

**DESS-MGSS**  
**UNIVERSITE DE MONTREAL**  
FACULTE DE MEDECINE/UNIVERSITE D'ETAT D'HAÏTI



**Projet d'intervention**

**Gestion du Système Admission/Accueil et Facturation**  
**Hôpital Canapé Vert**  
**(Proposition d'offre de Service)**

Présenté par	:	<b>CHARLES</b>	<b>Daniel</b>
		<b>CHARLES</b>	<b>Jacquelin</b>
		<b>EUGENE</b>	<b>Murlande</b>
		<b>MASCARY</b>	<b>Patricia</b>
		<b>NONEZ</b>	<b>Myriam</b>

Jun 2007

## Table des Matières

I-	Introduction	page 3
II-	Mise en contexte	page 3
	a) Environnement interne	page 3
	b) Environnement externe	page 4
	c) Situation sanitaire	page 5
III-	Problématique du mandant	page 6
IV-	Objectifs du mandat	page 7
V-	Méthodologie	page 8
VI-	Conclusion	page 8
	Annexe I : Plan de travail	
	Annexe II : Organisation de l'équipe - Détermination des tâches et des rôles	
	Bibliographie	

## **I- Introduction**

La survie d'une organisation repose en permanence sur sa capacité à définir sa mission, sa vision, ses objectifs et ses stratégies et de gérer ses processus de production et la qualité de ses services. En effet, face à une clientèle de plus en plus exigeante et la concurrence de plus en plus féroce (effet de la mondialisation), les entreprises veulent répondre à la triade de la qualité totale ; à savoir la satisfaction voire la séduction du client, le rendement du capital investi pour l'actionnaire et la qualité de vie du travailleur. Les nouveaux principes de gestion moderne nous obligent à concevoir l'organisation en une série de processus interreliés et dirigés vers la séduction et la satisfaction de la clientèle

L'hôpital du Canapé Vert fait partie du système sanitaire haïtien développé pour servir la population désireuse et nécessiteuse. Pourtant, semble-t-il., confronté à des situations problématiques de gestion, des solutions urgentes mériteraient d'être envisagées. Nous sommes à l'ère des nouvelles technologies et toute organisation sanitaire pour leur pérennité doit s'inscrire dans la modernité pour répondre aux exigences actuelles de fournitures de soins de qualité selon les normes en vigueur. Un système admission/accueil et facturation mal adapté aux attentes de la clientèle fait de notre intervention à l'HCV un besoin partagé par les membres du conseil d'administration pour un développement organisationnel et pérenne de leur institution.

## **II- Mise en Contexte**

### **a) Environnement interne**

L'hôpital du Canapé Vert, créé en Septembre 1955 par un groupe de médecins, vient combler un vide du système médical de l'époque. Ce groupe de médecins, désireux d'accéder à un espace pour hospitaliser leurs malades, s'est associé à un groupe d'hommes d'affaires pour rendre effectif ce projet.

Vu le nombre très limité de lits dont dispose la capitale, les médecins fondateurs avaient besoin d'un espace hospitalier pour soigner leurs patients Ce n'était au début qu'un hôpital minuscule offrant un seul pavillon avec des services de support tels que le

laboratoire et le service de radiologie. Dix ans plus tard, d'autres médecins intègrent l'institution en qualité de spécialistes et d'actionnaires, ce qui a permis d'augmenter le nombre de lits et le personnel infirmier.

C'est une organisation à but lucratif dont la mission (non écrite) de départ consiste à offrir des services hospitaliers à la clientèle des actionnaires. Les buts et objectifs sont inclus dans l'acte constitutif de l'organisation.

- **Structure Organisationnelle**

Coiffée d'un conseil d'Administration de sept (7) membres, l'organisation comprend un Directeur Médical et un Directeur Administratif et Financier travaillant en partenariat et supervisant les différents responsables de services (radiologie, laboratoire, unité des soins infirmiers, urgence, hospitalisation, pharmacie...)

Cet hôpital, en pleine extension (nouveaux pavillons, nouveaux services...) possède une capacité d'accueil de quarante huit (48) lits et un personnel (employés et contractants) évalué à près de deux cents (200) personnes. Sa population de desserte se circonscrit à la région métropolitaine.

**b) Environnement externe**

La République d'Haïti, avec ses 27,750 kilomètres carrés et une population d'environ 8.500.000 habitants, a une population très jeune dont 60% ont moins de 24 ans. Elle est actuellement divisée en dix départements. L'énergie électrique est irrégulière et mal répartie. Les zones rurales particulièrement défavorisées sont privées d'électricité et ont peu accès à l'eau potable. Le déboisement fait perdre au pays chaque année près de 20,000 tonnes de terres arables et est à l'origine de l'érosion intense.

La bidonvilisation, dans les grandes villes, conséquence de l'exode rural expose la population à des conditions sanitaires désastreuses Quarante pour cent (40%) de la population vivent au-dessous du seuil de la pauvreté et 60% n'ont pas accès aux soins de santé.

La situation politique s'est aggravée et une recrudescence de l'insécurité se met en place progressivement Toutefois, des avancées démocratiques dominent l'univers politique haïtien dominé par la constitution du parlement, de l'exécutif et du judiciaire

Haïti ,avec un produit national brut de cent cinquante dollars (\$150) par habitant, affiche un pays peu urbanisé et une industrialisation quasi nulle. La dégradation de la situation économique affecte tous les secteurs : commerce, emploi, production agricole et industrielle, production musicale...

La culture, facteur important du processus de socialisation, est garantie principalement par l'éducation, la religion et la famille. La valeur d'échange constitue un trait caractéristique de l'élément haïtien. Le pouvoir d'acquisition de biens entretient dans l'imaginaire haïtien une place prépondérante; ce qui est payé semble avoir plus de valeur que ce qui est donné ou partagé.

### **c) Situation sanitaire**

L'insuffisance du personnel de santé est compatible à la situation de l'infrastructure sanitaire. Les maladies infectieuses représentent la première cause de mortalité dans la population. L'état haïtien dans sa politique de santé veut faire de la décentralisation son cheval de bataille en passant par la mise en place des Unités Communales de Santé (UCS). A travers les UCS, il veut fournir à la population un paquet minimum de soins de santé primaires accessible à tous.

Il existe « *deux systèmes principaux de production de services de santé qui fonctionnent sans correspondance apparente et avec des niveaux de performance très différents : en général, les institutions publiques sont trop peu utilisées à l'inverse des institutions privées...* » » Plan stratégique nationale 2005-2010, MSPP, p 87 :2005 Or, « *la structure des dépenses de santé des ménages se résume en 5 grands domaines : la part prédominante (45%) va au secteur privé (services de santé privés), ensuite 28% des dépenses sont consacrées aux médicaments (prescrits ou sans ordonnance)...*» Plan stratégique nationale 2005-2010, MSPP, p 86 ; 2005. Le plan stratégique national 2005-2010 ne fait référence à aucun plan de supervision des hôpitaux privés qui, paraît-il, semble noyé dans la restructuration et l'extension du secteur public hospitalo-universitaire. La concurrence qui s'opère se base sur le fait que bien des personnes malades utilisent les facilités des hôpitaux privés.

La concurrence devient de plus en plus forte malgré l'irrespect de normes de beaucoup d'institutions sanitaires privées. Le problème des ressources humaines pèse de façon significative sur l'environnement sanitaire haïtien. Le manque d'infirmières, de

médecins, en un mot de prestataires de toute spécialité et la constante chronique de la mauvaise rémunération de ce personnel font partie de la problématique pour une meilleure compréhension du système

Quel serait la population utilisant ces facilités ? Vu les prix pratiqués par ces institutions, un certain niveau économique est nécessaire. Aussi constatons –nous une forme d'exclusion dans la plupart des centres hospitaliers privés. Même en situation d'urgence urgente, sans le quota financier les soins ne sont pas prodigués dans le cas favorable et rare que vous trouverez une cellule d'urgence pour vous accueillir

Au moment de la création de l'hôpital du Canapé Vert, il existait très peu d'hôpitaux privés dans la région métropolitaine dont la population, en constante progression, serait évaluée en 2007 à plus de deux millions (2.000.000) de personnes. Depuis tantôt une dizaine d'années, des organisations privées de soins de santé mettent sur pied des institutions hospitalières qui ne répondent point aux normes internationales.

L'institution se positionne sur le marché, elle est la seule à l'époque à disposer d'un service d'urgence ouvert 24/24. La demande augmente, la file d'attente se constitue

Ce rapide résumé de la situation sanitaire du pays montre la complexité de l'environnement dans lequel les hôpitaux sont placés pour fournir les soins appropriés ; sans oublier la concurrence, certes prévisible, mais baignant dans un système contextuel (politique, économique, socio culturel, sanitaire) très difficile.

### **III- Problématique du mandant**

A l'hôpital du Canapé-Vert, le circuit patient présente des imperfections d'après les informations recueillies d'un membre du Conseil d'Administration et laisserait croire que le client peut passer quatre (4) heures de temps avant son installation dans sa chambre et autant de temps lors de son exeat ; constituant les problèmes fondamentaux au niveau de ce centre hospitalier.

Divers autres problèmes de gestion nous sont signalés : problème de gestion au niveau de la SOP, de la pharmacie, du centre de transfusion sanguine...En d'autres termes, il conclut que la fonction hospitalière n'était pas la démarche première des

fondateurs de l'institution et que la structure qui découle de l'augmentation régulière de sa capacité n'obéit pas directement à une logique d'un système intégré de soins mais plutôt à un fonctionnement personnalisé de soins

Deux grandes préoccupations incitent les responsables à nous encourager pour cette consultation

- 1- Le circuit client à travers le processus accueil/admission
- 2- Le circuit client à travers le système de facturation à l'exeat

### **1- Le circuit client à travers le processus accueil/admission**

**Premier constat** : Dès son arrivée, le patient et ses accompagnateurs sont désorientés. Pas de panneau indicateur du service d'accueil, du service d'admission, ils doivent s'informer auprès du personnel de sécurité pour être dirigé directement vers le département administratif pour les formalités d'usage : remplissage de la fiche d'admission, du formulaire d'assurance et/ou paiement du dépôt exigé.

**Second constat** : Le personnel administratif n'a pas le répertoire des chambres disponibles, il doit s'aviser auprès du service infirmier, des chambres disponibles selon le prix de chambre sollicité par le client

**Troisième constat** : Si on change de pavillon du fait de la non disponibilité de la chambre voulue, les mêmes procédures sont reprises si le client accepte sa nouvelle chambre.

**Quatrième constat** : Arrivée à la chambre d'hospitalisation, certaines fois, cette dernière n'est pas prête ou demeure encore occupée

**Cinquième constat** : Si le patient ne détient pas d'ordonnance de son médecin, l'infirmière de garde doit pour débiter le traitement le joindre par téléphone dans un pays où l'accès à ce service laisse à désirer

**Sixième constat** : Présence d'un circuit parallèle d'admission. Des réservations de chambre peuvent être opérées sans que le personnel administratif le sache.

**Septième constat** : Le système d'admission de nuit, de fin de semaine se fait au niveau du service d'urgence et pose autant de problèmes.

## 2- Le circuit client à travers le système de facturation à l'exeat

**Premier constat** : Contestation des clients. Des plaintes sont régulièrement effectuées par les clients sur le système de facturation soit qu'il soit trop lent, soit que la facturation semble excessive et soit par manque de transparence des intrants achetés

**Deuxième constat** : Incoordination entre les services d'après le mandant. Lors de la facturation, chaque service doit pour chaque client rechercher et produire la liste des intrants utilisés par le client.

### IV- Objectifs du mandat

- Susciter l'engagement du client dans la mise en place du changement du processus d'admission.
- Proposer des alternatives pouvant contribuer à une gestion efficace du processus d'admission de l'hôpital du Canapé Vert
- Evaluer le coût des solutions apportées
- Contribuer par des recommandations stratégiques et opérationnelles à une transformation durable du système actuel de gestion

### V- Méthodologie

Notre méthodologie visera dans un premier temps à joindre un mandat et de toucher avec le mandataire les différents objets de gestion à l'intérieur de l'organisation choisie. Ainsi, l'action qui sera menée portera sur les décisions négociées entre le mandataire et le mandant. L'objet de gestion permettra de plain pied de toucher dans un processus de réflexions les solutions opérationnelles à apporter

Des observations de jour et de nuit, des entrevues auprès de la Direction de l'hôpital, des prestataires de soins, du personnel administratif, du personnel du système d'hôtellerie, de la clientèle seront effectuées pour une analyse substantielle du processus d'admission.

Des formulaires d'enquêtes seront élaborés, des documents de l'institution et de la littérature consultés..., autant d'outils pour la réalisation de l'étude



Suite à l'évaluation du système d'admission, une revue de la littérature sera effectuée sur les systèmes d'admission des hôpitaux privés, les analyser et appliquer les formules les plus viables et rentables cadrant avec le contexte haïtien.

Aussi pourrions-nous proposer des solutions accessibles au contexte et déterminer le budget nécessaire à la mise en œuvre de ce nouveau processus

## **VI- Conclusion**

Nos entrevues préliminaires nous ont amené à proposer cette offre de service. Les négociations avec le mandant vont débiter pour entériner cette planification. Nous avons clarifié avec un membre du conseil d'administration les différents problèmes de l'hôpital nous demandant de travailler sur celui de l'admission constituant leur principal souci à résoudre. Ils nous ont promis toute l'aide nécessaire pour la réussite de ce projet dont leurs attentes sont à la hauteur de leur espérance

**ANNEXE**

### Annexe 1- Plan de travail

Ce plan est loin d'être exhaustif et s'échelonne jusqu'au 30 Juin 2007

Activités	Responsables	Échéancier	Coûts
Organisation de l'équipe	Groupe 1	Accompli	N/A Non Applicable
Détermination des rôles et des tâches	Groupe 1	Accompli	N/A Non Applicable
Rencontre avec le mandant	Groupe I	Accompli	N/A Non Applicable
Confirmation du mandat	Groupe 1	Mai 2007 Non confirmé	N/A Non Applicable
Rédaction de l'offre de services et la problématique	Groupe 1	30 Mai 2007	
Négociation avec le mandant sur la problématique et l'offre de services	Groupe 1	6 juin 2007	
Rédaction de l'offre de service et du plan complet de travail après	Groupe 1	8 juin 2007	

négociation			
Rédaction de la méthodologie Revue de la littérature- cadre conceptuel	Groupe 1	12 au 20 juin 2007	
Expédition à l'équipe d'encadrement	Groupe I	22 juin 2007	N/A Non Applicable
Présentation de la méthodologie (état d'avancement)	Groupe 1	27 Juin 2007	
Validation avec le mandant de la méthodologie	Groupe 1	29 Juin 2007	

## **Annexe II**

### **Organisation de l'équipe- Détermination des tâches et des rôles**

Certains règlements sont portés à l'attention de l'équipe pour être complétés, analysés et validés:

- 1- Etre toujours présent aux réunions
- 2- S'appliquer dans les tâches et responsabilités acceptées
- 3- Avertir de tout déplacement ou retard lors des réunions
- 4- Toute décision se prend par voie démocratique
- 5- Etre disponible pour tous les membres de l'équipe
- 6- Ne jamais s'énerver ni avoir des attitudes négatives face à l'équipe toute entière ou à l'un de ses membres
- 7- Cultiver à l'intérieur de l'équipe la solidarité, l'empathie, la convivialité, le respect.
- 8- Respecter le calendrier établi
- 9- Statuer sur toutes autres mesures décidées par l'équipe

### **Rôles et responsabilités (à changer et/ou améliorer)**

**Daniel Charles:** Chef d'équipe, Porte Parole Adjoint, Corédacteur, Analyste général

**Patricia Mascary:** Porte Parole Principal, Chef d'équipe Adjoint, Analyste général

**Murlande Eugène:** Rédacteur, Responsable de discipline adjoint, Analyste des données d'enquête et Analyste général

**Jacquelin Charles:** Responsable de la logistique, du budget du projet d'intervention de l'équipe, analyste général suppléant, Responsable adjoint de la recherche des données de littérature et analyste général

**Myriam Nonez:** Responsable de discipline, Responsable de la recherche des données de littérature, Responsable des plans d'enquêtes et des entrevues, Analyste général

Toutes autres rôles ou responsabilités ne figurant pas dans ce créneau devront être décidés par l'équipe. Cette description de tâches n'est qu'une base pour une finalisation des tâches et responsabilités

### **Bibliographie**

- 1- Plan national de Population. Secrétairerie d'état à la Population. 2000
- 2- Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé 2005 – 2010, Ministère de la Santé Publique et de la Population. 2005