



CESAG Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

**Institut Supérieur de
Comptabilité, de Banque et de
Finance**

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

**Promotion 22
(2010-2011)**

Mémoire de fin d'étude

THEME

**AUDIT DU PROCESSUS DE GESTION
DE LA CLIENTELE :
CAS DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL
ET UNIVERSITAIRE (CHNU) DE FANN
DE DAKAR (SENEGAL)**

Présenté par :

M. Aboubacar KOURIBA

Dirigé par :

M. Jean Baptiste DIENE

**Professeur associé d'audit au CESAG
Auditeur interne aux ICS**

Octobre 2011

Dédicaces

A mes parents et à tous ceux qui me sont chers

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

Au Directeur du CHNU de Fann pour m'avoir accordé le stage dans son service.

A tout le personnel du CESAG et singulièrement de l'ISCBF pour son amabilité.

A tous mes collègues stagiaires de la 22^{ème} promotion du DESS Audit pour ces moments si émouvants que nous avons passé ensemble.

A tout le personnel du CHNU de Fann, sa disponibilité et ses encouragements, malgré ses intenses occupations m'ont beaucoup touché.

A mon Directeur de mémoire M. Jean Baptiste DIENE, pour avoir accepté de diriger ce travail. Sa pertinence et sa promptitude ont contribué à la réalisation de ce travail.

Au Ministère de l'Industrie, des Investissements et du Commerce du Mali, pour m'avoir accordé le financement de cette formation.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ma formation.

Abréviations et sigles

ACP :	Agence Comptable Particulière
BE :	Bureau des entrées
CESAG :	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CHNU :	Centre Hospitalier National et Universitaire
EPS :	Etablissement Public de Santé
IB :	Initiative de Bamako
IFACI :	Institut Français de l'Audit et Contrôle Interne
IPM :	Institutions de Prévoyance Maladies
PAF :	Particuliers A leurs Frais
QCI :	Questionnaire de Contrôle Interne
SAF :	Services Administratifs et Financiers
SS :	Services sociaux

Liste des tableaux

Tableau 1: Risques opérationnels du processus de gestion de la clientèle.....	22
Tableau 2: Identification des risques selon Renard (exemple)	30
Tableau 3: Tableau des Risques Référentiel (TARIR) selon Schick	31
Tableau 4: Tableau d'identification et d'analyse des risques.....	68
Tableau 5: Synthèse des tests d'audit	72
Tableau 6: Tableau des forces et faiblesses apparentes	73
Tableau 7: Tests sur les procédures d'admission et de sortie des malades.....	95
Tableau 8: Tests sur la procédure d'agrément	96
Tableau 9: Tests sur la procédure de prise en charge des malades indigents.....	96
Tableau 10: Tests sur la procédure de remboursement des clients	97

Liste des figures

Figure 1 : Description d'un processus.....	12
Figure 2: Schéma de la méthode d'analyse.....	37
Figure 3 : Organigramme du CHNU de Fann.....	47
Figure 4: Le circuit du malade à l'hôpital de Fann.....	54

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des annexes

Annexe 1: Grille de séparation des tâches	86
Annexe 2: Questionnaire de contrôle interne.....	88
Annexe 3 :Tests d'audit réalisés	95
Annexe 4 :Feuille d'Analyse des Risques	98

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Table des matières

Dédicaces	i
Remerciements	ii
Abréviations et sigles	iii
Liste des tableaux	iv
Liste des figures	v
Liste des annexes	vi
Introduction générale	1
Partie I : Cadre théorique	9
Introduction	10
Chapitre 1 : Le processus de gestion de la clientèle	11
Introduction	11
1.1 Le processus de gestion de la clientèle.....	11
1.1.1. Aperçu du processus de gestion de la clientèle	11
1.1.2. Objectifs du processus de gestion de la clientèle	13
1.2. Organisation du processus de gestion de la clientèle	14
1.2.1. Les composantes du processus de gestion de la clientèle	14
1.2.1.1. Agrément des clients.....	14
1.2.1.2. Accueil du patient	15
1.2.1.3. Exécution de la prestation	15
1.2.1.4. Octroi d’avoirs aux clients.....	15
1.2.1.5. Le recouvrement des créances	16
1.2.2. Les prestations de l’hôpital	17
1.2.2.1. Les spécificités des établissements hospitaliers.....	17
1.2.2.2. Les spécificités des prestations de l’hôpital	18
1.2.2.3. Notion de qualité des prestations en milieu hospitalier.....	20
1.3. Risques liés au processus de gestion de la clientèle	21
Conclusion	24
Chapitre 2 : La démarche générale d’audit	25
Introduction	25
2.1. La mission d’audit.....	25
2.2. Les phases de la mission d’audit interne	26

2.2.1.	La phase d'étude.....	26
2.2.1.1.	La prise de connaissance	27
2.2.1.2.	L'identification des risques	28
2.2.1.3.	Le rapport d'orientation	31
2.2.2.	La phase de réalisation.....	32
2.2.2.1.	La réunion d'ouverture :.....	32
2.2.2.2.	Le programme de vérification ou programme d'audit	32
2.2.2.3.	Budget, allocation, planning et suivi (BAPS).....	32
2.2.2.4.	Le travail sur le terrain	32
2.2.3.	La phase de conclusion	34
2.2.3.1.	Le projet de rapport d'audit interne	34
2.2.3.2.	Le rapport d'audit interne.....	34
2.2.3.3.	Les recommandations et leur suivi.....	35
	Conclusion	35
	Chapitre 3 : Méthodologie de l'étude.....	36
	Introduction	36
3.1.	Le modèle d'analyse.....	36
3.2.	Population rencontrée et outils de collectes et d'analyse des données	38
3.2.1.	Population rencontrée	38
3.2.2.	Outils de collecte et d'analyse des données	38
3.2.2.1	L'interview	38
3.2.2.2	L'analyse documentaire	39
3.2.2.3	L'observation.....	39
3.2.2.4	Le questionnaire de contrôle interne.....	39
3.2.2.5	La grille de séparation des tâches	40
3.2.2.6	Le tableau d'identification des risques.....	40
3.2.2.7	Les tests de conformité et de permanence.....	40
	Conclusion	40
	Conclusion de la première partie	41
	Partie II : Cadre pratique	42
	Introduction	43
	Chapitre 4 : Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire de Fann	44
	Introduction	44

4.1	Historique et évolution du statut du CNHU de Fann	44
4.1.1.	Historique.....	44
4.1.2.	Evolution du statut du CNHU de Fann.....	44
4.2	Missions et objectifs CNHU de Fann.....	45
4.2.1.	Les missions CNHU de Fann.....	45
4.2.2.	Les objectifs du CNHU de Fann	45
4.3	L'organisation du CNHU de Fann	46
4.3.1.	Les organes d'administration et de gestion.....	48
4.3.1.1.	La tutelle technique et Financière.....	48
4.3.1.2.	Le Conseil d'Administration	48
4.3.1.3.	La Direction et les services et cellules associés.....	48
4.3.1.4.	Les organes consultatifs	49
4.3.2.	Les Services du CHNU de Fann.....	49
4.3.2.1.	Les services administratifs	49
4.3.2.2.	Les services médicaux-techniques.....	50
4.4.	Les activités	51
	Conclusion	51
Chapitre 5 : Description du processus de gestion de la clientèle		52
	Introduction	52
5.1.	Aperçu sur la clientèle de l'hôpital de Fann	52
5.1.1.	Les patients avec prise en charge	52
5.1.2.	Les particuliers à leurs frais	53
5.2.	Organisation du processus de gestion de la clientèle.....	53
5.3.	Les procédures de gestion de la clientèle	55
5.3.1.	L'agrément du client.....	55
5.3.2.	L'accueil et l'orientation du client.....	56
5.3.2.1.	Accueil à l'entrée de l'hôpital.....	56
5.3.2.2.	Accueil des malades dans les services cliniques.....	56
5.3.2.3.	Accueil des malades au Centre d'Imagerie Médicale	57
5.3.3.	L'admission du client	57
5.3.3.1.	Admission des cas non urgents.....	57
5.3.3.2.	Admission d'urgence	60
5.3.4.	Le séjour du malade à l'hôpital	60

5.3.4.1.	Cas des urgences.....	60
5.3.4.2.	Contrôle de la régularité des malades durant l'hospitalisation.....	61
5.3.4.3.	Evaluation des frais d'examens pendant l'hospitalisation.....	61
5.3.4.4.	Prise en charge des malades indigents.....	61
5.3.4.5.	Cas d'impayé en cours d'hospitalisation.....	62
5.3.5.	La sortie du client.....	62
5.3.6.	Remboursement du client.....	63
5.3.7.	Le recouvrement des créances.....	64
	Conclusion.....	65
Chapitre 6 : Audit du processus de gestion de la clientèle du CHNU de Fann.....		66
	Introduction.....	66
6.1.	Définition des objectifs d'audit.....	66
6.2.	Identification des risques liés au processus de gestion de la clientèle.....	67
6.3.	Evaluation du contrôle interne.....	70
6.3.1.	Analyse de la grille de séparation des tâches.....	70
6.3.2.	Les tests de conformités et de performances sur les procédures.....	70
6.4.	Feuille d'analyse des risques.....	77
6.5.	Résultats des travaux et recommandations.....	77
6.5.1.	Agrément du client.....	77
6.5.2.	Accueil et l'orientation du client.....	78
6.5.3.	Admission du client.....	79
6.5.4.	Séjour du malade.....	79
6.5.5.	Sortie du client.....	80
6.5.6.	Recouvrement des créances.....	81
	Conclusion.....	81
	Conclusion de la deuxième partie.....	82
Conclusion générale.....		83
Annexes.....		85
Bibliographie.....		105

CESAG BIBLIOTHEQUE

Introduction générale

Le développement harmonieux et durable d'un pays passe nécessairement par une bonne politique de santé. Les hôpitaux publics sont au cœur de cette politique. Parmi les objectifs de la politique de santé du Gouvernement du Sénégal figure l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique¹

Les établissements publics de santé sont une réponse de l'Etat au défi posé par la couverture des besoins de la population en matière de santé publique. La réforme hospitalière initiée par le Sénégal en 1998² était destinée à transformer les hôpitaux en établissements publics de santé (EPS) dotés de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion au sein desquels la notion de performance devait se substituer à la logique administrative tout en réaffirmant la mission de service public qu'il leur revenait d'assumer au nom de la puissance publique.

Dans l'exposé des motifs de la loi portant cette réforme hospitalière le législateur explique que la dite réforme doit permettre aux structures sanitaires visées de « fonctionner selon un mode de gestion d'entreprises saines et performantes, afin qu'elles offrent des soins de qualité au meilleur coût possible, tout en assurant leur pérennité et leur développement ».

Il y a donc une certaine personnalisation du service public. Cette personnalisation entraîne trois conséquences :

- Une distinction entre l'Etat et les établissements publics du fait que ceux-ci disposent d'organes propres, de biens et peuvent ester en justice.
- Personnes publiques, les établissements publics ne connaissent pas une participation privée dans leur capital et dans leur gestion.
- Le principe de spécialisation s'applique à eux : ce qui implique qu'ils gèrent un service public déterminé et se limitent à celui-ci.

La réforme hospitalière vise une optimisation de la gestion hospitalière. Elle se traduit par une nouvelle stratégie de financement, notamment par la mobilisation des ressources propres. Le service public demeure, bien entendu, la principale préoccupation de l'établissement public de

¹ Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2018/RS-MSP

² La loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant Réforme hospitalière

santé hospitalier. Mais il est associé à la performance qui doit être une préoccupation du fait que sa pérennité en dépend. Ce qui sous-entend performance et rentabilité. Une clientélisation des usagers en sera la conséquence. Egalement, la place des malades est redéfinie, avec une charte des droits et devoirs des patients.

L'hôpital est une institution unique, avec une culture et une histoire forgées parfois au cours de plusieurs décennies, voire plusieurs siècles. L'hôpital doit s'adapter aux besoins de la population, aux évolutions démographiques, aux progrès technologiques médicaux et aux impératifs de maîtrise des dépenses de santé (Mordelet, 2006 : 14). C'est une organisation très complexe et très spécifique.

Avec l'optique de performance, les établissements publics de santé, ne doivent plus voir les malades comme de simples usagers de service public, mais de vrais clients devant être satisfaits. De nos jours, la satisfaction des clients est un souci majeur des organisations qu'elles soient du secteur public ou privé. Il y va ainsi de leur pérennité.

Dans beaucoup de pays africains, le traitement des malades dans les services publics de santé est déploré. L'hôpital a la réputation d'être une organisation assez rigide et d'un certain immobilisme. Les Etablissements Publics de santé sont confrontés à une forte concurrence qui va même au-delà de leurs frontières. En effet, la mauvaise gestion et les prestations de faibles qualités dans les hôpitaux font que de plus en plus des personnes à revenu élevé partent se soigner dans les pays du Maghreb ou en Occident.

Les prestations de soins doivent être améliorées pour, au moins deux raisons :

- Elles sont la justification de la création d'un service public de santé. Le service doit être assuré de façon continue, adaptée et rationnelle. Un mauvais service public remet en cause l'action de l'Etat et annihile la justification, par exemple, de la nécessité de l'impôt.
- Les prestations de soins sont génératrices de revenus. Si elles sont défectueuses elles privent l'établissement de rentrées de ressources nécessaires à son fonctionnement puisque l'Etat ne fait qu'appuyer les EPS qui, à terme, devraient être capable de fonctionner avec une assistance publique réduite.

Dans le fonctionnement des hôpitaux deux types de risques sont rencontrés.

Il y a les risques liés aux activités médicales : les « risques réglementés » et les « risques non réglementés ».

- Les risques « réglementés » sont ceux liés à l'incendie, la construction, l'anesthésie, l'utilisation des produits sanguins labiles, le risque infectieux, le risque médicamenteux, les risques liés aux dispositifs médicaux, etc.
- Les risques « non réglementés » parmi lesquels on peut citer de façon non exhaustive : oubli, maladresse, qualification incertaine, erreur, accident (chute), recopiage, transcription verbale, malveillance, non relecture des clichés radiographies, absence de protocole, procédures non respectées, défaut de consentement, mauvais suivi, charge de travail, médicaments périmés, mauvaise signalisation des urgences.

Il existe également des risques liés à la gestion ; notamment les risques de malversations, de collusion, de détournements, de fraude, de contre performance.

Ayant désormais la configuration d'une entreprise, le Centre Hospitalier National et Universitaire de Fann (CHNU) doit optimiser ses prestations et se doter d'un système performant de gestion de la clientèle.

Dans un pays en voie de développement comme le Sénégal, caractérisé par la rareté des ressources financières et l'expansion démographique, le besoin sanitaire est galopant. Les dépenses de santé progressent plus vite que l'économie. Afin de contribuer à la satisfaction d'une population à faible revenu et aider l'état dans son effort de financement, le CNHU de Fann doit rentabiliser son capital client. Il doit s'attacher à une production de qualité et à un bon rapport qualité prix dans les services rendus aux citoyens.

La maîtrise des risques liés au processus client doit faire partie de ses objectifs prioritaires. La qualité des soins et l'efficacité du processus de recouvrement doit être au cœur des préoccupations des dirigeants.

L'existence d'un service d'audit interne ne suffit pas pour rassurer les dirigeants de l'hôpital quant à l'atteinte des objectifs et à la maîtrise des opérations. Il faut évaluer sans cesse les dispositifs mise en place.

Or l'une des difficultés de l'audit interne dans l'administration publique est la sensibilité du personnel aux contrôles et aux changements. Une parfaite maîtrise opérationnelle permettra à l'hôpital de Fann de booster son portefeuille client par une augmentation des recettes. Elle aura pour conséquence de donner une bonne image de l'hôpital et d'accroître son autonomie.

Les subventions de l'Etat sont importantes, mais ne peuvent continuer de croître indéfiniment. Or, l'autofinancement connaît des limites liées à la quasi insolvabilité de la demande résultant de la pauvreté et aux insuffisances du régime de protection sociale. D'où la nécessité pour le CNHU de Fann de pouvoir maîtriser efficacement sa gestion pour générer plus de ressources et satisfaire les usagers.

Malgré les réformes mises en place, des problèmes persistent, notamment ceux liés à la gestion de la clientèle tant sur la qualité des prestations que sur la mobilisation des ressources. La maîtrise des risques liés à ces processus est indispensable pour ne pas mettre en cause la pérennité du CNHU de Fann.

Différentes causes peuvent être évoquées notamment :

- la rigidité d'un environnement complexe comme l'hôpital ;
- la structure des tarifs mal définie ;
- la perception souvent négative des fonctions de contrôle par le personnel ;
- la faiblesse des contrôles ;
- le non implication du personnel dans le système de contrôle interne ;
- l'insuffisance de personnel qualifié ;
- etc.

Ces problèmes ont pour conséquences :

- le risque d'erreur ou d'omission, pour les prises en charge ;

- la difficulté, pour les soignants, de repenser leurs erreurs ;
- la non adaptation des procédures au contexte ;
- des pertes financières liées aux patients non solvables ;
- la surproduction des actes techniques, et la sur utilisation du plateau technique ;
- une faible fréquentation de l'hôpital par les plus démunis ;
- une mauvaise image de l'hôpital ;
- le risque de détournement des recettes ;
- le risque de fraude ;
- la contre performance.

Dans un élan de performance et de rentabilité de l'hôpital de Fann, plusieurs pistes peuvent être explorées pour surmonter les difficultés énoncées plus haut :

- le renforcement du contrôle interne du processus de gestion de la clientèle ;
- la définition d'une tarification en tenant compte des coûts des prestations et du pouvoir d'achat de la population ;
- l'implication du personnel au contrôle interne par la sensibilisation ;
- le renforcement des capacités du personnel en matière de formation ;
- l'audit du processus de gestion de la clientèle par une approche par les risques.

L'audit nous paraît la solution la plus pertinente car elle mettra en exergue les forces et les faiblesses du contrôle interne dans la maîtrise des risques du processus client. Il permettra également à la direction de corriger ces dysfonctionnements pour l'atteinte des objectifs de performance et de rentabilité. Il contribuera autant à renforcer le dispositif du contrôle interne.

La question fondamentale qu'on se pose est la suivante : « Quelle est l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques liés au processus de gestion de la clientèle au CHNU de Fann ? »

Plus précisément :

- comment les prestations sont-elles assurées ?
- comment le processus de gestion de la clientèle est-il structuré ?
- quels sont les contraintes liées à l'efficacité de ce processus ?

- quels sont les risques majeurs liés au processus de gestion de la clientèle ?
- quels sont leurs impacts sur l'hôpital ?
- quelles sont les solutions à proposer pour réduire l'impact de ces risques ?

Nous tenterons de répondre à ces interrogations à travers le thème suivant, qui fera l'objet de notre étude : « Audit du processus de gestion de la clientèle : Cas du CHNU de Fann »

L'objectif général est de faire un audit du processus de gestion de la clientèle de l'hôpital de Fann.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Décrire et analyser tous les sous processus constitutifs du processus de gestion de la clientèle ;
- identifier les principaux risques liés à ce processus ;
- évaluer et hiérarchiser les risques opérationnels liés à ce processus ;
- faire des recommandations sur la base de l'analyse des risques ;

Compte tenu de la taille et de la complexité organisationnelle du CNHU de Fann, notre étude concernera quelques services. Il ne sera pas tenu compte des activités d'évaluation du portefeuille clients, des aspects techniques en matière de prestation clinique et des aspects comptables.

Les principaux intéressés de notre étude sont :

- **Le CNHU de Fann** : les résultats et les recommandations de l'étude pourraient permettre aux responsables de l'établissement d'appréhender les risques liés au processus prestation/client afin de minimiser leurs impacts. Ce qui contribuera à l'amélioration de ses pratiques de gestion.
- **Nous même** : Elle nous permettra d'appriivoiser dans la pratique les techniques d'audit à travers le stage pratique. Par cette étude nos connaissances en analyse des risques dans le milieu hospitalier seront approfondies.

- **Le CESAG** : Elle servira à enrichir la documentation et sera un support de recherche pour les usagers de la bibliothèque notamment les stagiaires.

Ce mémoire comprend deux parties :

- Une première partie portant sur le cadre théorique du processus de gestion de la clientèle qui consistera à décrire le processus prestation/client et des risques opérationnels liés à ce processus, à présenter la démarche d'identification de ces risques, la démarche d'audit et le modèle d'analyse.
- La seconde partie traite la présentation du CHNU de Fann, la description du processus de gestion de la clientèle existant au CHNU de Fann et les risques associés, la mise en œuvre de l'audit de ce processus et les recommandations.

Partie I : Cadre théorique

Introduction

La fonction prestation dans la nouvelle nomenclature hospitalière relève d'une importance capitale. De son efficacité dépendra l'autonomisation et la croissance de l'hôpital. La constatation d'ensemble qu'il convient de faire, est qu'au niveau des entreprises du secteur public, la qualité des prestations ne fait pas l'objet, de la part des organes délibérants (Comité de Direction, Conseil d'Administration) d'une surveillance aussi soutenue que celle exercée sur les dépenses et les charges.

La prestation à l'hôpital est très complexe. La qualité des soins dépend de plusieurs facteurs : de l'interaction entre le médecin et le patient, la qualité du plateau technique, du professionnalisme du personnel de l'hôpital, etc., depuis l'accueil jusqu'à la sortie du patient.

L'audit opérationnel a pour objectif l'analyse des risques et des déficiences existants dans le but de donner des conseils, de faire des recommandations, de mettre en place des procédés ou encore de proposer de nouvelles stratégies. Il comprend toutes les missions qui ont pour objet d'améliorer les performances de l'entreprise. (Dayan & al, 2008 : 912)

L'approche par les risques est une des conséquences directes de la recherche d'efficacité par l'audit interne ou externe. Tous les actifs et toutes les activités d'une organisation sont soumis à des risques, donc susceptibles d'audit.

Cette première partie va porter sur le cadre théorique du processus de gestion de la clientèle qui consistera à décrire le processus et des risques opérationnels qui y sont liés, à présenter la démarche d'identification de ces risques, la démarche d'audit et du modèle d'analyse.

Chapitre 1 : Le processus de gestion de la clientèle

Introduction

Le processus vente, dans une économie de marché hautement concurrentielle, occupe la priorité absolue des organisations. Dans les collectivités de caractère public, elle est remplacée par la notion de service public, à caractère plus ou moins obligatoire, voir gratuit si l'on exclu les charges d'impôt subies par le consommateur, ou d'un prix sans aucun rapport ou de rapport très éloigné de son coût de revient. Pourtant, nombre d'institutions tentent d'instaurer un esprit commercial chez leurs agents. (Becour & Bouquin, 2008 : 257)

Nous entamerons ce chapitre par la description du processus de gestion de la clientèle à travers des définitions, ensuite nous ferons une large étude sur les risques liées à ce processus.

1.1 Le processus de gestion de la clientèle

Cette section fait un aperçu sur le processus de gestion de la clientèle.

1.1.1. Aperçu du processus de gestion de la clientèle

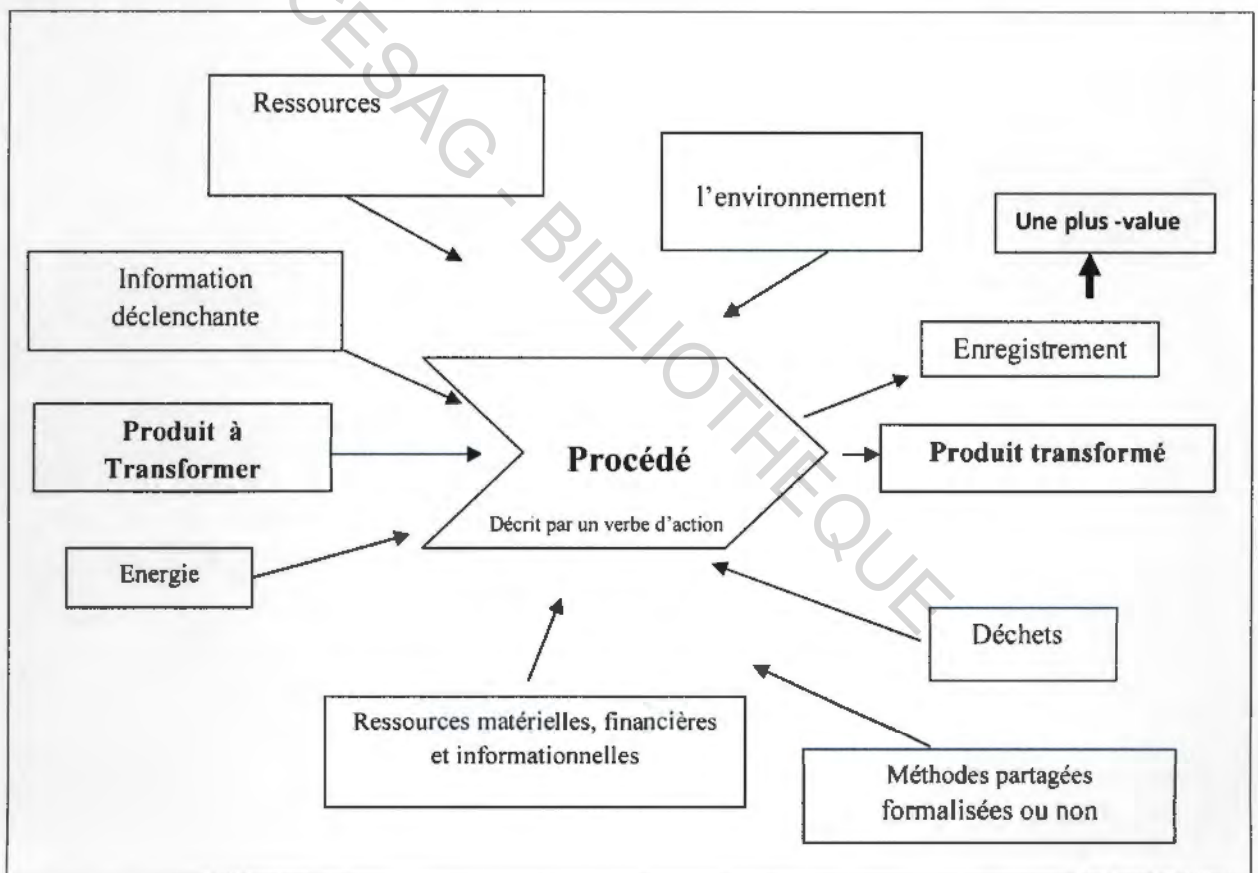
Le processus de gestion de la clientèle est un ensemble d'activités inhérent aux fonctions production et vente ou prestation de service. Selon Barry (2009 : 17) le cycle des revenus regroupe les fonctions relatives aux ventes (prestations de service) et aux créances.

Le processus de gestion de la clientèle commence depuis l'acceptation du client jusqu'à sa sortie d'hôpital. Leteurtre & Mallea (2005 : 179) conçoivent la gestion de la relation client ou gestion de la clientèle comme « la capacité à identifier, à acquérir et à fidéliser les meilleurs clients, dans l'optique d'augmenter l'activité et d'améliorer les résultats de l'hôpital ».

Nous préférons le terme « clientèle » au terme « malade » ou « patient » ou encore « usagers » parce qu'il est plus adapté au nouveau statut de l'hôpital, à savoir un établissement de santé avec une gestion autonome, donc similaire à une entreprise.

La clientèle par définition est l'ensemble des patients de l'hôpital. Toute personne qui vient se faire consulter ou qui séjourne à l'hôpital pour un diagnostic est un patient. (Clément, 2003 : 223) Le service hospitalier est un processus caractérisé à l'entrée par une personne malade, de sa prise en charge (phase de prestation clinique et non médicale), et de guérie au bout de la chaîne. Pour Barbier (1999 : 48), le processus est constitué d'un ensemble d'actions visant à la réalisation d'un objectif destiné à satisfaire les besoins de clients, internes ou externes. Le résultat de ce processus est issu du concours de plusieurs facteurs, comme l'illustre la figure suivante :

Figure 1 : Description d'un processus



Source : Leteurtre & Malléa (2005 : 199)

L'orientation client peut paraître contradictoire avec les nouvelles contraintes budgétaires liées à la tarification (l'hôpital est dans une approche d'autonomisation). Il n'en est pourtant rien. En

effet, si le patient peut être considéré comme une source de coût, sa participation à la mise en œuvre de sa thérapie, contribuant à l'humanisation des soins, et la considération qu'on lui témoignera pourra permettre d'éviter des détournements de trafic ou perte de clientèle.

1.1.2. Objectifs du processus de gestion de la clientèle

Ces objectifs sont ceux du contrôle interne et qu'il nous suffit de rappeler (Renard, 2010 : 144) :

- fiabilité et intégrité des informations financières et opérationnelles ;
- efficacité et efficience des opérations ;
- protection du patrimoine ;
- respect des lois, règlements et contrats.

Scribd (2008 : 19-21), a mis l'accent sur les objectifs spécifiques au processus de gestion de clientèle.

Il s'agit s'assurer :

- Que toutes les commandes soient traitées rapidement.
- Que les conditions de la commande soient acceptables ; elle doit être étudiée avec soin avant d'être accepté.
- Que le client soit solvable.
- Que les documents soient fiables par la séparation correcte des tâches.
- Que l'accueil de la clientèle, des services rendus aux clients soient de qualité.

L'interprétation de la norme 2120.A1 (Renard, 2010 : 144) que, pour atteindre ces objectifs, les auditeurs internes doivent s'assurer que :

- les objectifs de l'organisation sont cohérents avec la mission ;
- les risques significatifs sont identifiés ;
- leurs modalités de traitement sont appropriées ;
- les informations relatives sont recensées et communiquées.

1.2. Organisation du processus de gestion de la clientèle

Avec la réforme, l'hôpital devient un établissement de soins qui doit ressembler à une usine avec ses pôles cliniques et médico-techniques qui se nomment centre de profit en économie industrielle. Clément (2008 :47) reconnaît que l'influence de cette économie dans l'organisation de l'offre de soins est incontestable ; mais ne doit elle pas être contestée pour une raison simple : l'homme ne sera jamais un produit fini et l'appât du gain est antagoniste au bon fonctionnement hospitalier. Une bonne structuration de la gestion des patients permettraient de réaliser la production de soins de qualités afin que l'hôpital assume pleinement sa mission de service public. Cependant les établissements hospitaliers ainsi que les services qu'ils offrent présentent des spécificités qu'il convient d'aborder au préalable.

1.2.1. Les composantes du processus de gestion de la clientèle

Les processus hospitaliers sont perçu par Leteurtre & Malléa (2005 : 19) comme l'ensemble des tâches d'une fonction (telle que l'examen clinique d'un patient par exemple) ou la combinaison de tâches issues de plusieurs fonctions (telle qu'une opération chirurgicale).

Ainsi, le processus de la gestion des clients est issu des fonctions agrément en passant par l'accueil, prestations de soins, la sortie du patient.

En s'inspirant sur la décomposition en sous processus du cycle revenu, proposé par Barry (2009 : 131), nous distinguons les sous processus suivants :

1.2.1.1. Agrément des clients

Il regroupe les opérations d'autorisation des crédits, par la Direction générale et les responsables concernés. Il faut que l'accord de cet agrément soit subordonné à l'examen préalable, par les services compétents de l'hôpital, de la solvabilité présente et future du client.

Cette analyse doit finalement éviter de livrer un client qui ne peut tenir ses obligations financières. Dans cette phase, l'esprit critique est important et il faut tenir compte d'une multitude d'informations externes disponibles : comptes annuels du client, informations fournies par des entreprises spécialisées, enquêtes relatives aux retards de paiement en matière d'impôt ou

de sécurité sociale, interrogation sur les personnes qui se dissimulent derrière les sociétés, etc. (Wilmots, 2002 : 91)

1.2.1.2. Accueil du patient

L'accueil doit être bien organisé de façon à assurer une prise en charge appropriée des personnes accueillies (Fourneau, 2004 : 32). Il s'agit donc de faciliter l'accès à l'hôpital, de préparer et d'optimiser les conditions de réalisation de l'accueil et du service et de manifester le respect et la considération pour client. Ce processus englobe les opérations de centralisation des prises en charge et d'approbation, par les responsables concernés, des montants de prise en charge par les clients.

L'acceptation des prises en charge ou des lettres de garanties doit être systématiquement précédée par l'examen de la situation du client (respect des échéances antérieures, non dépassement des limites de crédit autorisées ou non existence de contentieux).

Ces tâches doivent être exercées par un service distinct des services de facturation afin qu'elles réunissent toutes les garanties d'objectivité.

1.2.1.3. Exécution de la prestation

Les ordres de prestation des clients acceptés doivent être rapidement transmis aux services chargés d'exécuter la servitude. Le service étant en cascade, le prestataire peut recommander d'autres prestations (examens et diagnostics ou d'autres actes).

1.2.1.4. Octroi d'avoirs aux clients

Il concerne les opérations d'établissement et d'agrément des notes de crédit établis en faveur des clients à l'occasion des prestations non exécutées partiellement, pour redresser des erreurs de facturation ou par la suite de réductions accordées. Les réductions doivent être accordées dans le cadre strict d'une politique préalablement définie par la Direction générale. Les modalités de leur octroi de même que leur taux doivent être précisés par des notes élaborées par la Direction Générale. Il convient afin de minimiser les risques d'octrois frauduleux d'avoirs aux clients, que

les documents d'avoir non encore utilisés soient détenus par des personnes distinctes de celles qui autorisent.

1.2.1.5. Le recouvrement des créances

Les créances doivent être effectivement encaissées afin d'assurer un bouclage normal du cycle d'exploitation achats de biens-stockage/transformation-ventes-encaissement-règlements.

Le recouvrement des créances regroupe les opérations de surveillance des échéances de règlement et de relance des clients. S'agissant de la surveillance des échéances, elle peut se faire à partir de la balance âgée des clients, établie et mise à jour manuellement ou bien éditée dans le cadre de traitement informatique des factures des ventes. Cette balance âgée reprend pour chaque client le montant de l'encours et l'éclatement de cet encours en fonction de l'ancienneté des factures. Elle constitue, pour le service de recouvrement, un précieux support de contrôle des soldes comptables des comptes clients. (Barry, 2004 : 137).

Pour la relance des clients, le schéma suivant peut être adopté :

- Adapter la procédure de relance à la typologie client

Le mode de relance doit être adapté aux clients, selon leur poids dans le chiffre d'affaires, le montant des factures échues, leur comportement payeur, pour garantir un meilleur résultat du recouvrement amiable.

- Etudier l'opportunité d'un schéma de relance préventive (avant échéance)

La relance préventive peut permettre de rappeler au client l'imminence d'une échéance, d'identifier un litige ou une facture non parvenue et de sécuriser l'encaissement à temps des créances les plus importantes. Elle ne doit pas nécessairement être adressée à tous les clients, elle peut être réservée soit aux « bons » clients pour véhiculer une image positive soit aux clients qui ont tendance à oublier de payer.

- Définir des automatismes de relance après échéance

La mise en œuvre de relances régulières ou systématiques par courrier ou par téléphone permet :

- L'envoi régulier et systématique des lettres de relance ;
- La concentration des efforts sur les cas de non paiement les plus difficiles

Ces automatismes doivent prendre en compte un espacement suffisant entre les relances pour permettre au client de se manifester. Les intervalles entre les relances peuvent être raccourcis dans le cas de profil « mauvais payeur ».

La détermination des rôles et responsabilités, de chaque acteur interne, constitue un facteur de réussite du processus de relance.

1.2.2. Les prestations de l'hôpital

Les prestations d'un établissement hospitalier sont caractérisées par leurs complexités et les exigences en matière de qualité.

1.2.2.1. Les spécificités des établissements hospitaliers³

Le secteur de la santé comprend quelques particularités qui le différencient du secteur industriel et qui influent sur la qualité des prestations dans les établissements hospitaliers.

Trois particularités sont à rappeler :

a) Complexité des établissements de santé

La complexité des établissements de santé est caractérisée par :

- des processus nombreux, non standardisables et d'évolution rapide ;
- des métiers multiples et en évolution permanente ;

³ TARKPESSI (2007), *Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française*, Université Senghor d'Alexandrie, Master Développement, Spécialité santé internationale.

- une qualité des produits (résultats des soins délivrés) difficile à appréhender pour les professionnels et les patients ;
- une asymétrie d'information prégnante caractérise les relations entre les différents acteurs du secteur (soignant/soigné, établissement/autorité de planification, gestionnaire/équipe) médicale) ce qui n'est pas sans effet sur la répartition des pouvoirs de décision ;
- l'établissement, en tant que producteur de soins, et particulièrement l'hôpital public, n'est pas maître de ses missions. Il répond à une commande publique.

b) Différents types de « clients »

En se limitant aux clients externes, on peut lister sans être exhaustif les patients hospitalisés, les consultants externes, les proches des patients, les professionnels de santé externes qui réfèrent le patients et qui en assurent le suivi. Ces différents types de « clients » ont des attentes très diverses.

e) Le rôle des professionnels

Chaque acteur, notamment le médecin dispose d'une indépendance dans son choix d'intervention. Cette indépendance implique l'existence d'une responsabilité propre prévue dans le cadre déontologique et juridique.

1.2.2.2. Les spécificités des prestations de l'hôpital

La difficulté d'appréciation et de production de la valeur du service hospitalier est liée aux caractéristiques du service.

On retient généralement trois caractéristiques fondamentales propres aux services :

- ils sont immatériels et ne peuvent être stockés ;
- ils nécessitent un contact direct entre le prestataire et le client ;
- ils impliquent la participation de l'utilisateur.

Ces caractéristiques affectent le système de production, la gestion du personnel et le comportement des acheteurs. La relation entre client et prestataire de services diffère

fondamentalement de la relation entre un client et un produit car il s'établit une relation humaine et un échange social. Cependant, les définitions du service sont multiples, fragmentées et forcément imparfaites. Le service est à la fois processus, acte social, relation performance immatérielle. Il n'y a pas, dans le cadre des activités de service, de séparation nette entre production et échange, de distinction claire entre processus et résultat. Pour adapter son offre à la demande, le prestataire de services doit tout d'abord disposer d'une infrastructure et d'un personnel correspondant à la demande.

Ainsi que le souligne (Minvielle, in Fiore, 2010 : 7) le processus de prise en charge médicale se caractérise par un fort degré d'incertitude dans son déroulement puisqu'il « n'existe pas dans le cas de la prise en charge des patients hospitalisés, de convergence vers un seul type de processus », ou encore « il n'existe pas un mode de circulation homogène du processus sur une même ligne. Ici, les processus se déroulent sans ordre de passage préétabli, ni véritablement d'étapes prédéterminées ». En revanche, la standardisation de certains actes tels que les modes opératoires est largement employée pour tous les actes techniques, sous la forme de protocoles médicaux et de protocoles de soins.

L'une des difficultés du traitement des clients de l'hôpital est que, le soin que reçoit le patient, ne correspond pas toujours à ce que l'établissement lui offre, sans que le personnel de celui-ci en ait conscience. Il est donc impossible de s'assurer que le service offert a priori par l'hôpital correspondra à ce que le patient attend.

Ainsi la satisfaction du patient dépend de trois éléments (Bowersox et al. In Fiore, 2010) :

- **La disponibilité** : correspond au fait que le patient en tant que flux sera examiné et pris en charge au bon moment, quand les équipes sont effectivement disponibles, pour éviter des délais d'attente trop importants (des équipes et des patients). Elle renvoie également à l'accès aux soins dans un délai raisonnable.
- **La fiabilité** : correspond à l'identification précise du patient et de sa pathologie, ce qui permet de rassurer le malade lors de sa prise en charge. Elle renvoie également à une fiabilité de l'organisation qui permet de respecter le programme de prestation et évite des temps de dépassement de programme trop importants, et donc, là encore de rassurer le patient.

- **La rapidité** : repose sur une convergence des deux éléments précédents : rapidité d'accès aux soins, notamment en cas d'urgence, et fiabilité des temps de prise en charge. La logistique de service est donc un élément important constitutif de la valeur créée pour le patient. De son pilotage dépend la satisfaction du patient, qui au-delà du fait que le traitement se passe bien, sera particulièrement attentif aux retards pris durant sa prise en charge, qui sont autant de facteurs aggravant sa situation de stress.

Néanmoins, même si la valeur créée pour le patient a un impact sur sa fidélité à l'établissement de soins, la création de valeur pour l'hôpital ne se résume pas à la satisfaction du patient.

L'innovation en matière de services provient principalement d'une amélioration des procédures ou des infrastructures, ce qui permet d'obtenir une meilleure qualité globale. (Dayan & al, 2008 : 529)

Leteurtre & al (1999 : 144-181) distingue deux composantes de la prestation hospitalière :

- **les services offerts aux malades hors prestations de soins** : l'hébergement, communication-information (Délai de rendez-vous, contact avec le personnel médical et soignant...), sécurité...
- **les prestations de soins** : qui est une conjonction des soins médicaux et paramédicaux.
 - o **Les soins médicaux** : il s'agit des actes diagnostiques, thérapeutiques préventifs et curatifs relevant de la compétence professionnelle des médecins.
 - o **Les soins paramédicaux** : concerne l'ensemble des actes relevant de la compétence professionnelle du corps soignant, non médecin dont la majeure partie est représenté par des soins infirmiers.

1.2.2.3. Notion de qualité des prestations en milieu hospitalier

L'International Organisation for Standardization (ISO) conçoit la qualité comme « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées » (Loubat Jean-René 2006 : 207)

Pour un service, ces caractéristiques « peuvent comprendre des aspects relationnels (accueil, dialogue...), des conditions d'ambiance et de confort, des aspects liés au temps (respect des horaires), des dispositions propres à faciliter la tâche de l'utilisateur (formulaire simple, notice claire...) » (L.Cruchant, 1993, p. 13 in Leteurtre & al, 1999 :12)

Leteurtre & al (1999 : 15) définissent la qualité hospitalière comme « l'ensemble des caractéristiques évaluables qui confèrent au processus de production des produits intermédiaires ou finaux et de prestation des services intermédiaires ou finaux hospitaliers l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites du bénéficiaire de soins et qui satisfont effectivement le malade »

Il est tout à fait possible et nécessaire d'apprécier la qualité de manière objective. L'auditeur opérationnel doit y veiller en s'assurant de l'existence de spécifications préétablies correspondant à des critères techniques précis et détaillés, transmis à tous les stades de la production (Collins & Valin, 1992 : 205).

La détection des failles dans les prestations de l'hôpital passe par la mise en place de procédures de contrôle de qualité dont la mise en œuvre est concomitante avec le processus prestation/client lui-même. Il revient à l'auditeur d'apprécier et de renforcer les outils de contrôle de la qualité. (Collins & Valin, 1992 : 205).

1.3. Risques liés au processus de gestion de la clientèle

Cette section porte sur les risques inhérents au processus de gestion de la clientèle. Ces risques sont synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau 1: Risques opérationnels du processus de gestion de la clientèle

Activités	Risques	Conséquences	Dispositifs de maîtrise des risques
Accréditation des clients	<ul style="list-style-type: none"> - Erreur ou omission sur les coordonnées du client - Enregistrement de client fictif - Acceptation de clients insolvable 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes de ressources - Perte d'image 	<ul style="list-style-type: none"> - Etude de solvabilité de chaque client - Procédure d'ouverture et de modification des codes clients - Fixation d'un crédit maximum - Fixation d'une caution minimum
Acceptation des clients, Accueil des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Dégradation de la qualité du portefeuille client - Insolvabilité - Défaut d'identification du patient - Défaut d'identification du personnel soignant - Attente excessive 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de ressource - Interruption d'activités - Perte d'image 	<ul style="list-style-type: none"> - Recensement des besoins/satisfaction - Formulaire standard pré numéroté
Exécution de la prestation	<ul style="list-style-type: none"> - Non respect des délais - Risque thérapeutique - Risque de prescription erronée - Violation de la charte du patient - Violation du secret médical - Défaut de surveillance - Fugues 	<ul style="list-style-type: none"> - Lenteur dans la prise en charge - Mauvaise qualité des soins - Augmentation de la morbidité - Perte d'image 	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure de prise en charge - Système de rotation du personnel soignant

	<ul style="list-style-type: none"> - Indisponibilité du médecin - Internement abusif 		
Remboursement des clients	<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans le remboursement du client - Surévaluation d'un remboursement 	<ul style="list-style-type: none"> - Litiges clients - Pertes de revenus 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une procédure relative aux avoirs - Apposition systématique d'un visa sur les avoirs par une personne autorisée
Sortie des patients	<ul style="list-style-type: none"> - Non planification du suivi - Retour à domicile non organisé - Sortie non autorisé 		<ul style="list-style-type: none"> - Existence de procédure relative aux sortie/suivi
Recouvrement des créances	<ul style="list-style-type: none"> - Factures non envoyées dans les délais - Factures non parvenues au client - Détournement de fonds - Omission de certaines factures - Non recouvrement créances - Oubli des créances - Erreur sur transmission de facture 	<ul style="list-style-type: none"> - Retard dans le recouvrement - Non fiabilité des informations - Pertes de ressources - Accumulation des créances - Litiges clients 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue régulière des comptes clients - Existence de procédure d'acheminement de factures - Existence d'une procédure de relance systématique des clients - Logiciel pouvant générer automatiquement l'état des créances - Elaboration périodique de la situation de factures impayées

Source : établi à partir de Barry (1999 :) ; Coopers & Lybrand (2000 : 205-217) ; Schick et Lemant (2002 : 128-153) ; Lemant (1995 : 71-72) ; Poullain (2002 : 39-40)

Conclusion

Ce premier chapitre nous a permis de comprendre le processus de gestion de la clientèle ainsi que les risques qui y sont liés. L'hôpital dans sa nouvelle nomenclature, doit s'adapter à son environnement par une maîtrise efficace et efficiente de ses opérations et des risques associés.

Le client se trouve au cœur de cette nouvelle démarche. De sa satisfaction dépend la pérennité de l'établissement. Un système de contrôle performant sera le gage de l'atteinte de ses objectifs.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2 : La démarche générale d'audit

Introduction

La préoccupation majeure de la direction de l'hôpital est de s'assurer de l'atteinte des objectifs qui lui sont assignés par le Conseil d'administration. Cela suppose entre autres, l'efficacité des processus et la maîtrise des risques opérationnels. L'audit de chaque processus s'avère donc nécessaire pour répondre à ses préoccupations.

L'approche d'audit par les risques est une approche par laquelle on considère que l'entreprise ne comprend essentiellement qu'un ensemble de risques. Le risque d'après Schick (2007 : 12-75) « est un concept signifiant la possibilité que la combinaison d'un événement et d'un mode de fonctionnement empêche l'atteinte d'un objectif »

Nous aborderons dans ce chapitre l'approche d'audit à travers certaines techniques d'audit, tout en décrivant la démarche à laquelle doit se soumettre l'auditeur pour mener à bien sa mission.

2.1. La mission d'audit

Une mission d'audit est une succession d'analyses et de synthèses, scandée par les étapes méthodologiques (Lemant, 1995 : 18). Elle se déroule selon plusieurs phases successives et interdépendantes.

D'après Pigé (2001 : 52), trois facteurs principaux expliquent l'existence d'une demande d'audit :

- > s'assurer que le produit audité est conforme aux normes. La demande d'audit constitue une demande de certification du produit.
- > vérifier que le contrôle interne est adapté et efficient. La demande d'audit ne porte plus sur le produit mais sur le processus de contrôle, qui détermine lui-même la qualité du produit. L'audit s'assure de l'existence d'un contrôle interne, de son application et de son utilité.

- > instituer un contrôle périodique des procédures de contrôle de l'entreprise, pour s'assurer qu'elles sont adaptées à l'activité et qu'elles couvrent la totalité de la chaîne de production. L'audit de processus consiste à examiner si l'organisation permet d'atteindre efficacement cet objectif, au-delà de la performance des structures qui y participent. Son objectif est de prouver l'efficacité du processus. Les processus sont caractérisés par une certaine permanence au-delà des changements de mode opératoire et d'organisation des fonctions qui les exécutent, et les risques qui leur sont associées constituent de bons points de repères pour l'évaluation du contrôle interne.

2.2. Les phases de la mission d'audit interne

Une mission d'audit se déroule en trois étapes (Renard, 2010 ; Schick, 2007 ; Lemant, 1995) désignées :

- phase d'étude ou de préparation ;
- phase de vérification ou de réalisation ;
- phase de conclusion.

2.2.1. La phase d'étude

Toute intervention d'audit commence par une phase d'étude. Elle est centrée sur la détection des principales forces et faiblesses dont l'examen sera l'objet de la phase de vérification (Lemant 1995 : 15)

Selon Lemant (1995 : 17) du sérieux de la préparation de cette phase dépend le succès de la mission tant au niveau du temps passé que de la pertinence des recommandations qui devront répondre aux attentes des responsables concernés. L'auditeur associe à une prise de connaissance du domaine à auditer défini par l'ordre de mission, l'identification des risques ou faiblesses et opportunités d'amélioration, et la décomposition du sujet de la mission en objets auditables ; ce qui constitue le référentiel.

L'ordre de mission est l'élément déclencheur de la mission. Il formalise le mandat donné par la Direction générale à l'Audit interne, qui informe les principaux responsables concernés de l'intervention imminente de l'auditeur.

2.2.1.1. La prise de connaissance

D'après Schick (2007 : 74), la prise de connaissance du domaine à auditer est un travail classique : connaissance du sujet par des lectures diverses et connaissance de l'unité (ou des unités) à auditer : chiffres saillants, points marquants de l'histoire, organigrammes et définition des fonctions.

Renard (2010 : 223), préconise la démarche suivante pour procéder à la prise de connaissance :

- prise de connaissance du domaine à auditer dite familiarisation ;
- identification des risques ;
- définition des objectifs.

L'objectif de la phase de prise de connaissance peut se résumer ainsi en quatre points :

- Avoir dès le départ une bonne vision d'ensemble des contrôles internes spécifiques de la fonction ou du processus audité.
- Aider à identifier les objectifs de la mission d'audit interne.
- Identifier les problèmes essentiels concernant le sujet ou la fonction.
- Éviter d'omettre des questions importantes et qui sont pour le management des préoccupations d'actualité.
- Ne pas tomber dans le piège des considérations abstraites, qui peuvent être intellectuellement séduisantes, voire amusantes, mais doivent être hors du champ des préoccupations de l'auditeur.
- Enfin, et surtout permettre l'organisation des opérations d'audit, car on ne peut organiser que ce que l'on connaît.

La collecte des informations comprendra d'une manière pratique selon Lemant (1995 : 43)

- la recherche de tout élément de définition, de connaissance, d'analyse de l'activité à cerner, dans les supports propres à l'entreprise et/ou au métier ;
- la consultation de bases documentaires de l'entreprise : informations financières (comptabilité, budget...), informations du contrôle de gestion (principaux indicateurs), politiques de l'entreprise, directives et procédures... ;
- l'identification des méthodes de gestion et des systèmes d'information propres à l'entité auditée ;
- la collecte des rapports d'audit antérieurs et autres analyses ou études d'organisation ;
- la pratique d'interviews préliminaires, à des fins de connaissances et d'opinion sur le domaine revu, avec les opérationnels concernés par l'audit, les fonctionnels coordonnant leurs activités, et les services clients de la fonction ou entité auditée ;
- l'établissement d'un organigramme de l'entité auditée, ou son obtention et sa vérification (est-il à jour ? donne-t-il une image fidèle des responsabilités et des liaisons ou est-il seulement un schéma des noms et des titres ?) ;
- si possible l'analyse des définitions de fonction des postes de l'organigramme, complétées des caractéristiques de leur titulaires (âge, ancienneté dans le poste, profil, formation).

La collecte des informations permettra à l'auditeur de faire la description des procédures. Une fois que l'auditeur a collecté les informations requises, il passe à l'identification des risques.

2.2.1.2. L'identification des risques

Selon Pigé (2001: 82), l'auditeur doit observer les procédures et en comprendre le fonctionnement à l'aide d'entretiens avec le personnel de l'entreprise, puis il doit formaliser cette compréhension pour en permettre l'utilisation dans le cadre de l'évaluation des forces et faiblesses du contrôle interne. Au cours de l'identification, il s'agit beaucoup plus d'identifier les endroits où les risques les plus dommageables sont susceptibles de se produire, que d'analyser les risques eux-mêmes.

Cette phase d'identification va conditionner la suite de la mission. Elle aboutira au référentiel c'est-à-dire l'objectif à atteindre compte tenu de la situation résiduelle à laquelle il est confronté et, dans le même temps, le programme de travail en fonction non seulement des menaces mais également de ce qui a pu être mis en place pour y faire face. Ainsi, la décomposition en objets auditables est un préalable à l'identification des risques.

Cependant, il existe plusieurs tableaux développés par des auteurs dont J. Renard et P. Schick, pour identifier les risques.

a) La décomposition en objets auditables

Cette technique consiste à substituer à l'objet de la mission, une succession de tâches concrètes et, partant, facilement observables.

Pour cela, plusieurs méthodes sont possibles, dont :

➤ La décomposition selon la chronologie

Il s'agit de décomposer chaque activité à étudier en opérations successives retraçant tout le processus.

➤ La décomposition par arborescence

Cette méthode consiste à décomposer le sujet de la mission selon une arborescence sémantique en facteurs quantifiables. Pour cela, on part d'un mot ou d'une phrase « décrivant » le sujet, on le ou la décompose en mots ou phrases plus détaillé(e)s et concret(e)s, que l'on décompose à leur tour, et ainsi de suite jusqu'au niveau de détail requis : des éléments observables, dont on peut définir les caractéristiques souhaitées et constater les caractéristiques réelles.

b) Les Tableaux d'identification des risques

La méthode préconisée par J. Renard (2010 : 235) pour l'identification des risques est le

«Tableau de risques» ou «Tableau d'identification des risques» ou encore «Tableau d'identification des zones à risques»

Ce tableau va découper l'activité (ou la fonction, ou le processus) à auditer en tâches élémentaires. Cette décomposition en tâches élémentaires est d'autant plus importante qu'elle est nécessaire pour quatre opérations :

- elle constitue le premier stade du tableau des risques ;
- elle représente la première partie du QCI ;
- elle est la base même de la grille d'analyse des tâches ;
- elle est la première étape de l'élaboration d'un contrôle interne rationnel par le manager.

Tableau 2: Identification des risques selon Renard (exemple)

Tâches	Objectifs	Risques	Evaluation	Dispositifs de contrôle interne	Constat
Réception des marchandises	• Sécurité de la réception	• Pertes	M	• normes de livraison et d'entreposage	Non
		• Avaries	F		
	• conformité en qualité et quantité	• Non-conformité	I	• Procédure de vérification	Oui
		• Contentieux	M	• Inspection Technique	Oui
• Faire les réserves en temps voulu	• Prescription = perte des droits	M	• procédure de réserve	Non	

Source : Renard (2010 : 239)

Un autre outil utilisé au cours de cette phase est le Tableau des Risques Référentiel (TARIR) de P.Schick (2007 : 78). Le TARIR constitue l'outil de référence qui permet à l'auditeur d'une part de définir le champ et les limites de ses investigations, et d'autre part, de structurer la présentation de ses analyses et conclusions, notamment pour renseigner ce qui relève de constat(s), la ou les causes des faits constatés ainsi que leurs conséquences.

Tableau 3: Tableau des Risques Référentiel (TARIR) selon Schick

Finalités objectifs de Contrôle Interne du stade/opération /élément	Empêchements <u>risques que</u> finalité ne soit pas atteinte	Points de contrôle étapes clés du Contrôle Interne <u>observables</u>	<u>Impact risque si</u> étape clé défailante /déficiente	Bonnes pratiques moyens du <u>Contrôle Interne,</u> ressources

Source : Schick (2007 : 78)

En s'appuyant sur le « tableau des risques » l'auditeur procédera à l'analyse et au discernement des risques. Schick (2007 : 89). L'objectif est de faire un état des lieux des forces et faiblesses réelles ou potentielles de l'entité ou du domaine audité afin d'orienter les travaux détaillés.

L'identification des risques a pour finalité dans le cadre d'une mission d'audit, la définition des objectifs ou rapport d'orientation.

2.2.1.3. Le rapport d'orientation

Le rapport d'orientation est un document qui précise les objectifs poursuivis et les zones de risques que l'auditeur doit examiner. Il délimite le champ de l'intervention.

Selon Renard (2000 : 244), le rapport d'orientation définit les objectifs de la mission sous trois rubriques : objectifs généraux, objectifs spécifiques et champ d'action.

- objectifs généraux : ce sont les objectifs permanents du contrôle interne ;
- objectifs spécifiques : ce sont les dispositions du contrôle interne concernés par les tests ;
- champ d'action : c'est le domaine d'intervention concerné par la mission.

Le rapport d'orientation ainsi élaboré va constituer l'ordre du jour de la réunion d'ouverture qui marque la première étape de la phase de vérification.

2.2.2. La phase de réalisation

La phase de vérification est composée de la réunion d'ouverture, du programme d'audit et travail sur terrain.

2.2.2.1. La réunion d'ouverture :

Elle se tient, selon Lemant (1995) chez l'audité car c'est à cet endroit qu'on peut trouver le maximum d'information et de documents susceptibles, d'être consultés au cours de la réunion. C'est que cette réunion ne marque non pas le début de la mission, mais le commencement des opérations de réalisation et on ne peut pas la tenir tant qu'il n'y a pas de « programme » à présenter à l'audité (Renard, 2006 : 232).

2.2.2.2. Le programme de vérification ou programme d'audit

Le préalable de la phase de réalisation est le programme de vérification ou programme de travail. C'est un document interne au service d'audit interne, destiné à définir, répartir, planifier et suivre les travaux des auditeurs. Il indique la liste des tâches à effectuer, des investigations à mener, des questions à poser, des points à voir, des procédures à rechercher.

2.2.2.3. Budget, allocation, planning et suivi (BAPS)

Selon Lemant (1995 : 81), le BAPS organise l'intervention de l'auditeur dans le temps (durée, dates) et l'espace (sites, auditeurs) de la phase d'étude à la diffusion du rapport ; il est reflété par l'état d'avancement de la mission régulièrement mise à jour.

2.2.2.4. Le travail sur le terrain

Il s'articule autour de trois préalables :

- le programme de vérifications ;
- la feuille de couverture ;
- la feuille de révélation et d'analyse de problème.

L'auditeur répond aux questions du Questionnaire de contrôle interne (QCI) en réalisant des tests avec l'aide des outils qui sont à sa disposition. Ainsi, chaque dysfonctionnement, chaque anomalie va donner lieu à l'établissement d'une FRAP. Il se déroule conformément au programme de vérification.

a) Les observations

Renard (2010 : 263) distingue deux types d'observations au cours de cette phase :

- L'observation immédiate

Le premier des tests que va réaliser l'auditeur c'est l'observation immédiate. À la différence des suivants, il est systématique.

Cette observation immédiate doit néanmoins être réalisée de façon rationnelle. Pour cela, l'auditeur doit tenir compte des aléas relatifs au moment où il effectue son observation, il ne doit se livrer à aucune extrapolation des faits observés, et prendra soin de les maintenir dans leur contexte. Cette observation immédiate permet éventuellement de compléter le questionnaire de contrôle interne et la gamme des tests individuels que l'on s'appête à réaliser car elle peut révéler des situations imprévues.

- Les observations spécifiques

À partir de l'identification des zones à risque et du questionnaire de contrôle interne, les auditeurs vont réaliser des tests. On choisit donc un certain nombre d'opérations ou de processus, relatifs à certaines périodes. Ce choix doit être suffisamment riche et significatif pour pouvoir élaborer une opinion sur la façon dont les choses se passent et sont maîtrisées. Ces tests mettent en œuvre tous les outils d'audit dont dispose l'auditeur et en principe définis lors de l'élaboration du programme d'audit.

b) La feuille de révélation et d'analyse de problème

La feuille de révélation et d'analyse de problème (FRAP) est le papier de travail synthétique par lequel l'auditeur présente et documente chaque dysfonctionnement. Elle facilite la

communication avec l'audité concerné. La méthodologie employée consiste à étudier le fonctionnement réel des opérations ; repérer les constats significatifs ; déterminer leurs causes ; démontrer les conséquences et proposer des moyens d'amélioration.

2.2.3. La phase de conclusion

Cette phase s'articule autour de six préalables :

- l'ossature du rapport ;
- le compte rendu final au site ;
- le rapport d'audit et sa validation ;
- les recommandations et leur suivi ;
- l'état des actions de progrès.

2.2.3.1. Le projet de rapport d'audit interne

« Le projet de rapport d'audit appelé aussi l'ossature du rapport, élaboré à partir des problèmes sur les FRAP et des conclusions figurant sur les feuilles de couverture pour les points satisfaisants, est l'enchaînement des messages que l'auditeur veut livrer lors des présentations et dans le rapport concluant la mission » Lemant (1995 : 111). En effet, le projet de rapport constitue un relevé des lacunes, des faiblesses et des dysfonctionnements constatés au cours de la mission, évalués et hiérarchisés en fonction du degré de gravité des conséquences qu'ils induisent. (Schick, 2007 : 121) Une réunion de clôture entre l'auditeur et les audités est tenue pour valider le projet de rapport de façon à le rendre incontestable.

2.2.3.2. Le rapport d'audit interne

« Le rapport d'audit interne communique aux principaux responsables concernés pour action, et à la direction pour information, les conclusions de l'audit concernant la capacité de l'organisation auditée à accomplir sa mission, en mettant l'accent sur les dysfonctionnements pour que soient développées des actions de progrès » Schick (2007 : 121)

Il est le point culminant de la mission mais non sa fin. Le rapport d'audit matérialise le travail des auditeurs, il contient des recommandations.

Le rapport est accompagné du plan d'action. C'est un simple formulaire, dessiné par l'audit interne, et qui permet à l'audité d'indiquer pour chaque recommandation, qui fera quoi et quand.

Le rapport n'est pas le seul produit de l'audit, les discussions associant les audités et la direction peuvent permettre aux opérationnels d'avoir une meilleure compréhension de l'ensemble qu'ils dirigent, contrôlent, voire même une meilleure appréciation de leur propre personnel (Becour & Bouquin, 2008 : 24). Enfin, les travaux de fin de mission permettent à l'auditeur de synthétiser ses conclusions et d'étayer définitivement son opinion en s'assurant qu'il a bien évalué l'incidence réelle des risques qu'il avait identifiés (ATH, 1991 : 124).

2.2.3.3. Les recommandations et leur suivi

Les recommandations de l'auditeur, lesquelles sont présentées aux audités lors de la réunion de clôture peuvent faire l'objet de réserves par ces derniers quant à leur réalisme ou à leur applicabilité. L'auditeur peut en tenir compte, ou non, selon son appréciation des observations qui lui sont faites. La recommandation étant ainsi devenue définitive en la forme, une réponse officielle est demandée aux audités afin que leurs observations puissent être intégrées dans le rapport. Selon Becour (1996 : 372), les plus habituelles des réactions de la part des audités face à un rapport sont les suivantes : l'audité accepte, propose, optimise, remercie ou conteste, reconnaît ou rejette. Le plus souvent, c'est le responsable de l'audité qui réagit dans le sens de la recherche des éléments positifs.

Conclusion

La place de l'audit dans une organisation devient incontournable, surtout à l'ère de la crise financière persistante. Un dispositif de contrôle interne efficace est nécessaire pour la maîtrise des risques opérationnels. Il n'existe pas une méthodologie standard de conduite d'une mission d'audit, il en va du bon sens et du professionnalisme de l'auditeur, dans le respect des normes d'audit. Cependant quel que soit la démarche adoptée et les outils utilisés, l'objectif reste le même, celui de donner à une organisation une assurance raisonnable quant à la réalisation de ses objectifs. Le troisième chapitre de notre étude sera consacré à notre modèle d'analyse.

Chapitre 3 : Méthodologie de l'étude

Introduction

Les deux premiers chapitres de notre étude ont porté sur la description des procédures du au processus de gestion de la clientèle, les risque qui y sont liés et la démarche d'une mission d'audit. Le cadre de notre étude est le processus de gestion de la clientèle. L'approche d'audit par les risques a été retenue.

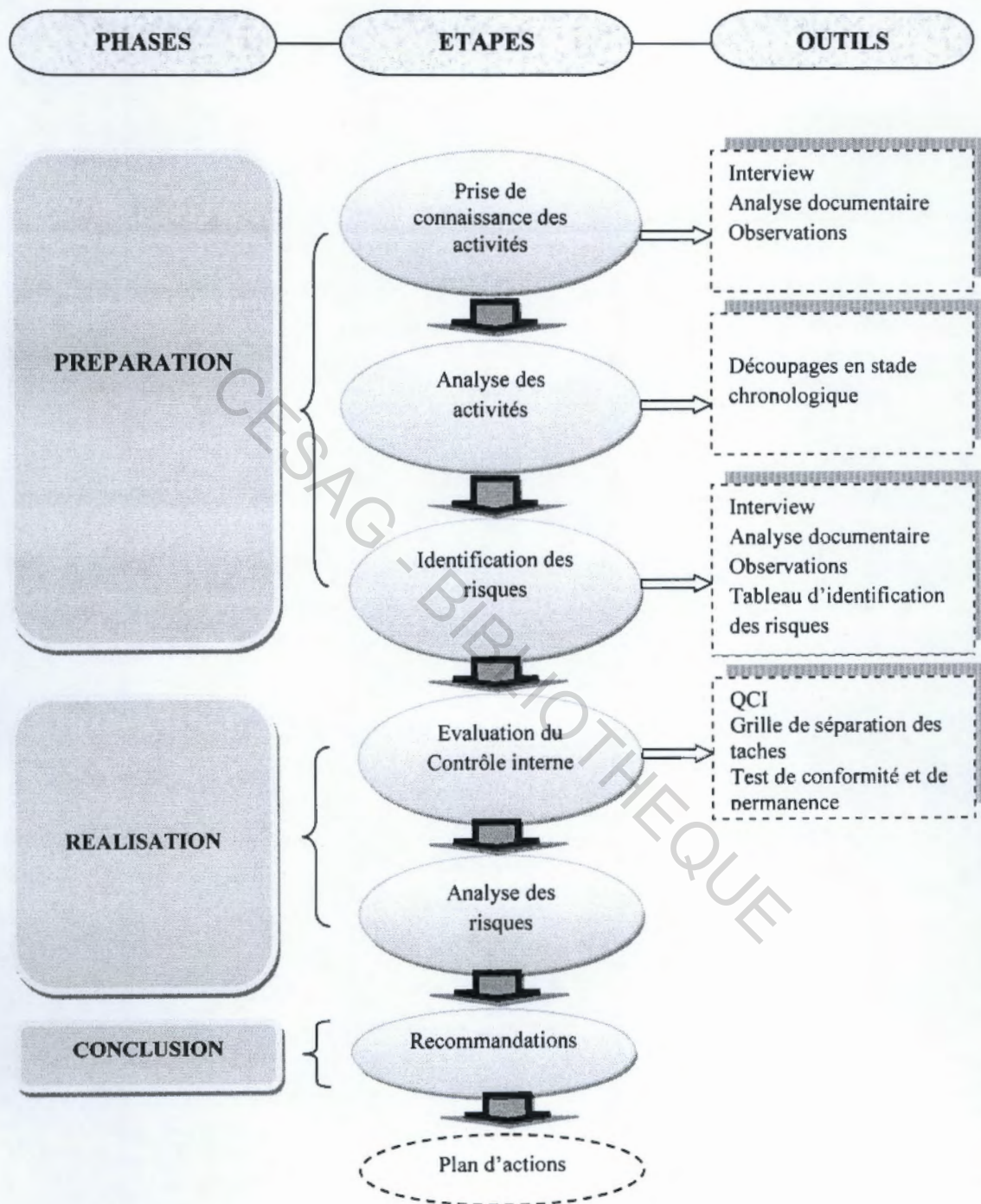
Le présent chapitre s'articulera autour de notre modèle d'analyse, de la population rencontrée et des outils utilisés.

3.1. Le modèle d'analyse

Le modèle d'analyse permet de décrire la démarche de résolution de notre thème de recherche. Il résulte d'une consolidation de différentes démarches et de meilleures pratiques issues de la synthèse des points de vue des auteurs étudiés dans les chapitres précédents.

Nous procéderons à la description des outils et des techniques utilisées pour la collecte des données et pour l'audit de la gestion de la clientèle. Le modèle d'analyse est illustré par la figure suivante :

Figure 2: Schéma de la méthode d'analyse



Source : Nous même (inspiré de Renard, Schick, Lemant)

3.2. Population rencontrée et outils de collectes et d'analyse des données

Notre étude s'est déroulée de juillet à août 2011. Nous avons rencontré les responsables des différentes procédures du processus de gestion de la clientèle. Différentes méthodes de collecte d'informations ont été utilisées.

3.2.1. Population rencontrée

A travers la note de service qui nous a accordé le stage, un planning de travail a été élaboré en fonction de la disponibilité des agents concernés. Notre choix a porté sur l'ensemble des responsables opérationnels qui interviennent dans le processus de gestion de la clientèle. Notre travail a été réalisé dans la plus grande convivialité.

3.2.2. Outils de collecte et d'analyse des données

Nous avons utilisé comme outils, l'interview, la revue documentaire, l'observation, le tableau d'identification des risques, le questionnaire de contrôle interne, la grille de séparation des tâches, l'observation physique et les tests de conformité et de permanence.

3.2.2.1 L'interview

L'objectif des entretiens est d'obtenir une description des processus du domaine sous l'angle de ses risques et de son dispositif de contrôle interne (Maders & al, 2006 : 55).

Les interviews ont concerné les différents acteurs du processus de gestion de la clientèle afin de s'enquérir des différentes activités qu'ils effectuent. Ce qui nous a permis de décrire les différentes procédures du processus de gestion de la clientèle telles que appliquées au CHNU de Fann, et de déterminer les procédures de contrôle qui régissent ces activités et les moyens mis en œuvre pour la réalisation des objectifs. Nous avons eu plusieurs interviews avec les mêmes acteurs afin de mieux comprendre l'organisation de la prise en charge des malades. Nous avons également eu des interviews avec les patients pour connaître leurs points de vue sur les services qui leurs sont offerts. Cela nous a permis d'évaluer l'applicabilité des forces de l'hôpital. Les différents points de vu recueillis lors des entretiens sont confrontés avec la pratique et les procédures.

Nous avons rencontré les responsables suivants :

- Le Chef des Service Administratifs et Financiers
- Le Chef de l'Agence Comptable Principale
- Le Chef du Bureau des entrées
- Le chef du service comptable, chargé du remboursement
- Le comptable chargé du recouvrement
- Le major du service ORL
- Le major du service Neurologie
- Le Chef des Services sociaux

3.2.2.2 L'analyse documentaire

L'analyse documentaire a porté sur le projet d'établissement (2004 – 2008) et le plan de redressement (2009) de l'hôpital de Fann, le manuel de procédure, les textes relatifs à la réforme hospitalière et à la charte du malade. Ces documents ont servi à approfondir nos connaissances sur le fonctionnement de l'entité en général et du processus de gestion de la clientèle en particulier ainsi que les risques qui y sont liés.

3.2.2.3 L'observation

Nous avons procédé à des observations pour mieux comprendre et pour valider les propos des acteurs impliqués dans le processus de gestion des clients. Nous avons ainsi effectué des observations directes le long du processus de gestion de la clientèle dans les différents services concernés.

3.2.2.4 Le questionnaire de contrôle interne⁴

Cet outil nous a permis, grâce à un grand nombre d'interrogations précises, d'apprécier le système de contrôle interne existant au regard des bonnes pratiques de gestion.

⁴ Voir Annexe II

3.2.2.5 La grille de séparation des tâches⁵

La grille permet de s'assurer que les fonctions incompatibles ne sont pas exercées par une même personne. Elle décrit la répartition du travail et décèle les cumuls de fonctions incompatibles pour y remédier (Obert, 2004 : 77).

Tout comme le QCI, Il nous a permis d'identifier les forces et faiblesses du dispositif de contrôle interne et son efficacité. Nous avons utilisé la grille d'analyse des tâches sur toute l'étendue du processus, ce qui nous a permis de confirmer ou d'infirmer les forces constatés en matière de maîtrise des risques opérationnels du processus de gestion de la clientèle.

3.2.2.6 Le tableau d'identification des risques

Ce tableau nous a aidés à recenser les risques liés au processus de gestion de la clientèle. Nous avons associé à chaque tâche, les risques les plus significatifs susceptibles de se réaliser en cas de non réalisation des objectifs.

3.2.2.7 Les tests de conformité et de permanence

Le test de conformité permet à l'auditeur de s'assurer que sa compréhension des procédures et des points clés mis en place est juste, (Ahouangansi, 2010 : 405). Le test de permanence a pour objectif de s'assurer que les points de contrôle (points forts théoriques) ont fonctionné de façon permanente.

Conclusion

Nous avons décrit et expliqué la démarche méthodologique qui sera employée pour mener l'audit du processus de gestion de la clientèle. Les outils qui seront utilisés nous aideront à collecter des données fiables nécessaires à la mise en œuvre de notre étude.

⁵ Voir Annexe I

Conclusion de la première partie

A travers les auteurs étudiés, nous avons fait une synthèse qui nous a permis de définir notre méthode d'analyse pour la mise en œuvre de notre étude. La revue de la littérature ainsi libellée, a évoqué la spécificité d'une prestation de service et la complexité d'un établissement hospitalier. Ces différences exigent de la direction de l'hôpital une maîtrise parfaite des opérations.

Le processus de gestion de la clientèle implique plusieurs services intervenant dans la prise en charge du patient. Une interconnexion efficace entre les différentes branches de ce processus est indispensable pour assurer la sortie d'un produit fini répondant aux attentes, autrement dit un malade satisfait. La notion de qualité est au cœur de ce processus.

Dans le premier chapitre, nous avons étudié le processus de gestion de la clientèle, ses différentes composantes et les risques qui y sont liés. L'hôpital recouvre de multiples domaines et disciplines qui sont sources de risque. Chaque prestation étant unique. Le tableau des risques a dégagé les meilleures pratiques pour faire face à ces risques.

Le deuxième chapitre a porté sur la démarche d'audit. L'approche par les risques permet de recenser les risques les plus significatifs. Une pléiade d'outils est à la disposition de l'auditeur pour la collecte et l'analyse des informations.

Le modèle d'analyse ainsi conçu, sera appliqué au processus de gestion de la clientèle l'objet de notre étude.

Partie II : Cadre pratique

Introduction

La complexité d'un établissement hospitalier exige une organisation rigoureuse et un système de contrôle efficace. La place de l'audit dans les organisations, y compris l'hôpital devient de plus en plus importante. En effet, la réforme hospitalière a permis la création des services de contrôle dans les EPS. Cependant, l'enjeu pour la direction est de se doter d'un système de contrôle interne efficace. Or l'hôpital est marqué par un déphasage entre le monde médical et administratif. Cela se traduit par l'absence d'un système de communication entre les différents acteurs, ce qui a un impact négatif sur l'efficacité des processus dont celui de la gestion de la clientèle.

L'hôpital de Fann est doté d'un service d'audit. Le constat est que malgré son existence, ce service n'a pas toutes les prérogatives pour mener à bien les objectifs qui lui sont assignés. La maîtrise des risques liés aux activités de l'hôpital se trouve donc biaisée. Le CHNU de Fann gagnerait à intégrer l'audit dans sa gestion organisationnelle afin de générer plus de ressources par la protection du patrimoine, la fiabilité des informations et la maîtrise des risques. Pour cela il faut l'implication de la Direction et tout le personnel, y compris médical.

La maîtrise des risques liés à la gestion de la clientèle s'impose donc au CHNU de Fann comme moyens d'atteindre ses objectifs. D'autant plus que le client ayant le choix entre les établissements de santé, est de plus en plus exigeant.

La première partie de notre étude a portée sur l'aspect théorique du processus de gestion de la clientèle. Dans cette seconde partie, nous mettrons en pratique ce recueil des différents auteurs étudiés. Nous entamerons par la présentation de l'Hôpital de Fann dans le chapitre 4. Dans le chapitre 5 nous ferons la description du processus de gestion de la clientèle, à travers un aperçu de la clientèle, ainsi que les différentes procédures qui composent ce processus. La mise en œuvre de l'audit du processus de gestion de la clientèle fera l'objet du sixième chapitre.

Chapitre 4 : Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire de Fann

Introduction

Le Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) est un centre de santé d'envergure nationale et sous régionale. C'est un Établissement Public à caractère administratif. Sa configuration actuelle est la résultante de profondes mutations qu'il a connues de sa création à nos jours.

4.1 Historique et évolution du statut du CNHU de Fann

Cette section présentera l'historique et l'évolution de l'hôpital de Fann.

4.1.1. Historique

L'édification du CHNU de Fann ne s'est pas faite en une seule fois, mais en plusieurs étapes comprises entre 1955, date du projet de sa création à nos jours. C'est le décret N° 65-393 du 10 juin 1965 qui a fait de lui une des composantes du CHU de Dakar. En 1999, il a été érigé en Établissement Public de Santé (EPS) par le décret N° 99-857 du 27 août. Cela, en application des lois N° 98-08 et 99-08 du 02 mars 1998 portant respectivement réforme hospitalière et la création, l'organisation et le fonctionnement des Établissements Publics de Santé.

4.1.2. Evolution du statut du CNHU de Fann

Depuis sa création jusqu'à nos jours, le statut du CNHU de Fann a progressivement évolué. Quelques dates importantes de cette évolution sont :

- 1955 : Année de création de l'hôpital de Fann ;
- 1956 : Ouverture du premier service ;
- 1960 : Elargissement de la mission de l'hôpital : enseignement et recherche s'ajoutent aux soins ;
- 1965 : Décret 65. 393 du 10 juin 1965 fait de l'hôpital de Fann un CHU ;

- 1999 : Décret 99. 857 du 27 août 1999 érige le CHU de Fann en EPSH.

4.2 Missions et objectifs CNHU de Fann

Comme tous les EPS, il est assigné au CHNU de Fann des missions et objectifs.

4.2.1. Les missions CNHU de Fann

L'Hôpital de Fann a pour missions fondamentales⁶ :

- d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Il doit assurer le cas échéant leur hébergement ;
- de garantir pour tous un accès équitable aux soins sans discrimination entre les malades.
- d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie ;
- de prendre en charge les patients qui leur sont régulièrement référés, ou de leur trouver un lieu de soins adapté à leur état.

En outre il doit concourir à l'enseignement universitaire et post-universitaire notamment par la formation initiale et continue et le développement de la recherche.

4.2.2. Les objectifs du CNHU de Fann

Avec la réforme hospitalière, l'Hôpital de Fann s'est fixé les objectifs suivants :

- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- l'équilibre de ses comptes.

D'ailleurs comme le stipule l'article premier de la loi portant réforme hospitalière « La qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif essentiel pour tout établissement hospitalier ».

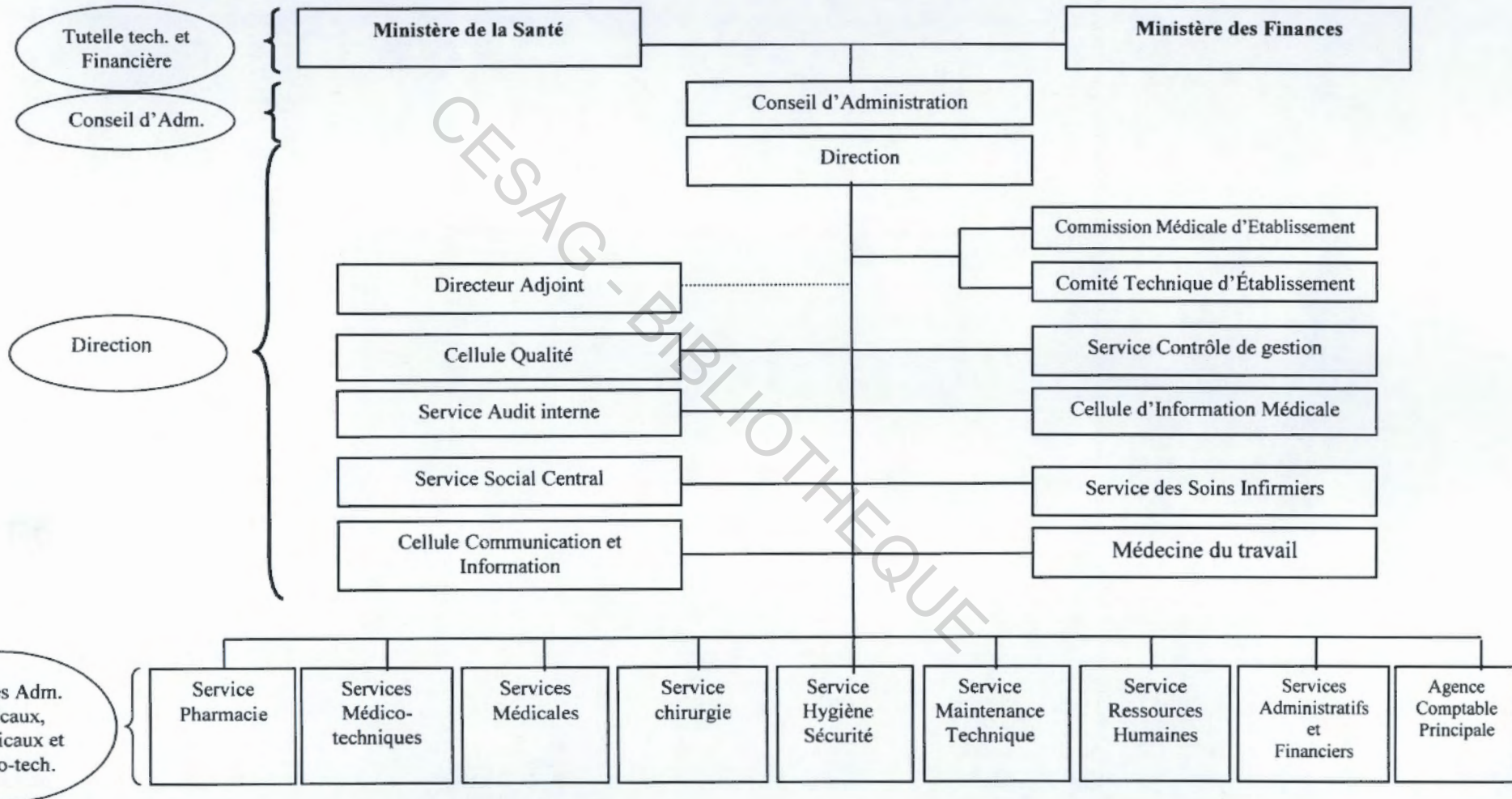
⁶ Cf articles 1 - 8 et 9 de la Loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière

4.3 L'organisation du CHNU de Fann

Conformément à son nouveau statut, le CHNU de Fann s'est doté d'un organigramme qui fait ressortir une organisation à cinq (5) niveaux :

- Au premier niveau se trouvent les entités ministérielles de tutelle à savoir le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et le Ministère de l'Économie et des Finances ;
- Au deuxième niveau se situe le Conseil d'Administration.
- Au troisième niveau se regroupent autour du Directeur et de son adjoint les services et cellules qui lui sont rattachés ainsi que les organes consultatifs que sont le Comité Technique d'Établissement (CTE) et la Commission Médicale d'Établissement (CME).
- Au cinquième niveau se trouvent les services opérationnels médicaux, médico-techniques et administratifs qui comportent en leur sein des divisions.

Figure 3 : Organigramme du CHNU de Fann



Source : Nous –même à partir de l'organigramme en vigueur depuis 2008

4.3.1. Les organes d'administration et de gestion

Les organes d'administration et de gestion de l'hôpital sont constitués des Ministères de tutelle, du conseil d'administration et de la Direction

4.3.1.1. La tutelle technique et Financière

La tutelle du CHNU de Fann est assurée conjointement par le Ministère en charge des finances pour la tutelle financière et le Ministère de la santé pour la tutelle technique. Leurs représentants siègent au sein du Conseil d'administration. Le budget voté par le Conseil d'administration fait l'objet d'une approbation par la tutelle technique.

4.3.1.2. Le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration du CHNU de Fann compte douze (12) membres constitué des professionnels de la santé, des représentants de l'administration publique et des autres parties prenantes du secteur de la santé. Il est chargé entre autres de définir la politique générale de l'établissement.

4.3.1.3. La Direction et les services et cellules associés

La Direction est chargée d'assurer la gestion générale de l'établissement et l'exécution des délibérations du Conseil d'Administration et des décisions prises par les autorités de tutelle.

Pour la réalisation des missions qui lui sont assignées, la Direction est assistée par des services et des cellules spécialisés. Ce sont :

- le Service Audit Interne ;
- le Service Contrôle de Gestion ;
- le Service Communication Information ;
- le Service des Soins Infirmiers ;
- le Service Social Central ;
- le Service Médecine du Travail ;
- la Cellule d'Information Médicale.

4.3.1.4. Les organes consultatifs

Le CHNU de Fann est doté de deux (2) organes consultatifs que sont le Comité Technique d'Établissement (CTE) et la Commission Médicale d'Établissement (CME).

4.3.2. Les Services du CHNU de Fann

Le CHNU de Fann est organisé en services administratifs, et en service médico-techniques.

4.3.2.1. Les services administratifs

Ce sont les services d'appui technique et les services administratifs spécialisés.

a) Le Service Administratif et Financier (SAF)

Il a pour principales fonctions l'exécution du budget, la supervision de l'exécution des contrats avec les fournisseurs, l'approvisionnement en matières premières et fournitures, le suivi du mouvement des malades et facturation des différentes prestations fournies par les praticiens.

b) L'Agence Comptable Particulière (ACP)

Elle est chargée d'assurer le règlement des dépenses, de superviser le recouvrement des créances, d'enregistrer toutes les opérations de décaissements et d'encaissements, d'élaborer les états financiers et elle est également le correspondant du Trésor public.

c) Le Service des Ressources Humaines

Il est chargé de la gestion de la carrière pour certains et du suivi des mouvements pour d'autres. En effet, le personnel du CHNU de Fann est composé d'agents recrutés par l'hôpital qui sont à sa charge, des fonctionnaires d'Etat dont la carrière est suivie par le Ministère de la Fonction Publique et du personnel de la Faculté de médecine payé par le Rectorat. Chaque catégorie de personnel est rattachée hiérarchiquement à sa structure d'origine.

d) Le Service Social Central

Il est chargé de la mise en œuvre de la politique sociale et de faire les démarches pour la signature de convention de prise en charge sociale avec les partenaires, les ministères et institutions, de la recherche de fonds pour le financement d'activités génératrice de revenus au profit des malades de long séjour et vulnérables socialement et assiste aux travaux de coordination avec les différents services.

e) Le Service d'audit interne

Le service d'audit interne est chargé de procéder à des investigations nécessaires dans le cadre de la gestion financière et de mettre en œuvre les procédures d'audit interne et veiller à leur correcte exécution. Il est également chargé de gérer les contrats de partenariats et de location.

4.3.2.2. Les services médicaux-techniques

Les services médicaux sanitaires sont des services dans lesquels se réalisent les consultations, les examens et les actes chirurgicaux. Ils sont au cœur du métier sanitaire de l'Hôpital. Ce sont :

- le Service Accueil-Urgence et de tri ;
- le Service de Neurologie ;
- le Service de Psychiatrie ;
- le service de Pneumo-phtisiologie ;
- le Service des Maladies Infectieuses ;
- le Service de la Chirurgie Cardiovasculaire et Thoracique ;
- le Service de Cardiologie ;
- le Service d'Oto-Rhino-Laryncologie ;
- le Laboratoire de Parasitologie Mycologie ;
- le Laboratoire de Bactériologie Virologie ;
- le Laboratoire de Biochimie ;
- la pharmacie Centrale ;
- le Service d'Imagerie Médicale

4.4. Les activités

Le CHNU de Fann est spécialisé dans le diagnostic et le traitement des affections neurologiques, d'ORL, de santé mentale, de la pneumologie, des maladies infectieuses et tropicales, de la santé bucco-dentaire, de la chirurgie thoracique et cardiovasculaire.

Conclusion

L'offre de soins spécialisés et sa proximité avec les populations, font de l'hôpital de Fann un établissement de référence. Comme tout hôpital, le CHNU de Fann est caractérisé par une organisation à forte tendance hiérarchique. Aussi nous distinguons le secteur administratif et le secteur médico-technique. Cependant chaque service de soins est quasi autonome dans la gestion des malades.

La description des procédures relatives au processus de gestion de la clientèle telles que appliquées à l'hôpital de Fann fera l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 5 : Description du processus de gestion de la clientèle

Introduction

L'un des soucis de la direction du CHNU de Fann est l'amélioration de la qualité de gestion⁷. Avec la réforme, l'établissement s'est doté de procédures et d'outils de gestion. Dans le contexte actuel, marqué par la complexité des activités et l'inadéquation des moyens mis en œuvre de ces procédures, leurs applications posent problème.

Le présent chapitre se penche sur les différentes procédures du processus de gestion de la clientèle du CHNU de Fann. Ce processus sera décomposé en activités afin de bien comprendre les opérations étape par étape. Au préalable nous ferons un aperçu sur la clientèle de l'Hôpital de Fann.

5.1. Aperçu sur la clientèle de l'hôpital de Fann

On recense deux types de clients à l'hôpital de Fann : les patients avec prise en charge et les particuliers à leurs frais (PAF).

5.1.1. Les patients avec prise en charge

Il s'agit des clients qui bénéficient d'une prise en charge selon l'une des modalités suivantes :

- IPM (organismes internationaux, ipm simple, groupe d'entreprise, mutuelle et assurance) ;
- Indigents (prise en charge par le service social)
- imputation budgétaire (Mairie et autres administrations) ;
- SESAME (les personnes de troisième âge supporté par l'Etat).

La prise en charge peut être totale ou partielle.

Dans le cas d'une prise en charge totale, le paiement est assuré dans sa totalité par l'organisme, tandis que le client paye une partie des prestations s'il s'agit d'une prise en charge partielle.

⁷ Plan de redressement du CHNU de Fann , juin 2009

5.1.2. Les particuliers à leurs frais

Ce sont des clients qui prennent en charge eux-mêmes le coût de leur traitement.

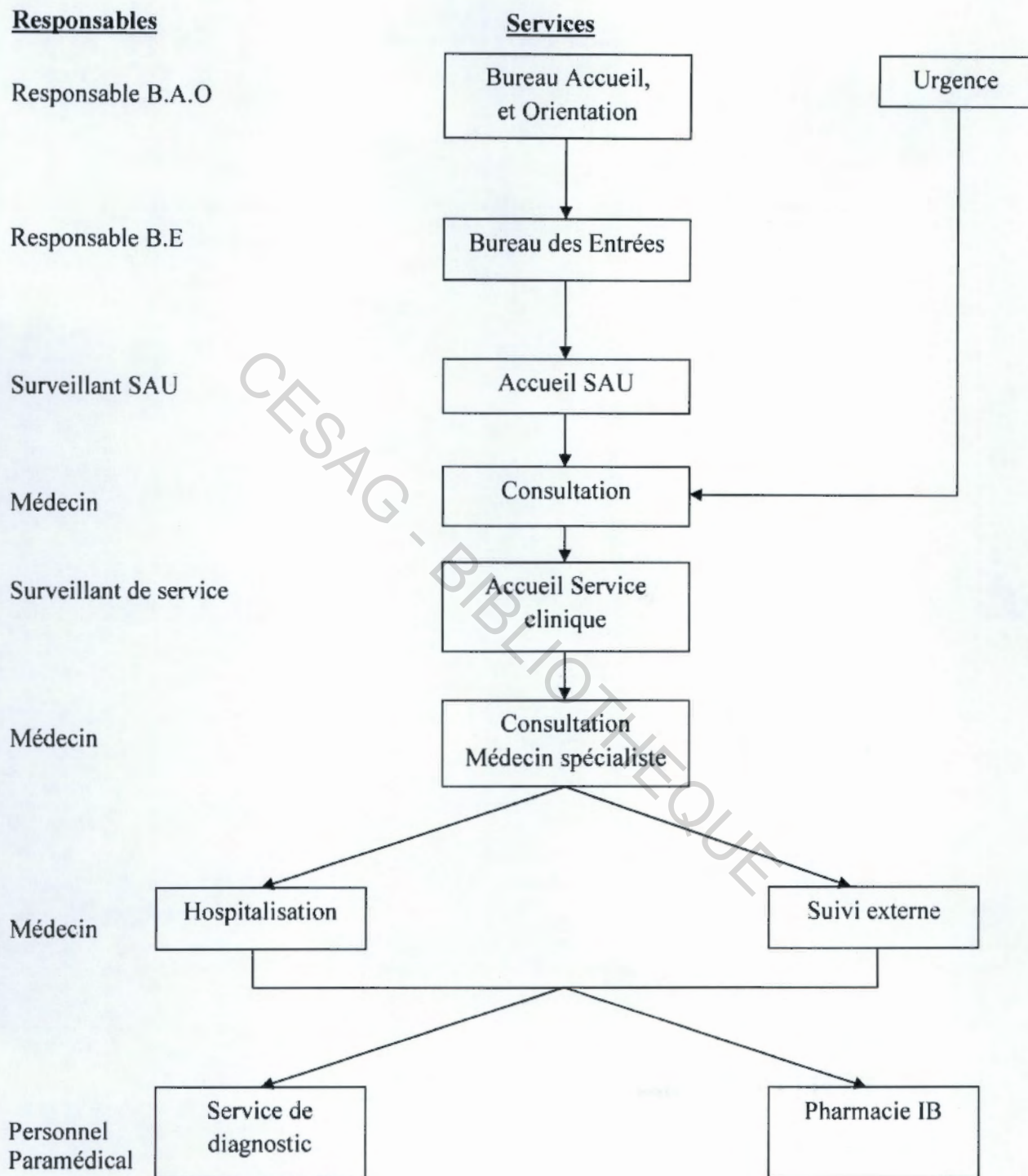
5.2. Organisation du processus de gestion de la clientèle

Le processus de gestion de la clientèle est organisé autour du circuit du malade, depuis son entrée jusqu'à sa sortie d'hôpital. Dès son arrivée de façon générale, le patient est accueilli et orienté par le bureau d'accueil. Ensuite il est pris en charge par le bureau des entrées d'où il est orienté vers le service Accueil-Urgence et de Tri. Il y est consulté par le médecin généraliste qui le dirige vers le médecin spécialiste approprié qui le consulte à son tour. Cette consultation sera ponctuée par une hospitalisation ou un suivi à titre externe. Dans les deux cas, les services d'aide au diagnostic et la pharmacie seront sollicités.

Dans le cas particulier du patient admis en urgence, la prise en charge se fait directement par un médecin. Cependant les conditions financières doivent être satisfaites par le patient.

La figure suivante représente le circuit du malade à l'hôpital de Fann.

Figure 4: Le circuit du malade à l'hôpital de Fann



Source : Nous même

5.3. Les procédures de gestion de la clientèle

Les principales étapes du processus de gestion de la clientèle sont : L'agrément du client, l'accueil et l'orientation, l'admission, le séjour du patient, la sortie du patient, le remboursement des clients et le recouvrement des créances.

5.3.1. L'agrément du client

Les procédures d'agrément sont de deux catégories :

Les IPM ou les organisations désireuses d'être agréées adressent une lettre d'intention au directeur de l'hôpital de Fann. Le Directeur affecte la lettre au SAF pour étude. Après une enquête, notamment sur la solvabilité du demandeur, le SAF adresse une lettre d'agrément à l'organisation candidate dans laquelle l'hôpital de Fann met ses conditions.

L'organisation doit :

- régler les factures à elle adressées dans un délai de 60 jours après réception, sur la base des tarifs au comptant ;
- bénéficier des tarifs au comptant en cas de dépôt de provisions par le client (l'organisation candidate) et ce, jusqu'à concurrence du montant de ladite provision.

Deux cas de figures se présentent à partir de cette lettre d'agrément :

a) IPM tarifs au comptant (avec caution)

Lorsque l'IPM opte pour la tarification au comptant, elle dépose un chèque qui représente la caution de démarrage, une copie du chèque est transmise au Chef du Bureau des entrées et le contrat entre en vigueur à partir de cette remise. Le personnel de cette IPM peut se faire soigner avec sa prise en charge.

b) IPM tarifs à terme (sans dépôt de caution)

Dès la réception de la lettre d'agrément, l'organisation peut commencer à envoyer son personnel à l'hôpital de Fann pour se faire soigner.

5.3.2. L'accueil et l'orientation du client

Cette procédure comporte quatre composantes : la réception du malade, le renseignement, l'orientation et la gestion des fils d'attentes.

5.3.2.1. Accueil à l'entrée de l'hôpital

Le vigile vérifie si les documents du malade sont en règle pour ensuite l'orienter vers le bureau accueil et orientation.

Le bureau accueil et orientation :

- reçoit et identifie les besoins du malade ;
- enregistre le malade dans le registre (nom et prénom, adresse, service demandé) ;
- fait le tri des bulletins d'analyse ;
- oriente le malade vers le service de tri s'il s'agit d'un PAF ou vers le Bureau des Entrées s'il s'agit d'un malade avec prise en charge.

5.3.2.2. Accueil des malades dans les services cliniques

Se présentent aux services cliniques, les patients en consultation externe ou ceux qui doivent être hospitalisés.

Pour cela, l'agent d'accueil :

- recueille l'identité du patient et ses coordonnées dans un registre (s'il s'agit d'un patient qui se présente pour la première fois);
- lui délivre une *fiche de rendez vous* comportant le nom, prénom, âge, motif de consultation, la date de consultation, frais de consultation ;
- invite le patient muni d'une *fiche de rendez vous* à payer un ticket de consultation à la caisse, puis l'installe dans la salle d'attente ;
- gère les files d'attente tout en privilégiant les cas d'urgence et les personnes du troisième âge.

5.3.2.3. Accueil des malades au Centre d’Imagerie Médicale

A l’entrée, le vigile délivre un ticket numéroté au patient puis l’oriente vers l’agent d’accueil.

L’agent d’accueil :

- accueille le patient, puis il lui donne des renseignements sur les prix des prestations ;
- détache le ticket numéroté en deux ;
- joint un coupon au bulletin d’analyse et remet l’autre bout du ticket au client ;
- invite le patient à s’asseoir dans la salle d’attente, ensuite procède au dispatching des bulletins de radio ou d’analyse dans les box de facturation.

Une fois la facture établie, l’agent d’accueil récupère les bulletins et la facture auprès du facturier et les transmet au caissier pour le paiement.

Après le paiement, l’agent d’accueil :

- fait le tri des bulletins et les distribue dans les laboratoires ;
- organise les prélèvements par ordre d’arrivée ;
- communique au patient l’heure du retrait des résultats ;
- effectue la distribution des résultats d’analyse.

5.3.3. L’admission du client

L’admission intervient à la suite d’une consultation externe ou en cas d’urgence.

5.3.3.1. Admission des cas non urgents

A la date d’hospitalisation, le malade se présente à l’hôpital où il est consulté par le médecin qui établit un *papier navette*⁸ puis l’oriente chez le major qui à son tour lui délivre un *billet d’hôpital*. Puis il se présente au Bureau des entrées pour le paiement des frais d’hospitalisation.

⁸ Le papier navette n’est pas un document formel.

- **Si le patient à une prise en charge :**

L'agent du bureau des entrées reçoit le client avec le *billet d'hôpital* et le document de prise en charge (lettre de garantie, Imputation Budgétaire, carte d'assuré...).

➤ *Si l'organisme est bloqué (insolvable)*

- rejette le dossier ;
- puis propose au client la prise en charge par lui-même ;

Si le client accepte, il lui explique les conditions d'admission, puis :

- établit le *devis estimatif* sur la base du *billet d'hôpital* et la *fiche de tarification* ;
- invite le client à payer à la caisse ;
- reçoit le client avec le reçu établi en trois volets (le volet blanc est conservé par le client, le bleu est conservé par le service clinique et le volet rose sera détenu par le service facturation)
- établit une *fiche d'autorisation* d'admission et/ou une *fiche d'autorisation d'opéré* (si le patient doit être opéré).

➤ *si l'organisme n'est pas bloqué (solvable)*

L'agent du Bureau des entrées explique au client les conditions d'admission, puis :

- établit le *devis estimatif* s'il s'agit d'une prise en charge partielle ou une *fiche navette* si la prise en charge est totale ;
- invite le client à payer à la caisse, puis reçoit le client avec le *reçu* établi en trois volets (le volet blanc est conservé par le client, le bleu est conservé par le service clinique et le volet rose sera détenu par le service facturation) ;
- établit une *fiche d'autorisation d'hospitaliser* et/ou une *fiche d'autorisation d'opérer* si le patient doit être opéré.

Ensuite le patient est reçu par le major avec les documents suivants :

- le *billet d'hôpital* ;
- la *facture* en deux volets (blanc pour le patient et bleu à conserver par le major)
- la *fiche d'autorisation d'hospitaliser*
- et la *fiche d'autorisation d'opérer* au cas où il doit subir une intervention chirurgicale.

Sans ces documents au complet, le major n'admet pas le patient, sauf urgence.

- **Pour les PAF :**

La procédure est la même que celle pour les patients des organismes insolvables.

Pour l'hospitalisation, le client doit payer à l'entrée pour 10 jours plus la caution qui diffèrent selon la catégorie :

- 3^{ème} catégorie : 2000/jourX10 + caution 50 000F
- 2^{ème} catégorie : 5000jourxX10 + caution 30 000F
- 1^{ère} catégorie : 8000/jourX10 + caution 30 000F

Les cautions servent à couvrir les éventuels frais d'analyses lors du séjour du malade. Après déduction des frais d'hospitalisations à la caution versée, le reliquat est remboursé au patient. Les patients à leurs frais, ont le choix entre ces trois catégories selon la disponibilité des lits. Par contre pour les patients des IPM, cela dépend des conditions de prises en charges préalablement définies.

Si le malade ne passera que peu de jours à l'hôpital, c'est le cas pour les traitements légers, la vielle, il paye l'intervention plus le kit et à la sortie, il paiera les frais hôteliers. Certains cas d'hospitalisation ne font pas l'objet de paiement de frais hôteliers. Ce sont les cas de traitement d'une seule journée à l'hôpital.

5.3.3.2. Admission d'urgence

C'est le cas des malades qui arrivent à l'hôpital dans un état critique nécessitant un traitement d'urgence.

Pour cela, le service clinique accueille le client, puis effectue aussitôt la prise en charge. L'accompagnant du malade est orienté par le major vers le bureau des entrées pour le paiement des frais d'hôpital. Il suivra la même procédure que le cas d'hospitalisation non urgent ci-dessus.

Une fois que le client est hors de danger, si le paiement n'est pas effectué, le major oriente l'accompagnant vers le bureau des entrées pour régularisation.

5.3.4. Le séjour du malade à l'hôpital

L'hospitalisation intervient dans les cas suivants : après la consultation, le médecin peut décider l'admission du patient, ou cas d'urgence.

Il existe trois types d'hospitalisation :

- hospitalisation du jour : dont la durée ne dépasse pas une journée
- hospitalisation de courte durée : souvent moins de 10 jours
- hospitalisation de longue durée : pouvant excéder un mois.

5.3.4.1. Cas des urgences

Quand le malade est vu par le médecin de consultation, si ce dernier juge que c'est un cas urgent, il l'oriente vers le médecin d'hospitalisation. A son tour le médecin d'hospitalisation après consultation l'oriente vers le major. Le major délivre au client un *billet d'hôpital*. L'accompagnant va se rendre au bureau des entrées pour le paiement de frais d'intervention et d'hospitalisation. Si le client est dans l'impossibilité de se prendre en charge, le service social sera sollicité.

5.3.4.2. Contrôle de la régularité des malades durant l'hospitalisation

Chaque jour, après la visite du corps médical aux chevets des malades et les soins infirmiers, la surveillance du service procède au contrôle des malades. Ce contrôle a pour but de vérifier la situation des malades pour savoir qui est en règle et qui ne l'est pas. Pour cela elle vérifie le volet de la facture détenue par le client.

5.3.4.3. Evaluation des frais d'examens pendant l'hospitalisation

Les frais relatifs aux examens médicaux du patient sont déduits de la caution qu'il a payée lors de son admission. Au fur et à mesure que se déroule les examens, le major les enregistre dans une *fiche de navette* fournie par le bureau des entrées. Cette fiche permettra au major de faire le bilan des analyses effectuées par le client et les communique au bureau des entrées lors de la sortie du patient.

5.3.4.4. Prise en charge des malades indigents

a) Les conditions de prise en charge

Deux types de malades bénéficient de ces aides, il s'agit des malades ambulatoires ou externes (qui suivent un traitement sans hospitalisation) et des malades hospitalisés.

Pour les malades externes, il s'agit très souvent des cas qui sont en attente d'intervention chirurgicale ne parvenant pas payer leur frais d'examen préopératoire. Le service social intervient en prenant en charge les frais de d'analyse préopératoire.

Les malades hospitalisés sont pris en charge quand au cours du séjour ils n'arrivent pas à payer les frais d'hôpital (hôtellerie, analyse, ordonnance).

Pour bénéficier d'une aide, le malade doit obligatoirement payer la caution à l'entrée.

La découverte des cas sociaux se fait lors d'une visite que l'assistante sociale effectue chaque matin avec le corps médical, ou le médecin traitant en constatant un malade se trouvant en difficulté financière, avise l'assistante sociale.

Toutefois, certains patients nécessiteux s'adressent directement au service social.

b) La procédure de prise en charge

Cette procédure est la même quel que soit le type de malade. Cependant les cas urgents bénéficiant de l'aide sociale sont pris en charge aussitôt qu'ils arrivent.

Le traitement se fait au cas par cas. Pour cela, l'assistante sociale remplit une fiche d'enquête en posant des questions au malade et à ses accompagnants. La *fiche d'enquête* est transmise dans l'immédiat au chef du service social central pour traitement. Après avoir étudié le cas, le chef de service, établit une *fiche de prise en charge*, signe et le transmet au Directeur pour signature. La *fiche de prise en charge* signée est transmise au service social pour mesure à prendre. La facture du patient ou le devis estimatif est joint à la fiche de prise en charge et d'enquête puis classée par l'assistante sociale.

Pour les malades les plus démunis à opérer dans l'urgence, leurs prises en charge par le service social se fait sur avis du professeur qui l'a examiné. Pour cela, le professeur émet son avis sur la *fiche d'enquête* puis appose son visa.

5.3.4.5. Cas d'impayé en cours d'hospitalisation

Si le séjour du client dépasse 10 jours d'hospitalisation, le bureau des entrées alerte le major du service. Le major invite le client à payer les montants dus. Le major peut également faire le constat de l'épuisement des frais hôteliers.

5.3.5. La sortie du client

La sortie intervient quand le médecin estime que le malade est rétabli.

Dans ce cas, il établit une *fiche de sortie*, comportant nom, prénom, âge, dates d'entrée et de sortie, n° de dossier, vise puis la remet au major. Après avoir enregistré la date de sortie et le diagnostic dans le registre, le major remet la *fiche de sortie* au malade ou son accompagnant.

Le malade se présente à l'accueil pour le rendez-vous de suivi. Ensuite, il se présente au Bureau des entrées pour régulariser sa situation. Le malade muni de sa *fiche de sortie* se présente à l'accueil puis il est introduit chez le médecin pour le suivi.

5.3.6. Remboursement du client

Les remboursements interviennent pour les prestations au comptant.

Cas 1 : Le Montant à rembourser est inférieur à 150 000FCFA

Dans ce cas le remboursement est effectué en espèces.

A la sortie du patient :

Le médecin établit une *fiche de sortie*, puis le major délivre une *fiche de remboursement* (Si la caution payée à l'entrée du patient est supérieure au montant des frais d'hospitalisation). Il joint le *reçu* bleu qu'il détenait et le remet au patient ou à son accompagnant.

Le bureau des entrées :

- reçoit le client avec la liasse (*fiche de sortie, fiche de remboursement, quittance service*) ;
- vérifie le montant à rembourser, puis remet les documents au client et l'oriente vers le bureau de la facturation.

Le Bureau de facturation :

- vérifie les documents, puis refait le calcul du montant à rembourser ;
- joint la quittance facturation au dossier et invite le client à revenir à l'hôpital pour se faire rembourser dans un délai de 48 heures. Ensuite il transmet le dossier au SAF pour autorisation.

Le SAF vise les documents (cachet et signature sur les trois volets du reçu), établit *l'ordre de paiement* (3 exemplaires) puis transmet le dossier à la Direction.

Le Directeur vérifie la conformité des documents puis appose son visa sur l'*ordre de paiement* ; le dossier est ensuite transmis au service ACP.

Le comptable chargé du remboursement du service ACP reçoit le dossier, établit une pièce de dépense et transmet le dossier au Chef ACP pour vérification et signature.

Le Chef ACP, après vérification, signe la pièce de dépense et transmet le dossier au caissier-dépense.

Le caissier-dépense reçoit le client avec la/les copie(s) des pièces d'identités du patient et/ou de l'accompagnant (si c'est l'accompagnant qui se présente) ou encore un certificat pour les cas de décès. Il vérifie la conformité des pièces d'identités avec le dossier, fait signer le client et procède au remboursement.

Cas 2 : Montant à rembourser supérieur ou égal à 150 000FCFA

Dans ce cas le remboursement est effectué par chèque bancaire

La même procédure que celle appliquée pour le paiement en espèce est suivie, mais le chèque est délivré par l'ACP.

- ***Cas de prestations non effectuées***

Si le malade a déjà payé la prestation et que cette dernière n'a pu être exécutée :

Le Major vise la facture volet client pour attester que la prestation n'a pas eu lieu, établit une fiche de remboursement, puis oriente le client vers le Bureau des entrées.

5.3.7. Le recouvrement des créances

Le recouvrement des créances concerne les prestations à terme. Il se fait par espèces, chèque ou virement bancaire.

Le Bureau de facturation envoie la facture (originale et copies) à l'ACP.

Le chargé du recouvrement de l'ACP :

- enregistre la facture (imputation au compte client) ;
- envoie l'originale de la facture au client par poste ou à travers un coursier ;
- relance les clients par appels téléphoniques ou par courrier (pour le plan SESAME et l'Imputation, l'envoi se fait chaque mois avec un Bordereau accompagné de la facture) ;
- procède au recouvrement des factures envoyées aux clients

La relance se fait sur la base du montant de la facture et de la durée (1 an maximum). Sachant que le client, dispose d'un délai de 60 jours pour s'acquitter de ses dettes.

- ***Cas des clients insolvables***

Le comptable chargé du recouvrement établit la situation des impayés chaque semestre et la liste des clients insolvables de plus d'un an. Ensuite, il envoie la liste au SAF.

Le SAF établit une liste des clients bloqués, vise et le transmet au Bureau des entrées. Le bureau des entrées est ainsi habilité à rejeter les patients de l'organisme faisant l'objet de blocage. Seuls les cas d'urgence sont admis, dans ce cas le montant de la facture des prestations est imputé au client insolvable.

Pour les clients se réclamant être en situation financière difficile, l'hôpital procède à la vérification de ses états financiers.

Conclusion

Une procédure telle que écrite n'est pas toujours appliquée de façon effective. Elle doit être adaptée au contexte de l'organisme et de son environnement à travers sa mise à jour. La description des procédures relatives au processus de gestion de la clientèle ainsi effectuée, il importe d'identifier les risques qui y sont liés. Le chapitre suivant portera sur la mise en œuvre de l'audit du processus de gestion de la clientèle.

Chapitre 6 : Audit du processus de gestion de la clientèle du CHNU de Fann

Introduction

La description des procédures relatives au processus de gestion de la clientèle a fait ressortir des forces et faiblesses. Il est nécessaire d'identifier les risques qui y sont associés pour pallier les points faibles et renforcer les points forts.

L'objet de ce chapitre est de mettre en exergue les différents risques du processus de gestion de la clientèle du CHNU de Fann à travers le tableau d'identification des risques. Pour mieux discerner les risques, le processus est décomposé en plusieurs sous processus qui sont également scindés en plusieurs tâches.

6.1. Définition des objectifs d'audit

Sur la base des meilleures pratiques ou des facteurs clés de succès recueillis dans la revue documentaire, les objectifs d'audit du processus de gestion de la clientèle ont été définis.

Il s'agit de s'assurer :

- la séparation des fonctions incompatibles ;
- de l'existence de critères pertinents pour l'octroi d'agréments ;
- de la qualité de l'accueil et l'orientation du client ;
- de la conformité et de la rapidité de la procédure d'admission ;
- de la qualité du séjour du malade dans les conditions requises ;
- de la sortie du malade sur avis médical et après régularisation ;
- de l'envoi des factures aux clients dans les délais ;
- de l'existence d'un fichier de clients mise à jour régulièrement ;
- du respect du délai de remboursement des clients ;
- de l'existence de procédure efficace de suivi et de recouvrement des créances.

6.2. Identification des risques liés au processus de gestion de la clientèle

Au regard de la prise de connaissance et de l'identification des étapes clés du processus, nous allons identifier les risques qui peuvent survenir, les objectifs spécifiques et les bonnes pratiques dans un tableau d'identification et d'analyse des risques. Chaque sous-processus est décomposé en tâches élémentaires sur lesquelles sont administrées les questions de contrôle interne. Ainsi, les événements qui empêchent l'atteinte des objectifs de contrôle interne constituent des risques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 4 : Tableau d'identification et d'analyse des risques

Sous processus	Étapes ou éléments clés du processus	Objectifs spécifiques	Risques	Dispositifs de maîtrise
Agrément du client	Octroi d'agrément	S'assurer que l'agrément se fait sur la base de la solvabilité du client	- Acceptation de client « mauvais » payeur ou insolvabilité - Contentieux	Existence d'une procédure rigoureuse d'acceptation des clients Soumission du dossier d'agrément à une commission créée à cet effet
	Actualisation de l'agrément	S'assurer que le client répond toujours aux critères de solvabilité	Non actualisation	Actualisation opérée chaque année
Accueil et orientation du client	Accueil et orientation	S'assurer que le client est bien accueilli, informé et orienté	- Défaut d'orientation - Défaut d'identification du personnel - Attente excessive	Existence d'une procédure d'accueil et d'orientation Confection d'un livret d'information du client Port de tenue ou de badge par le personnel
Admission du client	Vérification de la solvabilité des organismes clients de l'hôpital	S'assurer que l'admission du patient se fait sur la base de la solvabilité de l'organisme	- Admission de clients insolubles	Vérification systématique des pièces présentées par le client Vérification de la situation de l'organisme sur la fiche des structures bloquées Mise à jour systématique de la liste des organismes bloqués

	Prise en charge des patients	S'assurer de la conformité et de la rapidité de l'admission	- Mauvaise prise en charge - Erreur sur l'identité du patient	Existence et application de protocole de soins Responsabilisation formelle d'agents pour l'accueil de patient à admettre
Séjour du malade	Contrôle de la régularité des malades hospitalisés	S'assurer que les malades sont en règle	- Non contrôle	Vérification journalière de la facture du patient par le major
	Imputation des frais d'examens au malade	S'assurer que tous les examens effectués par le client ont été bien calculés	- Erreur sur l'évaluation des frais d'examen	Rapprochement entre la fiche navette et les examens de la période enregistrés par le bureau des entrées
Sortie du client	Etablissement de la fiche de sortie	S'assurer que la sortie se fait sur la base de l'avis médical	- Sortie contre avis médical	Existence d'un dispositif de suivi des malades
	Régularisation de la situation du malade	S'assurer que la sortie du malade se fait après régularisation	- Evasion du patient	Interdiction formelle des sorties de nuits et de jours non ouvrables Régularisation, la veille, de la situation des malades qui doivent sortir les jours non ouvrables Accompagnement du malade par un(e) infirmier(e) au bureau des entrées
Remboursement du client	Etablissement de la fiche de remboursement	S'assurer que la fiche de remboursement est bien établie	- Erreur dans le calcul du montant à rembourser	Vérification du montant à rembourser successivement par le SAF, le Directeur et l'ACP
	Signature de l'ordre de paiement par le Directeur	Autoriser l'ACP à rembourser le client	- Signature de non effectuée dans les délais	Désignation d'un signataire en l'absence du Directeur
Recouvrement des créances	Envoi des factures aux clients	Notifier aux clients le montant dû	- Factures non envoyées dans les délais - Factures non	Responsabilisation d'agents pour l'acheminement des factures

			parvenues au client	Existence de cahier de transmission
	Relance des clients	Notifier aux clients l'arrivée à échéance de leurs créances	- Relance non effectuée dans les délais	Existence d'une procédure de relance systématique des clients
	Recouvrement des factures	Recouvrement à temps Eviter les impayés	- Détournement de fonds	Existence d'une procédure de recouvrement des créances
	Etablissement de la liste des clients insolvable de plus d'un an ;	Faire l'état des créances ayant dépassées l'échéance	- Omission de certaines factures - Non établissement de la situation des créances dans les délais	Existence d'un logiciel pouvant générer automatiquement l'état des créances Responsabilisation formelle d'un individu pour l'élaboration périodique de la situation de factures impayées

Source : Nous – même

6.3. Evaluation du contrôle interne

La description des procédures relatives au processus de gestion de la clientèle ayant déjà effectuée, l'étape suivante consistera à évaluer le dispositif du contrôle interne. Ainsi, nous procéderons à l'analyse de la grille de séparation des tâches, les tests de conformités et de permanence.

6.3.1. Analyse de la grille de séparation des tâches

Cette analyse fait ressortir que le contrôle de la régularité des malades hospitalisés, est conjointement effectué par le Chef du bureau des entrées et le major. Aucun agent n'est formellement désigné pour l'exécution de cette tâche. En outre les autres fonctions sont bien séparées.

6.3.2. Les tests de conformités et de performances sur les procédures

Nous avons choisi un échantillon de 10 dossiers de malades déjà sorties sur lesquels nous avons effectué des tests d'audit. Au préalable, nous avons sélectionné un nombre limité de pièces pour

s'assurer de l'application de la procédure telle qu'elle a été décrite. Les contrôles ont consisté à vérifier l'existence de l'exactitude des pièces justificatives et la permanence de l'exactitude des pièces justificatives ainsi les points de contrôle. Les résultats des tests nous ont permis d'élaborer le TFfA (Cf page 73)

Le tableau de la page suivante récapitule les résultats des tests de conformité et de permanence :

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 5: Synthèse des tests d'audit⁹

Vérifications	Résultats	Commentaires
Existence contrats des IPM	30%	Non satisfaisant
Transmission des factures aux clients immédiatement	0%	Non satisfaisant
Visa du Chef du BE sur la fiche d'autorisation d'hospitalisation	100%	Très satisfaisant
Ensemble des hospitalisations donnent lieu à autorisation d'admission	100%	Très satisfaisant
Ensemble des admissions donnent lieu à l'établissement du billet d'hôpital	80%	Satisfaisant
Existence fiche de remboursement	100%	Très satisfaisant
Visa du major sur les fiches de remboursement	100%	Très satisfaisant
Respect du délai de remboursement des clients	60%	Peu satisfaisant
Signature du Bon de caisse par l'ACP	100%	Très satisfaisant
Visa du SAF sur les factures	100%	Très satisfaisant
Visa du Directeur sur les ordres de paiement	100%	Très satisfaisant
Ensemble des sorties de patients donnent lieu à l'établissement de la fiche de sortie	80%	Satisfaisant
Visa du médecin sur le billet de sortie	100%	Très satisfaisant
Ensemble des prestations donnent lieu à facturation	80%	Satisfaisant
Ensemble des prises en charge de malades indigents donnent lieu à une enquête	100%	Très satisfaisant
Visa des personnes habilitées sur la fiche de prise en charge des patients indigents	100%	Très satisfaisant
Respect de la procédure d'accueil	-	Nous avons procédé à des observations physiques et l'entretien auprès des malades. Le constat est que l'accueil est satisfaisant.

Source : Nous – même

⁹ Voir l'annexe 3 pour le détail des tests d'audit

Tableau 6: Tableau des forces et faiblesses apparentes

Domaines / opérations	Objectifs spécifiques	Risques	POCA/Indicateurs	Opinion			Commentaires
				F/f	Conséquences	Degré de confiance	
Octroi d'agrément	S'assurer que l'agrément se fait sur la base de la solvabilité du client	<ul style="list-style-type: none"> - acceptation de client « mauvais payeur » ou insolvable - Contentieux 	Existence d'une procédure rigoureuse d'acceptation des clients Soumission du dossier d'agrément à une commission créée à cet effet	f f	pertes financières perte d'image	Faible Faible	Absence de critères d'évaluation de la solvabilité des organismes demandeurs
Actualisation de l'agrément	S'assurer que le client répond toujours aux critères de solvabilité	Non actualisation	Actualisation opérée chaque année	f	Base du fichier de clients solvables fausse	Faible	
Accueil et orientation du client	S'assurer que le client est bien accueilli, informé et orienté	<ul style="list-style-type: none"> - Informations erronées fournies aux patients - Défaut d'orientation - Défaut d'identification du personnel - Attente excessive 	Existence d'une procédure d'accueil et d'orientation Confection d'un livret d'information du client Port de tenue ou de badge par le personnel	f f f	Perte d'image Accueil inadapté Perte de temps Erreur médicale	Moyen Moyen Moyen	Le bureau accueil est situé sur le flanc à l'entrée. Peu d'usagers s'adressent à ce bureau.

Vérification de la solvabilité des organismes de clients de l'hôpital	S'assurer que l'admission du patient se fait sur la base de la solvabilité de l'organisme	- Admission de clients insolubles	Vérification systématique des pièces présentées par le client Vérification de la situation de l'organisme sur la fiche des structures bloquées Mise à jour systématique de la liste des organismes bloqués	F F f	Pertes financières Perte d'image	Elévé Elévé Moyen	Le moyen mis en œuvre ne permet pas l'atteinte de cet objectif
Prise en charge des patients	S'assurer de la conformité et de la rapidité de l'admission	- Mauvaise prise en charge - Erreur sur l'identité du patient	Existence et application de protocole de soins Responsabilisation formelle d'agents pour l'accueil de patient à admettre	f f	Lenteur dans la prise en charge Admission non conforme	Moyen Moyen	Le moyen mis en œuvre ne permet pas l'atteinte de cet objectif
Contrôle de la régularité des malades hospitalisés	S'assurer que les malades hospitalisés sont en règle	Non contrôle	Vérification journalière de la facture du patient par le major	F	Pertes financières	Moyen	Inexistence de tableau récapitulatif de la situation des malades hospitalisés
Imputation des frais d'exams au malade	S'assurer que tous les exams effectués par le client ont été bien calculés	- Erreur sur l'évaluation des frais d'examen	Rapprochement entre la fiche navette et les exams de la période enregistrés par le bureau des entrées	f	Pertes de ressources	Moyen	Insuffisance de collaboration entre les services cliniques et administratifs
Etablissement de la fiche de sortie	S'assurer que la sortie se fait sur la base de l'avis médical	- Sortie contre avis médical	Existence d'un dispositif de suivi des malades	f	Perte d'image	Faible	Absence de fiabilité et d'harmonisation des procédures de sortie
Régularisation de la situation du malade	S'assurer que la sortie du malade se fait après régularisation	- Insolvabilité - Evasion du patient	Interdiction formelle des sorties de nuits et de jours non ouvrables Régularisation, la veille, de	f	Pertes de recettes	Faible Moyen	

			la situation des malades qui doivent sortir les jours non ouvrables Accompagnement du malade par un(e) infirmier(e) au bureau des entrées	F f		Faible	
Etablissement de la fiche de remboursement	S'assurer que la fiche de remboursement est bien établie	- Erreur dans le calcul du montant à rembourser	Vérification du montant à rembourser successivement par le SAF, le Directeur et l'ACP	F	Pertes de revenus	Elevé	La fiche de remboursement est accompagnée de pièces justificatives
Signature de l'ordre de paiement par le Directeur	Autoriser l'ACP à rembourser le client	- Signature de non effectuée dans les délais	Désignation d'un signataire en l'absence du Directeur	f	Retard dans le remboursement du client	Faible	
Envoi des factures aux clients	Notifier aux clients le montant dû	- Factures non envoyées dans les délais - Factures non parvenues au client	Responsabilisation d'agents pour l'acheminement des factures Existence de cahier de transmission	F F	Retard dans le recouvrement des factures	Moyen Moyen	
Relance des clients	Notifier aux clients l'arrivée à échéance de leurs créances	Relance non effectuée dans les délais	Existence d'une procédure de relance systématique des clients	f	Non fiabilité des informations	Faible	
Recouvrement des factures	Recouvrement à temps Eviter les impayés	Détournement de fonds	Existence d'une procédure de recouvrement des créances	F	Pertes de ressources	Moyen	Le moyen mis en œuvre ne permet pas d'atteindre cet objectif
Etablissement de la liste des	Faire l'état des créances ayant dépassées	1.Omission de certaines factures	Existence d'un logiciel pouvant générer automatiquement l'état des	f	Accumulation des créances	Faible	L'état des créances est élaboré chaque semestre

clients insolvables de plus d'un an	l'échéance	Non établissement de la situation des créances dans les délais	créances Responsabilisation formelle d'un individu pour l'élaboration périodique de la situation de factures impayées	F	Non fiabilité des informations.	Moyen	
---	------------	--	--	---	------------------------------------	-------	--

Source : Nous - même

Pour l'identification des forces et des faiblesses, nous nous sommes référés à la description narrative du processus de gestion de la clientèle et au questionnaire de contrôle interne et les risques inhérents à chaque activité.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

6.4. Feuille d'analyse des risques

Les feuilles d'analyse des risques permettant d'identifier les causes et les conséquences des risques, sont présentées en annexe

6.5. Résultats des travaux et recommandations

Les recommandations que nous formulons sont issues de l'audit que nous avons mené sur le processus de gestion de la clientèle. Loin d'être exhaustives, compte tenu du peu de temps dont nous disposons, elles sont une contribution pour l'atteinte des objectifs de l'hôpital de Fann.

Pour chaque sous-processus nous recommandons aux responsables et aux acteurs la conduite à tenir pour l'amélioration de la maîtrise des risques liés au processus de gestion de la clientèle.

6.5.1. Agrément du client

N°1 : L'octroi d'agrément sans étude préalable sur la solvabilité des organismes demandeurs

Risque identifié : Acceptation de client mauvais payeur ou insolvable

Faits constatés : L'agrément est octroyé à des organismes sans une étude préalable sur leur solvabilité. L'hôpital se contente de vérifier l'existence juridique de l'organisme. Il n'est pas en mesure de disposer d'informations financières sur le client. Selon les informations recueillies auprès du SAF, aucun dispositif n'existe pour vérifier la solvabilité des organismes demandeurs.

Causes explicatives : Négligence, absence de dispositif pour vérifier la solvabilité des organismes.

Conséquences réelles ou potentielles : pertes financières et dégradation du portefeuille de client.

Recommandations : Le directeur doit doter l'hôpital d'une procédure rigoureuse d'acceptation des clients et veiller à son application. Pour cela, il devra mettre en place une commission dirigée

par le SAF pour étudier les dossiers d'agrément des organismes candidats. En outre il doit veiller à établir un partenariat entre l'hôpital et l'organisme client.

N°2 : Actualisation des dossiers d'agrément

Risque identifié : Non actualisation des fichiers des clients agréés

Faits constatés : Nous avons constaté le non respect de l'actualisation annuelle des dossiers des organismes agréés par l'hôpital. Au moment de notre passage aucun dossier n'était actualisé. La dernière actualisation datait de plus de 2 ans

Causes explicatives : Le SAF est le seul agent habilité à actualiser le fichier des clients agréés. Il n'y a aucun agent pour l'appuyer dans cette tâche. Négligence.

Conséquences réelles ou potentielles : Cumul de créances par l'accumulation de clients insolvables, ce qui entraîne des pertes financières.

Recommandations : Le SAF doit veiller à l'actualisation annuelle des dossiers d'agrément. Il pourra déléguer cette tâche à un agent.

6.5.2. Accueil et l'orientation du client

N°3 : Identification du personnel de l'hôpital par les usagers

Risques identifié : Défaut d'identification du personnel

Faits constatés : Le personnel de l'hôpital, notamment les corps médical et paramédical, ne portent pas de tenues, ni badges pouvant les distinguer. Ainsi on a du mal à distinguer un infirmier d'un médecin.

Causes explicatives : Cela est dû à une négligence de la part de la direction.

Conséquences réelles ou potentielles : Entraîne une perte d'image pour l'hôpital.

Recommandations : Le directeur doit doter les agents de tenues distinctes en fonction de leurs corps et leurs grades.

6.5.3. Admission du client

N°4 : Mise à jour de la liste des organismes bloqués

Risque identifié : Admission de clients insolvable.

Faits constatés : La mise à jour n'est effectuée que chaque semestre. Il n'existe pas de système fiable pour signaler systématiquement au bureau des entrées, les organismes ayant régularisé leur situation. L'ACP appelle par téléphone le chef du bureau des entrées pour lui signaler le déblocage d'un client. Ce dernier coche la mention OK devant le nom de l'organisme.

Causes explicatives : Absence d'un système fiable pour la mise à jour de la liste des organismes bloqués. Insuffisance de coordination entre l'ACP et le bureau des entrées.

Conséquences réelles ou potentielles : pertes financières

Recommandations : Le SAF doit veiller à la mise à jour systématique de la liste des organismes bloqués.

6.5.4. Séjour du malade

N°5 : Contrôle des malades hospitalisés

Risque identifié : non contrôle de la régularité des patients hospitalisés.

Faits constatés : Pour savoir si les malades sont en règles, le major effectue quotidiennement un contrôle sur la facture détenue par le malade. A cet effet, une fiche est à sa disposition pour faire l'état des malades en hospitalisation et le transmettre au bureau des entrées, mais le constat est que cette fiche n'est pas renseignée tous les jours. A notre passage, une semaine s'était écoulée sans que cette fiche ne parvienne au bureau des entrées.

Causes explicatives : négligence, manque de coordination entre le bureau des entrées et les services cliniques.

Conséquences réelles ou potentielles : l'insuffisance de contrôle peut aboutir à l'évasion de patients sans payer les frais d'hôpital, surtout les malades admis en urgence dont la prise en charge se fait avant tout paiement.

Recommandations : Le major doit faire quotidiennement le pointage des malades hospitalisés sur un document formel et le transmettre au bureau des entrées. Ce document peut être uniformisé pour tous les services.

6.5.5. Sortie du client

N° 6 : Régularisation de la situation du patient à sa sortie

Risque identifié : insolvabilité des clients

Faits constatés : La procédure de sortie n'est pas assez fiable pour éviter la sortie de patients insolvable. Certains malades, surtout ceux en hospitalisation de courte durée (un à quelques jours), parviennent à disparaître sans payer. De janvier à juillet 2011, sur 552 cas d'hospitalisation¹⁰, 57 patients sont sorties sans régulariser leur situation, soit 10%.

Causes explicatives : Insuffisance de contrôle. Patients en hospitalisation de longue durée se trouvant dans l'impossibilité de payer les frais d'hôpital.

Conséquences réelles ou potentielles : pertes de ressources

Recommandations : Le major doit systématiquement faire accompagner le malade par un(e) infirmier(e) au bureau des entrées. Le directeur doit procéder à l'instauration d'un réseau de communication entre le bureau des entrées et les services cliniques.

¹⁰ Source : Rapports mensuels de 10 services cliniques.

6.5.6. Recouvrement des créances

N°7 : Envoi des factures aux clients

Risque identifié : Factures non envoyées dans les délais

Faits constatés : Les factures reçues par le service de recouvrement, ne sont pas traitées et envoyées de façon systématique. L'envoi des factures n'est pas effectué chaque jour. On attend que les factures s'accumulent pour les acheminer. Nous avons également constaté que les factures à envoyer ne sont bien classées.

Causes explicatives : Retards accusés lors de l'émission des factures et la transmission au service de facturation, négligence, insuffisance de personnel pour acheminer les factures.

Conséquences réelles ou potentielles : Retard dans le recouvrement.

Recommandations : Responsabiliser les coursiers pour acheminer les factures. Procéder à un envoi quotidien des factures.

Conclusion

Les risques faisant partie intégrante de la vie d'un organisme surtout en milieu hospitalier qui engorge de menaces, il est nécessaire pour une maîtrise efficace de ces risques de s'intéresser à ceux qui sont imminents. Ce qui nous permis de faire des recommandations au CHNU de Fann afin de pallier aux dysfonctionnements, facteurs de risques.

Conclusion de la deuxième partie

L'aspect pratique de l'audit du processus de gestion de la clientèle a mis en exergue les dysfonctionnements qui attestent de la complexité des opérations dans un hôpital. L'audit reste un moyen efficace pour aider l'hôpital dans sa croissance sans entrave. Cependant, il doit concerner tous les processus. Compte tenu de l'aspect qualitatif de la gestion des patients, l'appréciation des risques reste néanmoins un exercice difficile.

Cette partie pratique a débuté par une présentation du CHNU de Fann qui est le résultat de la prise de connaissance effectuée sur le terrain. Ensuite, pour mieux apprécier l'application du processus étudié, nous avons procédé à une description des procédures à l'aide des entretiens que nous avons eus avec les différents acteurs. Les risques liés à ces procédures ont été décelés en nous appuyant sur le tableau d'identification des risques inspiré du modèle de Renard. Les tests d'audit effectués nous ont permis de fonder nos opinions sur les procédures et dresser ainsi les forces et les faiblesses.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Conclusion générale

Cette étude nous a permis d'avoir un aperçu sur le processus de gestion de la clientèle du CHNU de Fann.

La première partie a fait l'objet de la revue de la littérature portant sur la démarche d'audit qui s'est parachevée par la méthodologie d'analyse. Dans la seconde partie, il s'agissait de mettre en pratique les théories décrites dans la revue de la littérature. En priori, nous avons effectué la présentation de l'hôpital, ensuite les procédures liés au processus de gestion de la clientèle telles que appliquées ont été décrites. En nous appuyant sur cette description, nous avons identifié les risques à l'aide du tableau d'identification.

Notre étude comporte cependant des limites dues aux difficultés que nous avons rencontrées. Ainsi nous n'avons pas pu effectuer des tests d'existences et de permanences sur certains sous processus dû à l'insuffisance de temps dont nous disposions.

Malgré ses efforts pour se conformer aux directives de la réforme hospitalière, le CHNU recèle néanmoins beaucoup de dysfonctionnements. Son organisation actuelle ne lui permet pas d'atteindre à souhait les objectifs qui lui sont assignés. Des efforts doivent être fournis par la Direction pour doter les services de contrôle, notamment l'audit de moyens matériels et humains pour qu'ils puissent être efficaces et répondre aux attentes de l'hôpital.

Sans être exhaustifs, les risques identifiés, s'ils sont maîtrisés permettront l'atteinte des objectifs de l'hôpital. L'audit du processus de gestion de la clientèle ne suffit pas à lui seul pour dégager les dysfonctionnements dans la prise en charge des patients, il est nécessaire de le compléter par un audit clinique, mais aussi des autres processus. Pour ce faire, nous suggérons à la direction générale l'élaboration d'une cartographie globale des risques et la rédaction d'un manuel de procédures fonctionnel.

Annexes

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1: Grille de séparation des tâches

Tâches exécutées	Nature des tâches	Personnes concernées								
		A	B	C	D	E	F	G	H	I
Octroi d'agrément	Au		X							
Actualisation de l'agrément	Ex		X							
Accueil et orientation du patient	Ex				X					
Vérification de la solvabilité des organismes clients de l'hôpital	C				X					
Etablissement de la fiche de décharge	Au				X					
Admission des malades indigents	Ex				X				X	
Prise en charge des patients	Ex						X			
Contrôle de la régularité des malades hospitalisés	C				X		X			
Imputation des frais d'examens au malade	En				X					
Etablissement de la fiche de sortie	Au									X
Etablissement de la fiche de remboursement	Ex						X			
Relance des clients	Ex					X				
Recouvrement des factures	Ex					X				
Etablissement de la liste des clients insolvables de plus d'un an	C					X				

Légende

Nature des tâches

- Au : Autorisation
- C : Contrôle
- En : Enregistrement
- Ex : Exécution

Tableau de correspondance des références

Référence	Fonction des personnes concernées
A	Directeur
B	Chef Services Administratifs et Financiers
C	Agent Comptable Particulier
D	Chef Bureau des Entrées
E	Chef Bureau de recouvrement
F	Major
G	Chef Bureau Accueil et Orientation
H	Chef Service Social Central
I	Médecin

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 2: Questionnaire de contrôle interne

Questionnaire de Contrôle interne	Processus de gestion de la clientèle			Folio 1/7
Objectif du contrôle interne : S'assurer que l'agrément des nouveaux clients (IPM) se fait sur la base de la solvabilité du client				
Questions	Réponses			Observations
	Oui	Non	N/A	
1- Existe-t-il une procédure d'agrément des clients ?	X			
2- Existe-t-il une convention de partenariat entre l'hôpital et le client ?		X		
3- L'agrément se fait-il sur la base de critères précis et rigoureux tels que la solvabilité et d'honorabilité du client, du respect des engagements des parties prenantes vis-à-vis des partenaires techniques et financiers ?		X		
4- Une personne est-elle formellement désignée comme responsable de l'agrément des nouveaux clients ?	X			
5- L'agrément accordé est-il révisé de manière périodique		X		
6- Un nombre limité de patient est-il fixé à IPM ?		X		

Questionnaire de Contrôle interne	Processus de gestion de la clientèle		Folio 2/7	
Objectif du contrôle interne : S'assurer que le client est bien accueilli, informé et orienté				
Questions	Réponses			Observations
	Oui	Non	N/A	
1- Existe-t-il une procédure d'accueil et d'orientation des clients ?		X		
2- Existe-t-il un livret d'information des clients ?		X		
3- Le personnel porte-t-il des tenues et des badges ?		X		
4- Une personne est-elle formellement désignée pour accueillir et orienter les clients ?	X			

Questionnaire de Contrôle interne	Processus de gestion de la clientèle		Folio 3/7	
Objectif du contrôle interne : S'assurer que l'admission du patient se fait sur la base de la solvabilité de l'organisme Notifier au client l'obligation de payer les prestations				
Questions	Réponses			Observations
	Oui	Non	N/A	
1- Un contrôle des documents fournis par le patient est-il effectué ?	X			
2- Un contrôle de la solvabilité de l'IPM est-il effectué avant l'admission du patient ?	X			
3- La liste des clients bloqués est-elle mise à jour périodiquement ?	X			Cette liste est mise à jour semestriellement.
4- Le certificat d'indigence est-il exigé pour la prise en charge des patients indigènes ?		X		
5- Existe t-il un contrôle de régularité des patients hospitalisés ?	X			

Questionnaire de Contrôle interne	Processus de gestion de la clientèle		Folio 4/7	
<p>Objectif du contrôle interne : S'assurer que les malades hospitalisés sont en règle que les malades indigents sont prises en charge sur la base de leur insolvabilité que tous les examens effectués par le client ont été bien évalués</p>				
Questions	Réponses			Observations
	Oui	Non	N/A	
1- Les factures détenues par les malades sont-elles vérifiées quotidiennement par le major ?	X			
2- Une personne a-t-elle été désignée pour effectuer le contrôle de la régularité des malades ?	X			
3- A-t-on prévu le fonctionnement du service en l'absence du major ?	X			
4- La communication entre le service clinique et le bureau des entrées est-elle suffisante pour maîtriser efficacement le mouvement des malades ?		X		
5- Existent t-ils des critères pour la prise en charge des malades indigents ?		X		
6- Y-t-il rapprochement entre la fiche navette et les informations détenues par le bureau des entrées ?		X		
7- Les documents du patient sont-ils vérifiés à la sortie ?	X			

Questionnaire de Contrôle interne	Processus de gestion de la clientèle		Folio 5/7	
Objectif du contrôle interne : S'assurer que la sortie se fait sur la base de l'avis médical que la sortie du malade se fait après régularisation				
Questions	Réponses			Observations
	Oui	Non	N/A	
1- Un contrôle est-il effectué par les vigiles à la sortie du patient ?		X		
2- Le dispositif de sécurité permet-il de détecter les sorties contre avis médical ?		X		
3- Lors de la sortie les patients sont-ils accompagnés par un infirmier au bureau des entrées ?		X		
4- Une personne est-elle formellement désignée pour accompagner les malades à leur sortie?		X		
5- Les patients sont-ils interdits de sortie pendant les week-end?	X			

Questionnaire de Contrôle interne	Processus de gestion de la clientèle			Folio 6/7
Objectif du contrôle interne : S'assurer que la fiche de remboursement est bien établie que le l'ACP a été autorisé à payer le client que le client a été payé dans le délai				
Questions	Réponses			Observations
	Oui	Non	N/A	
1- Existe-il une procédure de remboursement des clients ?	X			
2- La fonction est-elle assurée par un service ou une personne nommément désignée ?	X			
3- La fiche de remboursement est-elle contrôlée par une personne autre que celle qui l'a établie ?	X			
4- Une personne a-elle été désignée pour signer l'ordre de paiement en l'absence du Directeur ?		X		
5- Y-a-t-il rapprochement entre les pièces d'identités du patient ou de l'accompagnant et les documents lors du remboursement ?	X			
6- La fiche de remboursement est-elle systématiquement accompagnée du billet de sortie ?		X		

Questionnaire de Contrôle interne	Processus de gestion de la clientèle		Folio 7/7	
Objectif du contrôle interne : Notifier aux clients le montant dû Notifier aux clients l'arrivée à échéance de leurs créances Faire l'état des créances ayant dépassées l'échéance				
Questions	Réponses			Observations
	Oui	Non	N/A	
1- Les factures sont-elles adressées au client directement par le service facturation ?		X		L'envoi des factures se fait chaque mois
2- La fonction est-elle assurée par un service ou une personne nommément désignée?	X			3 agents (nommé de recouvrement par l'ACP)
3- Les clients mauvais payeurs sont-ils : - Régulièrement identifiés ? - Signalés au bureau des entrées pour éviter des prestations qui ne pourront pas être payées ? - Relancés de façon systématique ? - Bloqués ou sortis du fichier ?	X X X X			Pas de dispositif d'identification des clients mauvais payeurs
4- Existe-t-il une procédure de suivi et de relance des retards et des impayés ?		X		
5- La mise à jour des échéances est-elle faite de manière formelle ?	X			
6- Un responsable est-il formellement désigné pour la prorogation des échéances ?	X			
7- Les procédures de suivi et de traitement des créances anciennes et douteuses permettent-elles un recouvrement efficace et sûr ?		X		
8- Une personne est-elle désignée pour l'acheminement des factures ?	X			

Annexe 3 : Tests d'audit réalisés

NB :

Oui : test positif

Non : test négatif

% = Nombre de tests positifs (oui) / Nombre total de dossiers vérifiés

% des visa = Nombre de pièces visés / Nombre de pièces existants

Tableau 7 : Tests sur les procédures d'admission et de sortie des malades

Date d'admission	Devis estimatif		Autorisation admission		Facture		Billet d'hôpital		Billet sortie	
	Existence de la pièce	Visa Chef BE	Existence de la pièce	Visa Chef BE	N°	Visa	Existence de la pièce	Visa Major	Existence de la pièce	Visa Médecin
04/03/11	Oui	Oui	Oui	Oui	006811/B	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
11/07/11	Oui	Oui	Oui	Oui	008256/A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
08/05/11	Oui	Oui	Oui	Oui	008451/A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
01/06/11	Oui	Oui	Oui	Oui	-	-	Non	-	Non	-
01/07/11	Oui	Oui	Oui	Oui	006816/A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
15/01/11	Oui	Oui	Oui	Oui	-	-	Non	-	Non	-
15/02/11	Oui	Oui	Oui	Oui	008507/A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
18/04/11	Oui	Oui	Oui	Oui	008621/A	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
14/08/11	Oui	Oui	Oui	Oui	008285/B	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
13/09/11	Oui	Oui	Oui	Oui	007575/B	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Total	10	10	10	10		8	8	8	8	8
%	100%	100%	100%	100%		100%	80%	100%	80%	100%

Source : Nous – même à partir des dossiers de malades déjà hospitalisés.

Tableau 8: Tests sur la procédure d'agrément

Agrément			Lettre d'intention	Convention
N°	Date	Visa SAF		
01518	10/08/11	Oui	Oui	Non
01117	14/06/11	Oui	Oui	Non
00947	17/05/11	Oui	Oui	Non
00690	21/04/11	Oui	Oui	Non
02254	22/12/11	Oui	Oui	Non
00458	11/03/11	Oui	Oui	Non
00027	04/01/11	Oui	Oui	Non
-	-	-	-	Oui
-	-	-	-	Oui
-	-	-	-	Oui
Total		7	7	3
%		100%	70%	30%

Source : nous – même

Tableau 9: Tests sur la procédure de prise en charge des malades indigents

Date d'admission	Fiche d'enquête		Fiche de prise en charge		
	Existence de la pièce	Visa agent SS	Existence de la pièce	Visa Chef SS	Visa Directeur
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Total	10	10	10	10	10
%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Nous – même à partir des dossiers des services sociaux déjà classés

SS : Services sociaux

Tableau 10: Tests sur la procédure de remboursement des clients

Fiche de remboursement		Volets factures		Ordre de paiement			Bon de caisse				Copie des pièces d'identités	Respect Délai de 48 heures ¹¹
Date**	Visa Major	Existence de la pièce	Visa SAF	Existence de la pièce	Date	Visa Directeur	Existence de la pièce	N° pièce	Date	Visa ACP		
22/02	Oui	Oui	Oui	Oui	22/02	Oui	Oui	437	24/02	Oui	Oui	Oui
14/03	Oui	Oui	Oui	Oui	16/03	Oui	Oui	417	17/03	Oui	Oui	Non
07/04	Oui	Oui	Oui	Oui	07/04	Oui	Oui	405	09/04	Oui	Oui	Oui
30/05	Oui	Oui	Oui	Oui	30/05	Oui	Oui	395	06/06	Oui	Oui	Non
08/06	Oui	Oui	Oui	Oui	08/06	Oui	Oui	483	12/06	Oui	Non	Non
18/07	Oui	Oui	Oui	Oui	18/07	Oui	Oui	475	20/07	Oui	Oui	Oui
29/08	Oui	Oui	Oui	Oui	29/08	Oui	Oui	451	01/08	Oui	Oui	Oui
21/09	Oui	Oui	Oui	Oui	21/09	Oui	Oui	446	23/09	Oui	Oui	Oui
19/10	Oui	Oui	Oui	Oui	20/10	Oui	Oui	478	22/10	Oui	Oui	Non
25/11	Oui	Oui	Oui	Oui	25/11	Oui	Oui	595	26/11	Oui	Oui	Oui
Total	10	10	10	10		10	10			10	9	6
%	100%	100%	100%	100%		100%	100%			100%	90%	60%

Source : Nous – même à partir des dossiers de remboursement déjà classés

** Février à novembre 2011

¹¹ Le respect du délai de remboursement est déterminé en calculant l'écart entre la date qui figure sur la fiche de remboursement et celle figurant sur le bon de caisse.

Annexe 4 : Feuille d'Analyse des Risques

Mission : Audit du processus de gestion de la clientèle au CHNU de Fann		Référence : APGCI
Risque identifié : acceptation de client mauvais payeur ou insolvable		
Faits constatés : l'agrément est octroyé à des organismes sans une étude préalable sur leur solvabilité. L'hôpital se contente de vérifier l'existence juridique de l'organisme. Il n'est pas en mesure de disposer d'informations financières sur le client. Selon les informations recueillis auprès du SAF, aucun dispositif n'existe pour vérifier la solvabilité des organismes demandeurs.		
Causes explicatives : Négligence, absence de dispositif pour vérifier la solvabilité des organismes.		
Conséquences réelles ou potentielles : pertes financières et dégradation du portefeuille de client.		
Recommandations : Le directeur doit doter l'hôpital d'une procédure rigoureuse d'acceptation des clients et veiller à son application. Pour cela, il devra mettre en place une commission dirigée par le SAF pour étudier les dossiers d'agrément des organismes candidats. En outre il doit veiller à établir un partenariat entre l'hôpital et l'organisme client		
Chef de mission :	Auditeur :	Responsable du domaine audité : SAF

Source : nous - même

Mission : Audit du processus de gestion de la clientèle au CHNU de Fann		Référence : APGC2
Risque identifié : non actualisation des fichiers des clients agréés		
Faits constatés : Nous avons constaté le non respect de l'actualisation annuelle des dossiers des organismes agréés par l'hôpital. Au moment de notre passage aucun dossier n'était actualisé.		
Causes explicatives : le SAF est le seul agent habilité à actualiser le fichier des clients agréés. Il n'y a aucun agent pour l'appuyer dans cette tâche. Négligence.		
Conséquences réelles ou potentielles : cumul de créances par l'accumulation de clients insolvable, ce qui entraîne des pertes financières.		
Recommandations : Le SAF doit veiller à l'actualisation annuelle des dossiers d'agrément. Il pourra déléguer cette tâche à un agent.		
Chef de mission :	Auditeur :	Responsable du domaine audité : SAF

Source : nous - même

Mission : Audit du processus de gestion de la clientèle au CHNU de Fann		Référence : APGC3
Risque identifié : défaut d'identification du personnel		
Faits constatés : le personnel de l'hôpital, notamment les corps médical et paramédical, ne portent pas de tenues, ni badges pouvant les distinguer. Ainsi on a du mal à distinguer un infirmier d'un médecin.		
Causes explicatives : cela est dû à une négligence de la part de la direction.		
Conséquences réelles ou potentielles : entraîne une perte d'image pour l'hôpital.		
Recommandations : Le directeur doit doter les agents de tenues distinctes en fonction de leurs corps et leurs grades.		
Chef de mission :	Auditeur :	Responsable du domaine audité : Directeur

Source : nous - même

Mission : Audit du processus de gestion de la clientèle au CHNU de Fann		Référence : APGC4
<p>Risque identifié : Admission de clients insolvable.</p>		
<p>Faits constatés : la mise à jour n'est effectuée que chaque semestre. Il n'existe pas de système fiable pour signaler systématiquement au bureau des entrées, les organismes ayant régularisé leur situation. L'ACP appelle par téléphone le chef du bureau des entrées pour lui signaler le déblocage d'un client. Ce dernier coche la mention OK devant le nom de l'organisme.</p>		
<p>Causes : absence d'un système fiable pour la mise à jour de la liste des organismes bloqués. Insuffisance de coordination entre l'ACP et le bureau des entrées.</p>		
<p>Conséquences réelles ou potentielles : pertes financières</p>		
<p>Recommandations : Le SAF doit veiller à la mise à jour systématique de la liste des organismes bloqués.</p>		
Chef de mission :	Auditeur :	Responsable du domaine audité : SAF

Source : nous - même

Mission : Audit du processus de gestion de la clientèle au CHNU de Fann		Référence : APGC5
Risque identifié : non contrôle de la régularité des patients hospitalisés.		
Faits constatés : pour savoir si les malades sont en règles, le major effectue quotidiennement un contrôle sur la facture détenue par le malade. A cet effet, une fiche est à sa disposition pour faire l'état des malades en hospitalisation et le transmettre au bureau des entrées, mais le constat est que cette fiche n'est pas renseignée tous les jours. A notre passage, une semaine s'était écoulée sans que cette fiche ne parvienne au bureau des entrées		
Causes : négligence, manque de coordination entre le bureau des entrées et les services cliniques.		
Conséquences réelles ou potentielles : l'insuffisance de contrôle peut aboutir à l'évasion de patients sans payer les frais d'hôpital, surtout les malades admis en urgence dont la prise en charge se fait avant tout paiement.		
Recommandations : Le major doit faire quotidiennement le pointage des malades hospitalisés sur un document formel et le transmettre au bureau des entrées. Ce document peut être uniformisé pour tous les services.		
Chef de mission :	Auditeur :	Responsable du domaine audité : SAF

Source : nous - même

Mission : Audit du processus de gestion de la clientèle au CHNU de Fann		Référence : APGC6
Risque identifié : insolvabilité des clients		
Faits constatés : La procédure de sortie n'est pas assez fiable pour éviter la sortie de patients insolvable. Certains malades, surtout ceux en hospitalisation de courte durée (un à quelques jours), parviennent à disparaître sans payer. De janvier à juillet 2011, sur 600 cas d'hospitalisation ¹² , 67 patients sont sorties sans régulariser leur situation, soit 11%.		
Causes : Insuffisance de contrôle. Patients en hospitalisation de longue durée se trouvant dans l'impossibilité de payer les frais d'hôpital.		
Conséquences réelles ou potentielles : pertes de ressources		
Recommandations : Le major doit systématiquement faire accompagner le malade par un(e) infirmier(e) au bureau des entrées. Le directeur doit procéder à l'instauration d'un réseau de communication entre le bureau des entrées et les services cliniques.		
Chef de mission :	Auditeur :	Responsable du domaine audité : Chef bureau des entrées

Source : nous -même

¹² Source : Rapports mensuels de 10 services cliniques

Mission : Audit du processus de gestion de la clientèle au CHNU de Fann		Référence : APGC7
Risque identifié : Factures non envoyées dans les délais		
Faits constatés : Les factures reçues par le service de recouvrement, ne sont pas traitées et envoyées de façon systématique. L'envoi des factures n'est pas effectué chaque jour. On attend que les factures atteignent un certains nombre pour les acheminer. Nous avons également constaté que les factures à envoyés ne sont bien classées.		
Causes : Retards accusés lors de l'émission des factures et la transmission au service de facturation, négligence, insuffisance de personnel pour acheminer les factures.		
Conséquences réelles ou potentielles : Retard dans le recouvrement.		
Recommandations : Responsabiliser les coursiers pour acheminer les factures. Procéder à un envoi au quotidien des factures.		
Chef de mission :	Auditeur :	Responsable du domaine audité : Comptable chargé du recouvrement

Source : nous - même

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Bibliographie

Ouvrages et articles

1. **AHOANGANSI Evariste (2010)**, *Audit et révision des comptes : aspects internationaux et espace OHADA*, 2^{ème} édition, Mondexperts, Abidjan, 923 p.
2. **Association Technique d'Harmonisation de cabinets d'audit et conseil (ATH) (1991)**, *Audit financier : guide pour l'audit de l'information financière des entreprises*, 3e édition, CLET, Paris, 341p
3. **BARBIER Etienne (1999)**, *Mieux piloter et mieux utiliser l'audit : l'apport de l'audit aux entreprises et aux organisations*, Edition Maxima, Paris, 124 p.
4. **BARRY Mamadou (2009)**, *Audit, Contrôle interne : procédures opérationnelles, comptables et de contrôle à mettre dans les entreprises du secteur public*, 2^{ème} édition, Sénégalaise de l'imprimerie, Dakar, 371 p.
5. **BARRY Mamadou (2004)**, *Audit et contrôle interne*, Edition Sénégalaise de l'Imprimerie, Dakar, 267 p.
6. **BECOUR Jean-Charles & BOUQUIN Henri (1996)**, *Audit opérationnel, Efficacité, Efficience ou Sécurité*, 2ème édition, Economica, Paris, 418 p.
7. **BECOUR Jean-Charles & BOUQUIN Henri (2008)**, *Audit opérationnel, Entreprenariat, Gouvernance et Performance*, 3ème édition, Economica, Paris, 444 p.
8. **CLEMENT Jean-Marie (2003)**, *Cours de droit hospitalier tome I*, 2^{ème} édition, Les Etudes hospitalières, 440p.
9. **COLLIN Lionel & VALIN Gérard (1992)**, *Audit et Contrôle interne : Aspects financiers, opérationnels et stratégiques*, 4^{ème} édition, Dalloz, 373 p.
10. **COOPERS & LYBRAND ; Institut Français des Auditeurs Consultants Internes (1998)**, *La nouvelle pratique du contrôle interne*, Éditions d'organisation, Paris, 378 p.
11. **DAYAN & al (2008)**, *Manuel de gestion*, volume 1, 2^{ème} édition, Ellipses, Paris, 1088 p.
12. **FIGLIORE Claude & SAMPIERI-TEISSIER Nathalie (2010)**, *Quelle démarche de pilotage logistique dans les activités de service ? Le cas des flux de patients à l'hôpital*, RIRL 2010 - Bordeaux September 30th & October 1st, 2010, 25 p.
13. **FOURNEAU Alain (2004)**, *Qualité des services : Préconisations pour la conception et l'amélioration de l'accueil*, Norme NFX50-720, 2^{ème} tirage, Paris.
14. **LEMANT Olivier (1995)**, *La conduite d'une mission d'audit interne*, Dunod, 279 p.

15. **LETEURTRE Hervé & al (1999)**, *La qualité hospitalière*, 2^{ème} édition, Berger-Levrault, 434 p.
16. **LETEURTRE Hervé & MALLEA Patrick (2005)**, *Performance et gouvernance hospitalières*, Berger-Levrault, Paris, 255 p.
17. **LOUBAT Jean-René (2006)**, *Evaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux* *Gestion hospitalière n°454 : 207*
18. **MADERS Henri Pierre & Jean Luc Masselin (2006)**, *Contrôle Interne Des Risques : Cibler, Evaluer, Organiser, Piloter, Maitriser*, Editions D'organisation, Paris, 261p.
19. **MORDELET Patrice (2006)**, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, éditions ENSP, Rennes, 367 p.
20. **MOREAU Franck (2002)**, *Comprendre et gérer les risques*, Editions d'organisation, Paris, 222 p.
21. **OBERT Robert (2004)**, *Synthèse droit et comptabilité, tome 2. Audit et commissariat aux comptes : aspects internationaux, manuel et applications*, 4^{ème} édition, Edition Dunod, Paris, 495 p.
22. **PIGE Benoît (2001)**, *Audit et contrôle interne* 2^{ème} éditions, éditions ems Management et Société, 216 p.
23. **POULLAIN Isabelle & LESPY Frédéric (2002)**, *Gestion des risques : guide pratique à l'usage des cadres de santé*, Editions Lamarre, Paris, 139 p.
24. **RENARD Jacques (2002)**, *Théorie et pratique de l'audit interne*, 4^{ème} édition, Eyrolle- Editions d'Organisation, Paris.
25. **RENARD Jacques (2006)**, *Théorie et pratique de l'audit interne*, 6^{ème} édition, Eyrolle- Editions d'Organisation, Paris, 479 p
26. **RENARD Jacques (2010)**, *Théorie et pratique de l'audit interne*, 7^{ème} édition, Eyrolle- Editions d'Organisation, Paris, 469 p.
27. **SCHICK Pierre & LEMANT Olivier (2007)**, (troisième tirage 2004) *Guide du self-audit 184 items d'évaluation*, Editions d'organisation, Paris 217 p.
28. **SCHICK Pierre (2008)**, *Mémento de l'audit interne*, Edition Dunod, Paris, 217 p.
29. **SCHICK Pierre & al (2010)**, *Audit interne et référentiels de risques, Gouvernance - Management des risques - Contrôle interne*, Edition Dunod, 352 p.

30. **WILMOTS Hans (2002)**, *Aspects pratiques de l'organisation administrative et du contrôle interne : contrôlez-vous suffisamment les différentes procédures et activités de votre organisation pour assurer la gestion efficace de votre entreprise*, Éditions Standaard, Bruxelles, 319p.

Source internet

31. **AMD Conseil**, *Le risque opérationnel*,
http://www.fimarkets.com/pages/risque_operationnel.php consulté le 29/06/11.
32. **Goguy M (1999)**, *La gestion des risques à l'hôpital : une nécessité*
http://www.lebios.optesis.com/index.php?option=com_content&view=article&id=116:gestion-des-risques-a-lhopital&catid=59:audit&Itemid=77 .
33. **Kossi TARKPESSI (2007)**, *Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française*, Université Senghor d'Alexandrie, Master en Développement, Spécialité santé internationale.
http://www.memoireonline.com/01/10/3129/m_Mise-en-place-de-la-demarche-qualite-dans-les-etablissements-hospitaliers-du-Togo--partir-de-17.html.
34. **Scribd (2008)**, *Audit des cycles de l'entreprise*
<http://www.scribd.com/doc/4062762/audit-des-cycles-de-lentreprise>.