



JELLOULI Tarik
FSJES – USMBA – Fès- Maroc
jelloulit@yahoo.fr

EL GUENNOUNI Abdeljalal
ENCG-UIZ- Agadir- Maroc
jalal.smqes@gmail.com

« La gestion des flux patients au CHU Hassan II Fès (CHUHII Fès) : Quelles implications sur les services cliniques ? »

Résumé: Suite aux nombreuses mutations qui traversent actuellement le secteur des soins de santé au Maroc, les centres hospitaliers se doivent d'optimiser leur gestion pour garantir la qualité des services aux patients.

La logistique hospitalière constitue une innovation managériale permettant d'identifier les interactions entre les acteurs et les actions et de mettre en lumière les dysfonctionnements relatifs à la prise en charge des usagers dans les services cliniques relevant du CHUHII-Fès qui pourra faire l'objet d'une amélioration.

Le présent article présente les spécificités de la logistique hospitalière et applique sur des cas concrets (huit services cliniques) une démarche de modélisation par les processus. Ainsi, il est question de savoir les implications de la gestion des flux patients sur les services cliniques compte tenu de leur interaction avec les services d'urgences ? Et comment cette gestion peut remédier aux lacunes constatées ?

Ce travail se propose de faire état d'une recherche-action en ce sens qu'elle vise à résoudre des problèmes concrets tout en produisant des connaissances. Elle est fondée sur de nombreuses observations du terrain et analyse par là même les processus d'appropriation individuelle et collective de la gestion des flux patients dans les services cliniques.

Nous avons fait le choix de situer notre travail dans le champ de ces services au sein desquels il nous semblait que des questions restent encore insuffisamment explorées par les recherches en logistique de service.

Nos réflexions peuvent être utiles aux décideurs publics pour maîtriser la gestion des flux patients dans les hôpitaux publics marocains en général et dans les CHU en particulier.

Mots clés : Centre hospitalier universitaire, flux, processus, service clinique, service d'urgences

Patient flow management at Hassan II University Hospital Fez (CHUHII Fez): What implications for clinical services?

Abstract: Following many mutations that are currently experiencing the health care sector to the Morocco, hospitals need to optimize their management to ensure the quality of care to patients.

Hospital logistics is an innovation management to identify the interactions between actors and actions and to highlight the problems relating to the support of users in clinical services under the Fes CHUHII which may be the subject of an improvement.

This paper presents the specificities of hospital logistics and applied to concrete cases (eight clinical services) approach of modeling by the process.

It is question of the implications of the management of patient flows on clinical services taking into account their interrelationship with emergency services? And how this management can address the gaps?

This communication proposes to do State of an action research in the sense that it aims to solve real problems while generating knowledge. It is based on many observations of the field and analysis even the taking individual and collective management of the patient flow process in clinical services.

We made the choice to place our work in the field of these services in which it seemed that questions remain yet insufficiently explored by research in logistics service.

Our thoughts can be useful for public policy makers to control the management of patient flows in Moroccan in general hospitals and the CHU in particular.

Keywords: Central university Hospital, flow, process, clinical service, emergency service

Introduction :

Les centres hospitaliers universitaires du Maroc ont connu ces dernières années de multiples changements : contraintes d'amélioration de la qualité, intégration de technologies de plus en plus sophistiquées et de plus en plus coûteuses, pénurie de personnel soignant, développement du consumérisme, exigences constitutionnelles de transparence et de reddition des comptes, avènement du régime d'assistance médicale pour les économiquement démunis (RAMED) ... En outre, le budget de fonctionnement octroyé par l'Etat est de plus en plus serré alors que la capacité d'autofinancement de ces entités demeure faible le tout sur fond d'échec de la planification sanitaire au niveau national et régional.

Dans un tel contexte, ces centres se doivent d'optimiser leur gestion pour réduire leurs dépenses tout en garantissant une qualité des soins pour le patient. Il est dès lors intéressant d'identifier les outils managériaux permettant d'aménager l'organisation de ces centres et d'apporter des améliorations.

Nous nous intéressons dans le cadre de cet article à la logistique hospitalière et plus particulièrement aux circuits relatifs aux services cliniques et aux urgences constituant les processus clés de l'hôpital. Ces processus opérationnels ou métier agissent et interagissent avec d'autres processus supports (facturation...).

Le circuit patient au niveau des services cliniques connaît une saturation des capacités d'accueil. Cette situation génère une difficile gestion des flux patients et elle est préjudiciable à plus d'un titre : mécontentement de l'usager et altération des conditions de travail des personnels incapable d'assurer une prise en charge optimale des patients.

Pour juguler le phénomène de saturation, il importe de fluidifier le flux patient et d'aménager l'organisation interne de la structure de ces services en proposant des dispositifs appropriés.

La gestion par les processus se présente comme une innovation organisationnelle que le secteur de la santé semble ignorer largement, alors que les nouvelles exigences de prise en charge des patients dans les services cliniques devraient inciter ces entités à adapter leurs modes de production des soins.

Ainsi, la problématique peut être déclinée en deux questions principales : Quelles sont les implications de la gestion des flux patients sur les services cliniques compte tenu de leur interaction avec les services d'urgences ? Et comment cette gestion peut remédier aux lacunes constatées ?

Cette communication se propose de faire état d'une recherche action fondée sur de nombreuses observations du terrain et d'analyser par là même les processus d'appropriation individuelle et collective de la gestion des flux patients dans le CHU . L'expérience professionnelle de 5 ans en tant que responsable du service audit et

contrôle de gestion dans le CHU Hassan II- Fès ne peut que faciliter cette démarche qui vise à résoudre des problèmes et produire des connaissances.

Pour appréhender la problématique nous situerons, dans un premier temps, le cadre général de l'étude en définissant la logistique hospitalière.

Dans un deuxième temps, nous aborderons les spécificités de la gestion des flux patients dont l'approche processus est son corollaire. En fin, nous exposerons les implications de la logistique hospitalière sur les services cliniques compte tenu de leur interaction avec les services d'urgences adultes¹.

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1 La gestion des flux à l'hôpital : la logistique hospitalière

La notion de logistique est née dans le secteur industriel. Elle est très liée à la gestion du temps : le temps que met la matière, l'information, ou les personnes pour parcourir un processus donné.

La gestion des flux tient une place de plus en plus décisive dans le management hospitalier. Elle peut être transposée au secteur des services selon les deux aspects suivants :

- Une logistique classique centrée sur la gestion des flux matières nécessaires à la délivrance du service ;
- Une logistique des services ayant pour objet de gérer les flux de clients par **une action simultanée sur la demande et les capacités**.

Au départ, le terme de logistique en univers hospitalier renvoyait à une mission d'intendance (restauration, lingerie...), ce qui correspondait à une conception tronquée de la logistique, par rapport à ce qu'elle représente aujourd'hui dans les entreprises. Or, le fonctionnement de l'hôpital se base sur des flux de personnes, d'informations et de matières, d'où l'approche logistique.

Les flux de matière renvoient aux radiographies, aux prélèvements biologiques, aux consommables, aux médicaments, aux dispositifs médicaux, aux biens de restauration, au linge etc... ;

Les flux d'informations portent sur les comptes rendus d'examens, les prescriptions, le dossier médical, l'identité des patients etc... ;

Les flux de personnes concernent les patients et les personnels.

Pour adapter la logistique dans le secteur des services à l'hôpital, il importe de distinguer :

1 L'accent sera porté sur les urgences adultes et non sur les urgences pédiatriques ou encore la maternité.

- La logistique traditionnelle axée sur la gestion des flux physiques servant directement ou indirectement à la production du service ;
- La logistique de service qui porte sur le pilotage des trajectoires de patients considérés comme un type particulier de flux ;
- Les flux d'informations qui leur sont reliés.

Les trajectoires de patients font référence à l'ensemble des déplacements qu'effectuent les patients depuis leur entrée jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

Dans le cas de la prise en charge de l'usager aux services cliniques, c'est naturellement un flux de patients qui doit faire l'objet de notre communication dont l'approche processus est son corollaire.

2 Les particularités de la gestion des flux patients

Un processus est un système d'activités qui utilisent des ressources pour transformer des données d'entrée en données de sortie avec une valeur ajoutée.

Selon les normes ISO 8402 (AFNOR 1994) et ISO 9004 (AFNOR 1993), le processus est conçu comme « un ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en des éléments sortants. Ces moyens peuvent inclure le personnel, les équipements, les techniques, et les méthodes ».

L'approche processus consiste, entre autres, à déterminer les processus de l'entité, leurs interactions et les critères de surveillance. Sur cette base, il sera possible de piloter chaque processus, d'analyser leurs performances, de faire des propositions d'amélioration et de les mettre en œuvre afin de contribuer aux objectifs stratégiques de l'organisation.

L'approche par les processus favorise une description du fonctionnement en termes concrets et donne une vision transversale de l'organisation qui permet d'identifier les responsabilités au sein des différents processus.

Selon Christine Di Martinelly, Alain Guinet, Fouad Riane « la modélisation par les processus, appliquée dans les démarches de réorganisation d'entreprise semble en effet particulièrement adaptée au monde hospitalier et a été appliquée avec succès pour la réorganisation d'hôpitaux ou encore pour l'implantation de systèmes d'information »².

2 Christine Di Martinelly, Alain Guinet, Fouad Riane (2005), « Chaîne logistique en milieu hospitalier : modélisation des processus de distribution de la pharmacie », 6e Congrès international de génie industriel – 7-10 juin 2005 – Besançon (France).

La transposition de cette approche au champ hospitalier se heurte à la variété et la variabilité de la prise en charge du patient³. En effet, chaque malade suit au sein des services cliniques et des urgences une trajectoire propre qui est conditionnée par :

- les caractéristiques propres du patient et la manière dont il va suivre le traitement ;
- la disponibilité des ressources humaines et matérielles qui permettent de réaliser la prise en charge, sachant qu'une même équipe soignante, un même équipement participent à la prise en charge de plusieurs patients.

Une concurrence effective ou potentielle s'instaure donc entre les patients sur les ressources rares que sont les soignants et en particulier les médecins⁴.

Selon Christophe Pascal, « les spécificités de la trajectoire des patients hospitalisés posent ainsi un double défi aux gestionnaires désireux de dégager des leviers d'action pour tenter de maîtriser le système :

- Un défi de compréhension, qui vise à cerner puis à décrire par approximation successives l'ensemble des facteurs non médicaux qui exercent une influence sur le déroulement de la trajectoire ;
- Un défi de rationalisation, reposant à la fois sur la formalisation et la stabilisation des processus de prise en charge et sur l'affectation optimale des ressources nécessaires à ces processus pour un niveau de résultat donné. »⁵

La gestion par les processus prône la transversalité et la mobilisation des lignes hiérarchiques différentes autour d'un objet unique, le patient. Toutefois, des problèmes de coordination sont omniprésents à l'hôpital : coordination à l'intérieur des services, entre professions et au sein même de chaque profession.

3 La transposition de l'approche processus au champ hospitalier se heurte aux particularités du processus de prise en charge hospitalier connu pour sa complexité. Contrairement aux productions industrielles de masse, il n'existe pas, dans le cas de la prise en charge des patients hospitalisés, de convergence vers un seul type de processus : modes de prise en charge très différents. À cette diversité s'associe une variabilité du processus de prise en charge suite à la variation notamment dans le temps de certains facteurs tels les caractéristiques cliniques ou le comportement du malade, les conditions de l'environnement et les modes d'organisation du travail engagés par l'équipe.

4 Toute allocation de ressources à l'un des patients se fait nécessairement aux dépens de l'autre.

5 Christophe Pascal (2003), « la gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de la valeur », Revue française de gestion p193, n°146.

Ainsi, pour rendre l'approche processus attractive, il incombe au préalable d'adapter suffisamment la méthode aux caractéristiques spécifiques du champ de la santé sus-énoncées.

3 Implications de la gestion des flux sur les services cliniques

La nécessité de connaître et le cas échéant d'agir sur les flux d'un service clinique implique généralement la mise en œuvre d'une approche processus. Cette dernière est le corollaire de la notion de gestion de flux.

Développer la gestion des flux au niveau des services cliniques implique de connaître précisément ce flux.

Francis Gompel et Pascal Pouligny nous indiquent en effet que « l'étape préalable à toute démarche d'optimisation consiste à cartographier les flux afin de bien déterminer la situation de départ »⁶.

A ce niveau il est indispensable de différencier deux éléments. Le premier que l'on nomme la statique de la gestion des flux, consiste en une description précise du processus de traitement de flux⁷ : étapes/processus, description du processus et identification des acteurs.

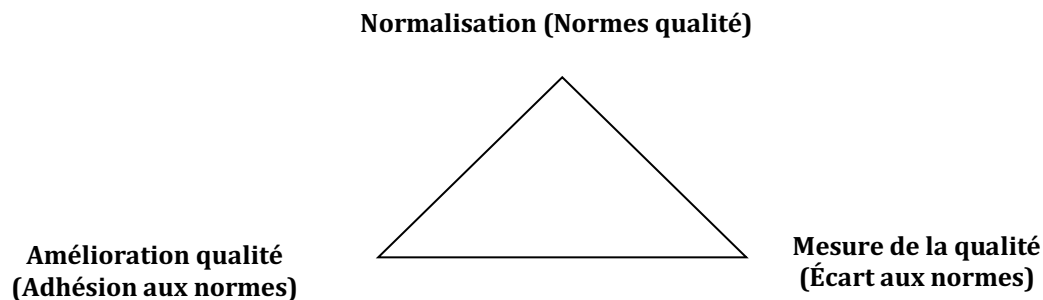
Le second, que l'on appelle dynamique de la gestion du flux, procède d'une volonté d'optimisation de la prise en charge de ce flux et implique donc une analyse des dysfonctionnements constatés au niveau du processus de traitement du flux et les perspectives d'amélioration qui s'en dégagent.

Deux approches sont possibles pour l'analyse et l'amélioration des processus : Les démarches basées sur la résolution des problèmes et les démarches basées sur l'analyse et l'amélioration des processus par la normalisation (modélisation par les processus).

L'idéal serait de commencer par la définition de la qualité de prise en charge du patient et de ses normes (normalisation), mais il est également admis de commencer par l'amélioration de ladite qualité.

6 Francis Gompel et Pascal Pouligny (2005), « l'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité ». Gestion hospitalière, Mars. p199.

7 Younès Benanteur, Raphael Rollinger et Jean-Luc Saillour (2000). « Organisation logistique et techniques de l'hôpital », éditions, ENSP.

Figure1 : Modèle conceptuel pour une qualité de prise en charge des patients.

3.1 Démarche basée sur la modélisation par les processus : la nécessité de la normalisation

L'approche de modélisation par les processus est bien adaptée aux organisations complexes et sert également d'outil de représentation, de communication, et d'analyse. Ceci nous permettra de mieux comprendre le fonctionnement des services cliniques, la nature et les logiques d'interactions entre les différents acteurs autour d'actions et d'opérations pour aboutir en fin à une formalisation et une stabilisation du processus de prise en charge des patients dans les dits services. En effet, il est question de tendre vers un processus de normalisation : l'élaboration des procédures et des protocoles permet de standardiser les processus de prise en charge, c'est-à-dire de fixer leur déroulement au moyen d'une méthodologie précise sans oublier de mettre fin à la tradition orale qui caractérise le fonctionnement hospitalier⁸.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons choisi la représentation par procédures et logigrammes. Cette représentation simple a l'avantage d'être compréhensible par un maximum de personnes impliquées dans les processus⁹.

La modélisation par procédure et logigramme identifie les intervenants, les moyens et les actions ainsi que la logique et la chronologie selon laquelle ces actions se succèdent.

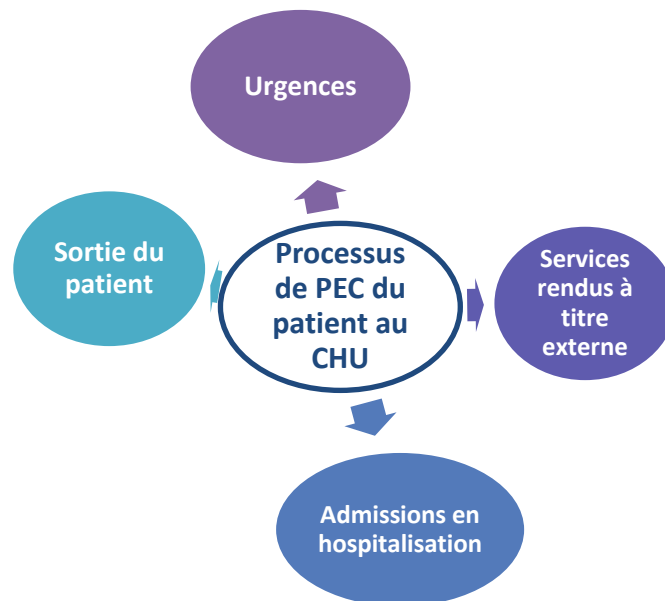
⁸ Christophe Pascal (2003). Op cit.

⁹ Nous avons constaté le manque d'outils de modélisation contingents à l'hôpital public marocain. Les études menées ont recours la plupart du temps aux outils de simulation comme moyen de modélisation, ce qui a comme conséquence une disparité de formalisme. De plus, les autres outils requièrent des connaissances à priori et demandent donc un investissement en temps pour pouvoir communiquer ; temps dont les principaux acteurs des processus ne disposent que de manière très limitée.

Chaque processus a été décrit au moyen de procédure puis de logigrammes et soumis à la validation des personnes responsables.

La figure 2 représente le schéma du processus de prise en charge (PEC) du patient au CHUHII-Fès. Ce processus peut être désagréé en un ensemble de sous processus. Chaque sous processus est décliné à son tour en une ou plusieurs procédures, ce qui permet en fin de compte de dresser des logigrammes relatifs à chaque procédure.

Figure 2 : Découpage du processus de PEC des patients au CHU en sous processus



Source : Confectionnée par nous même

Le processus de PEC du patient au CHUHII-Fès est décliné, entre autres, en quatre grands sous processus : **les sous processus hospitalisation et de sortie du patient sans oublier le sous processus urgences et le sous processus relatif aux consultations externes**. Ces quatre domaines sont interdépendants.

La procédure est un document qui précise la manière d'accomplir un processus ou une activité, (qui, quand, où, comment). Il ne faut pas donc confondre processus et procédure : La procédure décrit le processus.

Les procédures peuvent être complétées par des instructions de travail (modes opératoires ou protocoles) détaillant l'action à accomplir et concernant un niveau opérationnel.

Tableau 1 : Procédures relatives à la PEC du patient au CHUHII-Fès

Sous processus	Procédures
Urgences	Procédure d'admission des patients au service des urgences
Services rendus à titre externe	Procédure de consultation – 1 ^{er} RDV
	Procédure de consultation – 2 ^{ème} RDV
Admissions en hospitalisation	Procédure d'hospitalisation suite à une consultation
	Procédure d'hospitalisation suite à une urgence
Sortie du patient	Procédure générale de sortie du patient

Le choix de cette présentation de procédures obéit à un enchaînement logique et séquentiel qui prend en compte **les portes de l'hôpital à savoir les urgences et le centre de consultations externes, les processus support (facturation, encaissement...) et le système d'information hospitalier (SIH) nouvellement implanté.**

La formalisation des procédures doit être précédée d'abord par la **définition précise du rôle des acteurs** (équipe de projet et comité de pilotage), **du planning du projet, des méthodes de travail et du diagnostic de l'existant.** Ensuite, viennent les phases **de rédaction, de vérification et de validation** des procédures.

Afin de réunir les conditions de réussite du projet de formalisation des procédures, nous avons adopté **la méthodologie de travail** suivante :

- Sensibiliser l'ensemble des acteurs à la démarche et aux objectifs du projet (processus de travail, répartition des tâches, méthodologie à adopter...) ;
- Associer les utilisateurs à la rédaction des procédures, ce qui permet d'assurer la pertinence des documents produits et leur acceptabilité future par les services destinataires des procédures ;
- Animer des ateliers de formation aux techniques de rédaction et d'entretien (conception et validation des procédures) ;
- Exploiter et analyser la documentation concernant le processus : Circulaires, normes et référentiels...
- Utiliser une grille d'évaluation du contrôle interne ;
- Définir une première cartographie de procédures ;

Le diagnostic de l'existant consiste en une analyse détaillée du processus et une identification des dysfonctionnements et axes d'amélioration.

La phase d'enquête et de rédaction des procédures a consisté en :

- La prise de connaissance des références légales et réglementaires et notes de service régissant la procédure ;
- La détermination de l'étendue de la procédure et des règles de gestion¹⁰ ;
- La détermination des différents acteurs intervenant dans la procédure, pour consultation et concertation ;
- La réalisation des entretiens individuels sur la façon dont sont élaborées les activités relatives à la procédure. Lesdits entretiens ont été menés auprès :
 - ✓ Des responsables encadrants qui ont une vision d'ensemble de la procédure ;
 - ✓ Des opérationnels, afin d'acquérir une connaissance fine des procédures.
- L'élaboration d'une première ébauche du diagramme de cheminement de la procédure ;
- La soumission du diagramme auprès des personnes concernées et l'apport de modifications, si nécessaire ;
- La rédaction de la procédure à partir du diagramme adopté ;
- La soumission de la première version auprès des personnes concernées ;
- L'apport de modifications, si nécessaire avec reprise du circuit préalable ;
- La rédaction de la version provisoire (V_P).

La vérification des procédures rédigées consistait à soumettre la procédure auprès des personnes concernées, afin de :

- Contrôler que la procédure est clairement rédigée ;
- S'assurer que ce qu'on écrit est conforme à ce qu'on fait ;
- Vérifier son adéquation par rapport aux textes et orientations en vigueur ;
- Apporter des modifications, si nécessaire.

Une fois les procédures sont rédigées et vérifiées par l'équipe du projet, elles ont été soumises à la validation et l'approbation du comité du pilotage.

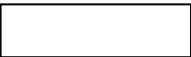
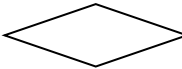

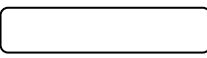
Après prise en considération de toutes les modifications demandées par ledit comité, la version finale de la procédure a été éditée (V_F).

10 Règles supplémentaires à observer dans le cadre de la procédure, telles les délais de gestion à respecter, le mode de traitement de la procédure.

La représentation par logigramme montre de manière synthétique l'ensemble des opérations à réaliser avec les responsabilités et les moyens documentaires correspondants.

Elle s'appuie sur les symboles suivants :

Tableau 2 : Description des symboles employés dans le logigramme

Symbole	Description
	Action
	Choix (décision)
	Document, produit, service
	Début /Fin

Le logigramme relatif à la procédure d'hospitalisation des patients suite à une urgence illustre les interactions qui existent entre deux grands sous processus au sein du CHUHII-Fès à savoir :

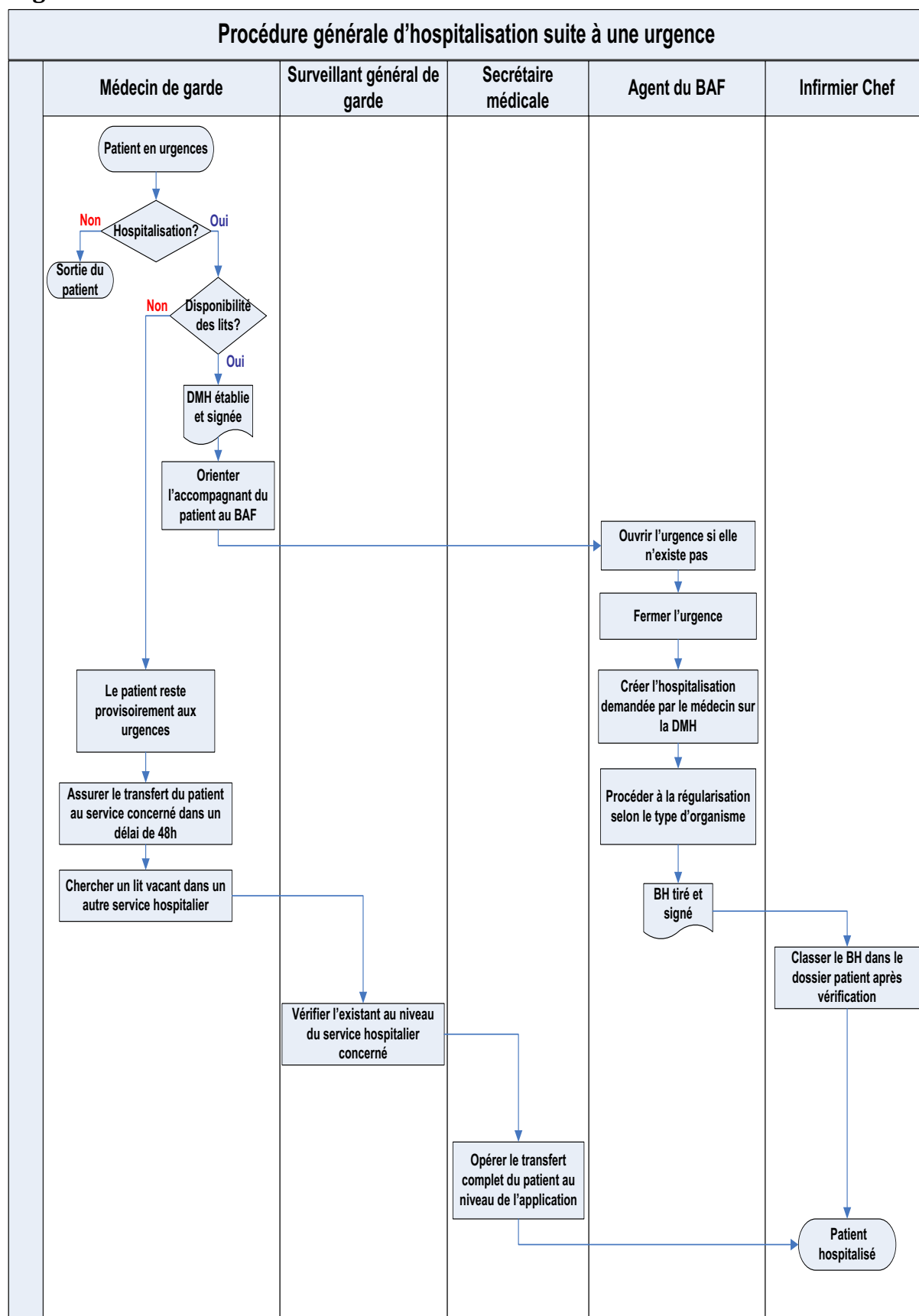
-Les urgences adultes ;

-L'hospitalisation dans les services cliniques : les services de médecine et les services de chirurgie.

Avant de présenter ce logigramme et pour faciliter sa lecture, il convient de présenter la légende :

Légende :

BAF	Bureau des Admissions et de Facturation
BH	Billet d'Hospitalisation
DMH	Décision Médicale d'Hospitalisation
IP	Index du Patient

Figure 3 : Logigramme relatif à la procédure générale d'hospitalisation suite à une urgence

L'introduction des procédures synthétisées en logigrammes garantit ainsi un contrôle par les moyens, seul mode possible et acceptable de contrôle pour tous les processus.

Après avoir exposé la modélisation par les processus, il incombe d'aborder maintenant la démarche basée sur la résolution des problèmes.

3.2 Démarche basée sur la résolution des problèmes

Seront abordés successivement les apports de la méthode, les faiblesses du processus de PEC de l'utilisateur aux services cliniques dont les causes sont analysées à l'aide de la méthode des 6M et les propositions d'amélioration.

3.2.1 Apports de la démarche

Cette méthode vise par définition à résoudre des problèmes et à améliorer les processus. Elle commence par un listing des problèmes à l'aide de la technique de brainstorming. Ensuite, vient l'étape de priorisation et de sélection d'un problème. De surcroît, on procède à l'énoncé du problème tout en constituant l'équipe qui va le traiter.

Parmi les outils qui permettent l'analyse de problème on peut citer l'organigramme de processus et le diagramme de cause-effet.

L'organigramme décrit le processus réel, implique les personnes ayant de l'information, offre une compréhension partagée du processus et découvre des problèmes potentiels ou des goulots d'étranglement.

De par son analyse, il est possible de savoir est-ce que chaque étape est nécessaire ? Où se situent les délais ? La séquence des étapes est-elle appropriée ? Y a-t-il des étapes qui manquent ?

L'organigramme de processus (premier et deuxième niveau) permet de visualiser le processus et partant fait ressortir des hypothèses de causes. L'identification des causes des dysfonctionnements, souvent multiples, se fait grâce à la construction « d'arbres de causes » qui permettent de remonter plusieurs niveaux de causalité pour chacune des difficultés observées.

La place de ces causes de dysfonctionnements dans le processus de prise en charge est analysée grâce à la méthode « des 6M », impliquant la réalisation d'un diagramme d'Ishikawa. Ce dernier permet de répartir les faiblesses en six rubriques considérées comme les six axes fondamentaux de la maîtrise d'un processus : matière, main d'œuvre, méthode, matériel, milieu et management.

En fin, il incombe de rechercher les actions d'améliorations possibles (plan d'action) tout en veillant sur leur mise en œuvre et sur la mesure des résultats.

Ceci étant dit, qu'en est-il du CHUHII-Fès ?

3.2.2 Les faiblesses du processus de PEC de l'utilisateur aux services cliniques :

Méthode des 6 M

A ce niveau nous allons traiter les cas des patients émanant des urgences et pour lesquels se pose le problème de disponibilité des lits. Pour les patients provenant du centre de consultations (sous processus services rendus à titre externe), le problème ne se pose pas en général du moment que les rendez-vous sont attribués par les médecins conformément à l'agenda du service hospitalier.

J'ai choisi d'étudier le flux qui suit le processus de prise en charge aux services cliniques, sans pour autant négliger les interfaces existantes entre ce flux et les le flux relatif aux urgences. En effet, suite à une urgence, le patient peut être orienté vers un service d'hospitalisation. L'accès aux filières d'aval (services cliniques) pour les patients du service des urgences (filière d'amont) pose problème de l'insuffisante connaissance des lits disponibles en interne, ce qui génère des délais d'attente.

Un service des urgences est d'abord confronté à un flux auquel l'activité du service est soumise. Il s'agit d'un flux poussé, et par là difficilement contrôlable et non maîtrisable. Toute la problématique des urgences consiste à gérer ce flux poussé.

Il est question d'en orienter une partie vers l'extérieur, et de convertir le reste en un flux tiré, par les services d'hospitalisation qui acceptent ou non de prendre en charge le patient. En effet, l'accès aux filières d'aval pour les patients du service des urgences peut être entravé par des lits indisponibles, ce qui génère des délais d'attente. **La gestion des flux à ce niveau consiste donc à mieux réguler l'amont et à mieux gérer l'aval. L'inadéquation entre les deux flux est à l'origine des considérables écarts de niveau d'activité qui caractérisent tous les services d'urgences.**

Un flux poussé plus important que le flux tiré génère :

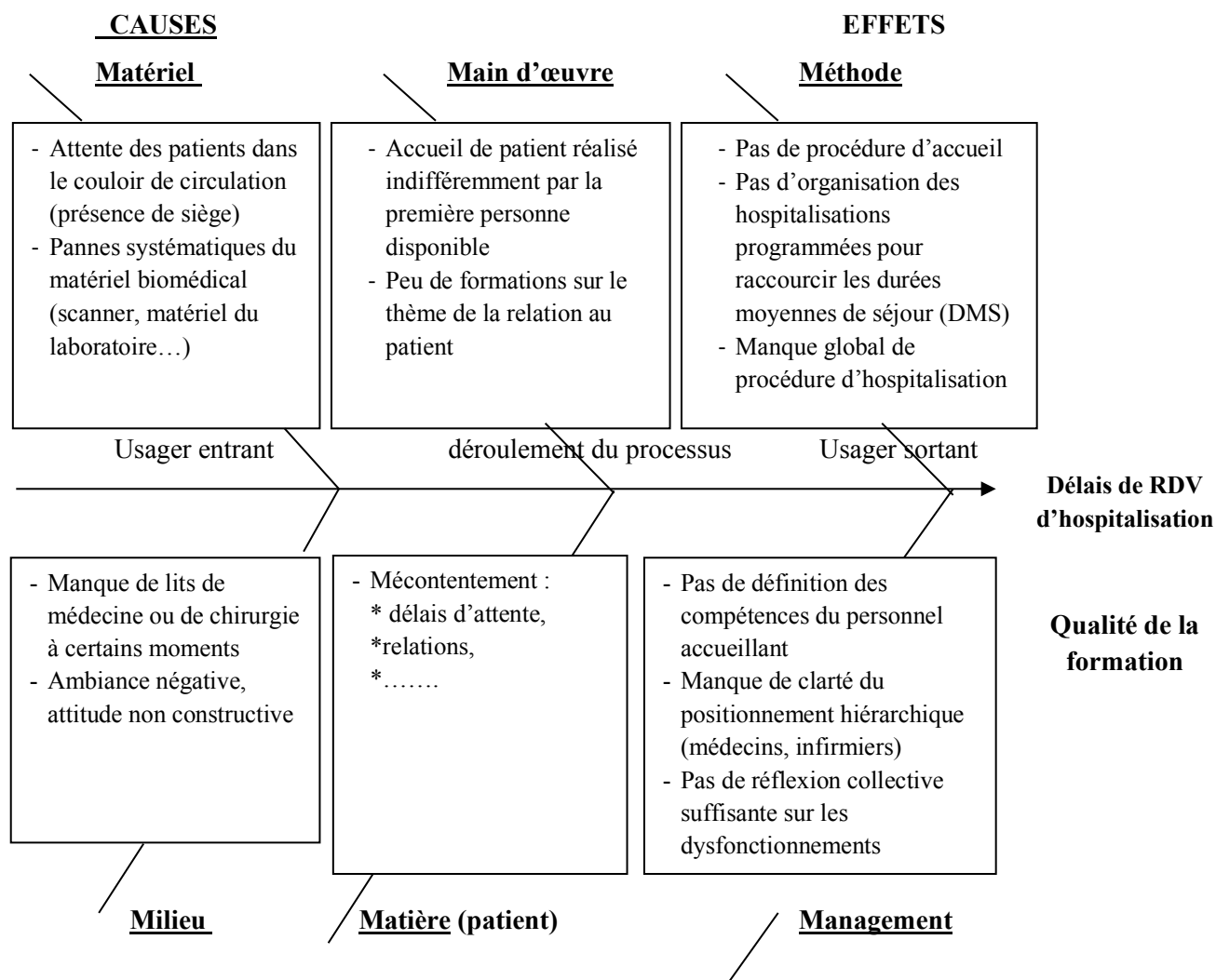
- Une stagnation des patients au niveau des salles de consultation et d'observation vu l'indisponibilité des lits pour les urgences au niveau des services d'hospitalisation ce qui entraîne des temps d'attente importants ;
- Une saturation des capacités d'accueil au niveau des urgences et des risques en termes de qualité des soins.
- Un mécontentement de l'utilisateur et une altération des conditions de travail des personnels ;

C'est le cas des urgences du **CHUHII-Fès** (niveau tertiaire) qui subissent une saturation plus que ceux dépendant des hôpitaux préfectoraux et provinciaux (niveau secondaire). Ceci s'explique par l'absence d'un système de régulation à l'échelle régionale sans oublier la dégradation de la prestation dans ces hôpitaux dont les médecins préfèrent souvent référer leurs patients au CHU (absence de garde résidentielle).

Cette situation a été préjudiciable aux services cliniques : ces services ayant vocation de faire des actes de niveau tertiaire¹¹ concentrent plus de la moitié de leur activité sur le suivi des actes post-opératoires des urgences, ce qui retentit négativement sur **les délais de rendez d'hospitalisation programmée** ainsi que sur **la qualité de formation des internes et des résidents** censés recevoir une formation de qualité dans ces services.

Compte tenu de la méthode des 6M impliquant la réalisation d'un digramme d'Ishikawa (causes/effets), les dysfonctionnements du processus de prise en charge de l'utilisateur aux services cliniques peuvent être schématisés comme suit :

Figure 4 : digramme d'Ishikawa (causes/effets) des dysfonctionnements du processus de prise en charge.



Source : confectionnée par nous même

¹¹ Nécessitant une compétence n'existant pas dans les autres niveaux.

3.2.3 Les propositions d'amélioration

Des solutions peuvent être envisagées pour remédier à ces faiblesses et maîtriser le processus.

Deux axes de réflexions majeures sont retenus le plus souvent :

- Une réflexion sur l'organisation de l'offre sur le territoire ;
- Une réflexion sur la gestion des hospitalisations programmées (les flux) ;
- Une réflexion sur l'encadrement et la dynamique managériale du service clinique.

➤ **Organiser l'offre sur le territoire**

Les centres hospitaliers universitaires sont devenus le point direct pour accéder au système de soins. La procédure normale est de passer par le centre de santé ou l'hôpital régional. Cette filière de soins devrait être respectée, et ce par :

- La concrétisation de la régulation en concertation entre les délégations régionales de santé et les CHU et par la hiérarchisation des soins (Schéma régional d'organisation sanitaire-SROS) ;
- L'institutionnalisation des SAMU¹² et la création des pôles SAMU, urgences et réanimation.

➤ **Améliorer la gestion des hospitalisations programmées**

Pour fluidifier les transferts des patients vers les services d'hospitalisation, il importe d'anticiper la disponibilité des lits pour les urgences par :

- Le recours aux services disposant de lits disponibles ;
- La mise de lits à disposition et la définition d'un « quota » de lits à disposition des urgences ;
- L'incitation des acteurs à créer un quota de lits par jour dédiés aux urgences.

Dans ce sens une cellule de veille peut être créée en vue de faire le point sur la fréquentation des urgences au cours de la semaine écoulée, de recenser les lits disponibles au sein des services cliniques (recensement informatique ou téléphonique selon des horaires), d'anticiper les flux d'admission et de sorties dans les différents services cliniques.

En mettant notamment en place des tableaux de bord permettant le suivi quotidien de l'activité du flux de patients fréquentant les urgences, cette cellule pourrait disposer d'outils d'aide à la décision. L'élaboration de tableaux de bord et la création d'indicateurs sélectionnés permettraient de mesurer les écarts d'activité et de préciser le degré de tension dans lequel se situe l'établissement.

Cette cellule veille aussi sur l'analyse du parcours du patient, des interfaces et des dysfonctionnements, notamment les séjours prolongés. Elle adapte les ressources aux besoins et intervient si nécessaire pour accélérer les sorties lorsqu'elles ont été

12 Services d'aide médicale d'urgence

médicalement prononcées. L'objectif étant de raccourcir les durées moyennes de séjour (DMS) des patients.

Parallèlement, il importe de réorganiser les admissions programmées pour améliorer l'aval des urgences en programmant convenablement ce qui peut attendre et en privilégiant l'hôpital de jour et la chirurgie ambulatoire.

➤ **Optimiser le management du service clinique et son organisation par :**

- La clarté du positionnement hiérarchique ;
- La réflexion collective sur les causes des dysfonctionnements ;
- La mise en place d'un véritable tandem chef de service/cadre de santé...

Cette réflexion sur l'encadrement et le management de l'organisation des services cliniques constitue un prérequis pour la déclinaison d'un plan d'action.

Tableau 3 : Plan d'action relatif au management du service des urgences

Objectifs opérationnels	Actions
-Lancement d'une dynamique managériale	-Formation au management -Elaboration d'un projet de service -Réflexion sur un tandem chef de service / cadre de santé
-Réflexion collective sur le processus de prise en charge, les modalités d'intégration des activités et les dysfonctionnements ; -Organisation d'un dialogue de gestion	-Réunions de service -Mise en place d'un groupe de travail (cercle de qualité) -Utilisation d'outils appropriés (processus, arbre des causes, 6M, Pareto...) ; -Audit flux-délais.

Source : Réalisé par nous même

Il semble donc que la gestion des flux est un outil au service de la qualité et de l'efficacité. Elle se présente même comme un prérequis de l'efficacité (Francis Gompel et Pascal Pouligny.2005)¹³ et permet de réaliser des progrès dans le domaine de la coordination de multiples intervenants lors de la prise en charge (Marie-Catherine

¹³ Francis Gompel et Pascal Pouligny.Op Cit.

Pham.2002)¹⁴. Il est par conséquent indispensable que l'organisation des services cliniques soit fondée sur cette logique de flux.

Conclusion et perspectives

Pour optimiser sa gestion et faire face aux mutations qui le traversent, le CHUHII-Fès recourt de plus en plus à la modélisation par les processus et aux démarches basées sur la résolution de problèmes. Cette modélisation offre un outil de représentation, de communication et d'analyse pour mettre en évidence les interactions entre les différents acteurs et les actions.

Ces démarches ont été appliquées aux services cliniques qui interagissent avec les urgences, notamment.

La structuration des services cliniques en flux patient permet d'augmenter l'efficacité du fonctionnement du service et d'améliorer la qualité de la prise en charge du malade. L'approche processus est le corollaire de la gestion par les flux. Elle rend le flux des malades plus gérable et offre à ces derniers une prise en charge plus personnalisée et plus adaptée.

Les recommandations préconisées dans cet article permettront d'enrichir la réflexion et de suggérer des actions permettant, à terme, d'optimiser la gestion du flux patient aux services cliniques.

Le contexte actuel est favorable à ce changement. Les mesures formulées par le ministère de la santé tendent à normaliser et de standardiser les services des urgences tout en hiérarchisant les soins, ce qui retentirait positivement sur la gestion des services cliniques.

14 Marie-Catherine Pham (2002) « La prise en charge du patient à l'hôpital : mieux gérer la complexité de la coordination des acteurs. Application des méthodes de gestion des flux et analyse de la valeur ». Mémoire EDH, Ecole Nationale de Santé Publique-France.

Bibliographie

Christophe Pascal (2003), « la gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de la valeur », Revue française de gestion, n° 146.

Christine Di Martinelly, Alain Guinet, Fouad Riane (2005), « Chaîne logistique en milieu hospitalier : modélisation des processus de distribution de la pharmacie », 6e congrès international de génie industriel – 7-10 juin 2005 – Besançon (France).

Francis Gompel et Pascal Pouligny (2005), « l'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité ». Gestion hospitalière, Mars. p199.

Jacques Colin, (1996), « la logistique : histoire et perspectives », Colloque Arfilog, Mars.

H Mathe et P Smith (1992) « la logistique des services », Revue Arts et Manufactures, Centraliens (n° 433), Janvier, p.20-23.

Marie-Catherine Pham (2002) « La prise en charge du patient à l'hôpital : mieux gérer la complexité de la coordination des acteurs. Application des méthodes de gestion des flux et analyse de la valeur ». Mémoire EDH, Ecole Nationale de Santé Publique-France.

Noémie Saint-Hilary (2005) « le processus de prise en charge et la dynamique de flux aux urgences. Etat des lieux et propositions pour le service d'UPATOU du CH de Lannion-Trestel ». Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique-France.

Younès Benanteur, Raphael Rollinger et Jean-Luc Saillour (2000) « Organisation logistique et techniques de l'hôpital », éditions, ENSP, p 92.