de la gestion, la validation des données statistiques par la Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori, l'élaboration du budget à partir du plan de Travail Annuel avec la prise en compte des éléments de l'environnement interne et externe de l'hôpital, l'instauration d'un management performant à travers l'organisation d'ateliers de sensibilisation et de formation des agents en vue d'une meilleure appropriation du processus budgétaire, la tenue d'une session budgétaire au cours de laquelle, les responsables de chaque service procéderont à l'élaboration de leur budget eux-mêmes ; la mise en place du plan de trésorerie pour suivre, et ceci de façon mensuelle, la réalisation des activités tout au long de l'année ; le recours à la version « TOTAL » du logiciel PERFECTO pour un meilleur suivi budgétaire; la nomination et la formation d'un responsable chargé du suivi budgétaire et la prévision des moyens nécessaires pour son fonctionnement.

Cependant, il va falloir avant tout, pour les responsables du centre, d'une part, de mettre en place une organisation capable d'impulser une nouvelle dynamique dans l'exécution des travaux budgétaires, aussi bien pour les membres de la Commission Budgétaire que pour les différents chefs de services ; inscrire le suivi budgétaire au PTA ; assurer la formation continue des acteurs de la gestion sur les techniques d'élaboration, d'exécution et de suivi du budget ; évaluer le système de contrôle interne, organiser des

contrôles en cours et en fin de gestion et procéder périodiquement à l'évaluation de la performance du centre.

Il va falloir, d'autre part, pour le Ministère de la Santé, de rappeler par arrêté, les rôles et attributions des Contrôleurs de Gestion et la nécessité de leur présence dans les structures hospitalières et veiller à leur installation effective.

Il convient de prévoir, par ailleurs, les primes et dotations relatives au fonctionnement des Cellules de Contrôle de Gestion, au Cabinet du Ministre afin de garantir leur autonomie et leur indépendance.

Toutefois, le Ministère de la Santé pourrait envisager, à terme, l'élaboration et l'évaluation en cohorte, des budgets des Centres Hospitaliers Départementaux, pour l'aboutissement heureux et à bonne date du processus budgétaire.

BIBLIOGRAPHIE

A- OUVRAGES

- 1- CAROLINE S. (2003) : « Construire et Défendre son budget : Outils, méthodes et comportements », Paris : Dunod, P235.
- 2- LAUZEL P. (1989) : « Contrôle de Gestion et Budget »
- 3- LECLERE D. (1994) : «Gestion Budgétaire, Editions Eynolles », P161
- 4- DIOP P. Y. (2004) : « La pratique du contrôle budgétaire dans un Etablissement public National : cas de l'AGEFOP », P100.

B- MEMOIRES

- 1- ADEDAYO N. (2011) : « Contribution à l'amélioration de la mobilisation des ressources financières au CHD-OP ».
- 2- AITCHEOU L. (2011) : « Problématique de l'amélioration des outils de contrôle de gestion au CHD-OP ».
- 3- KOUASSI AKPINI L. (2004) CESAG : « Contribution à l'élaboration d'un Budget : Cas du Centre Hospitalier ABASS NDAO ».
- 4- NOUDJENOUME P. (2011) : « Contribution à l'efficacité de la gestion financière et comptable de l'Hôpital de Zone de SURU-LERE ».

C- TEXTES REGLEMENTAIRES

- 1- Décret n°90-347 du 14 Novembre 1990 portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et des Formations Sanitaires Assimilées.
- 2- Décret n°2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- 3- Arrêté n°1995- 903/MS/DC/DSAF/SAG du 19 avril 1995 portant arrêté d'application du décret portant approbation des statuts des CHD et Formations Sanitaires Assimilées ;
- 4- Règlement intérieur du CHD/Borgou ;

D- Rapports et référentiels

- 1- CHD-B : « Budgets exercices 2010, 2011, 2012 et 2013 » ;
- 2-CHD-B : « Comptes Administratifs 2010, 2011, 2012 et 2013 » ;
- 3- ENAM/UAC (2007) : « Référentiel des Mémoires 2^{ème} Edition » ;
- 4- CHD-B : « Rapport d'Activités 2012 ».

E- Cours non édités

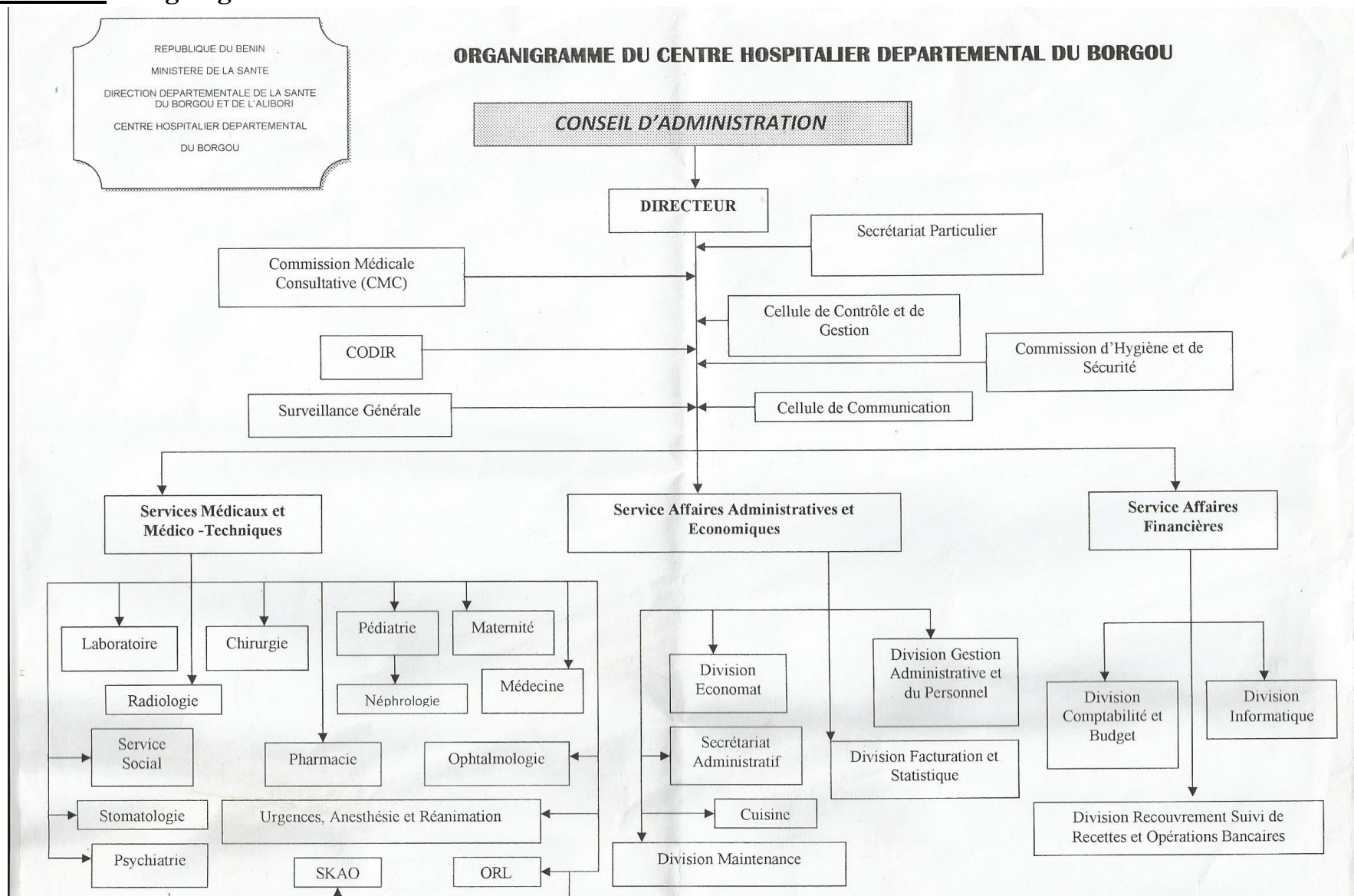
- 1- AHLOU S. (2013) : « Cours de méthodologie de la recherche cycle II » ;
- 2-DJOSSOU J. (2012) : « Cours de Pratique Budgétaire et Comptable » ENAM, AHUI ;
- 3- DJOSSOU J. (2013) : « Cours de Stratégie de Mobilisation des Ressources Financières » ENAM, AHUI ;
- 4- GOUDALO C. (2013) : « Cours d'Intendance des services de santé » ENAM, AHUI ;
- 5- MOUSSOU M. (2012) : « Cours de Gestion des services de santé » ENAM, AHUI ;
- 6- BEAKOU R. (2013) : « Cours d'Audit et Contrôle Interne » ENAM, AHUI ;
- 7- TCHIBOZO H. (2013) : « Cours de Management Stratégique : Cas des Services de Santé et de l'Education » ENAM, AHUI II Cycle2 ;

F- Sites web

- 1- <http://fr.Wikipedia.org>, consulté en novembre 2013
- 2- www.experts-comptables.fr, consulté en novembre 2013

ANNEXES

Annexe n°1 : Organigramme du CHD-B



Réalisé et soutenu par Maurice Akochayé SEGLA

Annexe n°2 : Questionnaire d'enquête

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation au cycle 2 de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), nous souhaiterions votre participation à cette collecte des données que nous réalisons afin de proposer des approches de solutions pour une amélioration de la pratique budgétaire au CHD/Borgou.

1) Renseignements d'ordre général

Sexe : M F

-Poste occupé.....

-Avez-vous connaissance du processus d'élaboration du budget ?

OUI Non

-Avez-vous participé une fois à l'élaboration du budget ?

OUI Non

2) Quels sont selon vous les raisons des dépassements excessifs de consommation au niveau de certaines lignes budgétaires et faibles consommations prononcées au niveau d'autres ?

Absence de concertations budgétaires ;

Non exploitation des tendances de consommations antérieures ;

Non prise en compte des données statistiques réelles exprimées par les services par le passé.

Autres (à préciser).....

.....

3) Quels sont selon vous les causes de la faible implication des services dans l'élaboration de leur budget?

Faible appropriation de l'activité par les services ;

La non satisfaction des besoins réels exprimés par les services par le passé ;

Management peu performant de l'Administration.

Autre (à préciser).....
.....

3) Qu'est ce qui selon vous est à la base de l'insuffisance du suivi budgétaire ?

Pénurie de compétences ;

Non élaboration d'outils appropriés de suivi.

Non intégration de l'activité au PTA.

Autres (à préciser).....
.....

4) Que suggérez-vous pour l'amélioration de la pratique budgétaire au CHD/Borgou ?

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

Merci pour votre participation.

ANNEXE N°3 : Point des résultats de l'enquête sur le PS1

N°	Modalités	Effectifs	Fréquences
1	Absence de concertations budgétaires	6	7,5%
2	Non exploitation des tendances de consommations antérieures	18	22,5%
3	Non prise en compte des données statistiques réelles fournies par la DGMASF	50	62,5%
4	Autres	6	7,5%
	TOTAL	80	100%

Source : Résultats des enquêtes

Annexe 4 : Représentation graphique des causes liées au PS2 et PS3

Figure N°2 : Représentation des causes liées au PS2

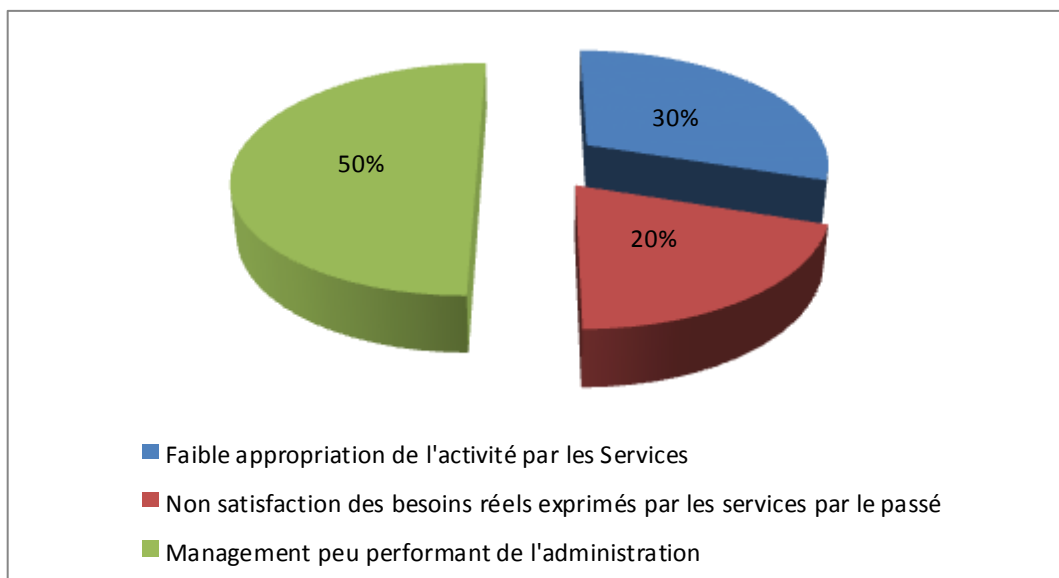
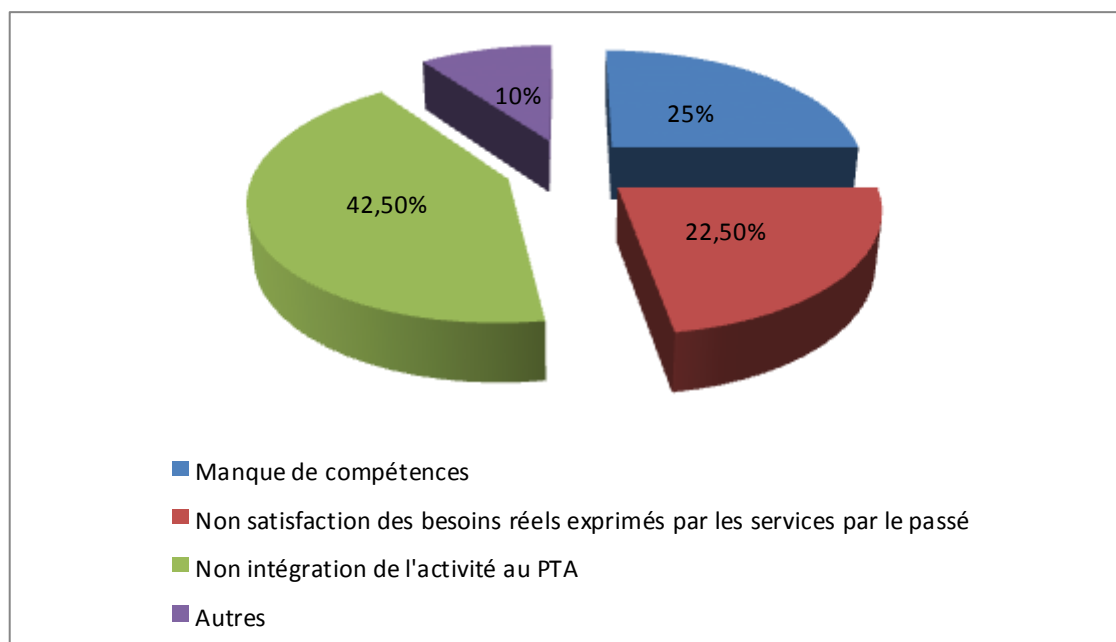


Figure N°3 : Représentation des causes liées au PS3



Annexe n°5 : Plan de Trésorerie

ENCAISSEMENTS	1^{er} mois	2^e mois	3^e mois	4^e mois	5^e mois	6^e mois	7^e mois	8^e mois	9^e mois	10^e mois	11^e mois	12^e mois
Ventes au comptant												
Ventes encaissées : 30 jours												
60jours												
60jours +												
Emprunt à court terme												
Emprunt à long terme												
Mise de fonds												
Subventions												
Autres												
A- Total des encaissements												

Problématique de la pratique budgétaire au CHD/B-A: Etat des lieux et perspectives

DECAISSEMENTS	1^{er} mois	2^e mois	3^e mois	4^e mois	5^e mois	6^e mois	7^e mois	8^e mois	9^e mois	10^e mois	11^e mois	12^e mois
Achats												
Salaires des employés de la production												
Fournitures d'atelier												
Loyer												
Services publics (élect., eau,)												
Taxes/permis/Assurance												
Entret./équip./bât./ mat. Roul.												
Salaires (Administration)												
Publicité et Promotion												
Transport et marchandises												
Téléphone												
Fournitures de bureau												
Honoraires professionnels												

Frais bancaires												
Mensualités : prêts à terme/hypothèques												
Immobilisations												
Autres :												
B- Total des décaissements												
C- Excédent (ou déficit) du mois (A-B)												
D- Encaissement d'ouverture	0											
E- Encaisse de fermeture (C+D) (Fonds de Roulement)												

Source : Cours de stratégie de Mobilisation des Ressources Financières de DJOSSOU Justin, (2013) ENAM, AHUI

Note : L'encaisse de fermeture E est reportée à l'encaisse d'ouverture D du mois suivant.

TABLE DES MATIERES	PAGES
IDENTIFICATION DU JURY	i
DECLARATION DU CHERCHEUR.....	ii
EN MEMOIRE DE.....	iii
DEDICACES.....	iv
REMERCIEMENTS	v
LISTE DES SIGLES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
GLOSSAIRE DE L'ETUDE	viii
RESUME.....	ix
SOMMAIRE	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 ^{er} : CADRE DE REALISATION DE L'ETUDE ET RESTITUTION DES OBSERVATIONS DE STAGE.....	3
SECTION 1 : Présentation du cadre de l'étude	4
PARAGRAPHE 1 : Historique et Missions du CHD-B	4
I- Historique.....	4
II- Missions du CHD-B.....	5
1) Mission médicale	5
2) Mission de formation	5
3) Mission de recherche	5
PARAGRAPHE 2 : Activités, ressources et Structure organisationnelle Du CHD-B	6
I- Activités et Ressources.....	6
A- Activités	6

B- Ressources	6
1) Ressources humaines	6
2) Ressources matérielles	8
3) Ressources financières	9
II- Structure organisationnelle.....	9
A- Les organes.....	10
1) Le Conseil d'Administration et la Direction.....	10
2) Le Comité de Direction.....	11
3) Les Commissions.....	11
B- Les Services	12
1) Les Services médicaux et médico-techniques.....	12
2) Les Services Administratifs	13
SECTION 2 : Etat des lieux et Bilan des observations	14
PARAGRAPH 1 : Restitution de l'état des lieux	14
I- Etat des lieux sur les activités du SAF.....	14
A- Etat des lieux sur les activités de la Division Comptabilité et Budget	14
1) La Tenue de la Comptabilité	15
2) Observation sur la Gestion budgétaire	16
B- Observations sur les activités de la Division Recouvrement et opérations bancaires	23
C- Observations sur les activités de la Division Informatique	24
II- Etat des lieux sur les activités du SAAE.....	25
A- Division Economat	25
B- Division Gestion Administrative et du Personnel	27
PARAGRAPH 2 : Inventaire des éléments d'état des lieux	29

I- Inventaire des atouts	29
II- Inventaire des problèmes.....	29
CHAPITRE 2 ^{ème} : CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE ET CHOIX DU CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE POUR L'AMELIORATION DE LA PRATIQUE BUDGETAIRE AU CHD-B	31
SECTION 1 : Ciblage de la problématique et Cadre théorique de l'étude	32
PARAGRAPHE 1 : Ciblage de la problématique.....	32
I- Problématique de l'étude et formulation du sujet.....	32
A) Identification des problématiques possibles	32
B) Choix de la problématique, formulation du sujet et détermination de la vision globale de résolution.....	34
1) Choix de la problématique	34
2) Formulation du sujet et spécification de la Problématique	35
3) Vision globale de résolution de la problématique.....	35
PARAGRAPHE 2 : Cadre théorique de l'étude	37
I- Formulation des objectifs, hypothèses de recherche et Construction du tableau de Bord.....	37
A- Formulation des objectifs	37
B- Formulation des hypothèses et construction du Tableau de Bord	38
1) Causes et hypothèses	38
2) Construction du Tableau de Bord.....	41
II- Revue de littérature	43
A- Exposé des contributions antérieures sur le Problème Général de défaillance dans la pratique budgétaire	43
B- Exposé des contributions antérieures sur les Problèmes Spécifiques ..	44
1) Problème Spécifique n°1.....	44

2) Problème Spécifique n°2.....	46
3) Problème Spécifique n°3.....	47
SECTION 2 : Cadre méthodologique de l'étude... ..	48
PARAGRAPHE 1 : Dimension empirique.....	48
I- Objectifs, cadre, nature de l'enquête et échantillonnage	48
A- Objectifs	48
B- Cadre et nature de l'enquête	49
C- Echantillonnage	49
II-Spécification des données à recueillir, conception de questionnaire, technique de dépouillement et de présentation des données	49
A- Spécification des données à recueillir et conception de questionnaire	49
1) Spécification des données à recueillir	49
2) Conception de questionnaire	49
B- Technique de dépouillement et présentation des données.....	50
1) Technique de dépouillement	50
2) Technique de présentation des données.....	50
PARAGRAPHE 2 : Dimension théorique.....	50
I- Normes et repère d'amélioration liés aux PS	50
A- Normes et repère d'amélioration liés aux PS1	50
B- Normes et repère d'amélioration liés aux PS2	50
C- Normes et repère d'amélioration liés aux PS3	50
II- Seuils de décision.....	51
A- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°1	51
B- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°2	51
C- Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°3	51

CHAPITRE 3 ^{ème} : ENQUÊTES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES, SOLUTIONS ET CONDITIONS DE LEUR MISE EN ŒUVRE	52
SECTION 1 : Organisation des enquêtes et établissement du diagnostic	53
PARAGRAPHE 1 : Organisation des enquêtes.....	53
I- Préparation, réalisation des enquêtes, difficultés et limites des données .	53
A) Préparation et réalisation des enquêtes	53
B) Difficultés et limites des données	53
1) Difficultés rencontrées	53
2) Limites des données.....	54
II- Présentation, analyse des résultats de l'enquête, Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	54
A- Présentation et analyse des résultats de l'enquête.....	54
1) Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport au PS1	55
2) Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport au PS2	56
3) Présentation et analyse des résultats de l'enquête par rapport au PS3	57
B- Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic.....	57
1) Vérification des hypothèses	58
PARAGRAPHE 2 : Etablissement du diagnostic de l'étude.....	58
I- Elément de diagnostic lié au PS1 et PS2.....	58
A- Elément de diagnostic lié au PS1	58
B- Elément de diagnostic lié au PS2	59
II- Elément de diagnostic lié au PS3	59
SECTION 2 : Approches de solution et Conditions de mise en œuvre	59

PARAGRAPH 1 : Approches de solutions	59
I- Approches de solution au PS1 et PS2	60
A- Approches de solution au PS1	60
B- Approches de solution au PS2	60
II- Approches de solution au PS3	61
PARAGRAPH 2 : Conditions de mise en œuvre des Approches de solution ...	61
I- Recommandations à l’endroit des Responsables du CHD B	62
II- Recommandations à l’endroit des autorités du Ministère de la Santé	62
Tableau de synthèse	63
Conclusion.....	66
Bibliographie	68
Annexes	
Table des matières	