

REPUBLIQUE DU BENIN

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

\*\*\*\*\*

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION  
ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

\*\*\*\*\*

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

OPTION :  
*ADMINISTRATION DES  
FINANCES*

FILIERE  
*ADMINISTRATION  
HOSPITALIERE UNIVERSITAIRE  
ET D'INTENDANCE*

ANNEE ACADEMIQUE:  
2006 - 2007

THEME

**CONTRIBUTION À L'AMELIORATION  
DU RECOUVREMENT DES CREANCES  
SUR LES PARTICULIERS À LEURS FRAIS  
A L'HOMEL**

Réalisé et soutenu par :

GNAHA Cyrille Cokou

Sous la Direction de :

Maître de stage :  
GOZO Michel K.  
*Administrateur des Hôpitaux  
Directeur de  
l'Hôpital de la Mère et de  
l'Enfant – Lagune (HOMEL)*

Directeur de mémoire :  
TCHIBOZO B. M. Hugues  
*Economiste de la santé /  
Manager sanitaire.  
Chargé de cours à l'ENAM-UAC*

Août 2007

## **IDENTIFICATION DU JURY**

### ➤ PRESIDENT DU JURY

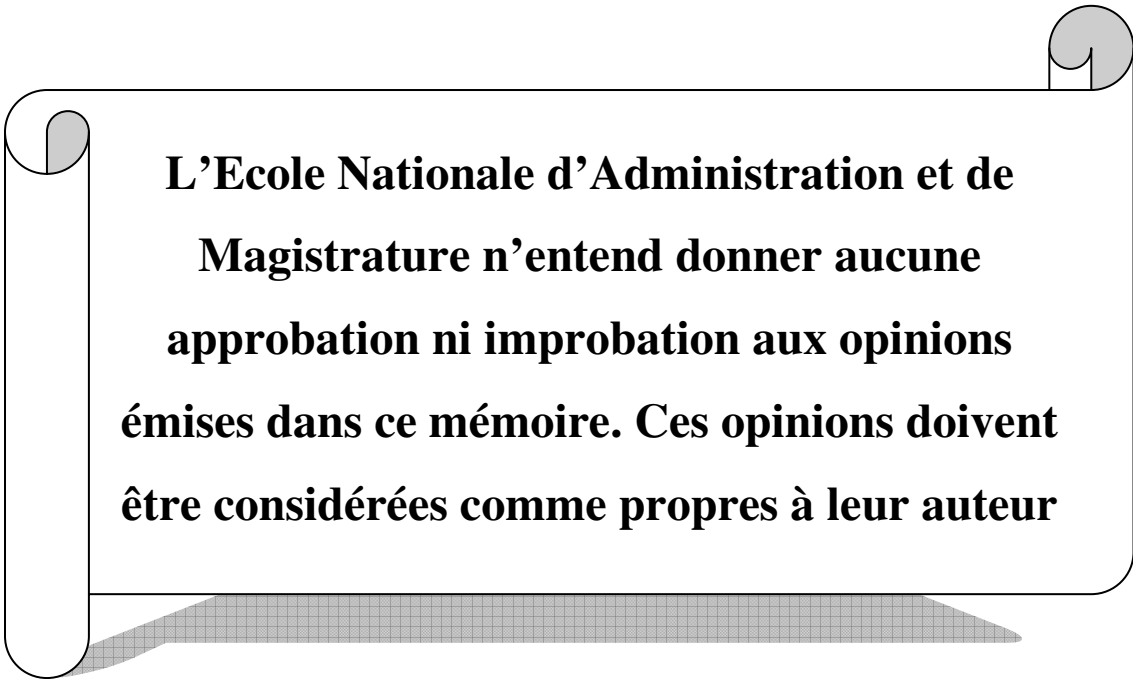
M. GBENOUDON Léandre

### ➤ VICE – PRESIDENT DU JURY

M. AREMOU Rilwane

### ➤ MEMBRE DU JURY

M. GUEDOU Juste



**L'Ecole Nationale d'Administration et de  
Magistrature n'entend donner aucune  
approbation ni improbation aux opinions  
émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent  
être considérées comme propres à leur auteur**

## DEDICACES

*A*

- ✓ Dieu tout puissant qui veille sur moi de jour comme de nuit avec toutes les grâces obtenues par le Christ Jésus avec la collaboration du Saint Esprit et de la Vierge Marie ;
- ✓ Mon regretté Père GNAHA Hodonou Mathieu Raphaël, tu es resté très malade durant la période de la rédaction de ce mémoire et ce jour où le travail se finalise, tu as tiré la révérence, que le Seigneur t'accorde sa miséricorde et t'accueille dans sa lumière éternelle ;
- ✓ Ma Mère WANKPO Joséphine, femme battante, ce travail est la manifestation du fruit de tes efforts, que le seigneur te bénisse ;
- ✓ Ma chère épouse GBEFFE Ayaba Léa Rachel, l'unité et l'harmonie de foyer dont tu es l'actrice principale et qui me rassure, que l'aboutissement heureux de ce travail soit ton réconfort ;
- ✓ Mes chers enfants Doriane et Fédor, prenez le bel exemple que l'amour des parents se manifeste par l'amour du travail ;
- ✓ Mon grand frère Eustache Théotime, pour tout ton soutien, que le seigneur nous garde unis davantage ;

- ✓ Mon jeune frère Hyppolite et mes jeunes sœurs Solange, Geneviève et Pélagie pour votre attachement, soyez toujours fiers de votre grand frère ;
  
- ✓ Ma belle mère, mes beaux frères et mes belles sœurs, sans oublier mon feu beau père, paix et joie du Seigneur soient avec vous ;
  
- ✓ Ma grand-mère Delphine WANKPO pour votre espoir qui se comble par l'aboutissement de ce travail ;
  
- ✓ Tous mes oncles et tantes pour vos nombreux soutiens et conseils ;
  
- ✓ Tous mes Amis, que ce travail soit perçu pour vous comme une réelle consolidation de notre amitié.

# REMERCIEMENTS

Le présent travail n'a été possible qu'avec la contribution d'éminentes personnes à qui nous témoignons toute notre gratitude.

Sincères remerciements à vous :

- Monsieur TCHIBOZO B. M. Hugues, notre maître de mémoire, pour votre disponibilité et surtout l'accompagnement à la fois pédagogique et psychologique. Que Dieu vous bénisse et vous comble de grâces ;
- Les responsables et tout le corps administratif de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) ;
- Les enseignants à l'ENAM spécialement ceux de la filière AHUI cycle II, pour avoir assuré notre formation ;
- Monsieur le Directeur, les responsables de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant – Lagune (HOMEL) ainsi qu'à tous les agents qui ont collaboré au succès de notre stage et à la réalisation de ce travail notamment ceux des Divisions DGAP, DGMS et Caisse/Recouvrement ;

- Monsieur GOUDALO Cyr (C/DGAP-HOMEL), spécialement, pour l'encadrement et l'accompagnement ;
  
- Docteur BETE Franck et Docteur ATTOKO valentin pour vos conseils et orientations au départ de cette formation ;
  
- DEDJI Simon ainsi qu'à tous vos collaborateurs qui ont mis la main à la réalisation de ce travail, sans oublier Henri DANDJINOU ;
  
- GOUDOU Raphaël, ZANNOU Etienne, DJAGALY Roland, ADJAKA Paul, GBEHINTO Bruno et son épouse Prudencia, GANDJI Jean et LALEYE Gilbert, pour la disponibilité offerte pour ce travail sans oublier AGASSOUNON Ilysse ;
  
- Tous les collègues d'amphi pour la franche collaboration, spécialement ceux qui m'ont soutenu et continuent de me soutenir dans les moments difficiles ;
  
- Tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à ce travail.

## Liste des Sigles et Abréviations

<b>APE</b>	:	Agents Permanents de l'Etat
<b>AHUI</b>	:	Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance
<b>AGRC</b>	:	Activités Génératrices de Revenu Communautaires
<b>BTS</b>	:	Brevet de Technicien Supérieur
<b>CA</b>	:	Conseil d'Administration
<b>CCDEE</b>	:	Compagnie Commerciale de Distribution d'Energie Electrique
<b>CCGS</b>	:	Cellule de Contrôle de Gestion et des Statistiques
<b>CI</b>	:	Certificat d'Indigence
<b>CODIR</b>	:	Comité de Direction
<b>CHD</b>	:	Centre Hospitalier Départemental
<b>CHS</b>	:	Commission d'Hygiène et de Sécurité
<b>CMC</b>	:	Commission Médicale Consultative
<b>CSMI</b>	:	Centre de Santé Maternelle et Infantile
<b>CNHU-HKM</b>	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
<b>CUGO</b>	:	Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique
<b>DDCF</b>	:	Délégué Départemental du Contrôleur Financier
<b>DDS A/L</b>	:	Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique Littoral
<b>DE</b>	:	Division Economat
<b>DGAP</b>	:	Division Gestion Administrative et du Personnel
<b>DGMS</b>	:	Division Gestion des Malades et Statistiques
<b>DME</b>	:	Division Maintenance et Entretien
<b>EIC</b>	:	l'Ecole Internationale Cotonou
<b>ENAM</b>	:	Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
<b>FSI</b>	:	Fonds Sanitaire des Indigents
<b>HOMEL</b>	:	L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune
<b>HZ</b>	:	l'Hôpital de Zone
<b>IMF</b>	:	Institution de Micro Finance
<b>MAS</b>	:	Micro Assurance Santé
<b>MS</b>	:	Ministère de la Santé
<b>OMD</b>	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PAF</b>	:	Particuliers à leurs Frais
<b>PMI</b>	:	Promotion Maternelle et infantile
<b>SAAE</b>	:	Service des Affaires Administratives et Economiques
<b>SAF</b>	:	Service des Affaires Financières
<b>SLP</b>	:	Stratégie de Lutte contre la Pauvreté
<b>TBE</b>	:	Tableau de Bord de l'Etude
<b>UAC</b>	:	Université d'Abomey – Calavi

## **Liste des Tableaux**

**Tableau n° 1** : Situation des malades indigents pris en charge à l'HOMEL du 01 Janvier au 31 décembre 2006

**Tableau n° 2** : Présentation comparative des encaissements par catégories de caisses au titre de 2005 et 2006 à l'HOMEL

**Tableau n° 3** : Etat des créances cumulées en 2006

**Tableau n° 3'**: Taux de règlement des créances par catégories de débiteurs en 2006

**Tableau n° 4** : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : détermination des problématiques possibles

**Tableau n° 5** : Synthèse des approches génériques par problème

**Tableau n° 6** : Tableau de bord de l'étude de la problématique de la performance du recouvrement des créances sur les PAF

**Tableau n° 7** : Répartition de l'échantillonnage

**Tableau n° 8**: Nombre de personnes estimant que les PAF éprouvent de difficulté pour honorer leurs frais de soins

**Tableau n° 9**: Nombre de personnes reconnaissant le rôle de l'épargne spécifique pour la santé des PAF

**Tableau n° 10**: Cause de la difficulté de paiement des frais de soins par les PAF

**Tableau n° 11**: conséquence du mauvais remplissage de dossier

**Tableau n° 12** : Point des enquêtés ayant accepté que le remplissage adéquat du dossier médical est une solution pour la fiabilité des renseignements fournis.

**Tableau n° 13** : les raisons liées à la non fiabilité des informations fournies après admission et soins.

**Tableau n° 14**: Vérification de l'effectivité du recouvrement externe

**Tableau n° 15** : les raisons liées à l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF.

**Tableau n° 16** : solution apportée pour corriger l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF

## **Liste des Figures**

### **Figure n° 1 :**

Représentation graphique de la comparaison des encaissements par catégories de caisses au titre de 2005 et 2006 à l'HOMEL

### **Figure n° 2 :**

Représentation graphique de l'état des créances cumulées en 2006

### **Figure n° 3 :**

Représentation graphique du taux de règlement des créances par catégories de débiteurs en 2006

# **Glossaire de l'Etude**

Le présent glossaire est constitué des mots et concepts clés cités dans ce travail.

## **Tiers- payants :**

Organismes ou collectivités publiques qui se substituent aux bénéficiaires des soins ou à leurs ayant cause pour le règlement de la créance de l'établissement hospitalier (cas des collectivités, entreprises publiques et privées).

## **Acompte :**

Part d'une redevance ou d'une dette payée par un bénéficiaire de soins avant d'avoir bénéficié entièrement des prestations concernées

## **Païement :**

C'est l'acte par lequel l'Etat ou tout autre organisme public se libère de sa dette. C'est la phase comptable de la procédure d'exécution d'une dépense. Il s'effectue par la remise d'un chèque, d'un bon de caisse ou par virement.

## **L'urgence :**

Elle se caractérise par la mobilisation imprévue de moyens médicaux pour traiter un état de détresse, qu'il vienne de l'extérieur ou des murs mêmes de l'hôpital, et par une relative polyvalence des moyens utilisés.

## **Agents au col vert :**

Ce sont des représentants de l'Administration de l'Hôpital au niveau des hospitalisations. Ils sont habillés d'une blouse blanche et se distinguent des médecins et des infirmiers par la couleur verte du col de leur blouse. Ils sont chargés d'attribuer des lits aux malades et de recenser leur identité. Ils facturent également les malades hospitalisés.

## **Titres de recettes :**

Ce sont les factures établies et adressées aux usagers de l'Etablissement. Ils matérialisent la créance de l'Etablissement sur ses débiteurs.

## **Engagements :**

Il s'agit des actes sous seing privé qui matérialisent la dette du débiteur vis –à – vis de l'hôpital. Ils émanent des malades mis en exeat qui n'ont pu solder leur compte (les particuliers défaillants).

## RESUME

La nécessité de se conformer aux réalités actuelles et faire des hôpitaux des structures qui aspirent progressivement à l'image d'une entreprise, constituent une préoccupation permanente des autorités politiques de notre pays. Aussi parle-t-on de plus en plus d'entreprise hospitalière dans les pays en développement tel le nôtre où cette vision a conduit les gouvernants à doter les établissements hospitaliers, malgré leur caractère social, d'une autonomie financière.

L'exercice de ce pouvoir, dans la gestion de leurs recettes et dépenses, les contraint à mobiliser, en plus des ressources extérieures, celles propres à l'hôpital. Cette mobilisation passe par le recouvrement des frais directs et des créances. C'est au vu de l'importance des créances au niveau des hôpitaux tel l'HOMEL (Hôpital de la Mère et de l'Enfant – Lagune) et avec les difficultés liées au recouvrement des créances sur les PAF (particuliers à leurs frais) que nous avons choisi de réfléchir sur le thème : « **Contribution à l'amélioration du recouvrement des créances sur les particuliers à leur frais à l'HOMEL** »

L'état des lieux de base nous a permis de recenser plusieurs problèmes dont les plus importants sont les suivants :

- Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF ;
- Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs ;
- Abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier.

Nous avons axé notre étude sur une méthodologie basée sur des approches théoriques et empiriques.

Les diagnostics établis suite à l'enquête réalisée ont été tous vérifiés. Des approches de solutions proposées pour l'amélioration du recouvrement des créances sur les PAF représentent notre contribution au règlement du problème de ce recouvrement non performant à l'HOMEL. La mise en œuvre de ces solutions nécessite des conditions que nous avons formulées sous forme de recommandations à l'endroit des différents responsables ainsi que des PAF.

# Sommaire

## **INTRODUCTION GENERALE**

### **CHAPITRE PRELIMINAIRE : DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE**

Section 1 : Observations de stage

Paragraphe 1 : Présentation générale de l'HOMEL

Paragraphe 2 : Etat des lieux de base

Section 2 : Problématique de l'étude

Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique de l'étude

Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée

### **CHAPITRE PREMIER : DES OBJECTIFS AUX APPROCHES METHODOLOGIQUES**

Section 1 : Des objectifs au tableau de bord de l'étude

Paragraphe 1 : Objectifs et hypothèses de l'étude

Paragraphe 2 : Synthèse des préoccupations et tableau de bord de l'étude

Section 2 : Revue de la littérature et méthodologie de l'étude

Paragraphe 1 : L'état des connaissances sur les problèmes

Paragraphe 2 : Les approches méthodologiques

### **CHAPITRE DEUXIEME : DES ENQUETES AUX APPROCHES DE SOLUTIONS**

Section 1 : Collecte et analyse des données

Paragraphe 1 : Organisation des enquêtes et limites

Paragraphe 2 : Présentation et analyse des données

Section 2 : Etablissement du diagnostic et approches de solutions

Paragraphe 1 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre

## **CONCLUSION GENERALE**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## **TABLES DES MATIERES.**



**INTRODUCTION  
GENERALE**

L'épanouissement d'une nation passe, en premier lieu, par le bien être de ses populations.

<< Un état de complet bien physique, mental et social qui ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité>>, telle est la définition de la santé par l'OMS. L'homme qui bénéficie de cet atout majeur reste un potentiel actif de développement de sa nation .C'est pour cela que la santé fait partie des premières préoccupations de toutes les nations.

Notre pays le Bénin n'a pas dérogé à cette règle. Il considère non seulement la santé comme une nécessité essentielle mais surtout comme un droit. Notre loi fondamentale, la constitution du 11decembre 1990 de la République du Bénin déclare en effet en son article 8 ce qui suit << la personne humaine est sacrée et inviolable. L'état à l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement .A cet effet il assure à ses citoyen l'égal accès à la santé,...>>. Cette déclaration se traduit dans la réalité par la place de choix que la santé occupe dans la vision politique de notre Etat. Les différents régimes politiques en font la même préoccupation. Les politiques et les stratégies élaborées pour ce domaine témoignent de la volonté constante des gouvernements à s'acquitter de cette mission prioritaire pour les populations béninoises.

Une mission appelant des moyens, le financement de ce secteur a été la plus grande préoccupation récurrente pour les gouvernants de notre pays à l'instar de plusieurs pays aspirant à un système de santé performant.

La santé dit-on n'a pas de prix mais elle a un coût. Les pouvoirs publics n'étant plus en mesure seuls d'y faire face compte tenu de la limitation de leurs ressources imposées par la crise économique des années 80, se sont trouvés dans l'obligation de réorienter la politique de santé afin d'assurer la survie des structures sanitaires qui doivent désormais fonctionner de façon performante.

En effet le fonctionnement des structures de santé nécessite la mise en œuvre des différentes ressources (humaines, matérielles, financières, organisationnelles, informationnelles et de temps). Il faut remarquer que les ressources financières représentent après celles humaines le potentiel nécessaire pour la mise en œuvre des autres. Les moyens importants dont a besoin l'institution hospitalière proviennent de la mobilisation de ces ressources, principalement celles financières. Les différents biens et services offerts par l'hôpital doivent être sous tendus par le renouvellement de ses moyens

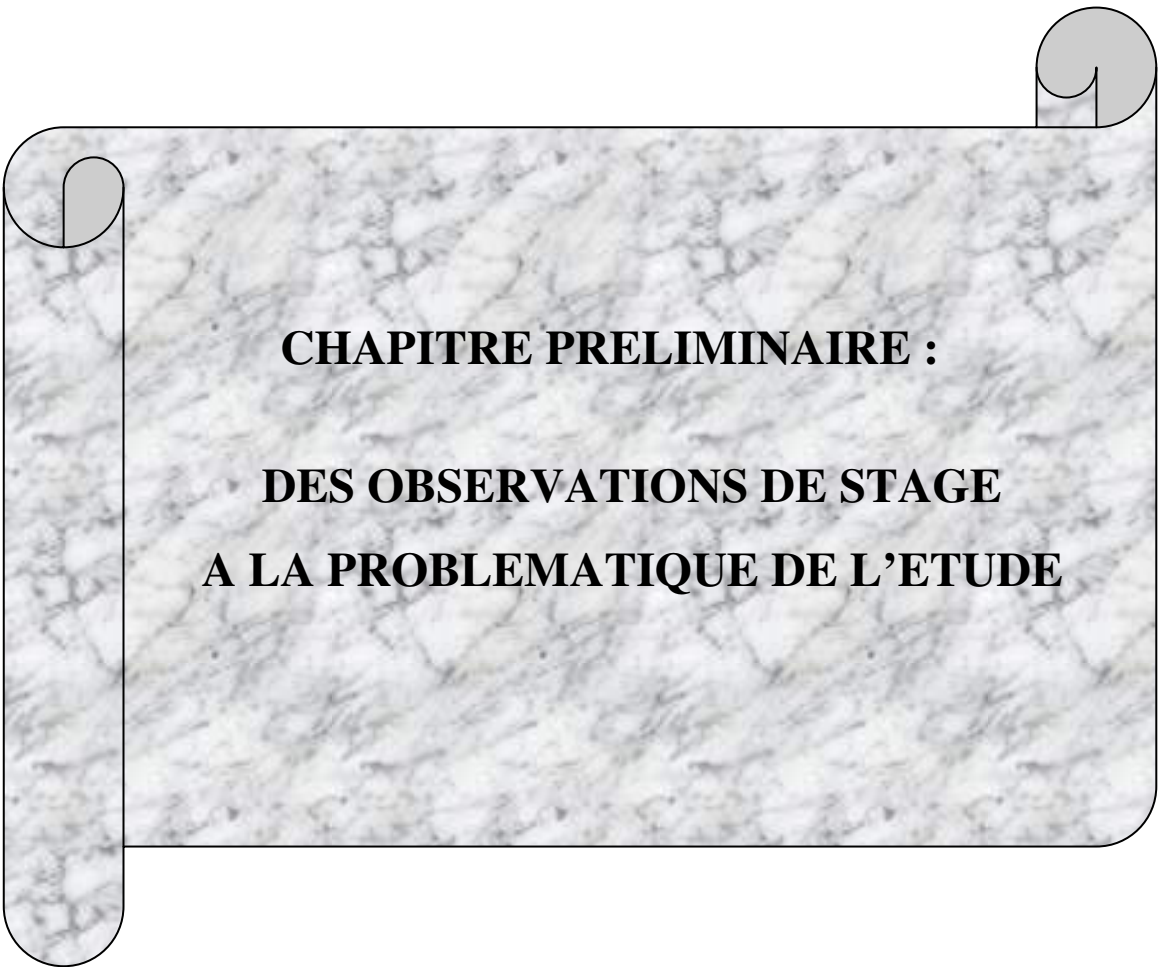
afin que les différents intrants puissent être en place de façon permanente pour le processus de transformation devant aboutir à la production performante des prestations de santé.

Le renouvellement de ces moyens passe, entre autre, par le recouvrement des créances des structures sanitaires. Nous distinguons différentes catégories de créances sur les clients d'un hôpital à savoir : les institutions étatiques, les structures privées et les particuliers à leur frais (PAF). Cette dernière catégorie occupe une part importante et le recouvrement des créances sur la plupart de ces PAF n'est pas toujours aisé.

Une analyse de la situation liée au recouvrement de créances en vue d'une action préventive serait d'une logique salubre pour l'établissement hospitalier. C'est dans ce sens que nous nous sommes proposé de réfléchir sur *la problématique de la performance du recouvrement des créances sur les PAF à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL)* de Cotonou, structure d'accueil de notre stage.

La présente étude intitulée « **Contribution à l'amélioration du recouvrement des créances sur les particuliers à leur frais à l'HOMEL** » s'articulera autour de trois chapitres à savoir :

- Le chapitre préliminaire portant sur les observations de stage et le ciblage de la problématique ;
- Le chapitre 1<sup>er</sup> qui présente les objectifs, les hypothèses, la revue de littérature et la méthodologie de l'étude ;
- Le chapitre 2<sup>ème</sup> consacrant l'organisation des enquêtes, analyses des données, la vérification des hypothèses et les approches de solution ainsi que leurs conditions de mise en œuvre.



**CHAPITRE PRELIMINAIRE :**  
**DES OBSERVATIONS DE STAGE**  
**A LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE**

Dans ce chapitre préliminaire, nous présentons les observations de stage à l'HOMEL puis le ciblage de la problématique.

## **Section 1 : Observations de stage**

Les observations de stage s'effectuent à travers la présentation de la structure d'accueil et la restitution du mécanisme de fonctionnement des divisions ayant abrité notre stage.

### **Paragraphe 1 : Présentation générale de l'HOMEL**

Dans ce paragraphe, nous présentons d'abord l'historique et ensuite l'organisation de l'HOMEL.

#### **I. Historique**

L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL) est un établissement sanitaire public à caractère social issu de la fusion de la Maternité Lagune et du Centre de Santé Maternelle et Infantile de Cotonou.

La Maternité Lagune est créée en 1958 dans l'enceinte de la Circonscription Médicale avant d'être transférée sur le site de l'ancienne Compagnie Commerciale de Distribution d'Energie Electrique (CCDEE) à Tokpahoho qui continue d'être son site actuel. Elle jouait déjà le rôle d'une maternité de référence malgré la création en 1978 à Cotonou de la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO).

En ce qui concerne le Centre de Santé Maternelle et Infantile (CSMI) créé également en 1958, il avait pour mission la promotion des soins préventifs en faveur des mères et des enfants d'où son ancienne appellation de Centre de Promotion Maternelle et infantile (PMI).

Ces deux structures étaient situées de façon contiguë sur un même espace géographique. Après quarante cinq ans d'existence, elles ont décidé de mettre en commun leurs efforts et de consolider leurs ressources disponibles en vue de contribuer à l'amélioration de la santé du couple vulnérable "mère - enfant".

Le Décret n°2002-423 du 07 Octobre 2002 portant approbation des statuts de l'HOMEL concrétise cette fusion et crée ainsi cet hôpital dénommé Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL). Doté d'une semi autonomie financière il a une durée de vie illimitée.

L'HOMEL est une structure de référence sur le plan national en matière de gynécologie et d'obstétrique. Il offre des soins préventifs, curatifs, réadaptatifs et promotionnels au service de la mère et de l'enfant.

## **II. Organisation**

Placé, jusqu'au 30 juillet 2006, sous la tutelle de la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique Littoral (DDS A/L), l'HOMEL, relève aujourd'hui directement du Ministère de la Santé (MS) conformément au décret N° 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. En vertu des dispositions du même décret, ce centre hospitalier de référence appartient désormais à l'espace hospitalo-universitaire. L'HOMEL dispose de plusieurs organes et services.

### **A. Les organes de décision et de gestion**

#### **1. Le Conseil d'Administration (CA)**

Investi de pouvoirs étendus pour agir en toute circonstance au nom de l'HOMEL, le CA est l'organe de pilotage de l'hôpital. Dans la limite de l'objet social de l'établissement, il est chargé des grandes décisions. Il est responsable du projet d'établissement et du programme d'investissement. Le CA étudie et approuve le budget de l'exercice à venir ainsi que les états financiers et le rapport d'activités de l'exercice écoulé. Ainsi, il se réunit en session ordinaire deux fois par an. Il est présidé par le représentant du Ministre de la Santé aidé par un vice président avec 14 membres représentant des ministères, des structures déconcentrées et décentralisées de l'état et un représentant de la société civile.

#### **2. Le Comité de Direction (CODIR)**

Présidé par le directeur de l'hôpital, le CODIR est un organe consultatif obligatoire. Il examine toutes les questions relatives à l'organisation générale du travail, aux effectifs, aux statuts du personnel, à l'hygiène, à la sécurité et à la salubrité dans les services. Il se réunit une fois par mois. Il est consulté sur les décisions importantes telles que la politique générale de l'Hôpital, l'élaboration du budget etc.

#### **3. La Commission Médicale Consultative (CMC)**

Composé de tous les médecins, le CMC est un organe qui est consulté sur les principales questions relatives aux activités de santé, à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et médico-techniques. Le président et le vice-président du CMC sont élus par les membres.

#### **4. La Commission d'Hygiène et de Sécurité (CHS)**

C'est un organe technique de contrôle et de gestion en matière d'hygiène et de sécurité. Il s'occupe de l'hygiène des espaces et des individus, de la salubrité, de la sécurité des personnes et de leurs biens, de celle du patrimoine du centre, des risques d'incendie ou d'inondation et des risques d'accident du travail. Il est présidé par le médecin coordonnateur, chef des services médicaux et techniques.

#### **5. La Cellule de Contrôle de Gestion**

C'est un organe conseil qui fournit à la Direction de l'hôpital et aux divers responsables, les informations internes indispensables pour une gestion participative prévisionnelle et une gestion budgétaire saine. Organe technique d'analyse en position de staff, elle donne des informations économiques, financières et statistiques aux fins d'améliorer la gestion de la formation sanitaire. Le responsable est nommé par le ministre de la santé.

#### **6. La Cellule Qualité**

Elle s'occupe de la mise en place et de la gestion de la " Démarche Qualité ".

En effet, pour une meilleure satisfaction des clients, l'HOMEL s'est engagé dans le développement de la "Démarche Qualité" à travers :

- ~ l'amélioration de la prise en charge de ses clients pour un meilleur état de santé des populations ;
- ~ le renforcement de son image de marque.

En avril 2005, l'HOMEL a obtenu un prix d'encouragement, le 2<sup>ème</sup> Prix Béninois de la Qualité, édition 2004. En septembre 2005, trois de ses processus (les consultations prénatales, les accouchements/urgences et l'hospitalisation du nouveau-né) ont été certifiés selon la norme ISO 9001 version 2000 par MOODY CERTIFICATION France. Ce sont là autant de preuves de la concrétisation de cet engagement.

Outre ces organes, l'HOMEL comprend plusieurs services qui assurent sa mission et la coordination de ses activités. Comme l'illustre l'organigramme de la structure (**voir Annexe n°1**), l'Hôpital est composé des structures techniques et administratives.

### **B. Les structures techniques et administratives**

#### **1. Les structures techniques**

Elles comprennent les secteurs médicaux et les secteurs médico-techniques.

**a. Secteurs médicaux**

Ils sont constitués du "service de la mère" et du "service de l'enfant". Nous distinguons les consultations (prénatale, postnatale, gynécologique, de planification familiale, de vaccination, d'enfant sain et d'enfant malade), le bloc technique (bloc obstétrical d'urgence, bloc opératoire et les soins intensifs), la néonatalogie, la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique, les hospitalisations et l'anesthésie - réanimation.

**b. Secteurs médico-techniques**

Ils sont composés du laboratoire, de l'imagerie médicale (radiographie et échographie), de la pharmacie et le service social. Ils servent à la fois les services de la mère et de l'enfant.

**2. Les structures administratives**

Ils sont au nombre de deux à savoir :

**a. Le Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE)**

Il s'occupe de la gestion administrative et du personnel, des clients et des statistiques, de la facturation des droits de l'établissement, de la tenue de la comptabilité matière, de la gestion des régies d'avance, des services auxiliaires (cuisine, buanderie, lingerie), de la maintenance des équipements et de l'entretien. Il est également chargé de l'élaboration des rapports d'activités. Il est composé de :

- La Division Gestion Administrative et du Personnel (DGAP) comprenant la section Personnel et la section Solde et accessoires ;
- La Division Gestion des Malades et Statistiques (DGMS) avec trois sections (Admission et Accueil, Facturation puis Archives et Statistiques) ;
- La Division Economat (DE) comprenant Approvisionnement et Actifs, Ordonnancement puis Auxiliaires ;
- La Division Maintenance et l'Entretien (DME) avec quatre sections (Garage, Bâtiment, Matériel médico-technique et Electro-froid).

**b. Le Service des Affaires Financières (SAF)**

Il s'occupe de l'élaboration du budget, du recouvrement des recettes, du paiement des dépenses, des opérations de banque, de la comptabilité générale et analytique, de l'informatique et de la gestion des régies de recette. Il a en charge l'élaboration du bilan et du rapport financier en fin d'exercice. Il comprend les divisions suivantes :

- Budget et Comptabilité avec deux sections (Comptabilité générale puis Comptabilité analytique et Budget) ;
- Caisse et Recouvrement avec aussi deux sections (Caisse et Recouvrement puis Prise en charge et Poursuite).

Par ailleurs les ressources financières s'apprécient à partir du budget. Le budget général exercice 2007 a été élaboré dans le délai réglementaire et adopté le 28 décembre 2006. Il est équilibré en recettes et en dépenses pour un montant de un milliard neuf cent vingt cinq millions huit cent trente neuf mille (1.925.839.000) F CFA contre deux milliards cent vingt deux millions neuf cent trente et un mille cinq cents (2.122.931.500) F CFA pour l'exercice 2006 soit un taux de décroissance de -9,28%. Il se répartit comme suit :

- Budget de fonctionnement : 1 582 482 000 FCFA
- Budget d'investissement : 343 357 000 FCFA

Selon le document du budget de l'HOMEL, exercice 2007, les sources de financement de ce budget sont :

- Fonds propres : 1 036 354 000 FCFA soit 53,81 %
- Subventions de l'Etat : 746 485 000 FCFA soit 38,76 %
- Tiers : 2 000 000 FCFA soit 0,10 %
- Organismes internationaux : 4 000 000 FCFA soit 0,21 %
- Charges calculées : 137 000 000 FCFA soit 7,11 %

Pour ce qui concerne les ressources humaines, le personnel de l'HOMEL est estimé actuellement à 453 agents dont 110 émargeant au budget national soit 25% et 343 émargeant au budget autonome de l'hôpital soit 75% de l'effectif (**voir Annexe n°2**).

Les ressources matérielles sont faites des infrastructures avec leurs équipements, le matériel médico-technique, le parc automobile pour ne citer que ceux là. La plupart des équipements sont caractérisés par l'obsolescence. Il faut noter, par ailleurs, que l'HOMEL manque d'espace et c'est ce qui fait que la construction des infrastructures se fait en hauteur. Mais l'espoir est permis car l'hôpital bénéficiera de l'emplacement actuel du lycée Coulibaly dès que ce dernier sera transféré sur son nouveau site.

Notre stage s'est déroulé à la Division Gestion des Malades et Statistiques (DGMS) puis à la Division Caisse et recouvrement relevant respectivement du Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE) et du Service des Affaires Financières (SAF).

## **Paragraphe 2 : Etat des lieux de base**

Nous allons restituer, dans ce paragraphe, le fonctionnement des deux divisions ci-dessus citées où s'est déroulé notre stage et faire l'inventaire des éléments de l'état des lieux de base.

### **I. Restitution du fonctionnement de la DGMS et de la division Caisse et recouvrement**

#### **A. La Division Gestion des Malades et Statistiques**

La Division Gestion des Malades et Statistiques (DGMS) regroupe trois sections à savoir : la section Admission et Accueil, la section Facturation et la section Statistiques et Archives (voir organigramme en **Annexe n°1**).

##### **1. La section Admission et accueil**

Elle accueille et renseigne les utilisateurs de l'HOMEL, collecte les informations administratives nécessaires à l'établissement de la facture des clients, collecte et distribue les résultats des examens de laboratoire et collabore étroitement avec les agents de recouvrement interne appelés "cols verts". La responsable de la section a su organiser cette collaboration de sorte que les agents de recouvrement interne de chaque pavillon fournissent à la section Admission et accueil, le point régulier des hospitalisées ainsi que l'état de leurs dettes pour le suivi et la mise à jour des factures provisoires établies aux clients par l'Admission. Un système de garde est même organisé pour que le service de cette section soit continu. L'agent de garde fait même des encaissements et rend compte à la caisse dès le lendemain. On note à ce niveau une **bonne organisation du travail au sein de l'équipe de la section Admission et Accueil**.

La description de poste est disponible au niveau des agents de cette section et comporte, au-delà du sommaire des attributions telles que décrites plus haut, le détail des tâches administratives et des tâches générales ainsi que la supervision, les relations de travail, l'évaluation, les exigences, les horaires de travail, les objectifs personnels pour finir par une clause et un engagement. Le client bénéficie d'une facturation provisoire en fonction des prestations à recevoir et même un bon blanc s'il y a urgence de médicaments et de consommables achetables dans le cas où ce client n'est pas en mesure de payer en même temps ses soins au comptant. Le client est autorisé à payer des acomptes, c'est à dire régler progressivement les frais durant son séjour pour solder au plus le jour de son exeat

au niveau de la caisse. Il s'agit d'une **prise en charge des clients même si les frais des prestations restent à solder.**

Il est à remarquer que les clients du secteur de l'enfant ne bénéficient pas des services de la section Admission et Accueil. Cela pose un problème d'équité dans le traitement des différents clients de l'HOMEL. Aussi ne permet-il pas la centralisation des informations. Il y a donc une **non prise en compte des clients du "secteur enfant" par les prestations du service Admission et Accueil.**

Par ailleurs, il y a une faible collaboration des secteurs médicaux avec la section Admission et Accueil. Cette faible collaboration se manifeste surtout par l'absence de feed-back dans bien des situations. En effet l'absence remarquée par exemple d'une parturiente hospitalisée est souvent comprise comme sa présence à un autre endroit de l'hôpital pour les premiers instants jusqu'à ce que cette absence prolongée amène les agents de l'Admission à comprendre qu'elle s'est évadée ou qu'elle a été entre temps évacuée. Si la collaboration était franche la section Admission et Accueil serait systématiquement informée de l'évacuation et pourrait même faire suivre, au niveau du centre d'accueil, la situation des créances de l'HOMEL sur ce client, à communiquer aux agents de recouvrement. On note alors une **absence de feed-back systématique de la part des secteurs médicaux vers l'Admission / Accueil.** De même le local qui abrite cette section est trop exigü par rapport au nombre d'agents qui y travaillent d'une part et l'ampleur des tâches que ces derniers y abattent d'autre part. Ainsi l'**exiguïté du local de la section Admission et Accueil** ne permet pas d'envisager son équipement ni en matériel informatique ni en matériel d'archivage de documents de travail. Vu l'importance du rôle stratégique qu'elle joue dans le système hospitalier, l'**absence d'outil informatique à la section Admission et Accueil** laisse un impact négatif sur la qualité du travail qui s'y fait.

## **2. La Facturation**

La facturation est chargée de constater les droits de l'HOMEL sur les clients bénéficiant de prises en charge et les particuliers à leurs frais (PAF) n'ayant pas soldé la totalité des frais de soins vis-à-vis de l'Hôpital avant leur exeat. Le mode de facturation diverge selon les catégories de clients à savoir :

- les salariés des administrations publiques et privées ;
- les particuliers à leurs frais.

Il existe au niveau de la section un tarifaire qui sert de repère pour l'élaboration des différentes factures.

**a. La facturation des créances sur les administrations publiques et privées**

Les salariés des administrations publiques dont les factures sont traitées dans cette section sont les Agents Permanents de l'Etat (APE), ceux des sociétés étatiques et ceux des offices bénéficiant d'une prise en charge. En dehors des APE relevant du ministère de la santé qui sont pris en charge à 100% pour les prestations, ceux des autres ministères paient au comptant 20% de toutes les prestations de soins reçues ; les 80% restants ainsi que les 100% des bénéficiaires du ministère de la santé sont facturées a posteriori à l'Etat.

Les salariés de sociétés privées, semi privées, offices, organismes nationaux et internationaux bénéficient des prestations de l'HOMEL sur simple présentation d'un document de prise en charge dûment délivré par leur employeur préalablement agréé par l'Hôpital. Les frais des prestations à eux fournies sont à 100% facturés ultérieurement à leur structure.

**b. La facturation des créances sur les particuliers à leurs frais**

Les PAF dont les factures sont traitées à la section facturation sont ceux qui supportent eux-mêmes leurs frais médicaux, et qui sont dans l'incapacité de solder la totalité des frais de soins vis-à-vis de l'Hôpital.

Quels que soient la catégorie et les moyens du client, il est a priori pris en charge dès son admission à l'HOMEL. Il effectue le remboursement de ses dettes envers l'Hôpital a posteriori. Les PAF qui n'arrivaient pas à solder leur dette signent avant leur sortie un engagement de paiement suivant des modalités et un échéancier, après paiement d'une avance. Les clients en difficulté ou incapables de payer leur dette envers l'Hôpital sont pris en charge par le "Fonds Sanitaire des Indigents" (FSI), s'ils remplissent les conditions d'éligibilité au bénéfice de ce fonds. Il y a donc un **accord de diverses facilités de règlement aux PAF pauvres et indigents**. Le souci d'augmenter l'accessibilité financière des populations vulnérables à des services de santé de qualité a amené le Gouvernement, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, à instituer le Fonds Sanitaire des Indigents (FSI). Cette ligne de crédit est inscrite au Budget Général de l'Etat depuis l'an 2000. Elle est consacrée à la prise en charge des indigents. Ce fonds qui est, au départ, géré par le Ministère des Finances, est passé d'abord sous la responsabilité du Ministère de la Santé en 2005 avant d'être ensuite décentralisé et actuellement placé sous le contrôle de la préfecture.

L'agent qui constate l'incapacité du malade à faire face aux frais médicaux avise le technicien du Secteur Social qui, à son tour, effectue une enquête sommaire auprès du malade en vue d'apprécier l'opportunité ou non de lui établir une fiche de prise en charge, après avis du Comité d'Identification composé du directeur de l'hôpital, du chef du secteur social, du représentant de la CMC et du représentant du maire de la commune. Par principe, cette phase ne doit pas excéder la durée du séjour du malade; mais le malade est généralement mis en exeat avant l'arrivée de ce rapport, compte tenu de la complexité du travail de terrain. La délivrance du certificat d'indigence (CI) est ensuite faite par le Maire ou le Chef d'Arrondissement de la localité de provenance du malade, après réception du rapport de l'enquête sociale. Il y a un retard dans la réception du CI par la section facturation à cause du temps que prend la procédure. Du fait de ce retard, plusieurs dossiers attendent d'être complétés par le CI avant l'élaboration de la facture comme l'illustre le tableau ci après :

**Tableau n° 1 : Situation des malades indigents pris en charge à l'HOMEL du 01 Janvier au 31 décembre 2006**

Dossiers	Nombre	Montant de la prise en charge
Dossiers déjà traités et envoyés	363	19 999 285 F
Certificats d'indigence disponibles	106	7 456 000 F
Certificats d'indigence en cours	27	1 540 975 F
<b>Total malades déclarés indigents</b>	<b>496</b>	<b>28 996 260 F</b>

Source : DGMS / Facturation

On note à ce niveau une **Procédure non performante de délivrance du certificat d'indigence**. Ce même tableau montre que plusieurs dossiers prêts ne sont pas traités et envoyés car le montant de l'enveloppe financière accordée à l'HOMEL au titre de l'année 2006 ne dépasse pas 20 millions d'où l'hôpital a dû engager près de neuf millions supplémentaires, le nombre des 363 dossiers équivalant à cette disponibilité financière étant déjà atteint au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre. Il y a alors **épuisement du fonds sanitaire des indigents avant terme**. C'est ce qui a milité en faveur de l'augmentation de l'enveloppe financière qui est passée de 20 à 50 millions au titre de l'année 2007.

Il est à signaler que le FSI ne prend pas en compte toutes les prestations, ce qui implique une tarification spéciale de type social. Un séjour de dix jours maximum est défini et pris en charge. Au-delà de cette limite, le client indigent devra couvrir lui-même les frais supplémentaires d'hospitalisation.

Les pièces justificatives sont certifiées et liquidées respectivement par le Gestionnaire des Crédits (Directeur de l'Hôpital) et l'Ordonnateur Secondaire (Préfet du Département), la décision de mandatement étant préalablement visée par le Délégué Départemental du Contrôleur Financier (DDCF). Les dossiers des indigents pris en charge sont finalisés et envoyés à la préfecture. Le remboursement des frais de soins de ces derniers prend assez de temps. La preuve, l'hôpital n'a été remboursé que pour 3 850 000 FCFA au cours de l'année 2006 sur les 19 999 285 FCFA justifiés déjà avant la fin du 3<sup>ème</sup> trimestre. Ceci témoigne du **retard dans le remboursement des frais des indigents pris en charge.**

La facturation des droits de l'Hôpital vis-à-vis de ses clients se fait à travers la vérification des noms inscrits sur les factures, la vérification de l'exactitude des imputations et des prestations enregistrées, la correction des écritures, le classement des prises en charge et le tirage des factures par structures. Notons que cette activité importante s'accomplit dans des conditions matérielles pénible. Cette situation est caractérisée par l'insuffisance d'outils informatiques qui devraient être en réseau avec la caisse afin d'éviter la copie, par clé électronique de stockage de données, du point de la caisse pour des rapprochements et correction d'erreur d'enregistrement. Par ailleurs le local utilisé est en partage avec un autre secteur et ne dispose même pas d'armoire de rangement des dossiers. On note un **cadre de travail non adapté pour la section de facturation.**

Les factures apprêtées sont transmises à la section recouvrement de la division Caisse et recouvrement dont nous décrirons plus tard le mécanisme de fonctionnement.

### **3. Les Archives et Statistiques**

Cette section comporte deux sous-sections à savoir : les Archives et les Statistiques.

#### **a. Les Archives**

Les Archives s'occupent de la mise à jour, du classement et de la conservation des dossiers des clients, des souches de registres des naissances et des registres des actes de la maternité. Les deux locaux qui abritent cette sous-section sont trop petits par rapport aux dossiers qui y sont conservés. La preuve est que les étagères et tiroirs de rangement sont trop encombrés de sorte qu'il y a même des dossiers par terre puisqu'il n'y a pas de place pour installer d'autres étagères et tiroirs. **Les deux locaux abritant les Archives présentent une exigüité.**

Par ailleurs il n'y a pas d'outils informatiques aux Archives. La gestion des dossiers n'est pas informatisée. On note à ce niveau une **non informatisation de la gestion des dossiers aux Archives.**

#### **b. Les Statistiques**

Cette sous-section est chargée de contrôler la régularité des supports de collecte des données, d'enregistrer ces données, de les traiter et de produire un bilan statistique mensuel, semestriel et annuel. Il est à noter que le mauvais remplissage des supports au niveau de certains secteurs donne un surcroît de travail à la responsable de cette unité. Cette situation l'amène à faire très souvent le tour des secteurs concernés pour les accompagner dans la mise en œuvre des notions de remplissage reçues au cours des formations et recyclages antérieurs. Ceci témoigne de l'**organisation d'un suivi régulier du remplissage des supports de données.**

Toutefois, il y a un besoin de formation d'un certain nombre d'agents pour maîtriser en plus du remplissage, l'utilité d'un bon remplissage des supports de données surtout qu'il y a une amélioration continue de certains supports. Le **besoin de formation sur le remplissage des supports de données** est une nécessité.

Par ailleurs les Statistiques souffrent d'un manque de matériel de travail. Nous n'en voulons pour preuve que l'inexistence de clé électronique pour sauvegarder certaines données à transporter, la présence d'un seul micro-ordinateur pour cette cellule, l'absence de photocopieuse, l'insuffisance des imprimés à photocopier, insuffisance de papiers pour ne citer que ceux là. Le constat d'**insuffisance de matériel de travail à la cellule statistique** est palpable.

La compilation des données se fait mensuellement, les rapports statistiques sont élaborés trimestriellement sans être commentés. Seul le rapport annuel qui se fait en commission, est assorti de commentaires.

Par ailleurs, il faut signaler que la cellule des statistiques souffre d'une **absence de système de réseau informatique avec les autres secteurs.**

#### **B. La Division Caisse et recouvrement**

Les recettes sont mises en recouvrement au titre de l'exercice budgétaire au cours duquel les droits de l'hôpital ont été constatés. Le principe est que les clients doivent payer les frais mis à leur charge avant leur sortie de l'hôpital. Mais en général, lorsque l'hôpital

n'a pas pu encaisser le coût des prestations pendant le séjour des clients, ces créances font l'objet d'émission de titre de recettes qui sont adressés aux débiteurs pour leur mis en recouvrement dans un délai déterminé à compter de la date de leur notification.

La division caisse et recouvrement comporte deux sections à savoir la section Caisse et recouvrement puis la section Prise en charge et poursuite.

### **1. La section Caisse et recouvrement**

Cette section s'occupe du recouvrement des recettes liées aux prestations de santé de l'hôpital et à la cession des médicaments. Les prestations de santé concernent les activités de consultation, d'hospitalisation et des actes médicaux, chirurgicaux, de laboratoire, d'accouchement, d'imagerie médicale, etc. Ce sont en grande partie les frais des particuliers à leur frais et la tranche du ticket modérateur des clients munis de prise en charge. Il faut signaler que l'hôpital dispose de deux catégories de caisses pour l'encaissement des recettes. Elles sont ouvertes 24 heures sur 24 heures suivant un système de garde. Les "caisse pharmacie" assurent l'encaissement des ventes de médicaments et consommables, carnets et cartes tandis que la "caisse prestations" est ouverte pour l'encaissement des recettes des actes, hospitalisations et divers.

Les agents "cols verts" sont responsabilisés chacun au niveau de chaque catégorie d'hospitalisation pour s'occuper du point régulier sur le plan des créances sur les hospitalisés. Ces derniers en collaboration avec les agents de l'Admission, aident, orientent et renseignent les clients pour le paiement, à petits coups, à titre d'acomptes de leur créance vis-à-vis de l'hôpital. Ceci a conduit à un encaissement de 737 125 457 FCFA au titre de l'exercice 2006 contre 723 823 615 en 2005. Le tableau suivant présente cette situation par catégorie de caisses :

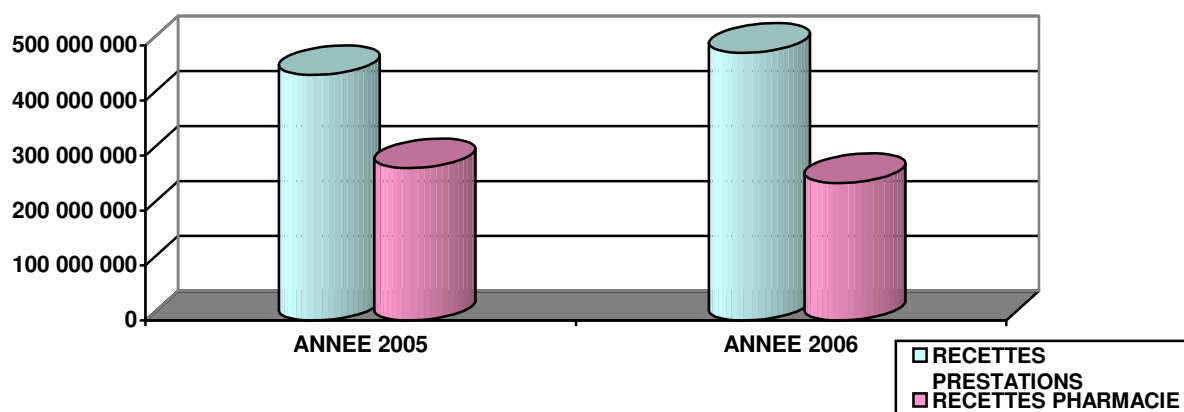
**Tableau n° 2 : Présentation comparative des encaissements par catégories de caisses au titre de 2005 et 2006 à l'HOMEL**

DESIGNATIONS	MONTANTS	
	ANNEE 2005	ANNEE 2006
RECETTES PRESTATIONS	446 423 205	486 724 439
RECETTES PHARMACIE	277 400 410	250 401 018

Source : SAF/HOMEL

On obtient, à partir de ce tableau, le graphique suivant :

**Figure n° 1 : Représentation graphique de la comparaison des encaissements par catégories de caisses au titre de 2005 et 2006 à l'HOMEL**



De tout ce qui précède nous pouvons dire qu'il y a une **bonne organisation du système de recouvrement interne**.

Les PAF sont assujettis au paiement intégral et au comptant de leurs frais d'actes et d'hospitalisation. L'HOMEL, pour respecter l'un de ses principes de la "Démarche Qualité" admet la prise en charge même si le client n'a pas les frais de soins à son admission. C'est ce qui fait que la plupart des PAF sont pris en charge et hospitalisés avant le règlement des frais. Un nombre important de ces PAF n'arrivent pas à solder les frais de soins dus à l'hôpital au cours de leur séjour à l'hôpital. Ils sont, au moment de leur séjour à l'hôpital, régulièrement relancés par les "cols verts" pour le paiement de leur dû à la caisse de l'hôpital. C'est à ce niveau que les agents constatent les difficultés qu'éprouvent la plupart de ces PAF à régler leurs frais de santé. Après plusieurs relances infructueuses, ils sont orientés vers le service social pour être écoutés en cas d'incapacité apparemment manifeste. Cette situation témoigne des **difficultés de paiement des frais de soins par les PAF**.

Le service social procède à une enquête sociale de vérification de leur indigence. S'ils sont déclarés indigents, ils obtiennent un certificat d'indigence et bénéficient, dès lors, du remboursement de leur dû à l'hôpital par l'Etat à travers le Fonds sanitaire des indigents. Les PAF non indigents sont gardés dans l'enceinte de l'HOMEL, même après exeat. Dans le cas échéant, ils sont sortis des salles d'hospitalisation et mis sous les paillotes. Les "cols verts" continuent de les contraindre au règlement de leur frais. Certains font l'effort de rechercher les moyens de rembourser leur dette. Les autres qui n'y arrivent pas ou qui remboursent une partie, se voient obligés de signer, par eux-mêmes ou par personne responsabilisée à titre d'avaliseur, un engagement de reconnaissance de dette et remboursement dans un délai.

Aussi y a-t-il des clients dont les dossiers ne comportent pas d'adresse précise ou même pas du tout d'adresse. C'est au moment de leur séjour en hospitalisation, alors qu'ils ont déjà bénéficié des soins pour lesquels ils ont souvent des difficultés de paiement, que les agents de recouvrement consignent les différents renseignements qui font défaut. Ces renseignements sont à prendre avec réserves surtout qu'ils sont demandés au moment où le client n'a aucun intérêt à donner ses vraies coordonnées. La fiabilité des renseignements contenus dans un engagement signé dans ces conditions a un caractère aléatoire. Ceci dénote de la **non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs.**

## **2. La section Prise en charge et poursuite**

Cette section se charge du recouvrement externe. Ce type de recouvrement concerne les prestations fournies par l'hôpital sur présentation de prise en charge. En effet les agents y travaillant sont chargés de faire payer les tiers payants que sont l'Etat (ministères et institutions d'Etat), les collectivités locales (mairies et préfectures), les sociétés et les offices. Ils ont également pour mission de rechercher les PAF ayant signé des engagements pour les amener à honorer les frais dus à la structure hospitalière. Ils recouvrent les créances de l'hôpital sur la base des titres de recettes élaborés par la section facturation pour le compte des tiers payants institutionnels et des PAF débiteurs ayant signé un engagement.

Apprécions les différentes créances de l'hôpital au titre de l'année 2006 à partir du tableau suivant :

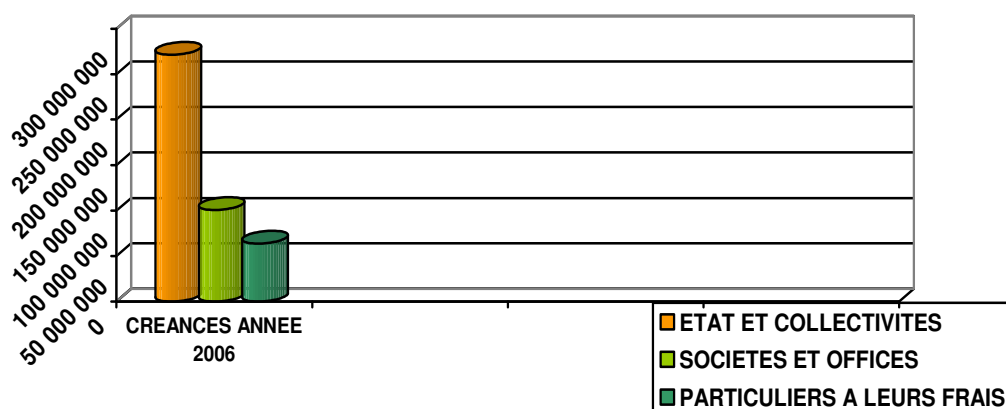
**Tableau n° 3 : Etat des créances cumulées en 2006**

<b>DESIGNATIONS</b>	<b>CREANCES ANNEE 2006</b>
ETAT ET COLLECTIVITES	271 449 729
SOCIETES ET OFFICES	100 929 752
PARTICULIERS A LEURS FRAIS	63 538 385
<b>TOTAL</b>	<b>435 917 866</b>

Source : SAF/HOMEL

Ce tableau s'apprécie mieux par le graphique suivant :

**Figure n° 2 : Représentation graphique de l'état des créances cumulées en 2006**



Les tiers payants que sont l'Etat, les collectivités locales, les sociétés et les offices ont d'importantes dettes à l'égard de l'hôpital. Il s'agit des créances sur ces institutions dont les employés sont soignés sur présentation de leur prise en charge. Ces structures sont régulièrement relancées par les agents à travers des coups de fil ou des déplacements physiques. Aussi, les agents effectuent-ils des descentes de suivi du traitement des dossiers en direction des services des ministères chargés des finances et du budget, notamment le Trésor public. Il s'agit d'une stratégie du **suivi constant des factures des tiers payants auprès des structures compétentes**.

Malgré l'importance de leurs dettes, nous avons été rassurés par les agents de la section "Prise en charge et poursuite" du règlement entier de leurs factures engagées même s'ils le font souvent avec un peu de retard. Ce sont des débiteurs solvables

Quant aux PAF, ils remboursent difficilement leur dette. Ils représentent le plus grand nombre des usagers. Ne bénéficiant pas de prise en charge, ils n'offrent aucune garantie de remboursement.

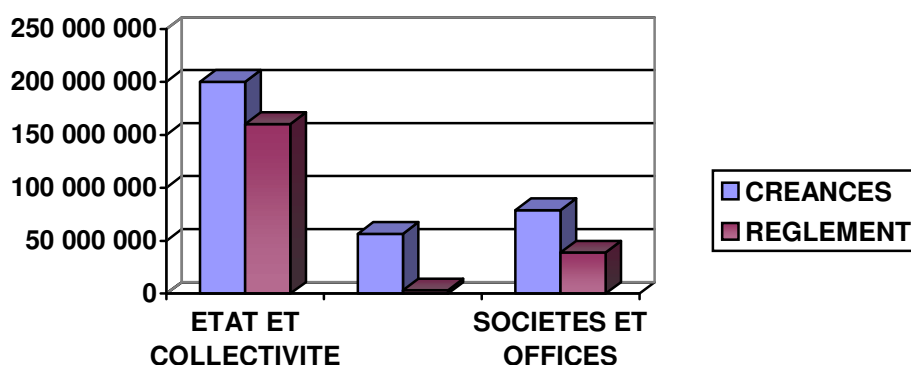
Le tableau suivant montre le taux de règlement des créances par catégorie de débiteurs au titre de l'exercice 2006 :

**Tableau n°3' : Taux de règlement des créances par catégories de débiteurs en 2006**

DESIGNATIONS	CREANCES	REGLEMENT	TAUX DE RECOUVREMENT %
ETAT ET COLLECTIVITE	271 449 729	160 179 085	59,00%
PARTICULIERS A LEURS FRAIS	63 538 385	3 262 960	2,61%
SOCIETES ET OFFICES	100 929 752	38 756 763	38,39%

Source : SAF/HOMEL

Ce qui se traduit par le graphique suivant :

**Figure n°3 : Représentation graphique du taux de règlement des créances par catégories de débiteurs en 2006**

Nous remarquons aisément que ce sont les PAF qui remboursent le moins leur dette vis-à-vis de l'hôpital avec le faible taux de recouvrement (2,61%). Mais nous remarquons que les visites à domicile, en vue des recherches actives des PAF débiteurs pour le recouvrement, ont été suspendues, depuis un certain temps, par le service financier. De même aucune autre action de poursuite ne se mène actuellement à l'encontre des PAF débiteurs défaillants au niveau de la section prise en charge et poursuite. Il y a donc un **abandon total des activités du recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier.**

La section prise en charge et poursuite ne dispose pas d'outil informatique. En dehors des ordinateurs des guichets de caisse l'ensemble de la division ne dispose que d'un seul micro-ordinateur et les ordinateurs ne sont pas en réseau. On note alors une **insuffisance d'outils informatiques et une absence de réseau informatique au niveau de la Division Caisse et Recouvrement.**

## **II. Inventaire des éléments de l'état des lieux de base et les problématiques possibles**

### **A. Inventaire des éléments de l'état des lieux de base**

Il s'agit ici d'inventorier d'une part les atouts et d'autre part les problèmes identifiés dans les deux divisions de déroulement de notre stage à l'HOMEL.

#### **1. Inventaire des atouts (forces et opportunités)**

De l'exposé ci-dessus, nous pouvons retenir six (6) forces résumées comme suit :

- 1- Bonne organisation du travail au sein de l'équipe de la section Admission et Accueil ;
- 2- Prise en charge automatique même si les frais des prestations restent à solder ;
- 3- Accord de diverses facilités de règlement au PAF pauvres et indigents ;
- 4- Organisation d'un suivi régulier du remplissage des supports de données ;
- 5- Bonne organisation du système de recouvrement interne ;
- 6- Suivi constant des factures de prise en charge auprès des structures compétentes ;

#### **2. Inventaire des problèmes (faiblesses et menaces)**

De la description, ci-dessus, nous pouvons dégager dix sept (17) faiblesses identifiées comme suit :

- 1- Non prise en compte des clients du secteur enfant par les prestations du service Admission et Accueil ;
- 2- Absence de feed-back systématique de la part des secteurs médicaux vers l'Admission / Accueil ;
- 3- Exiguïté du local de la section Admission et Accueil ;
- 4- Absence d'informatisation de la section Admission et Accueil ;
- 5- Procédure non performante de délivrance du certificat d'indigence ;
- 6- Epuisement du fonds sanitaire des indigents avant terme ;
- 7- Retard dans le remboursement des frais des indigents pris en charge ;
- 8- Cadre de travail non adapté pour la section de facturation ;
- 9- Exiguïté des deux locaux abritant les Archives ;
- 10- Non informatisation de la gestion des dossiers aux Archives ;
- 11- Besoin de formation sur le remplissage des supports de données ;
- 12- Insuffisance de matériel de travail à la cellule statistique ;

- 13- Absence de lien informatique avec les autres secteurs ;
- 14- Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF ;
- 15- Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs ;
- 16- Abandon total des activités du recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier ;
- 17- Insuffisance d'outils informatiques et non existence de réseau informatique au niveau de la division Caisse et recouvrement.

### **B. Les problématiques possibles**

Tous les problèmes spécifiques énumérés ci-dessus sont regroupés sous quatre problématiques différentes telles que présentées dans le **tableau n°4 (voir annexe n°3)**

## **Section 2 : Problématique de l'étude**

Cette section sera consacrée au choix et à la spécification de la problématique, puis à la détermination de la vision globale de résolution.

### **Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique de l'étude**

Il s'agira à ce niveau de faire la spécification de la problématique choisie après avoir justifié le sujet.

#### **I. Choix de la problématique et formulation du sujet**

Une analyse des différents problèmes identifiés au cours de notre restitution nous a conduit à la formulation de quatre problématiques à partir du regroupement par centre d'intérêt des problèmes spécifiques. L'étude de ces différentes problématiques devra permettre à l'HOMEL d'améliorer ses performances pour la réalisation des objectifs qu'il s'est assigné.

Nous avons le souci de mettre en application les connaissances acquises lors de notre formation en gestion hospitalière et de rester dans la logique de l'option de la « Démarche Qualité » adoptée par notre structure d'accueil. En effet, par cette démarche, l'HOMEL prône l'amélioration de la prise en charge de ses clients pour un meilleur état de santé des populations.

De l'inventaire des problèmes issus de l'état des lieux de base, nous avons dégagé quatre problématiques à savoir :

- Problématique d'une organisation performante des secteurs administratifs
- Problématique de l'amélioration de la gestion de l'indigence ;
- Problématique de la performance du recouvrement des créances sur les particuliers à leur frais ;
- Problématique du renforcement du système d'information hospitalière.

La première concernant l'organisation performante des secteurs administratifs. Bien que sa résolution permette une amélioration du système, elle est un peu étendue et nécessite une démarche permanente commune à la plupart des secteurs de l'administration. Nous avons jugé ne pas la retenir dans notre choix.

La gestion de l'indigence à l'HOMEL a récemment fait l'objet d'un mémoire du Cycle I de la filière AHUI de l'ENAM, celui de Alvine SINATOKO (2006) intitulé « Mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents : mise en œuvre et limites ». Dans cette étude, un certain nombre d'approches de solutions ont été proposées. Aussi, avons-nous constaté que la question de l'indigence est au cœur de plusieurs réflexions tant au niveau de l'HOMEL qu'au niveau d'autres structures hospitalières concernées tel que le Centre National Hospitalier et Universitaire – Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), le Centre Hospitalier Départemental (CHD) Ouémé-Plateau, l'Hôpital de Zone (HZ) d'Abomey-Calavi, pour ne citer que ceux là. C'est pour cela que nous avons décidé d'écarter de notre étude la problématique sur la gestion de l'indigence.

L'informatisation et la mise en réseau des secteurs de l'HOMEL, pour une meilleure gestion de l'information hospitalière pour une fluidité dans le traitement et les échanges de données, ont été également abordées par une étude en gestion informatique. Il s'agit du rapport de fin de formation à l'Ecole Internationale Cotonou (EIC – Dauphine) en Informatique de Gestion pour le Brevet de Technicien Supérieur (BTS) intitulé « Gestion automatisée du séjour des patientes à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL) » réalisé par Amakoé G. V. d'ALMEIDA et Carin H. VIAKINNOU (2006).

Quant au recouvrement des créances, c'est une question qui a été abordée précédemment par des études au niveau des structures hospitalières. C'est le cas des mémoires de 2006 de l'ENAM cycle 1 de AÏHOUNHIN et ASSOGBA intitulé respectivement « Problématique du recouvrement optimal des créances hospitalières : cas du CNHU-HKM Cotonou » et « Contribution à l'amélioration du système de recouvrement

des créances au centre de santé de Mênontin ». Ces travaux ont porté sur des aspects divers et variés du recouvrement des créances. Mais l'aspect du recouvrement des créances sur les particuliers à leur frais (PAF) n'a pas été abordé de façon particulière. Or les structures hospitalières ont plus que jamais besoins d'optimiser la mobilisation des ressources financières pour faire face aux importantes charges qui leur incombent, de même qu'ils doivent garantir une meilleure prise en charge à leurs clients qui sont en réalité leur raison d'être. C'est pourquoi nous avons porté notre choix sur « **la problématique de la performance du recouvrement des créances sur les particuliers à leur frais** »

Rappelons que cette problématique se fonde sur le problème général intitulé : Recouvrement non performant des créances sur les particuliers à leur frais. Les problèmes spécifiques relevant de ce problème général sont les suivants :

- ✓ Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF ;
- ✓ Non fiabilité des renseignements fournis après admission et soins par les PAF débiteurs ;
- ✓ Abandon total des activités du recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier.

C'est donc dans le souci de contribuer à la résolution du problème général et des problèmes spécifiques liés à cette problématique que nous avons décidé d'axer notre réflexion sur le thème : « **Contribution à l'amélioration du recouvrement des créances sur les particuliers à leur frais à l'HOMEL** »

## **II. Spécification de la problématique choisie**

Pour accomplir de façon efficace les fonctions de soins qui sont les siennes, l'hôpital a besoin des moyens humains, financiers et matériels qui lui permettent :

- l'approvisionnement en biens de consommation et produits alimentaires nécessaires pour les soins et le séjour des utilisateurs ;
- la mise en place d'équipements, la construction d'infrastructures et leur maintenance.

L'autonomie financière que lui confère son statut implique la mise en œuvre du pouvoir de gestion de ses recettes et de ses dépenses. Il doit mobiliser des ressources notamment celles financières pour faire face à ses différentes charges. Aucune source de financement n'est à négliger. Les fonds propres représentant la plus importante part du budget, les efforts de l'HOMEL doivent être axés sur le recouvrement de ses créances.

Le recouvrement des créances sur les tiers payants à savoir les sociétés et l'état malgré leurs procédures plus ou moins lourdes, présente une certaine garantie. Celui des créances sur les PAF doit être amélioré, sécurisé en un mot performant car le caractère social des hôpitaux publics oblige ces derniers à s'ouvrir à toutes les couches sociales même celles n'offrant pas une assurance en matière du paiement ou du remboursement des frais de soins. C'est ce qui justifie l'intérêt que nous accordons au recouvrement des créances sur les PAF à l'HOMEL.

Les perspectives sur l'amélioration de la performance du recouvrement des créances fondent notre problématique. La résolution du problème général lié à cette problématique passe par celle des problèmes spécifiques identifiés à cet effet. Elle permettra à l'HOMEL d'améliorer sa performance en matière de mobilisation de ressources propres de la structure ainsi qu'une meilleure prise en charge des clients notamment ceux qui éprouvent des difficultés à faire face au règlement de leur frais de soins.

Tous les problèmes spécifiques identifiés présentent une pertinence, chacun en ce qui le concerne, dans la résolution d'ensemble du problème général. Il sont au nombre de trois à savoir :

- Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF (problème spécifique n°1) ;
- Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs (problème spécifique n°2) ;
- Abandon total des activités du recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier (problème spécifique n°3).

## **Paragraphe 2 : vision globale de résolution de la problématique**

Après avoir dégagé notre sujet et spécifié la problématique, il nous revient à présent de préciser la vision globale qui nous permettra de résoudre les problèmes retenus.

### **I. Approche théorique générale de résolution du problème général**

Le problème général, rappelons-le est le recouvrement non performant des créances sur les particuliers à leurs frais. Pour résoudre ce problème, nous pensons que la mobilisation des ressources, notamment celles propres à la structure hospitalière doit être optimisée. Le recouvrement des créances par l'hôpital est un aspect important de cette mobilisation ; nous envisageons alors une **approche théorique générale de l'organisation performante du recouvrement des créances.**

## **II. Approche générique de résolution des problèmes spécifiques**

### **A. Approche générique liée au problème spécifique n°1**

Le premier problème spécifique est relatif aux difficultés de paiement des frais de soins par les particuliers à leur frais.

L'accessibilité aux soins par les populations est à la fois d'ordre géographique et financière. L'idéal, auquel les pays aspirent pour leurs populations et prôné par les politiques de santé, est la gratuité des soins. Cet idéal est encore loin d'être une réalité dans la plupart des pays dont ceux en développement. Il convient, pour permettre aux populations à faibles revenus d'avoir accès aux soins, tout en permettant aux structures sanitaires de ne pas avoir des problèmes de trésorerie, d'envisager un système de prévoyance sociale de la santé.

La résolution de ce problème de difficultés de paiement des frais de soins par les PAF passe par une **approche générique basée sur la promotion du système de prévoyance sociale de la santé**

### **B. Approche générique liée au problème spécifique n°2**

La non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF représente le problème spécifique n°2.

Les clients admis à l'hôpital doivent remplir un certain nombre de conditions à l'entrée dont leur identification. Les renseignements recueillis doivent être le plus complet et précis que possible. Ces renseignements constituent les éléments de base exploitables pour l'émission des titres de recettes. Or, les créances à recouvrer sont établies à partir des titres de recettes à l'adresse des débiteurs. La résolution du problème de fiabilité des renseignements devrait se faire sans équivoque. Les difficultés de paiements des frais des soins aidant, des PAF, une fois admis et soignés, ont tendance à donner une fausse adresse pour dissimuler leur identité. Cette attitude les met à l'abri d'une localisation en cas de poursuite par les agents de recouvrement de l'hôpital. Les créances de l'hôpital liées à ces PAF deviennent, dans cette situation, des créances irrécouvrables à corriger par des provisions. Il y a là un manque à gagner pour la structure hospitalière.

Pour résoudre le second problème spécifique, nous retenons alors une **approche basée sur une meilleure identification des clients dès leur admission à l'hôpital.**

### **C. Approche générique liée au problème spécifique n°3**

Le problème spécifique n°3 est abandon total des activités du recouvrement externe sur les PAF par le service financier. La dette est quérable et l'hôpital se doit, après échéance des engagements signés, par les débiteurs, mener des actions en vue du recouvrement de ses créances. En effet, rares sont les débiteurs qui règlent avec spontanéité et de façon volontaire leur dette. Dans la présente situation, les PAF débiteurs sont des clients qui se sont vus, pour la plupart, obligés de signer un engagement pour des raisons de difficultés de paiement. Ce sont des clients pour la plupart des couches sociales à faible revenu. Ils ont plutôt intérêt à satisfaire les besoins vitaux de base avec leur disponibilité financière de chaque instant. Il faut absolument des actions de la part de la structure créancière pour amener ses débiteurs à faire des efforts de remboursement. Ces actions, à défaut de suivre les procédures de recouvrement forcé des créances, sont d'ordre incitatif ou dissuasif.

Une **approche générique basée sur les mesures de recouvrement externe des créances** est notre vision de résolution du problème spécifique n°3.

### **III. Synthèse des approches génériques retenues**

(Voir tableau n°5 en annexe n°4)

### **IV. Séquences de résolution de la problématique spécifiée**

Cette vision globale de résolution que nous venons d'exposer peut être restituée à travers une démarche en dix (10) étapes à savoir :

1. Fixation des objectifs de la recherche ;
2. Formulation des hypothèses de travail ;
3. Construction du tableau de bord de l'étude (TBE) ;
4. Revue de la littérature ;
5. Choix de l'outil de mobilisation des données ;
6. Choix de l'outil d'analyse des données ;
7. Mobilisation des données ;
8. Analyse des données ou vérification des hypothèses;
9. Etablissement du diagnostic ;
10. Approches de solutions et conditions de mise en œuvre.



**CHAPITRE PREMIER :**  
**DES OBJECTIFS DE L'ETUDE AUX**  
**APPROCHES METHODOLOGIQUES**

Une fois la vision globale de résolution de la problématique connue et les étapes de la recherche définies, nous allons présenter dans un premier temps, les objectifs à atteindre ainsi que les hypothèses, l'élaboration du tableau de bord de l'étude puis dans un second temps, la méthodologie de travail liée à l'organisation performante du contrôle de gestion

## **Section 1 : Des objectifs à l'élaboration du tableau de bord de l'étude**

Dans cette section, nous avons fixé l'objectif général et les objectifs spécifiques de l'étude et avons déterminé les causes plausibles qui nous ont permis de formuler les hypothèses avant de passer au tableau de bord de l'étude.

### **Paragraphe 1 : Objectifs et hypothèses de l'étude**

Avant de fixer les objectifs de l'étude, il convient de faire un rappel des problèmes à résoudre :

#### **➤ Problème général**

Recouvrement non performant des créances sur les particuliers à leur frais

#### **➤ Problèmes spécifiques**

- Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF ;
- Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs ;
- Abandon total des activités du recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier.

### **I. Fixation des objectifs de l'étude**

La fixation des objectifs est fonction des problèmes à résoudre.

#### **A. Objectif général**

La formulation de cet objectif est faite à partir du problème général. Il s'agit de : contribuer à l'amélioration du recouvrement des créances sur les PAF.

#### **B. Objectifs spécifiques**

Ces objectifs spécifiques sont également formulés à partir des problèmes spécifiques. Il s'agit de :

- Formuler des stratégies de réduction des créances de l'hôpital sur les PAF (objectif spécifique n°1) ;

- Proposer des moyens d'identification rapide et complète du client (objectif spécifique n° 2) ;
- Proposer des actions de dynamisation de la section du recouvrement externe (objectif spécifique n° 3).

## **II. Causes et hypothèses liées aux problèmes**

### **A. Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°1**

Par rapport à ce problème que représentent les difficultés de paiement des frais de soins par les PAF, nous avons relevé trois causes possibles classées. Il s'agit de :

- ✓ La faiblesse du pouvoir d'achat des bénéficiaires ;
- ✓ La mauvaise volonté du client à s'acquitter de ses dettes vis-à-vis de l'hôpital public ;
- ✓ Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé.

En considérant la faiblesse du pouvoir d'achat des bénéficiaires, cette cause explique bien les difficultés qu'éprouvent les clients à s'acquitter des frais de soins. Dans la présentation de l'HOMEL, nous avons indiqué que ce dernier est n hôpital de référence bien que se trouvant dans un quartier populaire. Il est fréquenté par des usagers de toutes les origines. La situation économique de la plupart de ces usagers laisse à désirer.

La pauvreté étant une préoccupation d'envergure nationale, l'Etat y apporte toutes les solutions adéquates en vue de la réduire à défaut de l'éradiquer. Cette préoccupation ne saurait alors être traitée dans le cadre d'un mémoire avec efficacité.

En outre, la pauvreté n'affecte pas que les dépenses de santé, elle constitue pour la population un handicap à la survie.

S'agissant de la mauvaise volonté du client à s'acquitter de ses dettes, cette cause est plus proche de la réalité mais elle est trop subjective, et ne pourrait être justifiée de façon tangible certes. Mais la population comprend mal comment l'Etat peut mettre à la disposition des formations sanitaires un fonds réservé aux indigents et qu'on leur oppose un paiement. Par ailleurs, la mise en place de la démarche qualité à l'HOMEL s'est accompagnée d'un discours démobilisateur qui consiste à inviter la population à venir recevoir les soins avant tout paiement. Ce discours qui permet d'améliorer les indicateurs de santé en évitant le recours tardif aux soins contraste avec l'acharnement des services financiers à récupérer les frais de soins.

Il n'y a pas pire sourd que celui qui ne veut rien entendre dit-on souvent, la correction de la mauvaise volonté serait fastidieuse et n'emprunterait aucune piste scientifique.

En ce qui concerne le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé, elle est culturelle en Afrique noire en générale et au Bénin en particulier. Les personnes les plus insoupçonnées entretiennent la conception selon laquelle prévoir les dépenses de santé c'est s'attirer la maladie. Alors que le monde moderne exige la prévision en toute chose y compris les dépenses liées aux événements malheureux tel la maladie.

Les recherches documentaires ont montré que c'est la solution pour juguler un temps soit peu les difficultés liées au paiement des frais de santé notamment pour les populations à faible revenu. Le Ministère de la santé en a fait même une priorité. Cette cause nous paraît donc plausible.

Nous pouvons donc formuler, l'hypothèse spécifique n°1 de la manière suivante :

**le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé explique les difficultés de paiement des frais de soins par les PAF**

### **B. Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°2**

De par nos recherches et après analyse du problème de la non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins par les PAF débiteurs, nous avons relevé trois causes à savoir :

- ✓ L'absence d'agent de renseignement dans chaque service technique de l'Hôpital ;
- ✓ Le défaut de support servant de preuve des informations fournies par les clients ;
- ✓ La non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins.

Par rapport à la première cause, elle est certes fondée. Mais l'HOMEL dispose à la fois des agents de renseignement et des agents "col verts". Ces derniers sont uniquement positionnés au niveau des hospitalisations pour assurer le recouvrement interne des frais. Par contre les agents de renseignement se contentent d'assurer l'accueil et l'orientation des clients qui s'adressent à eux compte tenu de leur effectif très réduit. Ces deux catégories d'agents relèvent de services différents à savoir le SAF et le SAAE. Il suffit de proposer une fusion de ces deux corps pour une synergie d'action.

En ce qui concerne le défaut de support servant de preuve des informations fournies par les clients, cette cause est révélatrice d'une lacune générale sur le plan civique. Rares sont en effet, les citoyens qui se déplacent munis de leurs pièces d'identité ou de toutes autres pièces tenant lieu. Vouloir corriger la situation en étude au moyen d'une telle exigence serait une œuvre de longue haleine. Face à l'urgence médicale, la vérification de

pièces d'identité serait considérée comme un retard de prise en charge pouvant avoir des conséquences fatales.

Concernant la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins, elle se manifeste par le mauvais remplissage du dossier médical du client, et la conception que cette tâche relève de l'administration.

Les informations générales reçues du client permettent de le localiser non pas seulement pour des fins de recouvrements mais surtout pour la continuité des soins. Par ailleurs, le soignant bénéficie de la confiance de son client et est le mieux placé pour recueillir des informations fiables auprès de ce dernier. Cette cause semble alors être la plus possible.

Nous pouvons donc formuler, l'hypothèse spécifique n°2 de la manière suivante : **la non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins par les PAF débiteurs est liée à la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins**

### **C. Cause et hypothèse liées au problème spécifique n°3**

Concernant ce problème d'abandon total des activités du recouvrement externe sur les PAF par le service financier, deux causes possibles sont retenues. Il s'agit de :

- ✓ L'insuffisance du personnel chargé du recouvrement externe ;
- ✓ Le caractère aléatoire des créances sur les PAF

L'abandon total des activités du recouvrement externe sur les PAF est bien justifié par le déficit du personnel en poste. En effet, il n'y a que deux agents à la section du recouvrement externe. L'un s'occupe beaucoup des structures publiques et l'autre des structures privées. Un troisième agent serait responsabilisé pour les PAF si l'effectif était renforcé. Toutefois les agents en poste ne se plaignent pas de la surcharge du travail. Ils ne sont pas sollicités à plein temps pour ces tiers payants. Aussi le recouvrement auprès de ces derniers ne nécessite qu'un suivi des procédures engagées depuis l'émission des titres de recettes jusqu'à l'étape de paiement. La section peut mieux s'organiser pour mener ne serait-ce qu'un minimum d'activité de recouvrement externe sur les PAF. La cause liée à l'insuffisance du personnel n'est pas alors la cause la plus plausible.

Par ailleurs, l'effectif des PAF est très élevé et leur répartition sur le plan géographique est assez étendue pour des créances de montant relativement bas. Par contre

le nombre d'institutions étatiques et des sociétés privées est réduit pour une créance de montant assez important. C'est pour cela que le service préfère concentrer toute son énergie dans le recouvrement des créances sur les sociétés, compagnies d'assurance et structures étatiques qui constituent des créances dont le recouvrement est assuré au lieu de disperser les forces pour des créances dont le recouvrement est incertain. Le caractère aléatoire des créances sur les PAF est alors la cause la plus plausible.

Nous pouvons donc formuler, l'hypothèse de la manière suivante : **L'abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier s'explique par le caractère aléatoire des créances sur les PAF.**

## **Paragraphe 2 : Synthèse des préoccupations et tableau de bord de l'étude**

### **I. Synthèse des préoccupations**

Le problème général de l'étude est le recouvrement non performant des créances sur les particuliers à leur frais

Les problèmes spécifiques sont :

- Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF ;
- Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs ;
- Abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier.

A cet effet, les hypothèses formulées se présentent comme suit :

- ◆ Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé explique les difficultés de paiement des frais de soins par les PAF ;
- ◆ La non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins par les PAF débiteurs est liée à la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins ;
- ◆ L'abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier s'explique par le caractère aléatoire des créances sur les PAF

Cette recherche a pour objectif général de contribuer à l'amélioration du recouvrement des créances sur les PAF avec les objectifs spécifiques suivants :

- Formuler des stratégies de réduction des créances de l'hôpital sur les PAF (objectif spécifique n°1) ;

- Proposer des moyens d'identification rapide et complète du client (objectif spécifique n° 2) ;
- Proposer des actions de dynamisation de la section de recouvrement externe (objectif spécifique n° 3).

## **II. Tableau de bord de l'étude**

Ce tableau ci-après récapitule les différents éléments de la problématique choisie à travers le problème général et les problèmes spécifiques, les objectifs poursuivis, les causes supposées des problèmes et les hypothèses de recherche.

**Tableau n°6 : Tableau de bord de l'étude de la problématique de la performance du recouvrement des créances sur les PAF**

<b>Niveau général</b>		<b><u>Problème général</u></b> Recouvrement non performant des créances sur les particuliers à leur frais	<b><u>Objectif général</u></b> Contribuer à l'amélioration du recouvrement des créances sur les PAF	-	-
<b>Niveaux spécifiques</b>	1	<b><u>Problème spécifique n°1</u></b> Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF	<b><u>Objectif spécifique n°1</u></b> Formuler des stratégies de réduction des créances de l'hôpital sur les PAF	<b><u>Cause spécifique n°1</u></b> Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé	<b><u>Hypothèse spécifique n°1</u></b> Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé explique les difficultés de paiement des frais de soins par les PAF.
	2	<b><u>Problème spécifique n°2</u></b> Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs	<b><u>Objectif spécifique n°2</u></b> Proposer des moyens d'identification rapide et complète du client	<b><u>Cause spécifique n°2</u></b> La non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins	<b><u>Hypothèse spécifique n°2</u></b> La non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins par les PAF débiteurs est liée à la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins
	3	<b><u>Problème spécifique n°3</u></b> Abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier	<b><u>Objectif spécifique n°3</u></b> Proposer des actions de dynamisation de la section de recouvrement externe.	<b><u>Cause spécifique n°3</u></b> Le caractère aléatoire des créances sur les PAF	<b><u>Hypothèse spécifique n°3</u></b> L'abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier s'explique par le caractère aléatoire des créances sur les PAF.

Source :

Résultats

de

nos

investigations

## **Section 2 : Revue de la littérature et méthodologie de l'étude**

Le point des connaissances sur les problèmes en résolution nous permet, à ce niveau, à travers la revue de la littérature, sur la méthodologie de l'étude en termes d'approches théoriques et empiriques.

### **Paragraphe 1 : L'état des connaissances sur les problèmes**

Nous nous intéresserons aux théories de certains auteurs ayant abordé, d'une manière ou d'une autre, le problème général et les problèmes spécifiques concernant notre étude.

Les approches retenues dans la vision globale de résolution de la problématique spécifiée nous aident dans la réalisation de cette synthèse.

Le problème général en résolution, rappelons-le, concerne le recouvrement non performant des créances sur les particuliers à leur frais.

Les problèmes spécifiques en résolution sont les suivants :

- Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF ;
- Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs ;
- Abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier

Par ailleurs, qu'il nous souvienne que les approches retenues au niveau de la vision globale de résolution de la problématique spécifiée, sont les suivants :

- Approche théorique générale de l'organisation performante du recouvrement des créances ;
- Approche générique basée sur la promotion du système de prévoyance sociale de la santé ;
- Approche générique basée sur une meilleure identification performante des clients dès leur admission à l'hôpital ;
- Approche générique basée sur les mesures de recouvrement externe des créances.

## **I. Point des connaissances sur le recouvrement des créances lié au problème général**

Le recouvrement est une série d'actions permettant à l'hôpital de rentrer en possession de ses créances au titre des prestations qu'il a rendues. C'est aussi l'exécution des recettes, en ce qui concerne l'hôpital, qui se fait avec l'encaissement par l'Hôpital des coûts de ses prestations. Il est à la fois interne et externe à l'hôpital et s'opère sur les « clients » de l'hôpital. (GNAMBODENON N. J. L. 2006)

Grâce à l'action coordonnée de l'administration de l'hôpital et de la trésorerie pour le recouvrement des créances hospitalières on obtient facilement des résultats significatifs. Elle se traduit par des actions de sensibilisation, tant au niveau des services administratifs (Accueil, gestion), qu'au niveau du corps médical, afin de procéder aux contrôles des informations avant l'établissement des facturations par l'émission rapide des titres par l'ordonnateur, des encaissements par les régies. Les diligences continues de la trésorerie pour les recouvrements contentieux contribuent à l'amélioration de la situation.

## **II. Point des connaissances sur les problèmes spécifiques**

### **A. Les contributions antérieures sur le problème spécifique n°1**

Les difficultés de paiement des frais de soins par les PAF sont du à plusieurs causes liées à la pauvreté. « *La pauvreté est un phénomène multidimensionnel dynamique, dominé par la privation, l'inégalité et le risque* » (Commission nationale pour le développement et la lutte contre la pauvreté : rapport provisoire 2003). La plus grande masse plus de 90 % de la population n'est pas protégée.

Il faut en effet :

- mettre en place des systèmes efficaces de santé favorable aux pauvres ;
- trouver des stratégies efficaces de protection sociale, privilégiant la mutualisation des risques et les systèmes de prépaiement et non la rétribution directe par le patient des prestataires de soins primaires. (OMS 2000)
- créer des conditions favorables d'accès aux micro-crédits pour permettre le développement des activités rémunératrices pour les populations. (GNAMBODENON 2006)

sur le plan des relations entre protection sociale, assurance maladie et lutte contre la pauvreté, il faut envisager :

- l'assurance maladie vis à vis de la santé et lutte contre la pauvreté et les inégalités ;

- l'élaboration de politiques de protection sociale contre les risques, enjeu important dans l'agenda international et avant tout dans les pays, avec meilleure articulation sur les DSRP ;
- clarifier les visions de la protection sociale entre intervenants assistance et/ou assurance ;
- le rôle de l'Etat indispensable pour le cadre et la tutelle, la prise en charge des indigents et pour l'amélioration de l'offre de soins ;
- le cadre économique et place de la solidarité dans ce contexte : une politique fiscale et redistributive
- le financement international nécessaire :
  - pour les biens publics de santé : protection sociale ?
  - pour la lutte contre la pauvreté

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) a prévu:

- mettre en œuvre des programmes complets pour le secteur de la santé et les intégrer dans la stratégie de lutte contre la pauvreté (SLP)
- conduire régulièrement de l'évaluation conjointe des profils de pauvreté et épidémiologique, se concentrant sur les déterminants de pauvreté liés à la santé
- développer les activités de promotion de la santé pour couvrir tous les niveaux d'intervention de la pyramide sanitaire ; et développer un cadre budgétaire favorable aux interventions ciblant les pauvres.

Par ailleurs Marthe NYSSENS (IRSP 2004) estime que la « *Micro - assurance santé (MAS) possède un grand potentiel en matière de financement des soins de santé et de réduction de la pauvreté en Afrique de l'Ouest* ».

Patrick MAKOUTODE (IRSP 2004) estime que 90% des MAS aujourd'hui au Bénin sont des mutuelles. Le montant des cotisations varie selon le type de zone 300 à 500 F CFA/moi en zone urbaine.

B. M. TCHIBOZO (2003) propose qu'en garantissant des services de qualité à toutes les couches sociales, le système de santé ouvrira la voie à l'institution d'un régime qui, en étant tout d'abord obligatoire pour les travailleurs du secteur structuré de l'économie, étendra progressivement sa couverture à tous les groupes sociaux en s'appuyant sur des régimes locaux et en s'inspirant des expériences du terrain telles que les mutuelles de santé.

### **B. Les contributions antérieures sur le problème spécifique n°2**

L'opération d'identification s'avère très importante surtout en matière de recouvrement. (AIHOUNHIN2006)

Dans le cadre de l'"Admission des malades", il faut rendre un peu plus rigoureuse la méthode de renseignement. Ces renseignements doivent être aussi exacts et complets que possible. (HOUNSOU 2006) Dès l'admission du malade, tous les renseignements sur son identité et sur sa qualité doivent être relevés par l'ordonnateur qui se charge d'émettre les titres de recettes sur la base de ces données et sur celles relatives aux soins subis. Ces titres de recettes sont pris en charge par le comptable qui en assure le recouvrement.

Emile LEVY (1974, P 119) estime qu'un recouvrement optimal des créances dépend du bon fonctionnement du service des admissions. Pour lui, «le service des admissions, bien géré, permet en effet un recouvrement plus rapide des frais d'hospitalisation et devient garant d'une saine trésorerie».

Il s'avère nécessaire d'implanter des antennes du service d'admissions dans des pavillons ou des services particuliers (d'urgence notamment). Il suffit de prévoir un poste pour les admissions et les sorties. Le dossier individuel comporte :

- un numéro d'entrée qui est un numéro chronologique d'inscription obtenu à partir de la tenue d'un registre matricule où apparaissent tous les malades. Sa tenue est obligatoire ;
- les noms et prénoms ;
- dates et heures d'entrée ;
- la référence ;
- organisme de prise en charge les frais d'hospitalisation ;
- les renseignements socio-démographiques ;
- lieu de naissance, âge, sexe et profession de l'hospitalisé ;
- le mode de paiement ;

### **C. Les contributions antérieures sur le problème spécifique n°3**

Le recouvrement des créances matérialisées par des actes d'engagement est aléatoire. (AIHOUNHIN2006). Le même auteur précise toutefois que la créance étant quérable, une équipe d'agents de recouvrement devra se rendre à échéance au domicile des débiteurs pour exiger le paiement.

## **Paragraphe 2 : Les approches méthodologiques**

Il s'agit dans ce paragraphe d'exposer les approches théoriques retenues pour chaque problème spécifique puis la dimension empirique.

### **I. Approches théoriques**

#### **A. Normes et repères d'amélioration**

##### **1. Normes et repères d'amélioration liés au problème spécifique n°1**

L'accès aux soins par les populations à faible revenu, grâce à des structures de prévoyance sociale de la santé, constitue la norme. En effet, la promotion de cet idéal passe par le développement de la lutte contre la pauvreté notamment le développement des politiques de santé favorables aux pauvres.

##### **2. Normes et repères d'amélioration liés au problème spécifique n°2**

L'attitude des PAF qui usent de la possibilité de dissimuler leur vraie identité afin de se mettre à l'abri d'une localisation en cas de poursuite par les agents de recouvrement de l'hôpital fait de leurs créances, des créances incertaines, ce qui entraîne un manque à gagner pour la structure hospitalière. L'identification rapide et fiable, à l'admission du malade, est l'une des meilleures stratégies de sécurisation des créances de l'hôpital.

##### **3. Normes et repères d'amélioration liés au problème spécifique n°3**

Les engagements signés par des PAF, étant sur la base de fausses adresses parfois, se révèlent ne pas être sécurisés du fait de l'incertitude liée à la localisation de ces PAF. Il faut des actions de la part de la structure créancière pour sécuriser les engagements et les créances afin d'amener ces débiteurs à faire des efforts de remboursement. L'assurance du recouvrement externe, par des actions de recherche active, incite des efforts des débiteurs.

#### **B. Outils d'analyse et seuils de décision**

Le seuil de décision prendra en compte d'une part les données du questionnaire adressé aux responsables et personnel et d'autre part, celle du guide d'entretien utilisé pour le sondage.

##### **1. Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°1**

La cause réelle des difficultés de paiement des frais de soins est retenue grâce aux seuils de décision liés au questionnaire et au guide. Elle concerne les données ayant

recueilli la plus forte fréquence relative. Quant au guide d'entretien, il s'agit de l'opinion majoritaire.

## **2. Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°2**

La cause de la non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF est retenue grâce au seuil de décision lié au questionnaire. Elle concerne également les données ayant recueilli la plus forte fréquence relative.

## **3. Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse n°3**

La cause de l'abandon des activités de recouvrement externe est retenue grâce au seuil de décision lié au questionnaire. Elle concerne également les données ayant recueilli la plus forte fréquence relative. Ici, ayant deux causes supposées, ce seuil est la fréquence supérieure à 50%.

## **II. Approches empiriques**

Elles concernent les outils permettant la mise en œuvre de la méthode d'enquête envisagée.

### **A. Objectif de l'enquête et identification de la population mère**

L'enquête vise essentiellement à vérifier les différentes hypothèses formulées dans notre travail de recherche à partir des données mobilisées.

Ainsi d'une manière spécifique nos enquêtes permettront de savoir si :

- ◆ Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé des PAF explique les difficultés de paiement des frais de soins par ces derniers ;
- ◆ La non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins par les PAF débiteurs est liée à la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins ;
- ◆ L'abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier s'explique par le caractère aléatoire des créances sur les PAF

### **1. Spécification des données à mobiliser**

Les données à mobiliser sont liées à :

- la difficultés de paiement des frais de soins par les PAF ;
- la non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs ;
- l'abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier

## 2. Conception des questions d'enquête

Les questions d'enquête sont conçues sur la base des problèmes spécifiques qui nous permettent de vérifier nos hypothèses préalablement émises. Ces questions fondamentales sont contenues dans un questionnaire (**voir annexe n°3**)

Les questions posées lors de nos enquêtes ont servi à recenser les informations pouvant nous permettre de connaître les vraies causes des différents problèmes spécifiques identifiés.

### B. Echantillonnage et outils de présentation des données

#### 1. Echantillonnage

Nous avons effectué la sélection des responsables administratifs que sont les chefs services, les chefs division interrogés sont ceux chargés du personnel, du recouvrement.

**Tableau n°7 : Répartition de l'échantillonnage**

Catégories	Effectifs
Le Directeur	1
La C/SAAE	1
Le C/SAF	1
Le C/DGAP	1
Le Chef section facturation	1
Le CDCR	1
Le Chef section recouvrement interne	1
Le Chef section recouvrement externe	1
L'agent col vert chargé des PAF	1
Le Président CMC	1
Le Chef section admission	1
Urgences (maîtresse Sage femme)	2
Le responsable service social	1
Total	14

Source: Nos investigations

A la vue de ce tableau, le responsable du service social et trois agents techniques, ont été identifiés. C'est donc un choix raisonné des clients internes enquêtés que nous avons opéré.

Pour ce qui concerne les clients externes, en l'occurrence les PAF, nous avons effectué un sondage à travers deux entretiens de groupe. Les enquêtés sont les PAF ayant au jour de l'enquête des dettes vis-à-vis de l'hôpital. Le premier groupe concerne ceux qui sont en hospitalisation et le second ceux qui sont mis en exeat mais non sortis.

## **2. Outils de présentation des données techniques de dépouillement**

### **a. Outils statistiques de présentation des données**

Les résultats ont été analysés en fonction de la nature des questions posées. En ce qui concerne les questions fermées, une appréciation arithmétique nous a guidée tandis que pour les questions ouvertes, elles ont été appréciées en fonction des opinions émises.

### **b. Technique de dépouillement**

Les informations recueillies auprès des enquêtés sont traitées manuellement.



**CHAPITRE DEUXIEME :**  
**DE L'ORGANISATION DES ENQUETES**  
**AUX APPROCHES DE SOLUTIONS**

Ce chapitre est consacré à l'organisation des enquêtes, à l'analyse des résultats, à la vérification des hypothèses afin de formuler quelques approches de solutions pour une amélioration du recouvrement des créances à l'HOMEL.

## **Section 1 : Collecte et analyse des données**

Cette section est consacrée à l'organisation des enquêtes et à la présentation de l'analyse des résultats obtenus.

### **Paragraphe1 : Organisation des enquêtes et limites de l'étude**

#### **I- Préparation et réalisation des enquêtes**

##### **A- Préparation des enquêtes**

Deux méthodes d'enquête ont été réalisées sur la base d'une part de questionnaire adressé aux responsables administratifs et techniques de l'Hôpital et d'autre part sur la base d'un guide d'entretien administré à travers deux (02) "focus group" de PAF.

##### **B- Réalisation des enquêtes**

En ce qui concerne les clients internes, le questionnaire a été envoyé à chaque personne identifiée et les relances ont été faites afin d'obtenir certaines réponses. Nous avons recueilli au total 14 réponses aux questionnaires envoyés. Ces réponses sont dépouillées et analysées.

Quant aux clients externes (PAF), nous avons réalisé nous-mêmes l'entretien de groupe avec neuf PAF hospitalisés et sept mis en exeat prolongeant leur séjour à l'Hôpital.

Il faut signaler que ces enquêtes ont été réalisées au cours du mois de juillet 2007.

#### **II- Difficultés rencontrées et limites de l'étude**

##### **A- Difficultés rencontrées**

Ici, il faut signaler qu'en dehors de la non disponibilité de certains responsables de l'institution, nous avons rencontré peu de difficultés dans la collecte des informations.

##### **B- Limites des données recueillies**

En terme de limites, retenons que certaines réponses données paraissent contradictoires ; mais notre intervention a amené des enquêtés à revenir sur leur appréciation.

## **Paragraphe 2 : Présentation et analyse des données**

### **I- Présentation et analyse des données relatives aux difficultés de paiement des frais de soins par les PAF**

De l'analyse des données fournies par les responsables et le personnel de l'hôpital lors de notre enquête, il ressort une faiblesse dans le recouvrement des frais auprès des PAF. Certains responsables ont reconnu que la plupart des PAF éprouvent de sérieuses difficultés à honorer les frais de soins. Ce qui est témoigné par les cumuls d'ordonnances non satisfaites et les factures provisoires non réglées. La complexité de leur cas réside dans le fait qu'ils ne sont éligibles par le service social afin de bénéficier de la couverture du FSI.

**Question N°1** : Comment appréciez-vous le paiement des frais de soins par les PAF à l'HOMEL ?

La majorité des responsables interrogés reconnaît que les PAF éprouvent relativement de sérieuses difficultés dans le paiement de leur frais de soins. Certains PAF estiment que les frais de soins sont tout de même acceptable seulement que la maladie ne prévient pas. Une partie des responsables soupçonne une résistance au paiement de la part de certains PAF qui espèrent l'intervention d'une bonne volonté salvatrice ou qui pensent que l'Hôpital Public devrait leur assurer la gratuité des soins.

**Question n° 2** : Les PAF éprouvent-ils de difficultés pour honorer leurs frais de soins ?

**Tableau n°8**: Nombre de personnes estimant que les PAF éprouvent de difficulté pour honorer leurs frais de soins

<b>Libellés</b>	<b>Fréquence absolue</b>	<b>Fréquence relative (%)</b>
Oui	10	71,43
Non	4	28,57
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Source : Résultats des enquêtes.

Au regard de ce tableau, nous pouvons conclure que :

- ◆ 71% % des enquêtés reconnaissent la difficulté qu'éprouvent certains PAF à honorer leur frais de santé ;
- ◆ 29% nuancent cette position et accusent le comportement de ces PAF.

**Question n° 3 :** Selon vous l'épargne spécifique pour la santé peut - elle améliorer le recouvrement des frais de soins sur les PAF ?

**Tableau n°9: Nombre de personnes reconnaissant le rôle de l'épargne spécifique pour la santé des PAF**

Libellés	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Oui	12	85,71
Non	2	14,29
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Source :** Résultats des enquêtes

Une lecture de ce tableau nous montre que :

- ◆ 86% des enquêtés affirment que l'épargne spécifique pour la santé peut améliorer le recouvrement des frais de soins sur les PAF ;
- ◆ seulement 14% des enquêtés soutiennent la thèse contraire.

**Question n°4:** A quelle condition pouvez -vous appartenir à une association qui met de l'argent de côté pour les dépenses de santé?

En réalité, Il a été question de connaître les conditions qui pourraient motiver les femmes à adhérer à une mutuelle de santé. Des propositions leur sont faites et les choix sont exprimés. Il s'agit dans l'ordre décroissant de :

1. possibilité de retrait de la mise non consommée en fin de période
2. montant de la cotisation mensuelle bas
3. maladies graves

**Question n° 5:** La difficulté de paiement des frais de soins par les PAF pourrait être due :

**Tableau n°10: Cause de la difficulté de paiement des frais de soins par les PAF**

Libellés	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Faiblesse du pouvoir d'achat des bénéficiaires	4	28,57
Mauvaise volonté du client à s'acquitter de ses dettes vis-à-vis de l'hôpital public	3	21,42
Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé	7	50
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Source :** Résultats des enquêtes

De l'analyse du tableau, il ressort que :

- ◆ juste 50 % des enquêtés retiennent le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé comme cause de la difficulté de paiement des frais de soins par les PAF ;
- ◆ 29% des enquêtés affirment que la faiblesse du pouvoir d'achat des clients justifie la difficulté de paiement des frais de soins par les PAF;
- ◆ seulement 21% des enquêtés se penchent sur la mauvaise volonté du client à s'acquitter de ses dettes comme raison de la difficulté de paiement des frais de soins par les PAF.

## II- Présentation et analyse des données relatives à la non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF

**Question n° 6:** Comment appréciez-vous le remplissage des dossiers médicaux individuels au niveau des secteurs techniques ?

A cette question, il est noté une insuffisance terrible dans le remplissage du dossier médical individuel. Les administratifs et le corps technique ne s'accordent pas dans les justifications. Les responsables des secteurs techniques estiment que face à l'urgence, le médecin relègue au second plan les actes administratifs, ce qui n'est pas le point de vue des administratifs qui estiment qu'une correction pourrait être envisagée dès la levée de l'urgence.

**Question n° 7:** Les services de recouvrement arrivent-ils à retrouver tous les PAF débiteurs mis en exeat?

**Tableau n°11: conséquence du mauvais remplissage de dossier**

Libellés	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Oui	0	0
Non	14	100
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Source : Résultats des enquêtes

L'analyse de ce tableau indique que :

- ◆ la totalité des enquêtés ont répondu que le service de recouvrement n'arrive pas à retrouver tous les PAF débiteurs mis en exeat.

**Question n° 8 :** Le remplissage adéquat du dossier médical individuel par les prestataires de soins peut-il corriger la non fiabilité des renseignements fournis ?

**Tableau n° 12 :** Point des enquêtés ayant accepté que le remplissage adéquat du dossier médical est une solution pour la fiabilité des renseignements fournis.-

Libellés	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Oui	10	71,43
Non	4	28,57
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Source : Résultats des enquêtes

Au regard de ce tableau, nous pouvons conclure que :

- ◆ 71% % des enquêtés affirment que le remplissage adéquat corrigera les biais dans les renseignements fournis par les PAF en général ;
- ◆ 29% soutiennent le contraire.

**Question n° 9 :** la non fiabilité des informations fournies après admission et soins pourrait être due :

**Tableau n° 13 :** les raisons liées à la non fiabilité des informations fournies après admission et soins.

Libellés	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Absence d'agent de renseignement dans chaque service technique	3	21,42
Défaut de support servant de preuve des informations fournies par les clients	1	7,14
Non perception de l'importance de l'identification du malade par les prestataires de soins.	10	71,43
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Sources : Résultats des enquêtes

Ce tableau nous montre que :

- ◆ 71,43 % attestent plutôt que c'est la non perception de l'importance de l'identification du malade par les prestataires de soins qui justifie la non fiabilité des informations reçues des PAF.

- ◆ 21,43 % déclarent que c'est l'absence d'agent de renseignement dans chaque service technique ;
- ◆ 7,14 % des enquêtés avancent comme raison le défaut de support servant de preuve des informations fournies par les clients,

### **III- Présentation et analyse des données relatives à l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF.**

De l'entretien avec les différents responsables de l'Hôpital et à la suite de nos constats sur le terrain, il ressort que le Service des Affaires Financières (SAF) qui coiffe le secteur de recouvrement a opté pour l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF.

**Question n° 10** : Comment appréciez-vous la mise en œuvre du recouvrement externe ?

Cette question est adressée aux responsables de l'Hôpital et non aux PAF débiteurs eux-mêmes. Le constat est que très peu d'enquêtés savent réellement ce qui se passe dans ce secteur. Seuls quelques responsables administratifs ont montré leur compréhension du dossier, ils ont exprimé les peines et les souffrances des agents commis à cette tâche lors de chaque sortie.

**Question n° 11** : Le recouvrement des créances sur les PAF est –il efficace ?

**Tableau n° 14: Vérification de l'effectivité du recouvrement externe.-**

<b>Libellés</b>	<b>Fréquence absolue</b>	<b>Fréquence relative (%)</b>
Oui	5	35,71
Non	9	64,29
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Sources : Résultats des enquêtes

L'analyse de ce tableau indique que :

- ◆ 64,29% des enquêtés ont répondu que le recouvrement des créances sur les PAF n'est pas efficace ;
- ◆ 35,71% des enquêtés n'ont pas d'éléments de réponse contributif et ont préféré ne pas se prononcer.

**Question n° 12** : L'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF est dû

**Tableau n° 15** : Les raisons liées à l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF.

Libellés	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
L'insuffisance du personnel chargé du recouvrement externe	6	42,86
Le caractère aléatoire des créances sur les PAF	8	57,14
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Sources : Résultats des enquêtes

L'analyse de ce tableau indique que :

- ◆ 57,14% des enquêtés ont répondu que le caractère aléatoire des créances sur les PAF explique l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF;
- ◆ 42,86% des enquêtés ont estimé de leur côté que c'est l'insuffisance du personnel qui explique plutôt le problème.

**Question n° 13** : La sécurisation des engagements pris par les PAF peut-il corriger l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF ?

**Tableau n° 16** : Solution apportée pour corriger l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF.

Libellés	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Oui	5	35,71
Non	9	64,29
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Sources : Résultats des enquêtes

L'analyse de ce tableau indique que :

- ◆ 64,29% des enquêtés ont répondu que la solution est de sécuriser effectivement les engagements pris par les PAF débiteurs;
- ◆ 35,71% des enquêtés ont soutenu le contraire.

## **Section 2 : Etablissement du diagnostic et approche de solutions**

### **Paragraphe1 : Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic**

Apprécions ici le degré de validation des hypothèses émises plus haut. Ensuite nous formulons des éléments de diagnostic à partir de l'analyse des données de notre enquête.

#### **I- Degré de validation des hypothèses**

##### **A- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°1**

De l'analyse des données recueillies lors de notre enquête, il ressort que les PAF éprouvent relativement de sérieuses difficultés dans le paiement de leur frais de soins. C'est ce qu'a déclaré la majorité des responsables et personnel, soit 71% des interrogés. La raison qui l'a emporté par rapport à cette situation est le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé. C'est la cause qui a obtenu le plus grand score soit 50 % contre 29 et 21% pour les deux autres causes supposées.

De plus des PAF, malgré l'expression de leurs difficultés, ont estimé que les frais sont tout de même acceptable seulement que la maladie ne prévient pas. Ce qui confirme le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé. La fine proportion des responsables estime que les difficultés souvent exprimées par les PAF n'est que le prétexte d'une résistance fantaisiste, ne remet pas en cause la raison majoritaire. Il faut préciser, par ailleurs, que l'adhésion des femmes à une association pour épargner est conditionnée, dans la majorité de leurs réponses, la possibilité de retrait des fonds en fin de période. La cotisation mensuelle basse et les maladies graves viennent après. On remarque donc que ce n'est pas mettre de l'argent pour la santé afin de prévenir les maladies, mais plutôt le retrait à terme des fonds épargner. Le défaut de prévoyance est alors au - delà d'une simple cause un problème d'habitude. Nous pouvons alors dire que notre hypothèse de départ est confirmée d'où **le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé explique les difficultés de paiement des frais de soins par les PAF**

##### **B- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°2**

Tous les enquêtés ont reconnu l'insuffisance terrible qu'il y a dans le remplissage du dossier médical individuel. Ils ont tous (à 100%) confirmé cette assertion par le fait que le service de recouvrement n'arrive pas à retrouver tous les PAF débiteurs mis en exeat. C'est seulement au niveau des causes que les administratifs et le corps technique ne s'accordent pas sur la responsabilité. La raison qui l'emporte, soit pour 71,43 % des enquêtés, est la non

perception de l'importance de l'identification du malade par les prestataires de soins. Les raisons d'absence d'agents de renseignement et de défaut de support servant de preuve des informations fournies par les clients viennent subsidiairement. Nous pouvons alors affirmer que notre hypothèse est vérifiée : **la non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins par les PAF débiteurs est liée à la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins.**

### **C- Degré de validation de l'hypothèse spécifique n°3**

Le service financier qui coiffe le secteur de recouvrement a opté pour l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF. Peu d'enquêtés connaissaient cette réalité. Seuls quelques responsables administratifs ont montré leur compréhension du dossier et ont exprimé les peines et les souffrances des agents commis à cette tâche lors de chaque sortie au moment où cela se déroulait. L'inefficacité du recouvrement des créances sur les PAF est notifiée par 64,29% des enquêtés et la raison qui l'emporte est le caractère aléatoire de ces créances, ont reconnu 57,14% des enquêtés. La raison de l'insuffisance du personnel vient après. Notre hypothèse est alors vérifiée. D'où **l'abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier s'explique par le caractère aléatoire des créances sur les PAF.**

## **II- Synthèse du diagnostic**

### **A- Elément du diagnostic n° 1**

Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé explique les difficultés de paiement des frais de soins par les PAF.

### **B- Elément du diagnostic n° 2**

La non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins par les PAF débiteurs est liée à la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins.

### **C- Elément du diagnostic n° 3**

L'abandon total des activités de recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier s'explique par le caractère aléatoire des créances sur les PAF.

## **Paragraphe 2 : Approches de solutions et conditions de mise en œuvre**

### **I- Approches de solutions**

#### **A. Les solutions au problème spécifique n°1**

La résolution du problème de difficultés de paiement des frais de soins par les PAF dont le diagnostic a révélé le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé passe par la promotion des systèmes de prévoyance sociale de la santé

Cette promotion passera par :

- l'analyse de la situation des systèmes de prévoyance sociale ;
- la mise en œuvre de la politique et de la stratégie du secteur santé en matière de promotion des systèmes de prévoyance sociale ;
- la mise en place des Micro Assurance Santé (MAS) dont les plus connus sont les mutuelles de santé ;
- la vulgarisation de la politique sur les mutuelles de santé ;
- la facilitation de l'accès aux AGRC (Activités Génératrices de Revenu Communautaires) ;
- la sensibilisation des populations à adhérer aux différentes structures de MAS ;
- l'appui de l'état aux structures de MAS et aux Institution de Micro Finance (IMF) ;
- l'accompagnement des hôpitaux par le Ministère de la Santé dans la promotion du partenariat avec les promoteurs des mutuelles de santé.

#### **B. Les solutions au problème spécifique n°2**

Le diagnostic a révélé, pour le problème spécifique n°2, la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins, nous suggérons comme solution l'identification fiable du client. Cette identification passe par :

- la définition d'une stratégie d'identification précoce, complète et fiable des clients admis ;
- la mise à niveau de tous les agents sur l'importance du bon remplissage du dossier médical individuel du client ;
- le suivi du remplissage des dossiers par les surveillants de secteur ;
- la promotion de la collaboration effective entre les agents de renseignement et ceux des secteurs ;

- le renforcement des effectifs des équipes des secteurs ;
- le renforcement de la section des admissions par la création d'antennes d'admission par secteur ;
- la motivation des agents du processus du recouvrement, depuis le secteur du recouvrement jusqu'à la section des admissions en passant par les secteurs techniques.

### **C. Les solutions au problème spécifique n°3**

Le caractère aléatoire des créances étant la cause du problème spécifique n°3, nous proposons pour le réduire à défaut de l'éliminer de sécuriser les engagements, actes qui tiennent lieu de la justification de la dette du client. Ainsi les étapes à suivre pour la réalisation de cette sécurisation sont les suivantes :

- la définition d'une procédure en matière de signature d'engagement par les PAF débiteurs ;
- former les agents de recouvrement dans la maîtrise de cette procédure ;
- s'assurer de la validité des pièces d'identité présentées par les débiteurs ou leur témoins ou leur avaliseur ;
- tenir à jour un registre des PAF contenant leur adresse géographique et les coordonnées des personnes à contacter dans ce cadre ;
- faire légaliser systématiquement les engagements signés sur la base d'une pièce d'identité fiable d'au moins deux personnes (le débiteur et son témoin ou deux témoins du débiteur) ;
- faire périodiquement une évaluation des résultats de la relance des activités de recouvrement externe afin d'identifier les faiblesses à corriger.

## **II- Conditions de mise en œuvre des solutions**

Nous nous proposons d'adresser des recommandations aux différentes autorités tant au niveau des hôpitaux qu'au niveau du Ministère et de l'Etat. Il s'agit des suggestions pour permettre ou favoriser l'atteinte des objectifs de la mise en œuvre des solutions.

### **A- A l'endroit des autorités de l'HOMEL**

Nous suggérons à la direction de l'HOMEL de faire réaliser au niveau de l'hôpital, une réflexion sur le recouvrement des créances sur les PAF afin de confirmer voire compléter les problèmes spécifiques.

Des résultats de cette réflexion, élaborer un plan de relance de la performance du recouvrement sur les PAF.

Les réflexions en cours sur le partenariat avec les promoteurs de mutuelles de santé doivent être accélérées pour une assurance d'une partie des PAF qui vont adhérer à ses mutuelles.

Par ailleurs, le CA ainsi que la cellule de la « Démarche Qualité » doivent contribuer à la sensibilisation des clients de l'HOMEL à adhérer aux associations de mutualité de santé.

Le suivi de l'identification fiable des clients est une nécessité pour sécuriser les créances éventuelles à contracter par certains d'entre eux.

Il faut que l'administration supervise les activités de recouvrement externe des créances.

Un système performant d'information hospitalière avec la mise en réseau des secteurs serait très utile sur beaucoup de plan.

## **B- A l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Etat**

### **3. A l'endroit du Ministère de la Santé**

Le Ministère de la santé doit accélérer l'accompagnement des structures sanitaires dans le cadre du partenariat secteur public secteur privé notamment la stratégie de promotion et de développement des mutuelles de santé.

Il doit réaliser en ce qui le concerne la part des activités qui lui reviennent en matière de lutte contre la pauvreté et la promotion de l'accès des populations pauvres au centre de santé.

### **4. A l'endroit de l'Etat**

L'état assurant la mise en œuvre des politiques de développement, doit :

- continuer dans les efforts engagés dans le cadre du plan stratégique de lutte contre la pauvreté ;
- mettre la santé et l'éducation toujours au premier plan des priorités ;
- promouvoir le développement des IMF, des AGRC, et des MAS ;

- instaurer un régime de prévoyance sociale prenant en compte les population à faible revenu ;
- sécuriser l'état civil ;
- renforcer les actions de promotion communautaire dans le cadre de la décentralisation ;
- renforcer les activités des collectivités locales dans l'accompagnement des structures telles les structures hospitalières sous leur tutelle.



**CONCLUSION  
GENERALE**

La présente recherche nous permet de mieux comprendre le système de recouvrement des créances sur les particuliers à leurs frais (PAF) à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant – Lagune (HOMEL). Nous avons à cette occasion, identifier les faiblesses du système à travers un état des lieux de base.

En effet de nombreux problèmes rendent non performante le système de recouvrement des créances sur les PAF ; il s'agit : des difficultés de paiement des frais de soins par des PAF, de la non fiabilité des renseignements fournis, après admission et hospitalisation, par les PAF.

Les causes de ses différents problèmes sont identifiées par enquête auprès des responsables et du personnel de l'HOMEL d'une part, et à partir d'un entretien avec des PAF d'autre part. Ainsi le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé, la non perception de l'importance des informations relatives à l'identification du malade par les prestataires de soins et le caractère aléatoire des créances sur les PAF sont à l'origine de ces problèmes. Nous avons suggéré quelques approches de solutions.

Il faut dire que l'engagement et la détermination des acteurs du système de santé de l'HOMEL à améliorer leur performance ainsi que la volonté des populations à faible revenu d'adhérer à des structures de Micro Assurance Santé leur permettant de faire payer leur frais de soins par un tiers payant sont les conditions principales de mise en œuvre des solutions.

L'appui renforcé du ministère de tutelle à la direction de l'HOMEL ainsi que la mise en œuvre performante de la Stratégie de lutte contre la pauvreté par les structures déconcentrées et décentralisées de l'état avec la participation de la société civile et des privés permettront l'accessibilité des populations, même démunies, à des soins de qualité et un rayonnement de l'hôpital qui pourra justifier pleinement son statut d'hôpital de référence en matière de gynécologie et d'obstétrique

Il est souhaitable que les réflexions se poursuivent afin de retenir des stratégies pour une institutionnalisation des mutuelles de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire comme outils de recouvrement de frais de soins.

# BIBLIOGRAPHIE

## A- Ouvrages

1. Emile LEVY, (1997) : « **Introduction à la gestion hospitalière** »
2. Paul COMET et Raymond PIGANIOL, (1997) « **Hôpital public** »
3. Observatoire du Changement Social (Septembre 2006) : « **Suivi des indicateurs du DSRP Année 2005** »
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2000 : « **Pauvreté et santé** »
5. IRSP – Ouidah (décembre 2004) **Colloque sur la Micro Assurance Santé Actes du Colloque**
6. Gilles Dussault, Pierre Fourier, Allain Letourmy, editeurs Banque Mondiale(2006) : « **L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté** »

## B- Mémoires

1. TCHIBOZO, B. M. H. (2003) : « **L'assurance maladie universelle dans les pays en développement à faible revenu : réflexion sur la faisabilité et les difficultés potentielles de mise en œuvre en République du Bénin** » ;
2. LOKO Lambert (2005) : « **Contribution à la mise en place d'un système d'accueil de la clientèle à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant – Lagune de Cotonou** »
3. WATY Marie O. (1991) : « **Analyse de recouvrement des coût : bilan et perspectives d'harmonisation** »
4. ZOHOUNGBOGBO W. R. N.(1995) : « **les tiers payant et le CNHU : réflexion et propositions concrètes pour une politique plus efficace** »

5. GNANVI G. Dotomè et HOUEHOU M. Célestin (2005) : « **Financement et efficience des hôpitaux publics au Bénin : cas du CHD Ouémé/Plateau et de l'HOMEL** »
6. AREMOU R. (1986) : « **Analyse de la tarification et les problèmes de recouvrement des coûts de prestations au CNHU** »
7. SOUMAHO Sonia (2005) : « **Analyse et perspectives du contrôle de gestion dans les formations sanitaires : cas de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL)** »
8. KOUSSEMOU Eric (2006) : « **Etude contributive à l'organisation de la fonction contrôle de gestion au CNHU-HKM** »
9. SINATOKO Alvine (2006) : « **Mécanisme d'utilisation du Fonds Sanitaire des Indigents : mise en œuvre et limites à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL)** »
10. d'ALMEIDA Amakoé G. V. et VIAKINNOU Carin H. (2006) : « **Gestion automatisée du séjour des patientes à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL)** »
11. ASSOGBA Elisée (2006) : « **Contribution à l'amélioration du système de recouvrement des créances au centre de santé de Mênontin** »
12. HOUNSOU Serge (2006) : « **Contribuons à l'instauration d'un mode gestion efficace de la restauration au CNHU – HKN : Le recours à l'externalisation** »
13. AIHOUNHIN H. Aristide (2006) : « **Problématique du recouvrement optimal des créances hospitalières : cas du CNHU – HKN Cotonou** »
14. GBEDAYI Cyprien Charlemagne (1995) : « **Le recouvrement des créances dans les formations sanitaires publiques : cas du CNHU-C bilan et perspectives** »
15. MS (2003) : « **Etude sur la rationalisation de l'utilisation du Fonds Sanitaire des indigents** » Rapport final

16. GNAMBODENON N. Jean Luc (2006) : « **Financement des dépenses de santé à l'hôpital de zone d'A1bomey-calavi** ».

### **C- Textes et Règlements**

1. Loi n°90-32 du 11 décembre 1990 portant constitution de la République du Bénin
2. Décret 2002-423 du 07 octobre 2002 portant approbation des statuts de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL)
3. Décret 2006-396 du 31 juillet 2006 portant attribution, organisation et fonctionnement du ministère de la santé

### **D- Rapports et autres**

1. Commission Nationale pour le développement et la lutte contre la pauvreté (Septembre 2003) : « **La pauvreté au Bénin** » Rapport provisoire
2. ENAM (2005) : Référentiel de mémoire
3. HOMEL (2007) : Rapport d'activité 2006 de l'HOMEL
4. AREMOU R (2006) : Cours polycopié de « Coût et Financement des services de santé et de l'éducation »
5. NOUNAGNON T. (2006) : Cours polycopié de « Gestion financière et budgétaire »
6. MOUSSOU M. (2005) : Cours polycopié de « Planification et Gestion des service de santé »
7. TCHIBOZO B. M. H. (2006) : Cours polycopié de « Management stratégique des service de santé et de l'éducation »
8. GNANVO E. (2005) : Cours polycopié de « Droit de la santé »
9. OMYALE P. (2006) : Cours polycopié de « Gestion des Ressources Humaines »

10. GNASOUNOU Simon : Cours polycopié de « Méthodologie de la Rédaction du Mémoire Professionnel »
11. AHUI Cycle II (2006-2007) ENAM Exposé **Financement des soins pour les plus démunis**
12. MS / 8<sup>ème</sup> FED : « **Etat des lieux du secteur de la Mutualité de santé au Bénin** »  
Rapport de mission Vol 1
13. MS / 8<sup>ème</sup> FED (2006) : « **Etude d'opportunité de création de mutuelles de santé dans les départements du littoral et de l'atlantique** » Rapport final

### **E- Sites internet**

1. « **Votre admission à l'hôpital** » : <http://chu-mondor.aphp.fr/usagers/3/33.htm>
2. « **Le recouvrement des créances hospitalière** » :  
<http://www.ccomptes.fr/CRC14/documents/ROD/LRL200101.pdf>
3. « **Protection sociale, assurance maladie et lutte contre la pauvreté : quelles relations ?** » : [www.ces-asso.org/docs/WBI\\_IMA\\_CES\\_Session6\\_Brouillet.ppt](http://www.ces-asso.org/docs/WBI_IMA_CES_Session6_Brouillet.ppt)
4. « **Santé et lutte contre la pauvreté** » :  
<http://europa.eu/scadplus/leg/fr/lvb/r12516.htm>

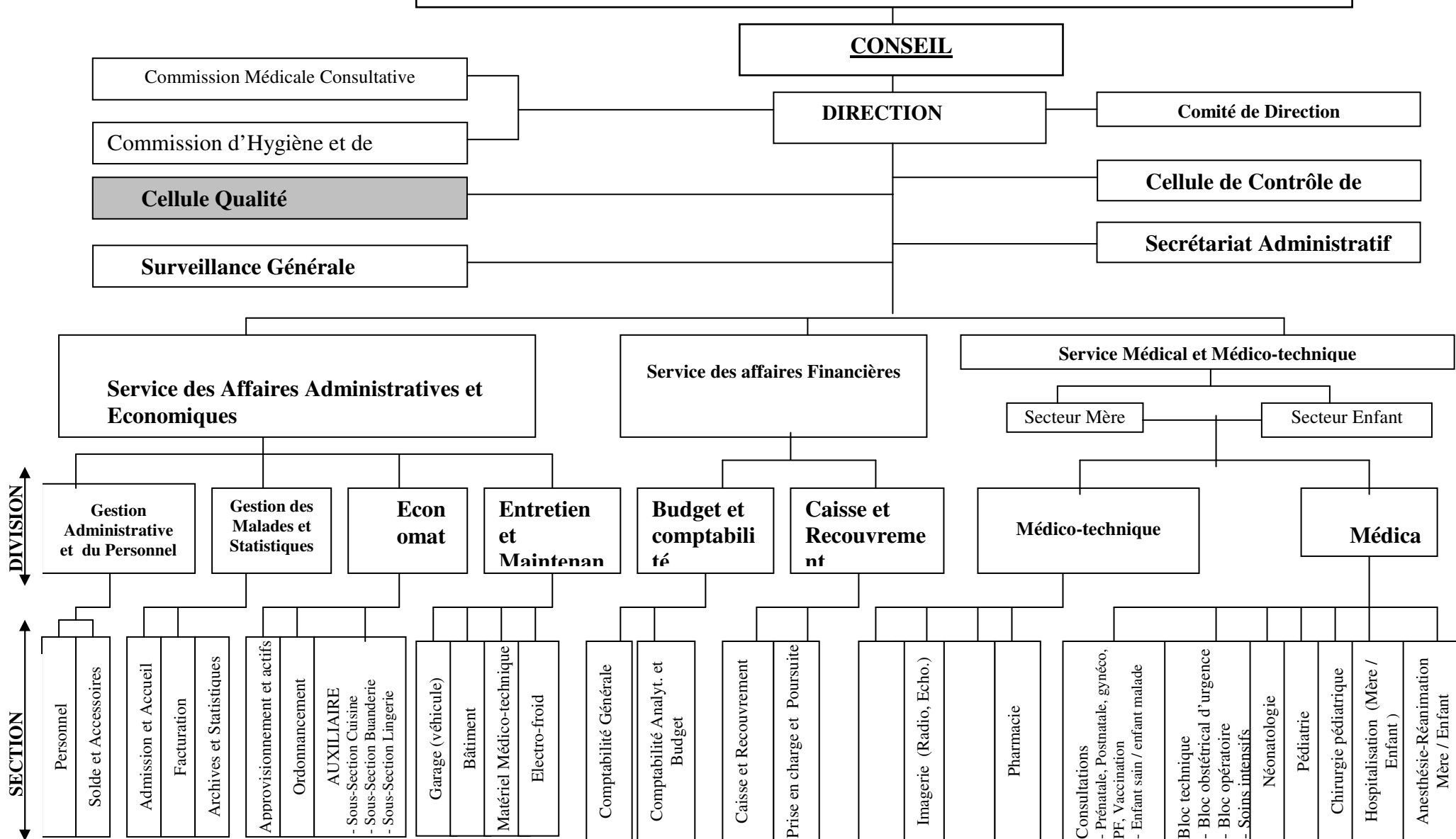
# **ANNEXES**

## **LISTE DE ANNEXES**

- 1- organigramme de l'HOMEL
- 2- Répartition du personnel par statut
- 3- Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : détermination des problématiques possibles
- 4- Synthèse des approches génériques par problème
- 5- Questionnaire d'enquête
- 6- Guide d'entretien

## ANNEXE n°1 : Organigramme de l'HOMEL

A) Direction Départementale de la Santé Publique de l'Atlantique et du Littoral



## **ANNEXE n°2**

### **REPARTITION DU PERSONNEL DE L'HOMEL PAR STATUT**

<b>N°</b>	<b>STATUT</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>%</b>	<b>Observation</b>
1	APE	103	23%	Essentiellement les cadres de l'hôpital sont des APE
2	ACE	7	2%	
3	AMS	7	2%	
4	ASR	28	6%	
5	A Exté	18	4%	
6	ACBA	290	64%	
	<b>TOTAL</b>	<b>453</b>		

Source : DGAP/HOMEL

**ANNEXE n°3**

**Tableau n°4 : Regroupement des problèmes par centre d'intérêt : détermination des problématiques possibles**

No	Centre d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Organisation des secteurs administratifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non prise en compte des clients du "secteur enfant" par les prestations du service Admission et Accueil</li> <li>- Exiguïté du local de la section Admission et Accueil</li> <li>- Cadre de travail non adapté pour la section de facturation</li> <li>- Exiguïté des deux locaux abritant les Archives</li> <li>- Besoin de formation sur le remplissage des supports de données</li> <li>- Insuffisance de matériel de travail à la cellule statistique</li> </ul>	Organisation non performante des secteurs administratifs	Problématique d'une organisation performante des secteurs administratifs
2	Système d'information hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de feed-back systématique de la part des secteurs médicaux vers l'Admission / Accueil</li> <li>- Absence d'outil informatique à la section Admission et Accueil</li> <li>- Non informatisation de la gestion des dossiers aux Archives</li> <li>- Absence de système de réseau informatique avec les autres secteurs</li> <li>- Insuffisance d'outils informatiques et non existence de réseau informatique au niveau de la section Caisse et recouvrement</li> </ul>	Insuffisances du système d'information hospitalière	Problématique du renforcement du système d'information hospitalière

3	Gestion de l'indigence	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure non performante de délivrance du certificat d'indigence</li> <li>- Epuisement du fonds sanitaire des indigents avant terme</li> <li>- Retard dans le remboursement des frais des indigents pris en charge</li> </ul>	Insuffisances dans la gestion de l'indigence	Problématique de l'amélioration de la gestion de l'indigence
4	Recouvrement des créances auprès des particuliers à leur frais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés de paiement des frais de soins par les PAF</li> <li>- Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF débiteurs</li> <li>- Abandon total des activités du recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier</li> </ul>	Recouvrement non performant des créances sur les particuliers à leur frais	Problématique de la performance du recouvrement des créances sur les particuliers à leur frais

Source : Nos observations de stage

**ANNEXE n°4**

**Tableau n°5 : Synthèse des approches génériques par problème**

Niveaux d'analyse		Problème	Approches génériques retenues
<b>Niveau général</b>		<u>Problème général</u> Recouvrement non performant des créances sur les particuliers à leurs frais	Approche théorique générale de l'organisation performante du recouvrement des créances
<b>Niveaux spécifiques</b>	1	<u>problème spécifique n°1</u> difficultés de paiement des frais de soins par les particuliers à leur frais.	Approche générique basée sur la promotion du système de prévoyance sociale de la santé
	2	<u>Problème spécifique n°2</u> Non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF	Approche basée sur une meilleure identification des clients dès leur admission à l'hôpital
	3	<u>Problème spécifique n°3</u> Abandon total des activités du recouvrement externe, sur les PAF, par le service financier	Approche générique basée sur les mesures de recouvrement externe des créances

Source : Nos investigations

## Annexe n°5

### Questionnaire

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire professionnel de fin de formation au cycle II de la filière Administration Hospitalière, Universitaire et d'intendance (AHUI) de l'Ecole Nationale d'Administrateur et de Magistrature (ENAM), nous réalisons notre stage à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant – Lagune (HOMEL).

Ce questionnaire que nous vous adressons, permet de recueillir des données, en vue de propositions d'approches de solutions pour une amélioration du recouvrement des créances sur les particuliers à leurs frais (PAF) à l'HOMEL.

Merci d'avance de votre bienveillante disponibilité.

#### Questions liées au problème spécifique n°1

1- Comment appréciez-vous le paiement des frais de soins par les PAF de l'HOMEL ?

2- Les PAF éprouvent-ils de difficultés pour honorer leurs frais de soins ?

OUI

NON

3- Selon vous l'épargne spécifique pour la santé peut –elle améliorer le recouvrement des frais de soins sur les PAF ?

OUI

NON

4- A quelle condition pouvez –vous appartenir à une association qui met de l'argent de côté pour les dépenses de santé ?

Pour des cas de maladies graves

Si la cotisation mensuelle est de montant bas

En cas de possibilité de retrait de la mise non consommée en fin de période

Sans conditions

5- La difficulté de paiement des frais de soins par les PAF pourrait être due :

Faiblesse du pouvoir d'achat des bénéficiaires

Mauvaise volonté du client à s'acquitter de ses dettes vis-à-vis de l'hôpital public

Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé.

**Questions liées au problème spécifique n°2**

6- Comment appréciez-vous le remplissage des dossiers médicaux individuels au niveau des secteurs techniques ?

7- Les services de recouvrement arrivent-ils à retrouver tous les PAF débiteurs mis en exeat ?

OUI

NON

8- Le remplissage adéquat du dossier médical individuel par les prestataires de soins peut-il corriger la non fiabilité des renseignements fournis ?

OUI

NON

9- la non fiabilité des informations fournies après admission et soins pourrait être due :

Absence d'agent de renseignement dans chaque service technique

Défaut de support servant de preuve des informations fournies par les clients

Non perception de l'importance de l'identification du malade par les prestataires de soins.

**Problème spécifique n°3**

10- Comment appréciez-vous la mise en œuvre du recouvrement externe ?

11- Le recouvrement des créances sur les PAF est –il efficace ?

OUI

NON

12- L'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF est dû :

L'insuffisance du personnel chargé du recouvrement externe

Le caractère aléatoire des créances sur les PAF

13- La sécurisation des engagements pris par les PAF peut-il corriger l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF ?

OUI

NON

## Annexe n°6

### Guide d'entretien

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire professionnel de fin de formation, nous réalisons notre stage à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant – Lagune (HOMEL).

Cet entretien nous permet de proposer des approches de solutions pour une amélioration du recouvrement des créances sur les particuliers à leurs frais.

Merci d'avance de votre attention.

#### Thèmes/Questions

1- Appréciation du paiement des frais de soins à l'HOMEL ?

2- Epreneuvent-vous de difficultés pour honorer leurs frais de soins ?

OUI

NON

3- A quelle condition pouvez –vous appartenir à une association qui met de l'argent de côté pour les dépenses de santé ?

Pour des cas de maladies graves

Si la cotisation mensuelle est de montant bas

En cas de possibilité de retrait de la mise non consommée en fin de période

Sans conditions

4- Les raisons de vos difficultés de paiement des frais de soins:

Faiblesse du pouvoir d'achat des bénéficiaires

Mauvaise volonté du client à s'acquitter de ses dettes vis-à-vis de l'hôpital public

Le défaut de prévoyance et de planification des dépenses de santé.

# TABLE DES MATIERES

	Page
IDENTIFICATION DU JURY.....	i
DECLARATION DU CHERCHEUR.....	ii
DEDICACES .....	iii
REMERCIEMENT.....	v
Liste des Sigles et Abréviation .....	vii
Liste des Tableaux .....	viii
Liste des Figures.....	ix
Glossaire de l'Etude .....	x
RESUME .....	xi
SOMMAIRE .....	xii
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE PRELIMINAIRE :</b>	
<b>DES OBSERVATIONS DE STAGE A LA PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE</b>	<b>4</b>
<b>Section 1 : Observations de stage.....</b>	<b>5</b>
<i>Paragraphe 1 : Présentation Générale de l'HOMEL .....</i>	<i>5</i>
I- Historique .....	5
II- Organisation .....	6
A- Les Organes de Décision et de Gestion .....	6
B- Les structures Techniques et Administratives .....	7
<i>Paragraphe 2 : Etat des Lieux de base.....</i>	<i>10</i>
I- Restitution du fonctionnement de la DGMS et de la division Caisse et recouvrement.....	10
A- Division Gestion des Malades et Statistiques.....	10
B- Division Caisse et recouvrement .....	15
II- Inventaire des éléments de l'état des lieux de base et les problématiques possibles	21
A- Inventaire des éléments de l'état des lieux de base.....	21
B- les problématiques possibles .....	22

<b>Section 2 : problématique de l'étude.....</b>	<b>22</b>
<i>Paragraphe 1 : Choix et spécification de la problématique de l'étude.....</i>	22
I- Choix de la problématique et formulation du sujet.....	22
II- Spécification de la problématique choisie.....	24
<i>Paragraphe 2 : Vision Globale de Résolution de la Problématique .....</i>	25
I- Approche théorique de résolution du problème général .....	25
II- Approche générique de résolution des problèmes spécifiques .....	26
A- Approche générique lié au problème spécifique n°1.....	26
B- Approche générique lié au problème spécifique n°2.....	26
C- Approche générique lié au problème spécifique n°3.....	27
III- Synthèse des approches génériques retenues.....	27
IV- Séquences de Résolution de la Problématique spécifiée .....	27
<b>CHAPITRE PREMIER :</b>	
<b>DES OBJECTIFS DE L'ETUDE AUX APPROCHES METHODOLOGIQUES</b>	<b>28</b>
<b>Section 1 : Des objectifs à l'Elaboration du Tableau de Bord de l'Etude .....</b>	<b>29</b>
<i>Paragraphe 1 : Objectifs et Hypothèses de l'Etude .....</i>	29
I- Fixation des objectifs de l'Etude .....	29
A- Objectif Général .....	29
B- Objectifs Spécifiques .....	29
II- Causes et Hypothèses liées aux problèmes .....	30
A- Cause et Hypothèse liées au Problème Spécifique n°1 .....	30
B- Cause et Hypothèse liées au Problème Spécifique n°2 .....	31
C- Cause et Hypothèse liées au Problème Spécifique n°3 .....	32
<i>Paragraphe 2 : Synthèse des Préoccupations et Tableau de Bord de l'Etude .....</i>	33
I- Synthèse des Préoccupations .....	33
II- Tableau de Bord de l'Etude .....	34
<b>Section 2 : Revue de la Littérature et Méthodologie de l'Etude.....</b>	<b>36</b>
<i>Paragraphe 1 : l'état des connaissances sur les problèmes.....</i>	36
I- Point des connaissances sur le recouvrement des créances lié au problème général.....	37
II- Point des connaissances sur les problèmes spécifiques.....	37
A - Contributions antérieures sur le problème spécifique n°1	37

B - Contributions antérieures sur le problème spécifique n°2.....	39
C - Contributions antérieures sur le problème spécifique n°3.....	39
<i>Paragraphe 2 : Les approches méthodologie .....</i>	40
I- Approches Théoriques .....	40
A- Normes et repères d'amélioration .....	40
B- Outils d'analyse et seuils de décision.....	40
II- Approches empiriques.....	41
A- Les objectifs de l'enquête et identification de la population mère.....	41
B- Echantillonnage et outils de présentation des données.....	42
<b>CHAPITRE DEUXIEME :</b>	
<b>DE L'ORGANISATION DES ENQUETES AUX APPROCHES DE</b>	
<b>SOLUTIONS .....</b>	<b>44</b>
<b>Section 1 : Collecte et analyse des données.....</b>	<b>45</b>
<i>Paragraphe 1 : Organisation des enquêtes et limites de l'études .....</i>	45
I- Préparation et réalisation des enquêtes .....	45
A- Préparation des enquêtes .....	45
B- Réalisation des enquêtes .....	45
II- Difficultés rencontrées et limites de l'étude .....	45
A- Difficultés rencontrées .....	45
B- Limites des données recueillies.....	45
<i>Paragraphe 2 : Présentation et analyse des données .....</i>	46
I- Présentation et analyse des données relatives aux difficultés de paiement des frais de soins par les PAF .....	46
II- Présentation et analyse des données relatives à la non fiabilité des renseignements fournis, après admission et soins, par les PAF .....	48
III- Présentation et analyse des données relatives à l'abandon total des activités de recouvrement externe sur les PAF.....	54
<b>Section 2 : Etablissement du diagnostic et approches de solutions .....</b>	<b>52</b>
<i>Paragraphe 1 : Vérification des Hypothèses et établissement du diagnostic .....</i>	52
I- Degré de Validation des Hypothèses .....	52
A- Degré de Validation de l'Hypothèse Spécifique n°1 .....	52
B- Degré de Validation de l'Hypothèse Spécifique n°2 .....	52
C- Degré de Validation de l'Hypothèse Spécifique n°3 .....	53

II- Synthèse du Diagnostic .....	53
A- Elément du Diagnostic n°1 .....	53
B- Elément du Diagnostic n°2 .....	53
C- Elément du Diagnostic n°3 .....	53
<i>Paragraphe 2 : Approches de Solutions et Conditions de Mise en Œuvre .....</i>	<i>54</i>
I- Approches de Solutions .....	54
A- Les Solutions au problème spécifique n°1.....	54
B- Les Solutions au problème spécifique n°2.....	54
C- Les Solutions au problème spécifique n°3.....	55
II- Conditions de mise en oeuvre des solutions .....	55
A- A l'endroit des autorités de l'HOMEL.....	56
B- A l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Etat .....	56
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>64</b>