

## PLANIFICATION CLINIQUE INTÉGRÉE, ORGANISATION DES PARCOURS ET OPTIMISATION DU FLUX PATIENT

### Support de Cours Détaillé (3 Heures)

Domaine	Performance et Organisation des Soins de Santé
Durée Totale	180 minutes (3 heures)
Élaboré et présenté par	Mme Noura Zidane

#### **I. Introduction Générale**

Dans un environnement de santé en constante évolution, marqué par des défis démographiques, économiques et technologiques majeurs, la performance des établissements de santé ne se mesure plus uniquement à l'aune de l'excellence clinique isolée. La qualité, la sécurité, l'efficience et l'expérience vécue par le patient et les professionnels reposent de plus en plus sur la fluidité et la coordination des processus de soins. C'est dans ce contexte que les concepts de planification clinique intégrée, d'organisation des parcours patients et d'optimisation des flux émergent comme des piliers fondamentaux de la transformation des systèmes de santé.

#### **1. Objectifs Pédagogiques**

À l'issue de cette session, nous serons en mesure de :

- Comprendre les principes de la planification clinique intégrée.
- Analyser un parcours patient en identifiant les étapes clés.

- Identifier les goulots d'étranglement dans l'organisation des soins.
- Proposer des actions d'amélioration concrètes.
- Optimiser les flux patients dans une organisation de soins pour garantir l'efficience.

## 2. Définitions Clés

Terme	Description Détaillée
<b>Planification Clinique Intégrée (PCI)</b>	Approche systémique et stratégique visant à aligner la conception des structures (le contenant) sur les modèles de soins (le contenu) et les flux patients anticipés.
<b>Parcours de Soins</b>	La séquence logique et coordonnée de l'ensemble des interventions (cliniques, administratives, logistiques) nécessaires à la prise en charge d'un patient pour une pathologie donnée.
<b>Flux Patient</b>	Le mouvement des patients, des informations et des ressources au sein et entre les différentes étapes du système de santé.
<b>Continuité des Soins</b>	L'assurance que le patient reçoit des soins cohérents et ininterrompus, quelle que soit la transition entre les services ou les prestataires.
<b>Coordination Interprofessionnelle</b>	L'organisation des interactions et des communications entre les différents professionnels (médicaux, paramédicaux, administratifs) impliqués dans la prise en charge d'un même patient.

## 3. Enjeux : La Nécessité de la Transformation

Le contexte actuel est marqué par des défis démographiques, économiques et technologiques majeurs. L'organisation traditionnelle en « silos » n'est plus soutenable.

- **Qualité et Sécurité des Soins** : La fragmentation des soins est une source majeure d'erreurs et de ruptures de coordination.
- **Diminution des Délais** : Réduire les temps d'attente qui impactent l'expérience patient et la qualité des soins.
- **Optimisation des Ressources** : Cibler et éliminer le gaspillage d'énergie dans des tâches absurdes et les redondances. L'objectif est d'atteindre des gains d'efficacité de 5 à 15%.
- **Satisfaction Patient** : Offrir un parcours compréhensible, prévisible et sécurisant.
- **Réduction des Coûts** : Maîtriser les dépenses en réduisant les complications coûteuses et le gaspillage.

## **II. Planification Clinique Intégrée**

**La Planification Clinique Intégrée (PCI) est une méthodologie collaborative et prospective qui place les besoins cliniques futurs et les parcours patients optimisés au cœur de la conception, de la construction ou de la rénovation des infrastructures de santé. Elle assure l'alignement parfait entre la mission de soins, la conception architecturale, les technologies et les ressources humaines.**

### **1. Concept et Principes**

La PCI est l'approche fondamentale pour **penser et agir de manière systémique** sur l'organisation.

- **Le Principe d'Inversion de la Logique** : Le contenu (modèles de soins, flux patients) doit déterminer le contenant (bâtiment, équipements, organisation).
- **PCI vs. Planification Classique** : La PCI est tournée vers l'anticipation des flux et l'efficacité des processus futurs,

contrairement à la planification classique, souvent axée sur les structures existantes et les budgets.

## **2. Les Bénéfices Tangibles de la PCI**

### **\*Pour les Patients :**

- Parcours fluidifiés et sécurisés
- Réduction des temps d'attente et des déplacements
- Environnement conçu pour le confort et la dignité

### **\* Pour les Professionnels :**

- Espaces de travail ergonomiques et efficaces
- Réduction des tâches à non-valeur ajoutée
- Meilleure collaboration interprofessionnelle

### **\*Pour l'Établissement :**

- Optimisation de l'utilisation des surfaces (jusqu'à 20-30% de gain)
- Réduction des coûts d'exploitation (énergie, entretien)
- Flexibilité permettant d'éviter des travaux lourds futurs
- Amélioration des indicateurs de performance (temps de séjour, taux d'occupation)

### **\*Pour la Société**

- Investissement durable et évolutif
- Meilleure adéquation offre/besoins de santé
- Réduction de l'empreinte environnementale

### 3. Différence avec planification classique

Caractéristique	Planification Classique	Planification Clinique Intégrée
<b>Vision</b>	Axée sur les services et les structures (silos)	Axée sur les flux et les parcours (transversale)
<b>Déterminant</b>	Le budget et l'espace disponible	Le modèle de soins et les volumes d'activité
<b>Objectif Principal</b>	Gérer les contraintes existantes	Optimiser la performance future

### 4. Acteurs Impliqués

La PCI est un exercice de co-conception nécessitant l'intégration précoce de :

- Les **Cliniciens** (Médecins, IDE) : Porteurs de l'expertise des modèles de soins.
- Le **Management** : Définition de la stratégie et des objectifs de performance.
- Les **Administratifs et Logisticiens** : Experts dans le soutien des flux (admissions, transports, logistique).
- Les **Architectes/Ingénieurs** : Traduction des flux dans l'espace physique.

### 5. Outils

- **Analyse de la Demande et des Volumes (Passés et Projetés)** : Déterminer la charge de travail réelle.
- **Modélisation de l'Activité** : Calculer les ressources (lits, heures de bloc, personnel) nécessaires en fonction des modèles de soins choisis.
- **Logiciels de Simulation de Flux** : Permettent de tester différents scénarios d'organisation sans impact sur l'activité réelle, validant l'architecture et les processus avant l'investissement

### III. Organisation des Parcours de Soins

Le parcours de soins est l'ensemble continu et coordonné des prestations sanitaires et sociales reçues par un patient ou une population, pour répondre à ses besoins de santé, de la prévention à la fin de vie, à travers différents professionnels, structures et temps

**Analyser un parcours patient, c'est passer du point de vue d'un service ou d'un professionnel à celui du patient. C'est reconstituer son expérience complète, identifier les points de friction, les gaspillages et les risques pour ensuite les corriger.**

#### Les 4 Composantes Structurelles d'un Parcours

- \*Les Événements de Santé
- \* Les Acteurs et Leurs Rôles
- \*Les Flux et Interfaces
- \*Les Ressources et Contraintes

#### 1. Types de parcours

- **Parcours Hospitaliers (Intra-muros)** : Flux complets au sein d'un établissement (ex. : Urgences vers Imagerie vers Hospitalisation).
- **Parcours de Santé (Ville-Hôpital, Chronicité)** : Coordination des soins sur une trajectoire longue, impliquant plusieurs acteurs (médecine de ville, structure d'aval).

#### 2. Étapes du parcours patient

L'analyse d'un parcours doit être exhaustive :

- **Accès** : Référence, pré-admission, information.
- **Diagnostic et Planification** : Examens, consultations, décision thérapeutique.
- **Intervention (Séjour)** : Acte technique, hospitalisation.

- **Sortie** : Planification de l'aval, organisation des soins post-hospitalisation.
- **Suivi** : Soins de suite, rééducation, surveillance à long terme.

### 3. Cartographie des parcours (Méthodologie)

La cartographie vise à documenter le processus (tel qu'il est), et non tel qu'il devrait être.

Outil	Objectif	Application
<b>Observation Directe (Gemba Walk)</b>	Comprendre les écarts entre le processus théorique et la réalité du terrain.	Observer les déplacements (patient et soignants), les interactions, les temps d'attente réels.
<b>Value Stream Mapping (VSM)</b>	Identifier les étapes à <b>Valeur Ajoutée (VA)</b> pour le patient (le soin) et celles sans valeur ajoutée (SVA) (le gaspillage : attente, transport).	Mesurer le <b>Temps de Cycle Total (TCT)</b> et le <b>Taux de Valeur Ajoutée (TVA = VA/TCT)</b> .
<b>Diagramme Spaghetti</b>	Visualiser les trajets et mouvements inutiles des ressources.	Révéler les croisements et l'inefficience du <i>layout</i> (aménagement des espaces).

### 4. Problèmes fréquents

- **Les Retours en Arrière** : Nécessité de ré-examen, ou de re-formulaire.
- **La Double Saisie** : Informations entrées plusieurs fois dans différents systèmes.
- **Les Goulets d'Étranglement** : Ressources limitantes qui dictent le débit du système (voir Module IV).

- **Les Ruptures de Coordination** : Manque d'information ou de passation de responsabilité entre les services.
- **Les Défis Contemporains de l'Organisation en Parcours**
- **\*. Défi Organisationnel**
- Problème : Organisations historiquement structurées en "silos" (services, spécialités)
- Solution : Développer des organisations matricielles, créer des filières ou pôles transversaux
- **\*. Défi Informationnel**
- Problème : Information fragmentée entre acteurs
- Solution : Interopérabilité des systèmes d'information, dossier unique
- **\*. Défi Financier**
- Problème : Financement traditionnel par activité (T2A) qui segmente le parcours
- Solution : Expérimentations de paiement au parcours (forfaits, bundles)
- **\*. Défi Culturel**
- Problème : Culture professionnelle centrée sur l'acte plus que sur la continuité
- Solution : Formation, reconnaissance du rôle de coordinateur, leadership partagé
- **\*. Défi de l'Équité**
- Problème : Inégalités d'accès et de navigation dans le système
- Solution : Personnalisation renforcée, médiation en santé, outils d'aide à la navigation
- 

## 5. Utiliser des outils de résolution de problèmes :

- \* **Les 5 Pourquoi (5 Why's)**
- \* **La Méthode des "7 Gaspillages" du Lean (TIMWOODS)**



## 6. Élaborer un plan d'action :

Pour chaque action retenue, définir : Quoi ? Qui ? Quand ?

Comment mesurer le résultat ?

Organiser les systèmes de santé en parcours de soins représente une transformation profonde qui :

1. Replace le patient au centre comme acteur de son propre chemin de santé
2. Valorise la continuité plutôt que la performance épisodique
3. Favorise la coopération entre professionnels et structures
4. Optimise l'utilisation des ressources en éliminant les redondances et ruptures

## IV. Optimisation du Flux Patient

### 1. Définition

L'optimisation du flux, souvent basée sur les principes *Lean* (chasse au gaspillage), vise à maximiser la vitesse et la fluidité des patients à travers le système, sans compromettre la sécurité ni la qualité.

### 2. Indicateurs Clés

- **Indicateurs de Temps** : Temps d'attente moyen, Durée Moyenne de Séjour (DMS), Temps d'accès au traitement.
- **Indicateurs de Capacité** : Taux d'occupation des lits, Taux de rotation, Utilisation des équipements critiques.
- **Indicateurs de Qualité/Sécurité** : Taux de ré-hospitalisation imprévue, Événements indésirables liés aux transitions.

### 3. Principaux Goulets d'Étranglement

Le goulet d'étranglement est le maillon faible qui limite la capacité de production globale. **Toute tentative d'amélioration en amont ou en aval du goulet n'aura pas d'impact significatif sur le débit total.**

- **Exemples Critiques :** La disponibilité des lits d'hospitalisation d'aval, l'efficacité du bloc opératoire (temps de *turnover*), les temps d'attente en imagerie.
- Un goulet est rarement "la faute" d'une personne. C'est un problème systémique. Cherchez la cause profonde :
- Exemple :

Type de Cause	Questions à se poser	Exemples Concrets
<b>1. Ressources (Humaines/Matérielles) Insuffisantes</b>	Y a-t-il assez de personnel, d'appareils, de lits ? Le planning correspond-il à la demande ?	1 IRM pour tout l'hôpital, 1 secrétaire pour 10 médecins, turnover trop lent
<b>2. Variabilité Excessive</b>	La demande ou le temps de traitement est-il imprévisible ?	Afflux imprévisible aux Urgences, temps de consultation très variable, rendez-vous en "vague"
<b>3. Processus Désorganisé ou Inefficace</b>	Y a-t-il des gaspillages dans l'étape elle-même ?	Recherche de matériel, saisies informatiques lentes, protocoles non standardisé
<b>4. Dépendances et Synchronisation</b>	L'étape attend-elle des inputs d'une autre ?	Le bloc attend l'anesthésiste, la chambre attend le brancardier, le compteR manque signature
<b>5. Contraintes Physiques ou Réglementaires</b>	L'environnement ou la réglementation limite-t-il ?	Salles trop petites, agencement inadapté, règles administratives rigides.

## 4. Méthodes d'Optimisation

### \*Les 5 Axes Stratégiques d'Amélioration

Toute action doit viser à :

1. Réduire la variabilité (des flux, des processus).

2. Équilibrer et adapter la capacité à la demande.
  3. Éliminer les gaspillages (étapes, temps, mouvements inutiles).
  4. Synchroniser et coordonner les étapes.
  5. Simplifier et standardiser les processus
- **Élimination des 7 Gaspillages (TIMWOODS)** : *Transport, Inventaire* (attente), *Mouvement, Attente* (Waiting), *Surproduction, Surtraitement* (Overprocessing), *Défauts, Sous-utilisation des compétences* (Skills).
  - **Pull vs. Push** : Passer d'une logique *Push* (produire même si le service suivant n'est pas prêt) à une logique *Pull* (les ressources sont mobilisées lorsque le patient est prêt).
  - **Nivellement et Synchronisation** : Réduire la variabilité des arrivées et des sorties pour lisser la charge (ex. : organiser les sorties le matin, stabiliser les admissions l'après-midi).
  - **Conclusion : Les Clés du Succès**
  - **Co-construction** : Les actions doivent être imaginées avec les équipes concernées.
  - **Mesure** : Une action sans indicateur de résultat est un vœu pieux. Mesurez l'avant/après.
  - **Itération** : Commencez par un pilote à petite échelle, ajustez, puis généralisez (approche PDCA : Plan-Do-Check-Act).
  - **Communication** : Expliquez le "pourquoi" du changement et célébrez les succès, même petits.

## 5. Outils Pratiques

- **Management Visuel (Tableaux de Flux)** : Utiliser des outils visuels (écrans, tableaux) pour afficher l'état des flux et les problèmes en cours (ex. : l'état des lits disponibles en temps réel).
- **Huddles (Réunions Flash)** : Réunions quotidiennes très courtes (5-15 min) des managers pour anticiper les défis de flux et coordonner les actions du jour.

- **Système Jidoka et Poka-Yoke** : Systèmes de détection d'anomalies ou d'anti-erreur pour garantir la qualité dès la source.

## **6. Optimiser le Flux Patient : Une Approche Systémique et Opérationnelle**

Optimiser le flux patient va au-delà de la simple réduction des temps d'attente. C'est créer un système résilient où patients, informations et ressources circulent de manière fluide, prévisible et sécurisée. Voici un cadre complet d'optimisation, structuré en 5 piliers stratégiques :

- \* **Pilier 1** : VISUALISER & MESURER le Flux (Savoir Où On Va)
- \* **Pilier 2** : RÉGULER la DEMANDE (Lisser l'Entrée)
- \* **Pilier 3** : STANDARDISER les PROCESSUS (Fluidifier la Transformation)
- \* **Pilier 4** : COORDONNER & SYNCHRONISER (Maîtriser les Interfaces)
- \* **Pilier 5** : ANTICIPER & ADAPTER (La Sortie et la Continuité)

## **V .Continuité des Soins : Définition, Enjeux et Mise en Œuvre**

### **1. Définition Synthétique**

La continuité des soins est la coordination cohérente et sans rupture des actions de santé dans le temps et entre les différents acteurs, afin d'assurer au patient un suivi logique, sécurisé et personnalisé tout au long de son parcours de santé.

### **2. Les 3 Dimensions Fondamentales de la Continuité**

- \* Continuité d'Information (Longitudinal Information Continuity)
- \* Continuité Relationnelle (Relational Continuity)

\*. Continuité de Gestion (Management Continuity)

### **3. Les Ruptures de Continuité : Causes et Conséquences**

- Fragmentation du système
- Défaillances informationnelles
- Problèmes de coordination
- Facteurs patient
- Transitions non préparées

### **4. Les 5 Piliers pour Renforcer la Continuité**

- Pilier 1 : Désigner un Pilote du Parcours
- Pilier 2 : Fluidifier l'Information
- Pilier 3 : Organiser les Transitions
- Pilier 4 : Développer les Dispositifs Intégrés
- Pilier 5 : Impliquer le Patient

### **5. Indicateurs de Mesure de la Continuité**

#### **Indicateurs de Processus**

- Taux de transmission
- Taux de reprise de contact
- Nombre de dossiers partagés

#### **Indicateurs de Résultats**

- Taux de réhospitalisation à 30 jours
- Nombre d'événements indésirables liés à des ruptures
- Satisfaction patient concernant la coordination

#### **Indicateurs Économiques**

- Coût des réhospitalisations évitables
- Économies liées à la réduction des examens redondants

## VI. Coordination Interprofessionnelle

### 1. Importance

- La coordination est la clé de voûte de la continuité des soins.
- Elle permet de **réconcilier performance et humanité** en réduisant le gaspillage d'énergie et la frustration du personnel.

### 2. Les 4 Fondements Conceptuels

#### \* Complémentarité vs. Substitution

- Principe : Chaque profession apporte son expertise spécifique

#### \*Partage des Responsabilités

- Principe : Décisions collectives avec délégation claire des tâches

#### \* Communication Structurée

- Principe : Échanges formalisés et réguliers

#### \*Centration sur le Patient

- Principe : Le patient est au centre de la coordination

### 3. Outils de coordination

- **Protocoles Standardisés de Passation** : Checklists et formulaires standardisés pour les transferts de responsabilités.
- **Outils Numériques Intégrés** : Dossier Patient Informatisé (DPI), plateformes de messagerie sécurisée interprofessionnelle.
- **Le Rôle du Coordinateur de Parcours (Case Manager)** : Professionnel dédié à l'accompagnement du patient dans ses transitions, agissant comme point de contact unique pour l'équipe soignante.

## **4. Les Compétences Clés pour la Coordination**

- Compétences Techniques
- Compétences Relationnelles
- Compétences Organisationnelles

## **VI. Qualité, Sécurité et Éthique**

**La qualité et sécurité des soins constituent l'ensemble des caractéristiques d'un système de santé visant à fournir des soins efficaces, sûrs, centrés sur le patient, équitables et efficient, tout en minimisant les risques et les événements indésirables.**

### **1. Le Cadre Conceptuel : Les 6 Dimensions de la Qualité (OMS/Institute of Medicine)**

**A. SÉCURITÉ**

**B. EFFICACITÉ**

**C. CENTRÉ SUR LE PATIENT**

**D.ACCESSIBILITÉ / PONCTUALITÉ**

**E.EFFICIENCE**

**F. ÉQUITÉ**

### **2.Les Défis Majeurs de la Sécurité des Soins**

- . La Pression Épidémiologique.
- . La Complexité Croissante
- . La Pression Économique

### **3 Les Outils et Méthodes d'Amélioration**

- . Gestion des Risques
- Amélioration Continue
- . Sécurisation des Processus

#### **4. Indicateurs Clés de Qualité et Sécurité**

- Indicateurs de Résultats
  - Taux d'infections nosocomiales
  - Taux de réhospitalisation à 30 jours
  - Taux d'événements indésirables graves
- Indicateurs d'Expérience Patient
  - Satisfaction globale
  - Doléances et réclamations
  - Expérience rapportée

#### **Conclusion :**

Un Équilibre à Trouver

La qualité et la sécurité des soins représentent un équilibre dynamique entre :

- \*.Standardisation (pour la sécurité) vs. Personnalisation (pour la qualité)
- \*.Contrôle (pour éviter les erreurs) vs. Autonomie (pour l'innovation)
- \*.Ressources (pour la qualité) vs. Efficience (pour la soutenabilité)
- \*.Technologie (pour la précision) vs. Humanité (pour la relation)

### **VII. Optimisation des Ressources en Santé : Stratégies et Méthodes**

**L'optimisation des ressources en santé est l'ensemble des méthodes et processus visant à maximiser la valeur produite (qualité des soins, santé des populations) tout en minimisant l'utilisation des ressources (humaines, matérielles, financières, temporelles), dans le respect de l'éthique et de la qualité des soins.**

#### **1. Les 4 Catégories de Ressources à Optimiser**

- Humaines
- Matérielles
- Financières
- Informationnelles



## **2. Les 7 Gaspillages à Éliminer (Approche Lean)**

- **Surproduction**
- **Attentes**
- **Transports**
- **Sur-traitement**
- **Stocks**
- **Mouvements**
- **Non-utilisation des compétences**

## **2. Outils et Méthodes d'Optimisation**

- **Lean Healthcare**
- **Six Sigma**
- **Théorie des Contraintes (TOC)**
- **. Simulation et Modélisation**

## **VIII. Satisfaction Patient : Définition, Mesure et Amélioration**

La satisfaction patient est l'évaluation subjective et multidimensionnelle par le patient de son expérience globale du système de soins, résultant de la comparaison entre ses attentes préalables et sa perception réelle des soins reçus.

### **1. Les 6 Dimensions de la Satisfaction (Modèle SERVQUAL**

- **. TANGIBILITÉ**
- **. FIABILITÉ**
- **. RÉACTIVITÉ**
- **ASSURANCE**
- **. EMPATHIE**
- **. ACCÈSIBILITÉ (spécifique santé)**

### **2. Les Déterminants Clés de la Satisfaction**

- **Facteurs Cliniques**
  - **Qualité technique des soins**
  - **Résultats de santé obtenus**

- Sécurité perçue
- Facteurs Relationnels
  - Communication : Clarté, écoute, temps consacré
  - Respect : Dignité, confidentialité
  - Empathie : Compréhension des émotions
- Facteurs Organisationnels
  - Continuité des soins
  - Coordination entre professionnels
  - Fluidité du parcours
- Facteurs Confort
  - Environnement physique : Propreté, bruit, intimité
  - Confort matériel : Lit, nourriture, accès aux commodités
  - Information : Clarté des consignes, orientation

### **3.Indicateurs Clés de Satisfaction**

- Indicateurs Processus
- Indicateurs Relationnels
- Indicateurs Globaux
- Indicateurs Spécifiques

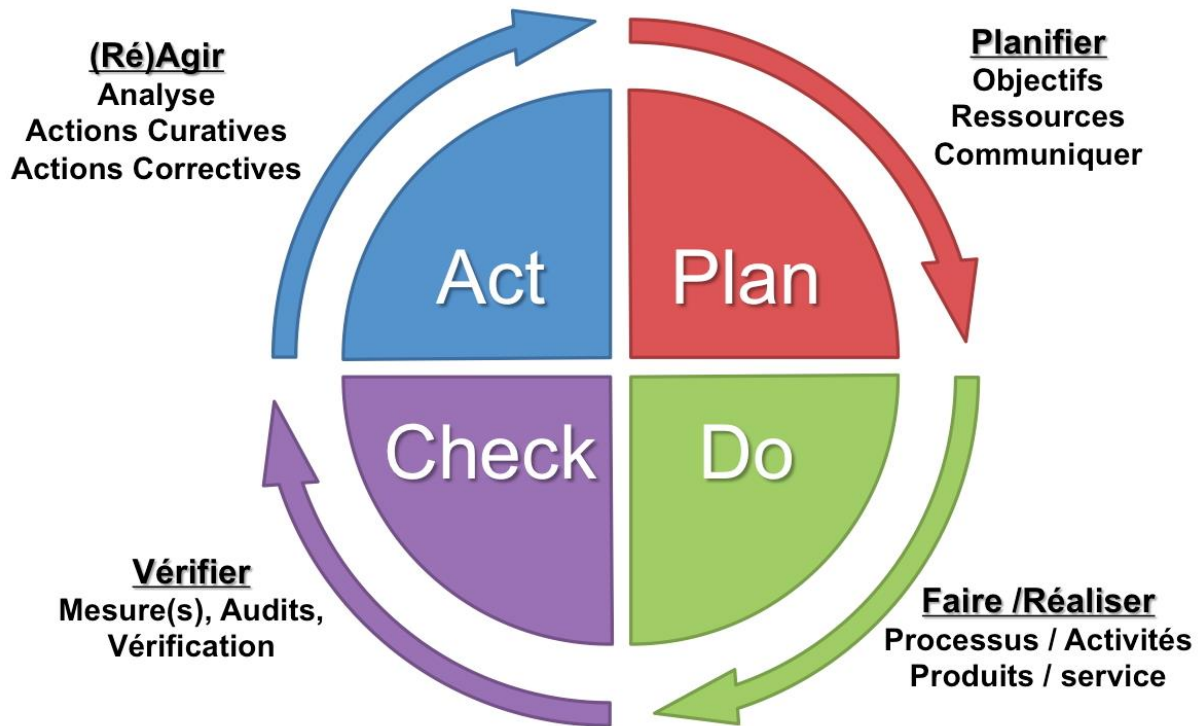
La satisfaction patient n'est pas une finalité mais un indicateur de la qualité de l'expérience globale. L'objectif ultime est la fidélisation : créer une relation de confiance durable avec le patient.

## **IX.CONCLUSION :**

En conclusion, la planification clinique intégrée constitue aujourd'hui un levier essentiel pour améliorer la performance des établissements de santé, renforcer la qualité des soins et garantir une expérience patient fluide et sécurisée. L'organisation optimale des parcours de soins repose sur une vision systémique, où chaque étape — de l'admission à la

sortie — est pensée de manière coordonnée,  
collaborative et orientée vers la valeur ajoutée pour  
le patient

## Annexes :



# LEAN *en ligne*

## Poka Yoke : étapes de mise en œuvre



Description du  
problème



Analyse sur le  
Gemba



Identification  
cause



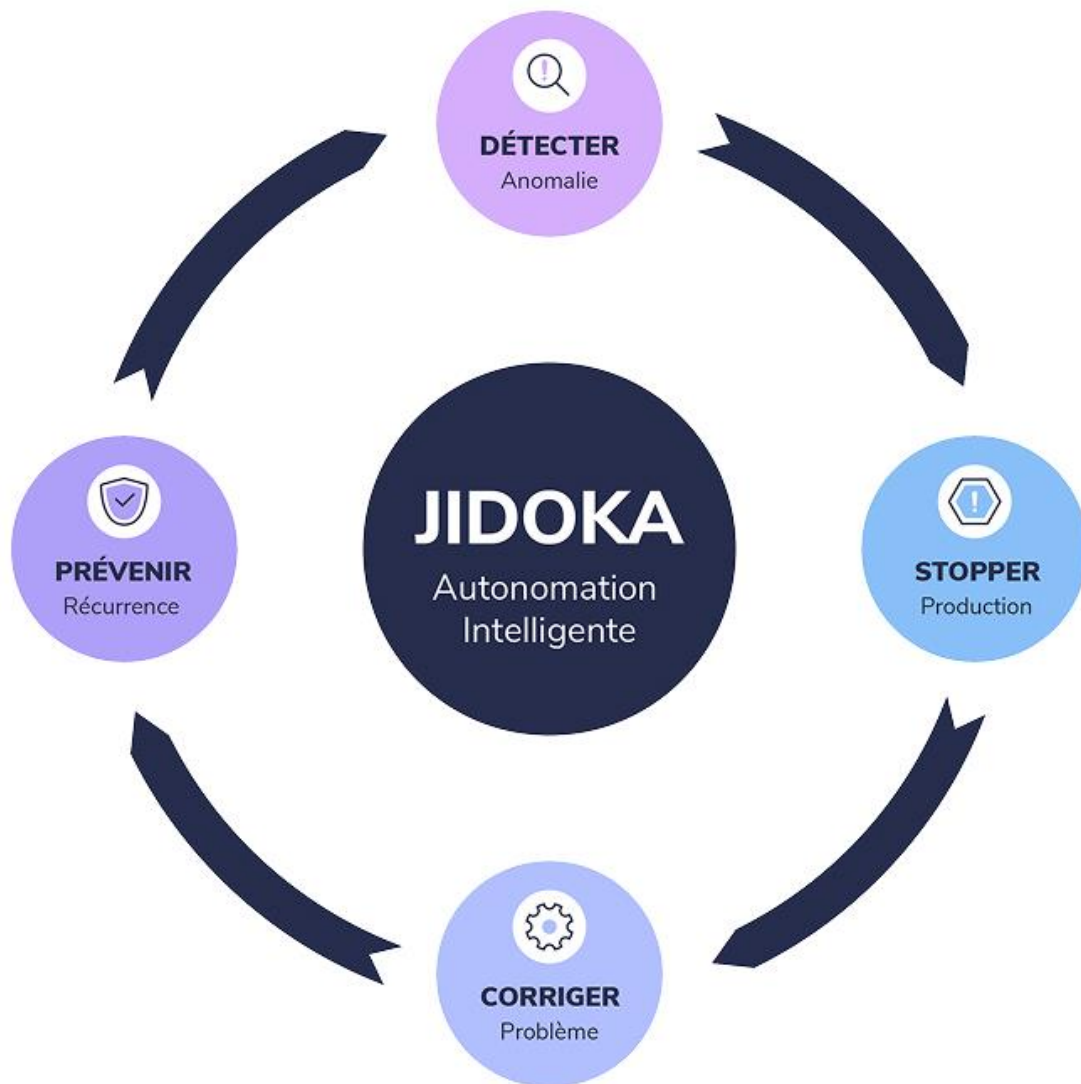
Identification  
solution



Formation,  
implémentation

[WWW.LEANENLIGNE.COM](http://WWW.LEANENLIGNE.COM)

# Cycle Jidoka



# MÉTHODOLOGIE SIX SIGMA DMAIC



## D

### DÉFINIR

Définir les points sensibles du client et les objectifs du projet.



## M

### MESURER

Mesurer les principaux aspects du processus existant pour recueillir des données et le comprendre.



## A

### ANALYSER

Analyser les données. Déterminer les différents types d'erreurs et où elles se produisent pour traiter les plus importantes.



## I

### AMÉLIORER

Améliorer les processus (Improve). N'oubliez pas de tester et de vérifier les nouveaux changements.



## C

### CONTRÔLER

Contrôler. Mettre en œuvre des actions pour pérenniser les améliorations.

## Cinq étapes pour mettre en oeuvre la théorie des contraintes

1. Identifier la contrainte
2. Exploiter la contrainte
3. Subordonner tout le reste à la contrainte
4. Lever la contrainte
5. Répéter en trouvant la contrainte suivante

