

Chantier Pilote 2004-11

MeaH Mission
nationale
d'expertise
et d'audit
hospitaliers

Revue et analyse des organisations du
transport interne de patients

Rapport de phase 3

Pierre-Etienne HAAS
Chargé de projet

Janvier 2007

Plan

| | |
|---|-----------|
| 1. AVANT-PROPOS | 3 |
| 2. DIAGNOSTIC : RAPPEL DES PHASES 1 & 2..... | 4 |
| 2.1 Description des organisations – phase 1 | 4 |
| 2.2 Ateliers de travail – phase 2..... | 5 |
| 3. PLANS D’ACTIONS PAR ETABLISSEMENT..... | 7 |
| 3.1 Etablissement H01 | 7 |
| 3.2 Etablissement H02..... | 8 |
| 3.3 Etablissement H03..... | 8 |
| 3.4 Etablissement H04..... | 9 |
| 3.5 Etablissement H05..... | 9 |
| 3.6 Etablissement H06..... | 10 |
| 3.7 Etablissement H07..... | 10 |
| 3.8 Etablissement H08..... | 11 |
| 3.9 Etablissement H09..... | 11 |
| 3.10 Etablissement H10..... | 12 |
| 3.11 Etablissement H11..... | 12 |
| 3.12 Etablissement H12..... | 13 |
| 3.13 Etablissement H13..... | 13 |
| 3.14 Etablissement H14..... | 14 |
| 3.15 Etablissement H15..... | 14 |
| 4. FICHES ACTIONS PAR THEMES..... | 15 |
| 4.1 Management | 16 |
| 4.1.1 Fiche 1 : rapprochement des équipes des blocs et du pool (H02) | 16 |
| 4.1.2 Fiche 2 : écriture d’un livret d’accueil du brancardier (H04)..... | 17 |
| 4.1.3 Fiche 3 : mise en place d’un tableau de bord de pilotage de l’activité (H07)..... | 18 |
| 4.2 Gestion informatisée..... | 19 |
| 4.2.1 Fiche 4 : informatisation du brancardage à l’imagerie (H03) | 19 |
| 4.2.2 Fiche 5 : consolidation de l’informatisation des demandes (H09) | 21 |
| 4.3 Organisation de l’activité..... | 22 |
| 4.3.1 Fiche 6 : autonomisation du déplacement des patients valides (H01)..... | 22 |
| 4.3.2 Fiche 7 : définition d’une nouvelle sectorisation des brancardiers (H02)..... | 23 |
| 4.3.3 Fiche 8 : développement du transport au bloc opératoire (H03)..... | 24 |
| 4.3.4 Fiche 9 : amélioration de la réactivité sans régulation centrale (H04) | 25 |
| 4.3.5 Fiche 10 : simulation de l’ouverture d’un nouveau bâtiment (H06) | 26 |
| 4.3.6 Fiche 11 : affectation de ressources dédiées sur un secteur (H08)..... | 27 |
| 4.3.7 Fiche 12 : refonte de l’activité par la création d’un pool régulé (H10) | 28 |
| 4.3.8 Fiche 13 : définition d’une organisation centralisée (H11) | 29 |
| 4.3.9 Fiche 14 : absorption de l’activité de transport pédiatrique (H12)..... | 30 |
| 4.3.10 Fiche 15 : création d’un poste dédié à la chirurgie ambulatoire (H14)..... | 31 |
| 4.3.11 Fiche 16 : gestion de l’interface avec le bloc opératoire (H14)..... | 32 |
| 4.3.12 Fiche 17 : évaluation des flux à la suite d’un transfert d’activité (H15) | 33 |
| 4.4 Relation Client / Fournisseur | 34 |
| 4.4.1 Fiche 18 : développement des relations client/fournisseur (H01) | 34 |
| 4.4.2 Fiche 19 : harmonisation de la demande de transport (H06)..... | 35 |
| 4.4.3 Fiche 20 : amélioration de l’accueil des patients (H09) | 37 |
| 4.5 Hygiène..... | 38 |
| 4.5.1 Fiche 21 : mise en place d’une politique de nettoyage des brancards (H07) | 38 |
| 4.5.2 Fiche 22 : évaluation des pratiques d’hygiène (H08)..... | 39 |
| 4.5.3 Fiche 23 : évaluation des pratiques d’hygiène (H12)..... | 40 |
| 4.5.4 Fiche 24 : évaluation des pratiques d’hygiène (H13)..... | 41 |
| 4.6 Gestion du matériel | 42 |
| 4.6.1 Fiche 25 : optimisation de la gestion des fauteuils roulants (H05) | 42 |
| 5. EVALUATION DE LA DEMARCHE MEAH | 44 |
| 5.1 Bilan méthodologique..... | 44 |
| 5.2 Ressenti des professionnels | 44 |
| 6. CONCLUSION | 46 |
| 7. PROCHAINES ETAPES | 47 |

1. AVANT-PROPOS

Ayant rencontré un certain nombre de difficultés relatives aux problématiques de transport interne de patients au sein d'autres missions, la MeaH s'est lancée dans une vaste étude de cette activité dans le cadre d'un chantier pilote, rassemblant 16 établissements partenaires avec l'appui de 3 sociétés de conseil, articulé autour de 3 phases. Les 2 premières phases consacrées au diagnostic et à la conduite d'ateliers de travail sur des thèmes spécifiques font d'ores et déjà l'objet d'un rapport diffusé en septembre 2006 (« rapport des phases 1 & 2 » téléchargeable sur www.meah.sante.gouv.fr).

Etablissements partenaires :

- Centre Chirurgical Marie Lannelongue ;
- Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil ;
- Centre Hospitalier Ambroise Paré ;
- Centre Hospitalier d'Argenteuil ;
- Centre Hospitalier de Blois ;
- Centre Hospitalier de Chambéry ;
- Centre Hospitalier de Dunkerque ;
- Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus Saint Raphaël ;
- Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux ;
- Centre Hospitalier Le Mans ;
- Centre Hospitalier Lyon Sud ;
- Clinique Ambroise Paré ;
- Clinique Saint Joseph Saint Luc ;
- Hôpital Européen Georges Pompidou ;
- Hôpital Privé d'Antony ;
- Hôpital Privé de l'Ouest Parisien.

Sociétés de conseil :

- Vector Services (chef de projet Philippe DEVILLERS) ;
- CNEH (chef de projet Pierre MARTINEZ) ;
- Adopale (chef de projet Jonathan KRIEF).



Dès lors, une 3^{ème} et dernière phase de définition et de mise en œuvre de plans d'actions, au regard des analyses et recommandations émises en phases 1 et 2, est lancée. Le présent rapport en relate les objectifs, la méthodologie ainsi que les résultats et difficultés auxquels ont été confrontés les acteurs du projet : par établissement, afin de mettre en exergue le lien et la cohérence entre diagnostic et actions, mais également sous forme d'un catalogue facilement exploitable par d'autres établissements souhaitant nourrir leur propre démarche des expériences du chantier. Notons que la MeaH envisageant de poursuivre son exploration du thème dans le cadre d'un futur chantier, aucun guide de « bonnes » pratiques ne sera publié à ce stade.

2. DIAGNOSTIC : RAPPEL DES PHASES 1 & 2

Cf. rapport des phases 1 & 2.

2.1 DESCRIPTION DES ORGANISATIONS – PHASE 1

Les établissements participant à l'étude forment un panel hétérogène, tant au niveau des structures (pavillonnaires, monoblocs), que de l'activité (en termes de nombre de lits : de moins de 200 lits à près de 1800 lits). Les modes de transport sont multiples et dépendent des caractéristiques des patients, des sites ou des situations :

- Le **transport pédestre** est en général baptisé « brancardage ». Il s'effectue avec 1 à 2 personnes (brancardier, accompagnateur), selon l'état de santé des patients ou les matériels de transport utilisés, parfois accompagné de soignants (sortie de bloc avec IADE, sortie de réanimation avec médecin anesthésiste, etc.). Les profils d'acteurs susceptibles de brancarder un patient ne sont pas soumis à réglementation et, selon les cas, on trouve des qualifications ASH ou AS ;
- Le **transport motorisé** est en général baptisé « ambulance ». Il regroupe deux types de transport assez différents : le transport couché en ambulance et le transport assis en VSL. Le transport assis s'effectue dans un véhicule proche d'un taxi ou d'un minibus avec un conducteur sans formation particulière et est destiné aux patients valides. Le transport couché s'effectue dans une ambulance, qui est un véhicule réglementé soumis à autorisation préfectorale, avec 2 personnes, dont l'une au moins doit être titulaire du brevet de Conducteur Ambulancier et est destiné aux patients en fauteuil ou allongés.

A noter que seuls 3 établissements disposent d'une activité de transport ambulancier.

La **durée moyenne** des transports mesurés varie de **5 minutes à 23 minutes** selon les sites (23 minutes = transport motorisé). Par ailleurs, selon la politique de l'établissement et l'éventuelle nécessité (lit...), le transport est effectué par 1 ou 2 brancardiers. Le **nombre moyen de brancardiers** par transport varie de **1 à 1,67**.

En fonction de la pathologie du patient, mais également de la politique de l'établissement, le transport peut être effectué grâce à plusieurs moyens de locomotion :

- Lit : 38% ;
- Brancard : 27% ;
- Fauteuil : 25% ;
- Valide : 10%.

La moyenne générale de **transports appareillés** sur l'ensemble du panel est de **31%**. En outre, les transports à **destination des pôles médico-techniques** représentent près de **59%** des transports mesurés :

- Radiologie : 26 % ;
- Bloc opératoire : 22 % ;

- Urgences : 11 % ;
- Autres : 41 %.

Dans la majorité des cas, c'est la direction des soins qui assure le management de l'activité de brancardage. 3 types d'organisation sont observés dans l'échantillon :

- Le **pool (2 établissements)** : l'ensemble des brancardiers est regroupé au sein d'une entité indépendante des services cliniques et médico-techniques. Les agents sont polyvalents et interviennent sur toutes les courses, à la demande des services. Une des variantes est le pool avec distinction de secteur : chaque jour, au sein du pool, un brancardier est affecté à un poste particulier correspondant à un secteur d'activité ;
- Les **équipes dédiées (6 établissements)** : chaque brancardier est affecté à un poste particulier ou correspondant à un secteur d'activité. Les agents ne sont pas polyvalents, ils sont dédiés à l'activité d'un service et n'en dérogent pas ;
- Le **mix pool & équipes dédiées (6 établissements)** : il existe un pool fonctionnant selon l'organisation décrite plus haut, ainsi qu'un certain nombre d'équipes dédiées qui ne se concentrent que sur une ou plusieurs UF très consommatrices de transports (imagerie, etc.).

Par ailleurs, 2 caractéristiques, indépendantes l'une de l'autre, définissent le pilotage de l'activité au sein de l'établissement :

- La **planification (5 établissements)** : les transports à réaliser sont connus à l'avance (J-1) et l'activité des brancardiers est ainsi arbitrée et planifiée en amont. Seuls les transports « allers » peuvent être planifiés, les retours ne pouvant se faire qu'au fil de l'eau, ce qui constitue le frein majeur de ce mode de fonctionnement (près de 50% des déplacements sont par définition des « retours à vide »...) ;
- La **régulation (6 établissements)** : la répartition de la charge de transports est faite en temps réel par une fonction régulation (couramment 1 poste de régulateur) qui affecte, en fonction des demandes, chaque course à un brancardier.

Enfin, la formation des brancardiers reste très disparate au sein du panel, puisque 50% des établissements ne proposent à leurs brancardiers **aucune sensibilisation à la manipulation des patients**. Par ailleurs, il est à noter que le contenu de cette formation semble très variable d'un établissement à l'autre, puisque sa durée peut aller de 1 à jusqu'à 20 jours lorsque celle-ci existe. Il n'existe pas de seuil de qualification requis pour exercer en tant que brancardier (cf. répertoire des métiers de la fonction publique http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/intro.htm). Toutefois, dans certains établissements, ce sont des aides soignants qui assurent le transport du patient ; s'il est communément admis que le transport du patient s'inscrit dans un acte de continuité des soins, rien dans la formation initiale ni dans le parcours professionnel n'est exigé en termes de formation et de capitalisation des compétences.

2.2 ATELIERS DE TRAVAIL – PHASE 2

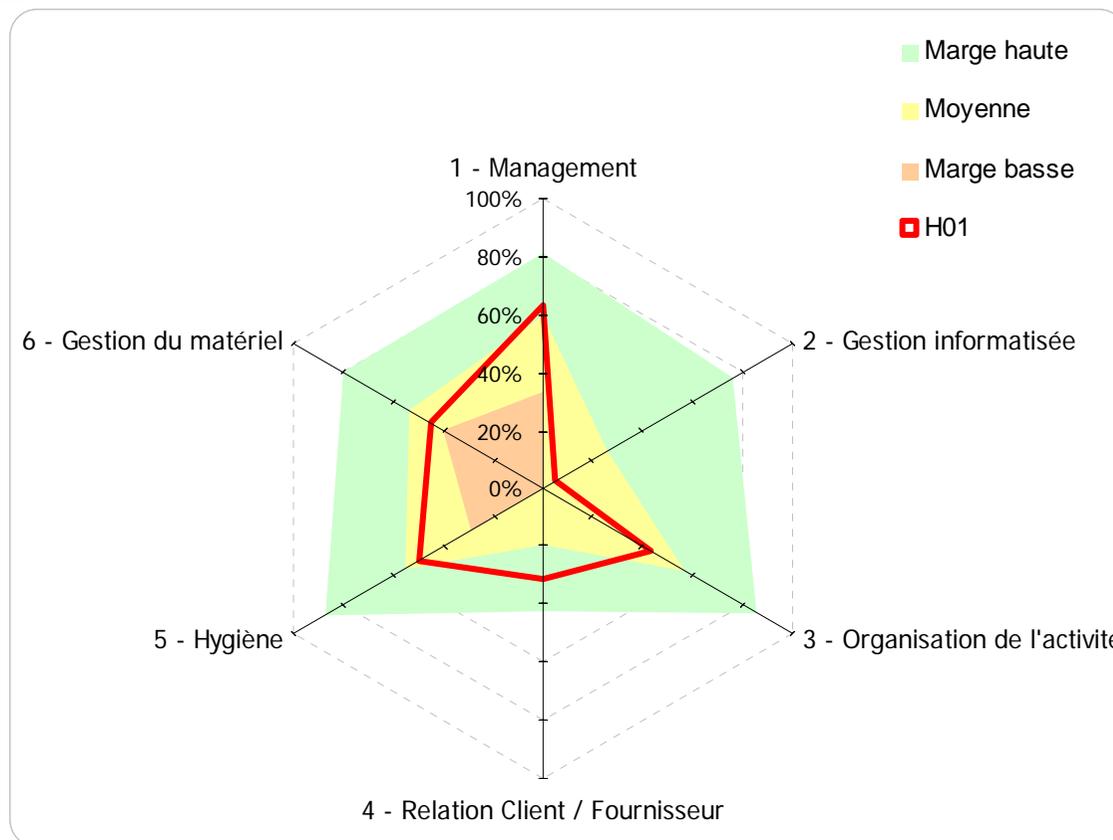
A l'issue des travaux menés durant la phase 1, il est décidé avec les professionnels d'approfondir 4 thèmes clés en constituant 8 ateliers de travail. Chaque atelier regroupe sur un thème précis les établissements considérés comme avancés sur le sujet ou ayant exprimé leur volonté d'y participer :

- Régulation (communication, SI) :
 - Thème 1 – Fonctions d'une régulation informatisée ;
 - Thème 2 – Gestion des transports non programmés ;

- Qualité :
 - Thème 3 – Gestion des équipes dédiées.
 - Thème 4 – Relation client fournisseur ;
 - Thème 5 – Hygiène.
- Gestion des ressources :
 - Thème 6 – Gestion des carrières ;
 - Thème 7 – Gestion quotidienne du service.
- Gestion des matériels :
 - Thème 8 – Gestion des ressources matérielles.

Le travail réalisé lors des ateliers a permis de définir un référentiel de mesure de la maturité des organisations de transport de patients 132 items correspondant à des bonnes pratiques constatées et/ou énoncées comme telles par les membres des groupes de travail ont été ordonnées en 6 groupes de bonnes pratiques. Chacun de ces groupes est décliné en axe d'évaluation, selon un questionnaire progressif au sein duquel la réponse à chaque question est obligatoirement OUI ou NON. Une réponse OUI vaut une bonne pratique. Les 132 questions se répartissent selon les 6 axes suivants :

- Management (27 items) ;
- Gestion informatisée (21 items) ;
- Organisation de l'activité (21 items) ;
- Relation client / fournisseur (19 items) ;
- Hygiène (24 items) ;
- Gestion du matériel (20 items).



Une présentation synthétique, sous forme de diagramme radar, a été retenue de manière à ce qu'un site puisse rapidement se positionner par rapport au panel (exemple ci-dessus du positionnement de H01). Il permet à l'établissement de considérer à la fois son degré de maturité sur chacun des 6 axes mais également de confronter son organisation au panel :

- Marge haute : meilleurs scores enregistrés par le panel des 14 établissements sur chacun des axes ;
- Moyenne : scores moyens enregistrés par le panel des 14 établissements sur chacun des axes ;
- Marge basse : plus faibles scores enregistrés par le panel des 14 établissements sur chacun des axes.

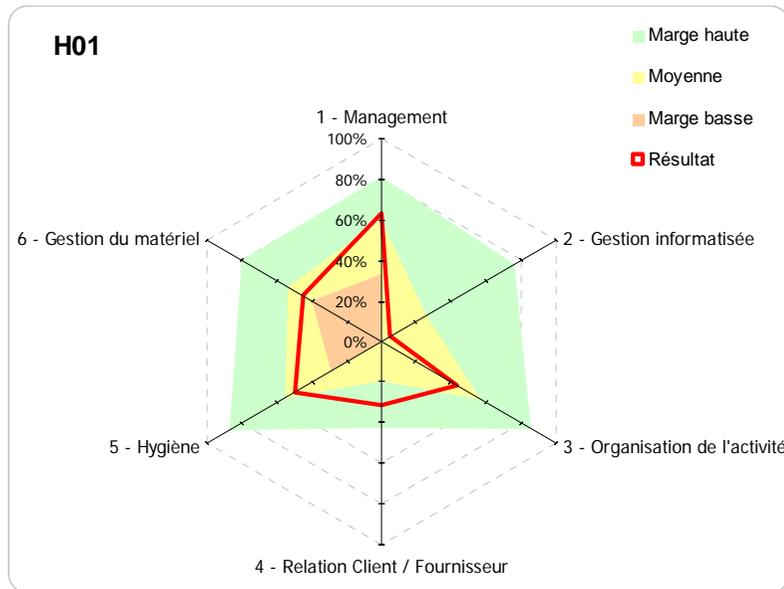
3. PLANS D' ACTIONS PAR ETABLISSEMENT

A l'issue de la phase de diagnostic, chaque établissement est amené à définir un plan d'actions, tenant compte des éléments suivants :

- Analyse et prise en compte par le chef de projet local des dysfonctionnements mis à jour par la phase de diagnostic, sur validation du chef d'établissement ;
- Recommandations des consultants au regard de l'expertise acquise par le suivi de plusieurs établissements en parallèle ;
- Arbitrage de la MeaH afin d'assurer une cohérence globale de la mission et fonction des possibilités offertes par le calibrage en termes de journées d'appui conseil.

Dès lors, nous présentons dans un premier temps les plans d'actions définis pour chaque établissement, afin d'en analyser la cohérence avec le diagnostic initial (évaluation de la maturité notamment), les résultats obtenus ainsi que les difficultés rencontrées. Dans un second temps, l'ensemble des actions est relaté plus longuement sous forme de catalogue organisé par thématiques et grands axes d'amélioration possibles.

3.1 ETABLISSEMENT H01



Au moment du démarrage de la mission, H01 se relève d'un plan social relativement lourd, encore frais dans les esprits. Petit établissement, H01 a des

difficultés à trouver un mode d'encadrement adapté à une équipe peu réactive aux demandes des services. En conséquence, l'action 1 s'attache à lancer la reconstruction d'une relation positive entre les services et le transport :

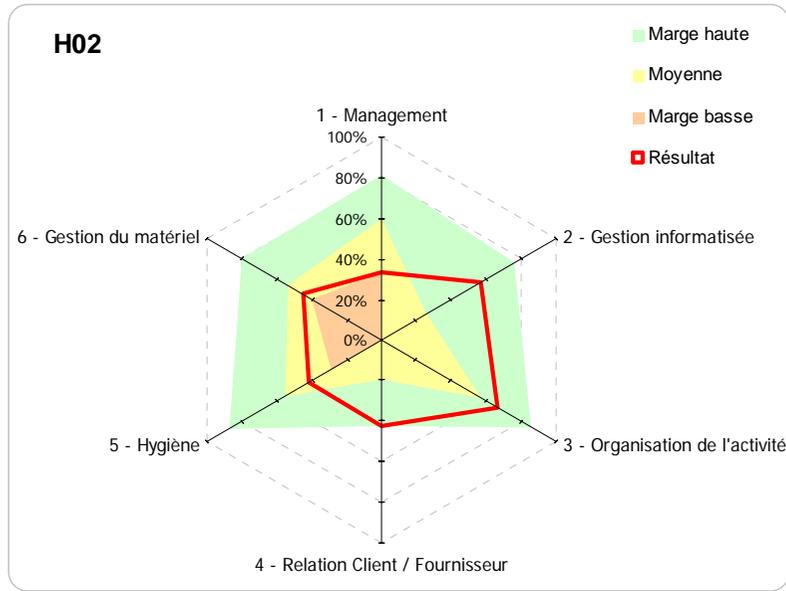
Action 1 : Développement des relations client/fournisseur (fiche 18, page 34).

H01 développe une activité chirurgicale lourde avec de nombreux examens (imagerie, exploration fonctionnelle, etc.) en préopératoire. Faute de synchronisation de la programmation de ces examens, les patients effectuent plusieurs fois par jour des allers-retours entre leurs chambres et les plateaux techniques, entraînant mécontentement et attentes multiples. Au regard de la proximité des lieux d'examen, H01 cherche à autonomiser les patients valides qui pourraient enchaîner eux-mêmes leurs différents examens sur certaines filières :

Action 2 : Autonomisation du déplacement des patients valides (fiche 6, page 22).

L'action 1 entre dans la dernière phase de son développement (mesure en routine des indicateurs d'engagements réciproques), avant déploiement du principe sur tous les secteurs adaptés. D'autre part, après une première phase de test concluante dans le cadre de l'action 2, la direction réfléchit à la mise en place d'un système de fléchage et de jalonnement pérenne.

3.2 ETABLISSEMENT H02

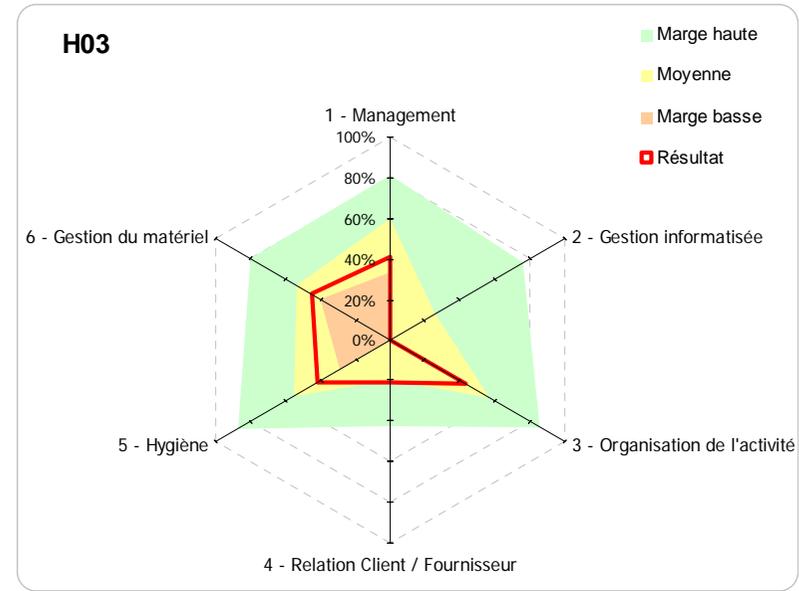


H02 est un site pavillonnaire, doté d'un réseau de galeries souterraines de grandes distances. Pour des raisons historiques, le brancardage est séparé en deux équipes étanches : une petite équipe spécialisée pour les blocs, pilotée par un cadre, et une grande équipe de pool, sectorisée, bénéficiant d'une régulation centrale informatisée. Le faible nombre de brancardiers des blocs, répartis sur 3 sites opératoires, rend difficile l'absorption des pics et des creux de charge ou de l'absentéisme exceptionnel :

- Action 1 :** Rapprochement des équipes des blocs et du pool (fiche 1, page 16) ;
- Action 2 :** Définition d'une nouvelle sectorisation des brancardiers (fiche 7, page 23).

A ce jour, l'hôpital hésite encore à isoler du pool les brancardiers nécessaires et préfère travailler sur une allocation partielle de moyens pour préserver la flexibilité du dispositif. Des outils spécifiques ont été mis à disposition du site pour imaginer et comparer divers scénarios d'organisation.

3.3 ETABLISSEMENT H03

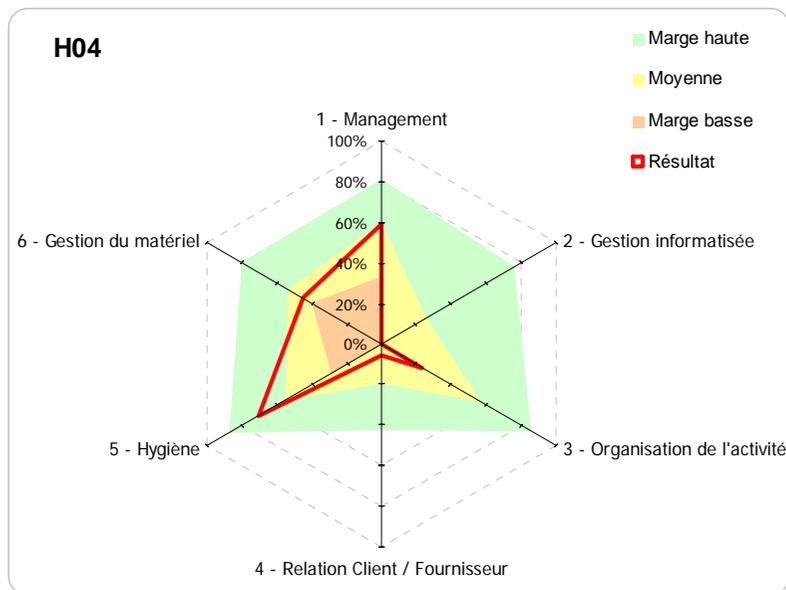


Le site est un monobloc de grande hauteur disposant d'une équipe de transport importante réunie dans un pool. Ce site commence à pratiquer une sectorisation dynamique : l'équipe centrale se redéploie quotidiennement pour faire face aux pics des différents secteurs. La définition des actions a été motivée par respectivement l'opportunité de l'informatisation de l'imagerie ainsi que la volonté d'inclure à l'activité de brancardage du bloc les endoscopies :

- Action 1 :** Informatisation du brancardage à l'imagerie (fiche 4, page 19) ;
- Action 2 :** Développement du transport au bloc opératoire (fiche 8, page 24).

L'absorption des activités supplémentaires du bloc a pu se faire sans difficulté notable. Par ailleurs, un tableau de bord relatif à l'imagerie a été mis en place rapidement : diffusé aux brancardiers, il commence à être utilisé par le groupe, bientôt par le service.

3.4 ETABLISSEMENT H04



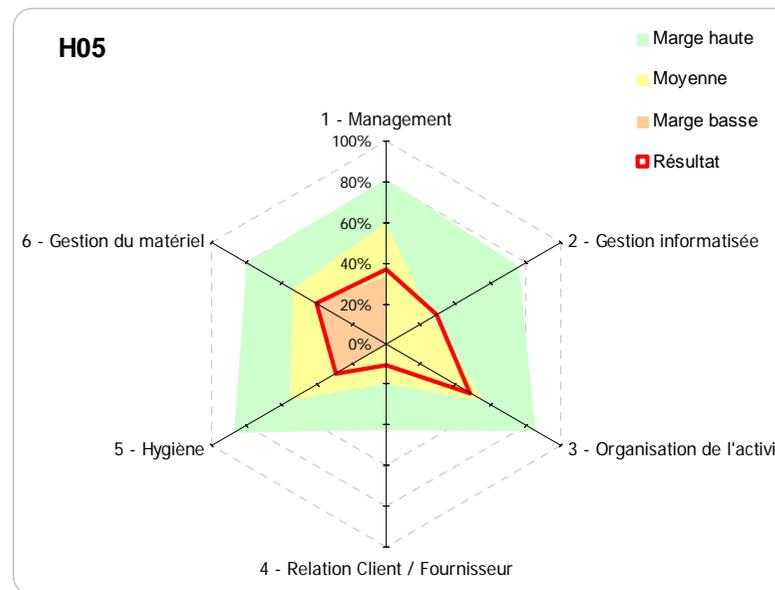
H04 dispose d'une petite équipe de transport centralisée, sans régulation, avec répartition des brancardiers par secteurs. Le site mise sur des recrutements de personnels peu qualifiés (principalement contrats aidés), ce qui rend délicat leur intégration dans un processus basé sur leur autonomie. Par ailleurs, les agents n'ont pas de moyen de contact direct avec les services induisant une réactivité aux demandes parfois assez faible :

Action 1 : Ecriture d'un livret d'accueil du brancardier (fiche 2, page 17) ;

Action 2 : Amélioration de la réactivité sans régulation centrale (fiche 9, page 25).

Un certain nombre de résultats a été atteint, notamment l'installation de postes téléphoniques sur des points névralgiques. En outre, de nombreuses incohérences issues des différences entre théorie et pratique (procédures définies par le management versus mise en oeuvre) ont été objectivées : la redéfinition du processus devra découler logiquement des réflexions engagées.

3.5 ETABLISSEMENT H05



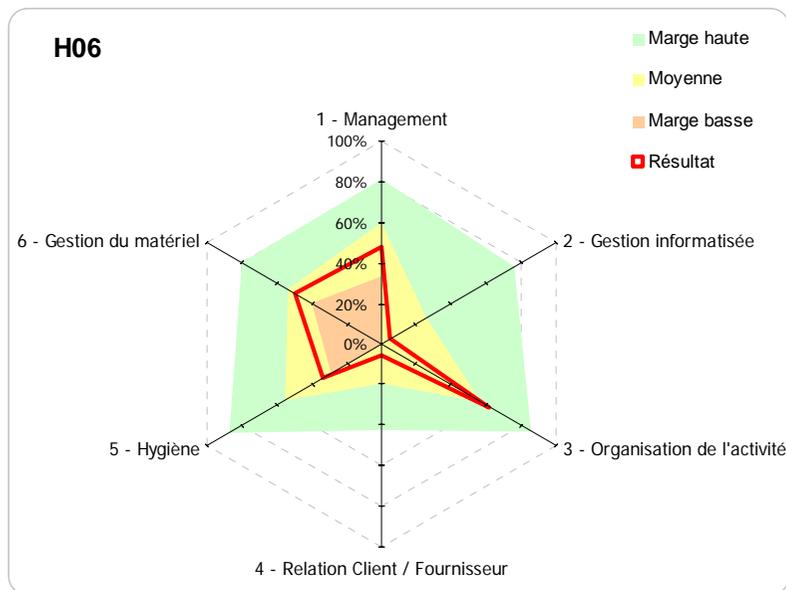
H05 est un site vaste avec en particulier deux bâtiments monobloc reliés par une galerie. Les transports incluent une partie motorisée et un pool de brancardage sectorisé par bâtiment, au bloc et à l'imagerie. L'analyse de phase 1 a mis en exergue le temps perdu à la recherche de fauteuils pour le brancardage assis des patients :

Action : Optimisation de la gestion des fauteuils roulants (fiche 25, page 42).

Cette action, impulsée par la seule problématique des fauteuils, a permis d'améliorer le fonctionnement global de la gestion du matériel. Il est à noter qu'un projet d'équipements supplémentaires est à l'étude par la direction.

Par ailleurs, la mise en place des pôles étant bien avancée sur le site, la question s'est naturellement posée de l'organisation du transport des patients dans ce nouveau contexte. Est-ce une fonction propre à chaque pôle ou une fonction support partagée ? La réflexion, d'ores et déjà engagée au sein de l'établissement, aura des répercussions notables sur l'organisation au quotidien du brancardage.

3.6 ETABLISSEMENT H06

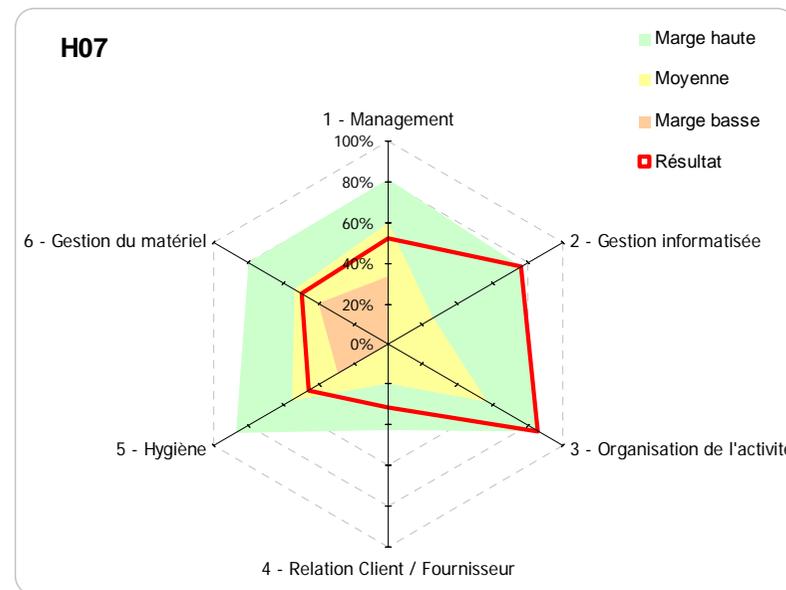


Le transport interne des patients sur H06, site très vaste largement pavillonnaire, intègre de nombreuses composantes : transport motorisé par des équipes internes ou sous-traité, transport pédestre, équipes spécifiques pour l'imagerie, pour les blocs opératoires, etc. Dans le cadre de son schéma directeur immobilier, H06 voit la création d'un nouveau bâtiment relié aux plateaux techniques par une galerie aérienne d'une centaine de mètres, partagée avec un flux de personnels. Afin d'anticiper les modifications organisationnelles, l'encadrement du transport a souhaité simuler l'impact de la création de ce bâtiment. Par ailleurs, le site a noté des délais de transport parfois important venant pénaliser l'exploitation de plateaux techniques critiques, comme le scanner, l'IRM ou la scintigraphie. Une action naturelle a consisté à redéfinir les processus concernés par ces circuits prioritaires :

Action 1 : Simulation de l'ouverture d'un nouveau bâtiment (fiche 10, page 26) ;

Action 2 : Harmonisation des demandes de transports (fiche 19, page 35).

3.7 ETABLISSEMENT H07



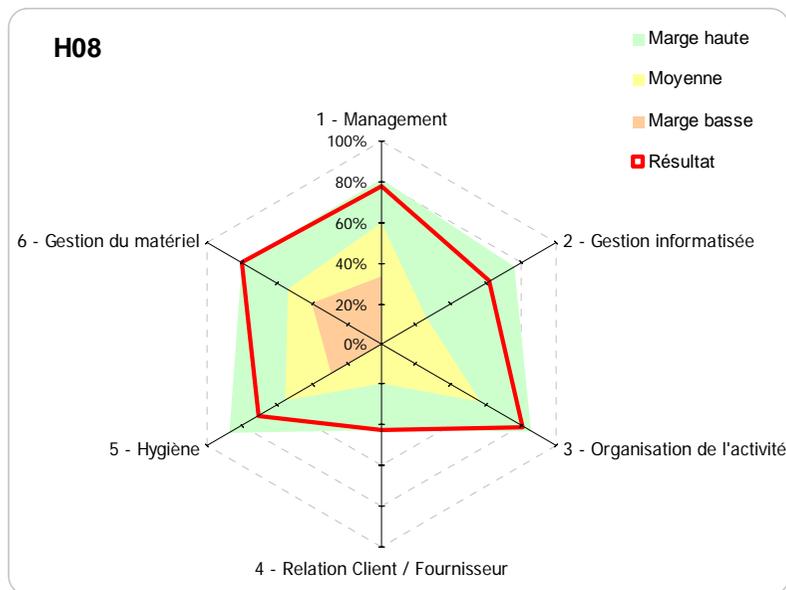
H07 est un site monobloc compact avec une intense activité opératoire et un pool central de transport performant (près de 2500 transports par semaine). La majorité des patients est transportée couchée en brancard. Le site a souhaité s'investir sur les 3 axes défaillants identifiés par l'analyse de la maturité. Le management opérationnel tout d'abord :

Action 1 : Mise en place d'un tableau de bord de pilotage de l'activité (fiche 3, page 18) ;

Par ailleurs, la gestion du matériel, et notamment le nettoyage des brancards, était notoirement défaillante : le site s'est investi sur une action d'envergure modeste, mais ayant impulsé une véritable démarche d'amélioration constante de l'ensemble des procédures.

Action 2 : Mise en place d'une politique de nettoyage des brancards (fiche 21, page 38).

3.8 ETABLISSEMENT H08

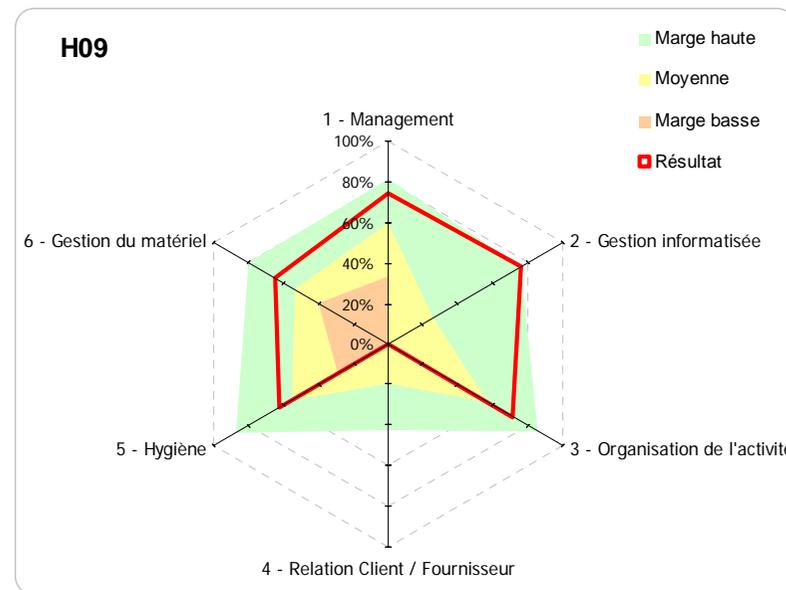


Très performant, le brancardage est réalisé sur H08 par une équipe motivée et professionnelle, bénéficiant d'une régulation efficace et d'une réelle politique de formation des agents. Il est à souligner que cet établissement est très avancé concernant la formalisation des relations type client / fournisseur avec les autres services. Les points à améliorer, identifiés à l'issue de la phase de diagnostic, sont relatifs à la complexité d'utilisation du logiciel utilisé, la rigidité des procédures établies ainsi qu'un problème d'engorgement bien spécifique avec le service d'imagerie, qui a d'ailleurs motivé la première action mise en œuvre :

- Action 1 :** Affectation de ressources dédiées sur un secteur (fiche 11, page 27) ;
- Action 2 :** Evaluation des pratiques d'hygiène (fiche 22, page 39).

Entretiens réguliers et points hebdomadaires ont été organisés entre les cadres des différents services. Des progrès restent à faire, notamment dans la démarche de reporting qui se heurte à un certain immobilisme.

3.9 ETABLISSEMENT H09

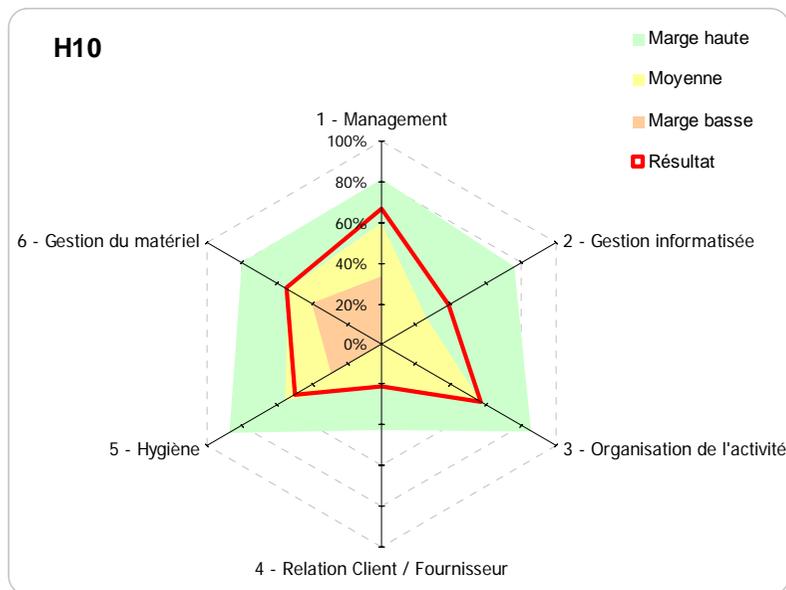


Organisée autour d'un pool de brancardiers, l'activité de transport interne est d'ores et déjà valorisée au sein de l'établissement. Réalisées par des équipes compétentes et au savoir-faire reconnu, les courses se répartissent de manière efficace en termes de charge de travail, avec un souci de performance en matière d'hygiène. Néanmoins, certains points restent encore à améliorer, notamment en ce qui concerne la régulation et l'ordonnancement des courses, les problèmes de confidentialité, ainsi que l'absence de collaboration avec les soignants des unités, caractérisée par le faible score de maturité « relation client/fournisseur » :

- Action 1 :** Consolidation de l'informatisation des demandes (fiche 5, page 21) ;
- Action 2 :** Amélioration de l'accueil des patients (fiche 20, page 37).

Couronnées de succès, ces 2 actions ont impulsé une véritable dynamique au sein des équipes, et notamment en rapprochant les brancardiers des équipes soignantes, fédérés autour d'objectifs communs.

3.10 ETABLISSEMENT H10

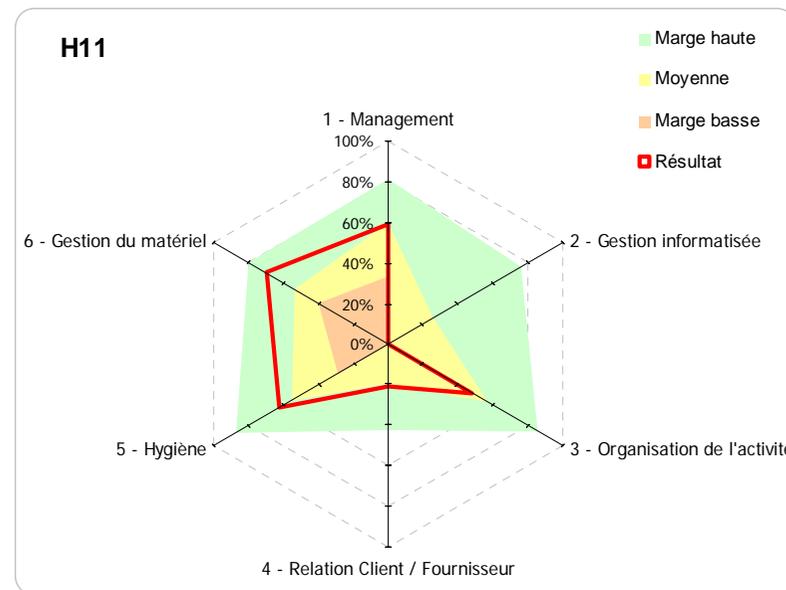


Un certain nombre de points forts caractérisent cet établissement : le professionnalisme des équipes, le respect de la dignité du patient mais également l'image positive de la fonction au sein de l'ensemble de la structure. Néanmoins, beaucoup de lacunes et de dysfonctionnements perturbent au quotidien cette activité organisée autour d'équipes dédiées : pas de démarche qualité, sectorisation inégale des ressources, manque de communication entre les services, insuffisance de brancardiers à l'heure d'ouverture du bloc, etc. Ainsi, confortée par le diagnostic des consultants, la direction décide de réorganiser entièrement la gestion de l'activité de transport interne :

Action : Refonte de l'activité par la création un pool régulé (fiche 12, page 28).

La démarche, ambitieuse, a pu aboutir dans les délais impartis. Les objectifs affichés ont été atteints, et la nouvelle organisation offre des premiers résultats tangibles et encourageants : le potentiel d'amélioration est probablement encore relativement important, le mécanisme est engagé.

3.11 ETABLISSEMENT H11

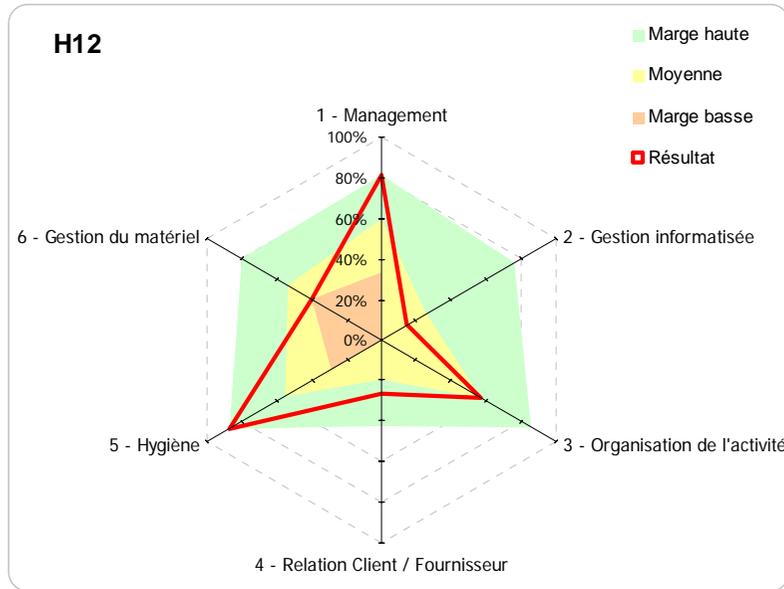


Le diagnostic mitigé de l'organisation du transport interne au sein de l'établissement H11 a été communiqué à un moment où climat social et conditions managériales rendaient peu opportune toute démarche de changement. Au moment où débute la phase 2 du chantier MeaH, un mouvement social dur est engagé. Un plan social (dit de retour à l'équilibre) plonge l'établissement dans une immobilité forcée des organisations pendant toute sa durée de réalisation. Dès lors, s'inscrivant pleinement dans les orientations du plan, une action est retenue :

Action : Définition d'une organisation centralisée (fiche 13, page 29).

Le travail de création de la nouvelle organisation s'appuie essentiellement sur les travaux communs issus de la démarche MeaH. Toujours en cours, la démarche verra ses premières applications concrètes dès janvier 2007.

3.12 ETABLISSEMENT H12

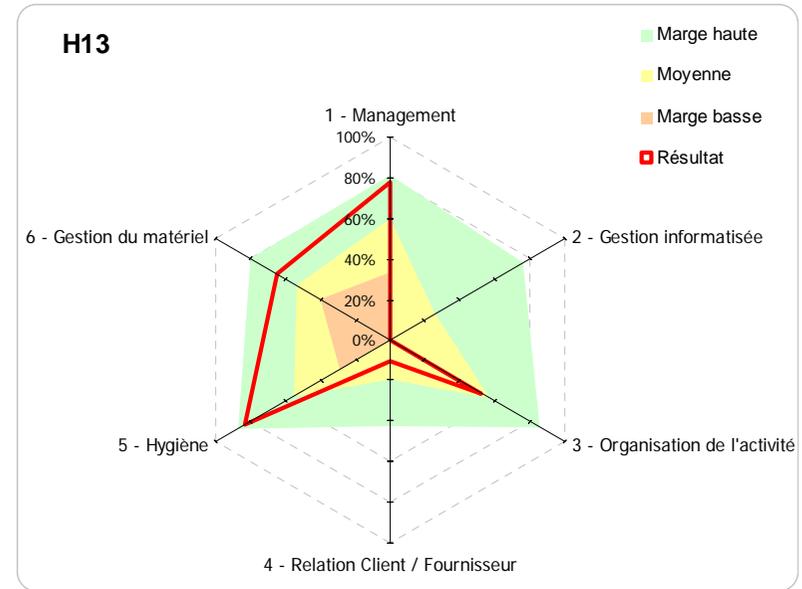


La fonction transport interne sur H12 repose essentiellement sur la qualité et la motivation des équipes en places. En effet, le respect des procédures, la conscience professionnelle des agents ainsi que les facilités liées à la gestion des ressources humaines compensent une régulation peu opérationnelle et un besoin évident de renforcement de l'activité liée au service des Urgences. Le plan d'action de cet établissement s'est porté sur une demande du service de pédiatrie qui a souhaité abandonner une activité de transport jusqu'alors gérée en interne, et également sur l'hygiène qui est une priorité de l'établissement, en dépit des excellents résultats révélés par l'analyse de la maturité :

- Action 1 :** Absorption de l'activité de transport pédiatrique (fiche 14, page 30) ;
- Action 2 :** Evaluation des pratiques d'hygiène (fiche 23, page 40).

La volonté de l'encadrement et de la direction de l'établissement de faire progresser et de communiquer autour des progrès accomplis dénote une forte motivation générale : une démarche vertueuse est engagée.

3.13 ETABLISSEMENT H13

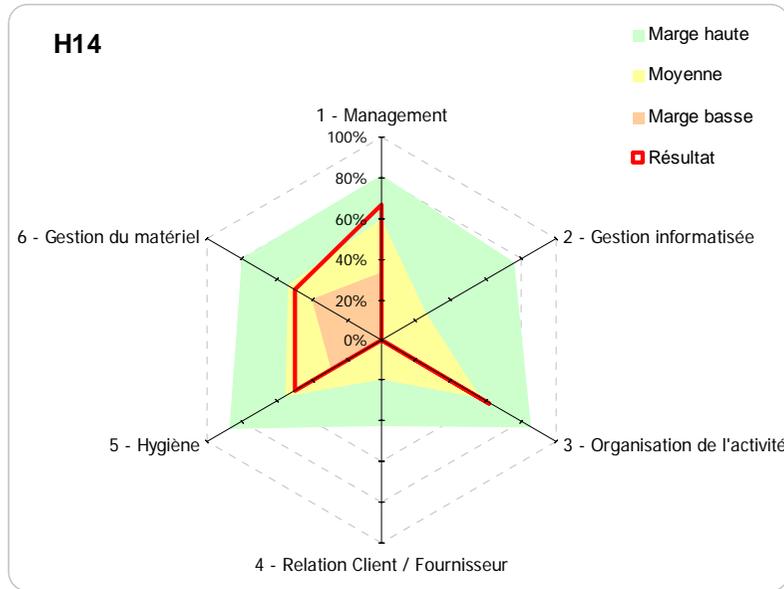


Le transport interne au sein de l'établissement H13 ne présente pas de dysfonctionnement majeur : assumé par des équipes dédiées à chaque service, expliquant de fait le faible score de maturité « relation client / fournisseur », la gestion des ressources tant humaines (motivation des acteurs, formation, intégration au sein des services) que matérielles ne pose pas de difficulté notable. Dès lors, en dépit de la très bonne évaluation faite sur les pratiques d'hygiène des brancardiers, l'établissement a souhaité aller plus avant en affinant ses protocoles et également en mettant en place une démarche d'évaluation des pratiques :

- Action :** Evaluation des pratiques d'hygiène (fiche 24, page 41).

S'il est confirmé à l'issue du chantier que l'ensemble des protocoles relatifs à l'hygiène est disponible et communiqué aux brancardiers, un certain nombre de pratiques peuvent encore faire l'objet d'améliorations, et notamment au niveau du lavage des mains.

3.14 ETABLISSEMENT H14



Basé sur une organisation mixte, l'établissement H14 est fort d'une équipe compétente, consciencieuse et motivée. Néanmoins, un certain nombre de points peuvent être améliorés, notamment concernant le rôle multi-tâches des agents (livraisons de colis, etc.), l'absence de régulation, la gestion des moyens matériels, l'hygiène, les relations avec les services « clients », tel que le montre le diagramme de la maturité. Afin d'impulser une dynamique plus orientée vers les services partenaires, 2 actions de réorganisation ont été menées dans le cadre du chantier MeaH :

Action 1 : Création d'un poste dédié à la chirurgie ambulatoire (fiche 15, page 31) ;

Action 2 : Gestion de l'interface avec le bloc opératoire (fiche 16, page 32).

Soutenue par la direction, la démarche a porté ses fruits et permis d'obtenir des résultats significatifs : prise en charge de flux supplémentaires de patients et solutions à la problématique d'hygiène au sein du bloc opératoire.

3.15 ETABLISSEMENT H15

L'organisation du transport sur H15 est particulière : il n'y a aucune équipe de brancardiers, les courses sont assumées par les soignants ou aides-soignants des services. Le principal avantage de ce dispositif est la qualité de prise en charge du patient, par du personnel qualifié. En revanche, un certain nombre de difficultés relatives à ce type de dispositif très cloisonné sont à signaler : personnel soignant détourné du soin, transports « retour » à vide systématiques, absence d'homogénéité dans les pratiques, peu de procédures partagées, organisation de nuit non définie, etc. Dès lors, une modification profonde de l'organisation des blocs opératoires (transfert de salles d'un bâtiment à un autre) modifie de manière substantielle les flux de patients. Ainsi, une évaluation des impacts sur l'activité de transport interne a été menée :

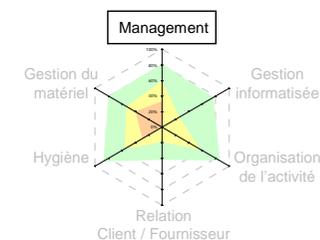
Action : Evaluation des flux à la suite d'un transfert d'activité (fiche 17, page 33).

Au-delà des résultats relatifs à la nouvelle organisation des blocs, cette étude a permis également de s'interroger sur la pérennité de l'actuelle organisation de transport du patient. Si la volonté unanime a été de ne pas remettre en cause l'existant, il n'en demeure pas moins qu'une réflexion sur une organisation alternative a été lancée.

4. FICHES ACTIONS PAR THEMES

| | |
|---|----|
| Fiche 1 : rapprochement des équipes des blocs et du pool (H02)..... | 16 |
| Fiche 2 : écriture d'un livret d'accueil du brancardier (H04)..... | 17 |
| Fiche 3 : mise en place d'un tableau de bord de pilotage de l'activité (H07)..... | 18 |
| Fiche 4 : informatisation du brancardage à l'imagerie (H03)..... | 19 |
| Fiche 5 : consolidation de l'informatisation des demandes (H09)..... | 21 |
| Fiche 6 : autonomisation du déplacement des patients valides (H01)..... | 22 |
| Fiche 7 : définition d'une nouvelle sectorisation des brancardiers (H02)..... | 23 |
| Fiche 8 : développement du transport au bloc opératoire (H03)..... | 24 |
| Fiche 9 : amélioration de la réactivité sans régulation centrale (H04)..... | 25 |
| Fiche 10 : simulation de l'ouverture d'un nouveau bâtiment (H06)..... | 26 |
| Fiche 11 : affectation de ressources dédiées sur un secteur (H08)..... | 27 |
| Fiche 12 : refonte de l'activité par la création d'un pool régulé (H10)..... | 28 |
| Fiche 13 : définition d'une organisation centralisée (H11)..... | 29 |
| Fiche 14 : absorption de l'activité de transport pédiatrique (H12)..... | 30 |
| Fiche 15 : création d'un poste dédié à la chirurgie ambulatoire (H14)..... | 31 |
| Fiche 16 : gestion de l'interface avec le bloc opératoire (H14)..... | 32 |
| Fiche 17 : évaluation des flux à la suite d'un transfert d'activité (H15)..... | 33 |
| Fiche 18 : développement des relations client/fournisseur (H01)..... | 34 |
| Fiche 19 : harmonisation des demandes de transport (H06)..... | 35 |
| Fiche 20 : amélioration de l'accueil des patients (H09)..... | 37 |
| Fiche 21 : mise en place d'une politique de nettoyage des brancards (H07)..... | 38 |
| Fiche 22 : évaluation des pratiques d'hygiène (H08)..... | 39 |
| Fiche 23 : évaluation des pratiques d'hygiène (H12)..... | 40 |
| Fiche 24 : évaluation des pratiques d'hygiène (H13)..... | 41 |
| Fiche 25 : optimisation de la gestion des fauteuils roulants (H05)..... | 42 |

Avertissement : les fiches actions présentées ci-après ne constituent pas un recueil de « bonnes » pratiques organisationnelles mais un compte-rendu détaillé de toutes les actions menées, des plus modestes aux plus ambitieuses.



4.1 MANAGEMENT

4.1.1 Fiche 1 : rapprochement des équipes des blocs et du pool (H02)

✚ Objectif

Permettre à la petite équipe du bloc de disposer d'une souplesse en termes de ressources pour pallier à l'absentéisme exceptionnel.

✚ Contexte

L'activité de transport interne se répartit sur 2 équipes : une équipe dédiée aux blocs opératoires et un pool de brancardier assurant la prise en charge de tous les autres transports.

Les activités chirurgicales sont éclatées sur 3 sites opératoires entre lesquelles se répartissent les brancardiers du bloc. En cas d'absentéisme de courte durée, le cadre n'a aucun recours pour disposer d'un ou plusieurs agents en complément. En revanche, le pool de brancardage peut, en cas d'absentéisme de courte et moyenne durée, piocher dans un vivier d'intérimaires pour compléter son dispositif.

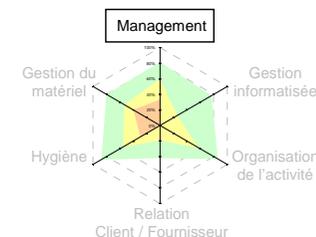
En outre, les deux équipes, pour des raisons historiques, cultivent un certain antagonisme. Les agents du pool sont spécialisés sur le transport des patients, tandis que les agents du bloc font d'autres types de transport (laboratoire) ainsi que des actions sortant du périmètre du transport interne (stock, rangement des arsenaux, etc.). Les modes de régulation sont également très différents : pilotage visuel par le cadre responsable des flux au bloc, pilotage téléphonique par la régulation informatisée pour le pool (sauf pour certains secteurs où le pilotage des brancardiers est délégué aux soignants de terrain, par exemple urgences et imagerie).

✚ Méthodologie

Des réunions d'explication à destination des cadres et brancardiers sont programmées. Dans un second temps, des opérations « *vis ma vie* » d'1/2 journée ont été organisées : les brancardiers et régulateurs du pool passent à tour de rôle une demi journée au bloc, les ressources équivalentes du bloc faisant l'inverse. La confrontation des expériences ainsi que la prise de conscience réciproque des difficultés et contraintes de chacun est le meilleur catalyseur de changement.

✚ Résultat

La fusion des deux équipes n'étant pas envisageable à court terme, le site a identifié les personnels du pool qui seraient compétents pour aider les équipes du bloc en cas de besoin. En cas de dysfonctionnement (absentéisme de courte ou moyenne durée, ou pic de charge anticipé), le cadre du bloc peut demander au pool de lui envoyer les ressources nécessaires. Si cette délocalisation devait durer, le pool pourrait compléter son effectif par des intérimaires. Il est à noter que la passerelle inverse n'est à ce jour pas mise en place.



4.1.2 Fiche 2 : écriture d'un livret d'accueil du brancardier (H04)

Objectif

Apprendre aux nouveaux arrivants les grands principes de l'organisation du brancardage sur le site concerné.

Contexte

Le site a comme politique de ne recruter pour le brancardage que du personnel peu qualifié à travers des contrats aidés, entraînant des rotations rapides de personnels et un niveau faible de connaissance du métier à l'arrivée.

Méthodologie

La démarche retenue pour cette action est très participative, avec la présence des principaux acteurs du transport interne (management et agents). Cette démarche, très innovante pour les participants, a nécessité une période d'adaptation : plusieurs réunions ont été nécessaires pour établir le plan du livret d'accueil et se partager la rédaction des différentes parties. Une relecture critique en groupe et une volonté de lisibilité par la recherche d'éléments graphiques a demandé également un effort particulier.

Résultat

Le livret, 10 à 12 pages, mentionne plusieurs rubriques : équipe, site, déroulement d'un transport, hygiène, manutention, etc. A ce jour, celui-ci est en cours de mise en page et attend les dernières illustrations et mises en forme, notamment le plan du bâtiment. Au-delà de la réalisation du document, le travail effectué a permis de mesurer l'écart entre la connaissance théorique du fonctionnement qu'avait l'encadrement et la réalité du terrain décrite par les brancardiers. Cette confrontation a permis d'identifier des failles sur certains aspects de l'organisation, comme le nettoyage, les circuits ou la répartition des tâches. La démarche a donc rempli un objectif double : présenter aux nouveaux arrivants la réalité de l'organisation tout en fournissant matière à la refonte de nombreux processus.



L'équipe de brancardage

18 agents au total

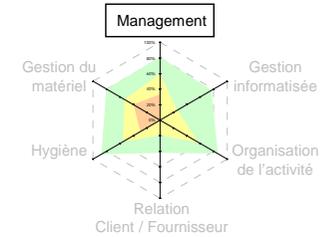
Les horaires de fonctionnement :

- Hors saison estivale : 7h à 22h
- Période estivale : 7h à 24h la semaine
7h à 1h du matin, le dimanche et le lundi

Après ces horaires, c'est la centrale de nettoyage (bip 360) qui assure le brancardage de nuit.

La répartition de l'équipe :

- Deux agents au Bloc Opératoire, bip 344
 - l'un de 7h à 15h
 - l'autre de 7h30 à 15h30
- Deux agents Imagerie Médicale Urgence, bip 345
 - l'un de 7h30 à 15h30
 - l'autre de 8h30 à 16h30 sauf le mardi de 8h à 16h
- Deux agents Consultation / Endoscopie, bip 346
 - l'un de 7h30 à 15h30
 - l'autre de 9h à 17h
- Un agent interne au bloc opératoire
 - de 8h à 16h
- Trois agents l'après-midi assurent l'ensemble de l'activité
 - deux de 13h40 à 21h40
 - l'autre de 14h à 22h



4.1.3 Fiche 3 : mise en place d'un tableau de bord de pilotage de l'activité (H07)

Objectif

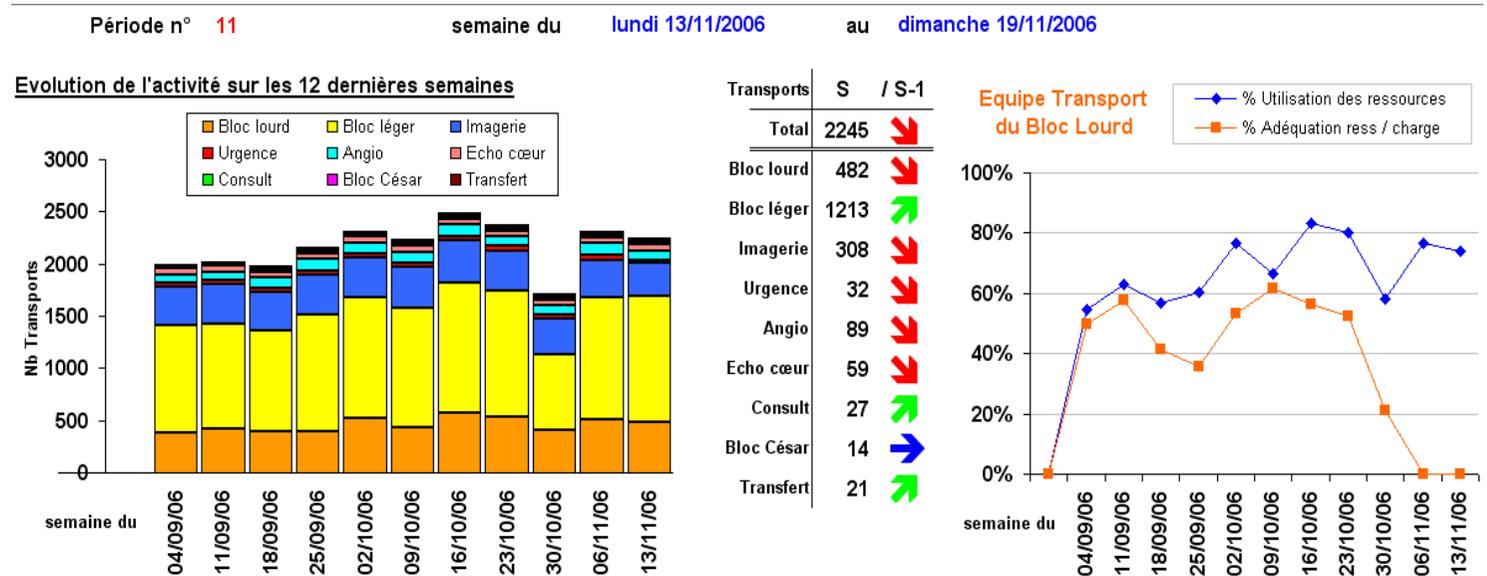
Disposer d'un tableau de bord à rafraîchissement automatique pour suivre l'activité et quelques indicateurs de qualité de la prestation de transport des patients.

Contexte

L'encadrement de terrain du transport ne dispose pas d'un recensement de l'activité, ni d'un suivi de la qualité produite, et se trouve souvent à justifier du nombre d'agents dans l'équipe. En outre, le nettoyage est en train d'être organisé de manière plus systématique, non sans difficulté : l'impact des nouvelles pratiques sur la performance de la prise en charge au quotidien doit pouvoir être objectivée par l'encadrement.

Méthodologie

- Recensement des différentes dimensions qui composent un tableau de bord du brancardage et définition des indicateurs correspondants ;
- Développement d'un outil graphique paramétré pour analyser et suivre ces indicateurs au jour le jour ;
- Proposition d'une mise en page synthétique adaptée au suivi hebdomadaire, à la communication auprès de l'équipe et de la hiérarchie et à l'animation de réunion de suivi.

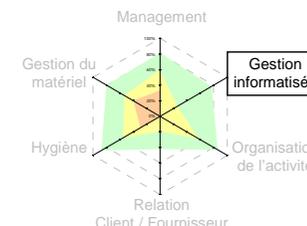


Résultat

- Le tableau, sous Excel, a été rapidement conçu et livré au site. Une formation rapide a permis à l'encadrement de le maîtriser ;
- Les données d'activité des secteurs hors bloc sont recensées chaque jour par les brancardiers à la fin de leur journée ;
- L'activité quotidienne du bloc est extraite en routine par l'encadrement et intégrée dans l'analyseur automatique d'adéquation charge / ressource ;
- Les réunions de service vont maintenant être mises en place de manière régulière et structurée.

4.2 GESTION INFORMATISEE

4.2.1 Fiche 4 : informatisation du brancardage à l'imagerie (H03)



Objectif

Profiter de l'informatisation de l'imagerie pour informatiser en temps réel le transport des patients, de façon à disposer d'un suivi de l'activité et d'une mesure des délais de prise en charge et de transport.

Contexte

Le site déploie un dispositif informatique pour son plateau d'imagerie conventionnelle et lourde. Ce dernier se substitue petit à petit aux demandes d'examens papier. Il inclut des fonctionnalités pour le suivi du brancardage, à partir d'un poste central à l'imagerie :

- Les techniciens demandent les descentes de patients grâce à une interface depuis chaque salle ;
- Les sorties de salle des patients génèrent automatiquement une demande de retour ;
- Les brancardiers indiquent depuis un poste central les courses qu'ils assurent ;
- Les temps saisis dans le système sont automatiques et correspondent à l'heure de saisie.

Méthodologie

- Définition du processus cible. Analyse des dysfonctionnements et des distorsions du processus nominal avec quelques brancardiers ;
- Conception d'un tableau de bord de suivi automatisé à partir des extractions du système d'information ;
- Partage, diffusion restreinte du tableau de bord aux brancardiers ;
- Utilisation du tableau de bord pour conduire des actions de fiabilisation du dispositif puis d'amélioration de la prestation.

Résultat

L'analyse des premières extractions a permis de confirmer le potentiel très intéressant de cette solution pour un suivi du brancardage mais aussi de découvrir un certain nombre de difficultés. En effet, au-delà des freins traditionnels au changement, et de la difficulté, dans le cas présent, de maintenir un double système papier + informatique, la mise en place de cette informatisation génère un certain nombre de déviations organisationnelles qui pénalisent la démarche, déviations inhérentes à toute mise en place de nouvelles modalités de travail, mais pour lesquelles il faudra trouver rapidement des solutions. Par exemple, l'informatisation des brancardiers n'est pas nomade mais est centralisée à l'imagerie. Par ailleurs, les techniciens demandent la descente de plusieurs patients car l'ordre de passage en radiologie conventionnelle importe peu. Les brancardiers vont donc chercher les patients avec plusieurs demandes pour pouvoir prendre un autre patient si le premier n'est pas prêt, dans la louable intention d'économiser leurs pas et de fournir un patient à l'imagerie. En conséquence :

- Soit le brancardier indique au départ qu'il prend en charge deux demandes, n'en effectue vraiment qu'une et l'horaire de départ de la seconde est faux ;
- Soit le brancardier ne fait aucune saisie au départ, et renseigne a posteriori la course qu'il a vraiment effectuée, mais la saisie est délicate.

Le projet de tableau de bord initial était focalisé sur l'objectif de disposer d'un suivi temps réel de l'activité et des délais. Il a rapidement évolué avec l'ajout d'un second volet consacré à l'utilisation du système d'information par les brancardiers et par les techniciens de l'imagerie. C'est ce deuxième volet du tableau de bord qui est utilisé aujourd'hui pour piloter le changement, les informations du premier volet étant pour l'instant faussées par une mauvaise qualité de saisie. Dès lors, le tableau de bord, partagé avec les brancardiers et les techniciens depuis 3 mois, a permis de sensibiliser les acteurs à l'importance d'une saisie correcte et d'améliorer puis stabiliser 4 indicateurs de pilotage.

Des améliorations plus importantes sont maintenant attendues de l'installation d'un terminal brancardier à proximité du point de départ du service et non plus dans le local central de l'imagerie, parfois trop loin des patients pour permettre une saisie en temps réel. Des réunions plus opérationnelles de lecture et d'appréciation des éléments du tableau de bord vont être mises en place toutes les deux semaines.

Présentation du tableau de bord

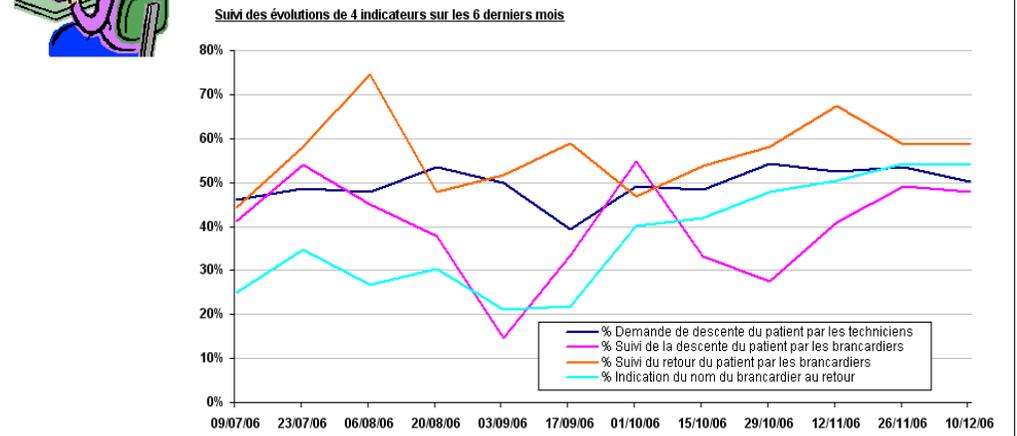
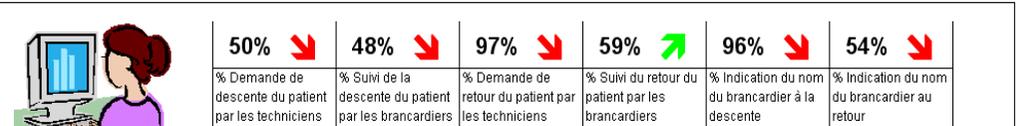
Le tableau de bord (format Excel, ci-contre) analyse, chaque quinzaine, une extraction standard des informations du système. Cet outil a été mis à disposition du site et s'avère parfaitement maîtrisé par l'encadrement. Le tableau développe deux volets d'informations :

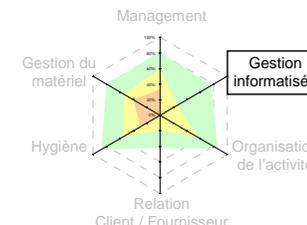
- Un premier volet est consacré à l'analyse des durées et délais à chaque étape de la prise en charge des patients. Les valeurs moyennes sur la période sont données ainsi qu'une flèche indiquant l'évolution de cette grandeur par rapport à la quinzaine précédente ;
- Un second volet est consacré à l'utilisation du système d'information. Les indicateurs correspondent à un % de saisies, 100% indiquant le potentiel maximum atteignable. Ainsi, dans cet exemple, on peut lire que seulement 50% des demandes de descente de patients sont faites sur le système par les techniciens. Ces 50% représentent 100% de la cible atteignable ; pour autant, seulement 48% de ces demandes informatisées sont suivies grâce à l'informatisation (soit au total 24% des patients).

Quinzaine du **lundi 27/11/2006** au **dimanche 10/12/2006** Activité de l'imagerie - Salles A à D **1 155** patients au total
 dont **520** patients avec transport soit **45%**



SAISIES DANS LE R.I.S. DES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE





4.2.2 Fiche 5 : consolidation de l'informatisation des demandes (H09)

Objectif

Étendre l'informatisation des demandes à tous les circuits de demande et tous les créneaux horaires, exploiter les informations collectées à la fois pour le pilotage opérationnel et le suivi d'activité.

Contexte

L'informatisation des demandes de brancardage permet dorénavant aux services d'avoir une réponse rapide, au régulateur de distinguer les demandes urgentes (délai de 10 minutes), normales (délai de 20 minutes) ou programmées, et de consolider les informations nécessaires au transport (moyen matériel, nom du patient, numéro de chambre, etc.). Cependant, quelques difficultés doivent encore être levées.

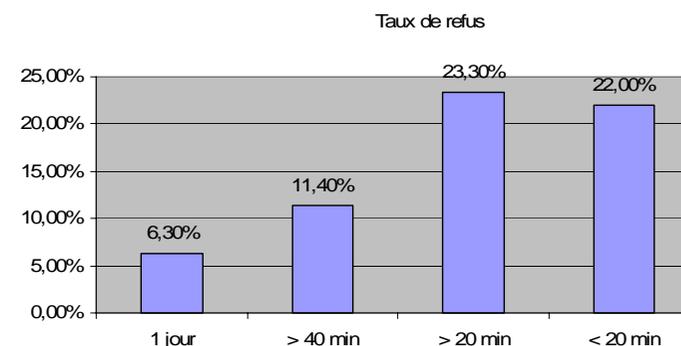
Difficultés

- Le service d'imagerie n'est toujours pas concerné : un problème d'interface entre 2 logiciels a rendu impossible une quelconque avancée sur ce sujet ;
- La demande informatisée est disponible uniquement aux heures de présence de la régulation (9h – 17h) : un travail concernant une réorganisation de la fonction régulation est entamé ;
- L'enregistrement de l'activité ne se fait pas en temps réel (le brancardier signale l'heure de fin de mission à son retour dans la pièce de la régulation) : l'acquisition de PDA pour chaque brancardier leur permettra à terme d'indiquer immédiatement qu'un patient est pris en charge, et que cette prise en charge est terminée ;
- La base de données générée par l'activité n'est pas exploitée : un rapport mensuel est dorénavant produit automatiquement, précisant des indicateurs suivis en routine (nombre de transports, répartition par niveau d'urgence, courbe d'activité horaire, ventilation des destinations, etc.).

Résultat

L'informatisation des demandes de brancardage est un succès au sein du pool :

- Tout d'abord, cette étape s'inscrit pleinement dans la valorisation et l'optimisation de l'activité de transport interne voulue par l'établissement ;
- Par ailleurs, l'intérêt de programmer les demandes a été démontré aux services, comme l'indique le graphique ci-contre, relatant le taux de transports non pris en charge par l'équipe de brancardage en fonction de l'anticipation de la demande (seulement 6,30% des demandes effectuées 1 journée à l'avance ont fait l'objet d'un refus) ;
- Enfin, le rapport produit mensuellement permettra à l'avenir un pilotage plus incitatif de l'activité, par des objectifs (exemple : zéro refus pour les transports demandés la veille au plus tard, contre 6,3% sur le graphique ci-contre).



4.3 ORGANISATION DE L'ACTIVITE

4.3.1 Fiche 6 : autonomisation du déplacement des patients valides (H01)

Objectif

Diminuer le délai de certains circuits simples et répétés en autonomisant le patient valide, et ainsi alléger la charge des brancardiers et optimiser le circuit des patients.

Contexte

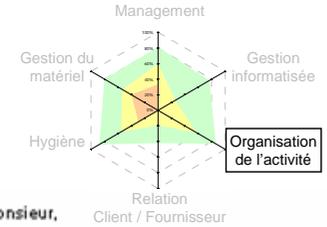
Certaines caractéristiques propres à H01 – proximité des plateaux techniques, majorité de patients valides, examens ne nécessitant pas de dossiers médicaux, etc. – ont rendu concevable un circuit simple et fléché que les patients pourraient emprunter de manière autonome afin d'enchaîner les examens sans délais aux différents plateaux techniques.

Méthodologie

- Identification d'un circuit test : l'enchaînement « radio thorax + exploration fonctionnelle + fibroscopie » concerne une 10^{aine} de patients valides par jour ;
- Sensibilisation des soignants de l'unité de départ ainsi que des plateaux techniques concernés par l'accueil de ces patients ;
- Mise en place d'un fléchage temporaire à destination des patients ;
- Elaboration de supports de communication adaptés aux patients (plan d'accès, explication) doublés d'une enquête satisfaction et d'une mesure des délais ;
- Recueil et analyse des résultats.

Résultat

L'ensemble des acteurs concernés – patients, soignants, brancardiers – s'est montré très satisfait du nouveau circuit. Aucun n'incident n'a été à déplorer grâce à une rigoureuse sélection des patients éligibles. Le plan et le fléchage figurent parmi les principales satisfactions déclarées, et permettent d'enchaîner les 3 examens en 2 heures. En outre, le dispositif devrait être généralisé à l'ensemble des services ainsi qu'à d'autres groupes d'examen.



Dans le cadre de nos démarches permanentes pour améliorer la qualité de votre séjour, je vous propose une nouvelle organisation pour diminuer la durée nécessaire pour enchaîner plusieurs examens.

Aujourd'hui, vous allez enchaîner 2 ou 3 des examens suivants :

- Radio de Thorax (RXThorax)
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)
- Fibroscopie Bronchique

- 1 Lorsque votre infirmière vous aura indiqué que vous êtes attendu(e) pour l'examen, vous vous rendrez seul(e) de votre chambre à la radio en prenant les ascenseurs et en suivant le fléchage.
- 2 Après la radio de thorax, vous irez seul(e) aux EFR, en suivant le fléchage.
- 3 Après l'examen EFR, un soignant vous accompagnera à la Fibroscopie.
- 4 Puis, si vous n'êtes pas trop fatigué(e), vous retournerez seul(e) à votre chambre en prenant les ascenseurs.



Pour vous aider, un plan figure au dos de cette fiche. Les lieux de vos examens sont tous regroupés dans le même couloir, vous n'aurez pas beaucoup à marcher. A la moindre impression de fatigue, n'hésitez pas à prévenir un soignant qui appellera un accompagnant.

J'espère que vous trouverez cette organisation adaptée pour que l'enchaînement de vos examens se déroule dans les meilleures conditions.

Directrice des Soins

PS : Afin de pouvoir améliorer cette organisation, nous aimerions recueillir votre avis. Merci de bien vouloir remplir le petit questionnaire ci-dessous et noter l'heure de départ de chaque secteur.

Date de vos examens :

Le service où vous séjournez : H2 M2

Auriez-vous préféré(e) être accompagné(e) pour ces examens ? oui non

Si oui, pourquoi :

Le fléchage dans les couloirs vous a-t-il permis de trouver votre chemin ? oui non

Si non, pourquoi :

Le plan vous a-t-il aidé ? oui non

Si non, pourquoi :

Pensez-vous que d'autres examens pourraient être organisés de la même façon ? oui non

Si oui, lesquels :

Si vous n'avez pas l'heure ou pas de stylo, vous pouvez demander aux soignants de chaque secteur de la noter pour vous.

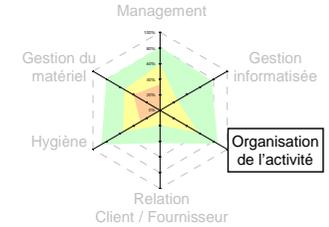
Départ de votre chambre :hr..... min

Départ de la Radio :hr..... min

Départ des EFR :hr..... min

Départ de la fibro :hr..... min

Retour dans votre chambre :hr..... min



4.3.2 Fiche 7 : définition d'une nouvelle sectorisation des brancardiers (H02)

Objectif

Il s'agit de définir le nombre de personnes nécessaires pour assurer une prestation de qualité à l'imagerie, dans le cadre de la relation client / fournisseur entre le pool de brancardage et ce service. En outre, les personnels restants pour le pool permettent-ils de répondre à la demande ?

Contexte

Un essai concluant avait été réalisé pour une partie de l'activité avec une équipe de 6 brancardiers délocalisés à l'imagerie sous la responsabilité d'un régulateur dédié, délocalisé également. Néanmoins, l'hôpital n'a pas pu maintenir sur le long terme cet effort, en particulier sur le poste régulateur. Les tentatives pour faire effectuer cette régulation par un manipulateur se sont soldées par des échecs, pour des raisons de méconnaissance du site et de management défaillant des brancardiers.

Méthodologie

- Construire un outil pour analyser en détail un maximum d'aspects du transport liés à l'imagerie ;
- Imaginer divers scénarios de sectorisation pour rechercher une taille critique permettant d'envisager la délocalisation d'un régulateur.

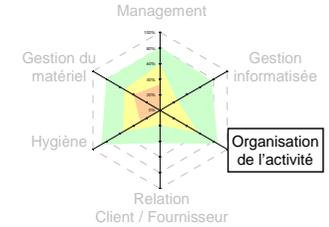
Résultat

L'outil a été construit et mis à la disposition du site. Divers scénarios ont été envisagés, dont un en particulier visant à assurer l'ensemble de l'activité de transport de l'imagerie par une équipe dédiée. Ce scénario nécessite cependant de revoir les horaires des brancardiers : le site ne souhaite pas entamer ce débat. D'autres scénarios sont à l'étude en mettant à plat l'ensemble des activités de transport, y compris ceux du bloc opératoire.

Paramétrage de l'outil :

- Définition du nombre de patients programmés nécessitant un transport par salle, par jour de la semaine et par heure (ou programme type + pourcentage de patients hospitalisés) ;
- Evaluation de la durée moyenne de l'examen, de la charge de transport correspond à un aller ou un retour et du nombre de brancardiers engagés par ce transport, par salle.

| | | EXT | SAU | BLOC | HOSP | HOSP | Total | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | Durée Exam | Charge | Nb de bc | Choix Secteur | |
|--------------|------------------|-------|-----|------|------|------|-------------|------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|------------|--------|----------|---------------|---|
| LUNDI | Radio Centrale | Echo1 | 70% | 0% | 0% | 30% | 4.8 | 16 | | | 3 | 3 | 1 | | | 3 | 3 | 3 | | | | 20 | 14 | 1 | 1 | |
| | Total 125 | Echo2 | 70% | 0% | 0% | 30% | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | 20 | 14 | 1 | 1 | |
| | | Std1 | 30% | 60% | 2% | 8% | 2.64 | 33 | | | 3 | 6 | 6 | 3 | 3 | 6 | 6 | | | | | | 10 | 14 | 1.2 | 1 |
| | Hospit 18 | Std2 | 30% | 60% | 0% | 10% | 2.7 | 27 | | | 3 | 6 | 6 | | | 6 | 6 | | | | | | 10 | 14 | 1.2 | 1 |
| | | Std3 | 30% | 60% | 0% | 10% | 0.7 | 7 | | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 2 | | | | | | 45 | 14 | 1.2 | 1 |
| | | Seno1 | 90% | 0% | 5% | 5% | 1.85 | 37 | | | 6 | 6 | 6 | 1 | | 6 | 6 | 6 | | | | | 20 | 14 | 1.4 | 1 |
| Vasc1 | | 0% | 0% | 0% | 100% | 5 | 5 | | | 2 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | 60 | 14 | 1.4 | 1 | |
| Scan SAU | scan1 | 2% | 0% | 0% | 98% | 34.3 | 35 | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | | | | 10 | 14 | 1.6 | 1 | |
| IRM | irm1(v | 15% | 0% | 0% | 85% | 13.6 | 16 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | | | | | 1 | 2 | 2 | 1 | 30 | 14 | 1.1 | 1 | |
| Radio SAU | std4 | 0% | 0% | 0% | 100% | 15 | 15 | | | | | | | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | 10 | 14 | 1.7 | 1 | |
| | | | | | | | 80.6 | 191 | 1 | 2 | 24 | 29 | 27 | 10 | 10 | 30 | 30 | 17 | 8 | 2 | 1 | 0 | | | | |



4.3.3 Fiche 8 : développement du transport au bloc opératoire (H03)

Objectif

Mieux répondre aux besoins du site en soulageant les soignants de certains transports jusqu'alors assurés en interne.

Contexte

Le bloc accueille l'activité d'endoscopie digestive sous anesthésie générale pour laquelle les transports sont effectués par des soignants du service de gastro-entérologie. Par ailleurs, les fibroscopies sont réalisées sur un plateau d'explorations fonctionnelles et transportées également par les soignants du service.

Méthodologie

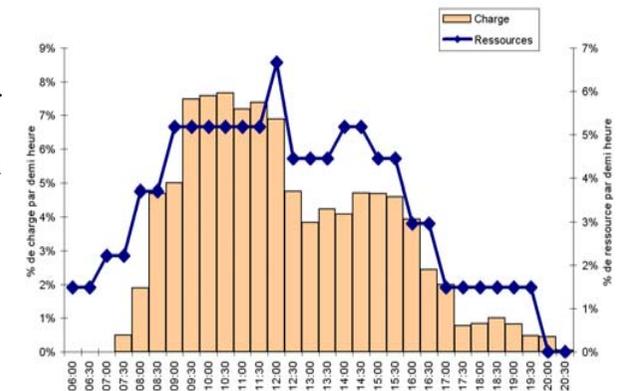
- Création d'un groupe de travail constitué de membres des différents secteurs concernés ;
- Reconstitution de la charge de transport pour le bloc opératoire et de sa saisonnalité hebdomadaire (variation par heure sur un profil de semaine type) ;
- Simulation de la charge de transport pour la gastro-entérologie (endoscopies digestives et fibroscopies) avec sa saisonnalité ;
- Modification à effectuer sur les ressources pour pouvoir traiter cette charge ;
- Accompagnement des modifications auprès du terrain et retour d'expérience.

Résultat

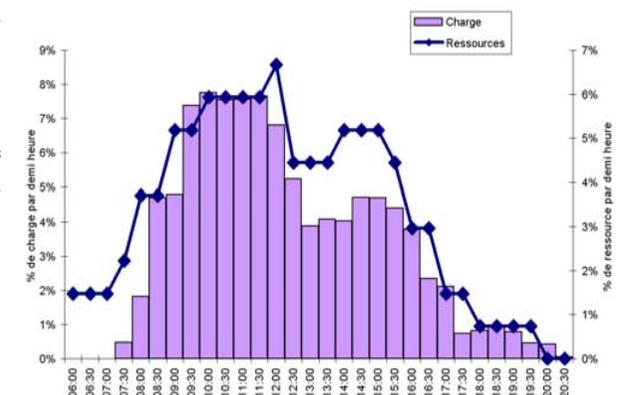
Le groupe de travail a été surpris de constater que la charge supplémentaire ne révolutionnerait pas la manière d'organiser le transport pour le bloc. En définitive, il a suffi de modifier à la marge les horaires de travail pour pouvoir assurer le brancardage pour la gastro-entérologie, apportant ainsi également une meilleure réponse aux demandes du bloc. Les brancardiers ont bien accepté ces modifications.

Il est à souligner que les représentants du service de gastro-entérologie se sont déclarés très satisfaits de cette évolution : ce type de transport occupait auparavant environ 0,5 ETP « soignant ». Reste à traiter la difficulté du partage de l'information des demandes de transport entre les deux secteurs du bloc (chirurgie / endoscopies digestives), demandes qui ne sont pas placés sous la même responsabilité.

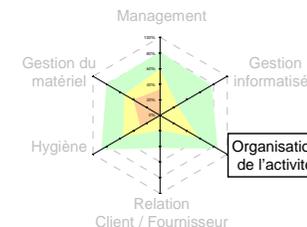
RESSOURCES ACTUELLES - CHARGE ACTUELLE



RESSOURCES FUTURES - CHARGE FUTURE



4.3.4 Fiche 9 : amélioration de la réactivité sans régulation centrale (H04)



Objectif

Fiabiliser, améliorer la réception et la distribution des demandes de transports.

Contexte

- H04 dispose d'une petite équipe de transport centralisée, sans régulation, avec des brancardiers répartis par secteurs et équipés de bip pour être joints par les services. L'équipe d'un secteur se réduit en général à un binôme d'agents. Ceux-ci sont donc souvent occupés lors des appels de services et ne peuvent rappeler immédiatement. Les services s'inquiètent et rappellent d'autres agents, puis ceux du premier bip, enfin disponibles, se présentent etc. ;
- Ces problèmes sont connus et récurrents à toutes les organisations ne pouvant pas assurer une réponse directe à une demande téléphonique : multiples appels et mécontentement des soignants, multiples sollicitations et mécontentement des brancardiers. En outre, les brancardiers dérangent les soignants pour disposer d'un poste téléphonique, certaines demandes sont perdues et finalement non satisfaites avec impact sur les patients, d'autres demandes voient plusieurs brancardiers se présenter avec impact sur la charge de brancardage, etc. ;
- La mise en place de DECT ou de GSM afin de résoudre ce problème n'est pas envisagée par le site. Des talkies-walkies ont été essayés et se sont heurtés à des problèmes de communication, dus aux structures métalliques des bâtiments, ainsi que de confidentialité, mal gérée avec les oreillettes ;
- La solution consistant à mettre en place une régulation centrale, où toutes les demandes seraient envoyées et prises en compte puis dispatchées entre les brancardiers, n'est pas possible pour cette équipe composée de trop peu d'effectifs.

Méthodologie

Les principaux circuits ont été recensés dans l'hôpital afin d'identifier les points névralgiques – les paliers des monte malades, les longs couloirs de liaison avec la psychiatrie, les consultations externes – où le brancardier pourrait rappeler les soignants, en respectant les contraintes de confidentialité, en dehors des circulations et en surveillant éventuellement un patient. Le financement d'un équipement téléphonique type, à installer à ces points névralgiques, a été obtenu et engagé fin 2006.

Résultat

Les résultats de ces installations se feront sentir rapidement : meilleure réactivité aux appels des soignants, moindre pression sur les brancardiers, meilleure qualité de service pour les patients.

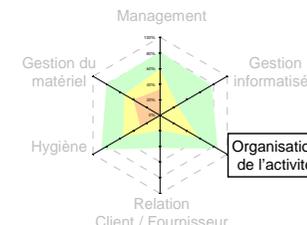
Par ailleurs, un résultat corollaire intéressant a été atteint dans le cadre de cette action : la mise en sécurité d'un patient bloqué avec un brancardier dans l'ascenseur. En effet, ce problème n'avait jamais été envisagé. Les moyens de communication des ascenseurs, en plus de leurs fonctions habituelles d'alarmes techniques pour signifier un blocage, permettent aux usagers d'appeler le standard et, par son intermédiaire, s'entretenir avec n'importe qui dans l'hôpital. Cette voie n'a pas été retenue pour les rappels des brancardiers, mais est en revanche très utile pour mettre si nécessaire le brancardier en relation avec le médecin des urgences en cas de blocage avec un patient dont l'état s'aggraverait. Une procédure est en cours d'écriture et de diffusion à ce sujet.

4.3.5 Fiche 10 : simulation de l'ouverture d'un nouveau bâtiment (H06)

| ESTIMATION TRANSPORT PAVILLON MEDICAL | | | | 22 | 1.8 | 1.8 | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|------------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------|---------|------------|-------|
| Examens / Consult. | Pavillon actuel | échéance Pav Méd | extension MB | CHLS total 2sem | Dermato 1S20 06 | Endo crino 1S20 06 | CHLS total | Dermato | Endo crino | Total |
| Radio | 3B | 1 | 1 | 94 | 726 | 605 | 2 068 | 1 307 | 1 089 | 4 464 |
| Scanner | 3B | | 1 | 83 | 1 105 | 32 | 1 826 | 1 989 | 58 | 3 873 |
| Echographie | 3B | 1 | 1 | 60 | 3 | | 1 320 | 5 | 0 | 1 325 |
| Echo cœur | 3A | 1 | 1 | 51 | | | 1 122 | 0 | 0 | 1 122 |
| EFR fibroscopie | 4O | 1 | 1 | 49 | 169 | 24 | 1 078 | 304 | 43 | 1 425 |
| Radio | 4NO | 1 | 1 | 45 | | | 990 | 0 | 0 | 990 |
| Echo Doppler | 3A | 1 | 1 | 39 | 814 | 325 | 858 | 1 465 | 585 | 2 908 |
| Radiothérapie | 1F | | | 33 | | | 726 | 0 | 0 | 726 |
| Fond d'œil | 5G | 1 | 1 | 25 | | | 550 | 0 | 0 | 550 |
| Echo Doppler | 1K | 1 | 1 | 18 | | | 396 | 0 | 0 | 396 |
| Gastroscopie | 2C | | | 15 | | 2 | 330 | 0 | 4 | 334 |
| CS ORL | 3A | 1 | 1 | 12 | 41 | | 264 | 74 | 0 | 338 |
| Scintigraphie | 3B | | | 11 | 23 | 18 | 242 | 41 | 32 | 315 |
| EEG | 3B | 1 | 1 | 10 | 6 | 5 | 220 | 11 | 9 | 240 |
| CS OPH | 3A | 1 | 1 | 8 | 138 | 17 | 176 | 248 | 31 | 455 |
| Densitométrie | 2B | | | 7 | | | 154 | 0 | 0 | 154 |
| IRM | 3B | | 1 | 7 | 41 | 60 | 154 | 74 | 108 | 336 |
| CS anesthésie | 3A | | | 6 | | | 132 | 0 | 0 | 132 |
| Stomato | 3A | | | 4 | | 6 | 88 | 0 | 11 | 99 |

| | Echéance PM | Echéance PM+MB=PMB |
|-----------------|--------------------------------|-------------------------------|
| RH Pédestre | 7.85 ETP | 5.93 ETP |
| RH Motorisé | 1.96 ETP | 1.96 ETP |
| RH Total | 9.81 ETP | 7.88 ETP |
| Flux Galerie | 48 transports par jour chargé | 6 transports par jour chargé |
| Flux Galerie | 17 transports entre 11h et 15h | 2 transports entre 11h et 15h |

| | Echéance PM | Echéance PM+MB=PMB |
|-----------------|--------------------------------|-------------------------------|
| RH Pédestre | 9.23 ETP | 5.96 ETP |
| RH Motorisé | 3.10 ETP | 3.10 ETP |
| RH Total | 12.33 ETP | 9.06 ETP |
| Flux Galerie | 48 transports par jour chargé | 6 transports par jour chargé |
| Flux Galerie | 17 transports entre 11h et 15h | 2 transports entre 11h et 15h |



Objectif

Anticiper les modifications organisationnelles dues à la création d'un nouveau bâtiment et ses impacts sur le transport au quotidien.

Contexte

Un bâtiment en construction va modifier profondément l'organisation du transport en accueillant des activités nouvelles ou regroupées. L'une des difficultés est que la galerie aérienne (100 m) qui reliera ce nouveau bâtiment aux plateaux techniques sera également utilisée par le personnel pour se rendre au self. A terme, le nouveau bâtiment recevra également un plateau technique venant diminuer cette fois le nombre de transports par la galerie.

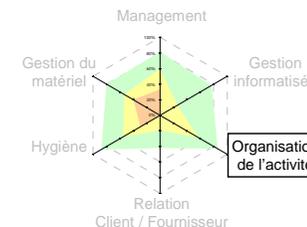
Méthodologie

- Recensement des transports (origine / destination) pour les activités existantes sur le site rejoignant le nouveau bâtiment ;
- Recensement des besoins des plateaux techniques pour les activités nouvelles rejoignant le nouveau bâtiment, localisation des plateaux techniques dans le nouvel ensemble et projection des transports nécessaires ;
- Construction d'un outil paramétré permettant de calculer les ETP de transport (motorisé et pédestre) nécessaires pour assumer les transports ainsi que le nombre de courses dans la galerie.

Résultat

Deux scénarios ont été étudiés en groupe selon deux hypothèses de répartition des modes de transports (couché, assis, valide) pour les futures liaisons. L'outil de simulation, construit sous Excel, a été mis à disposition du site pour étudier d'éventuelles autres hypothèses à venir.

4.3.6 Fiche 11 : affectation de ressources dédiées sur un secteur (H08)



Objectif

Proposer une nouvelle organisation pour faire face aux difficultés récurrentes du service d'imagerie en matière de transport de patients pour limiter les délais d'attente des patients, le délai d'obtention d'un accompagnateur, et fluidifier ainsi le circuit du patient.

Contexte

Le contexte est éminemment tendu car le chef de service d'imagerie est particulièrement mécontent de la qualité du service rendu vis à vis des patients qui stagnent dans les salles d'attente du service.

Méthodologie

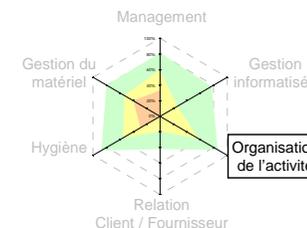
L'organisation initiale avait été modifiée en redéployant l'effectif du pool (« polyvalence ») sur le secteur de l'imagerie. Il s'agissait d'une évolution importante dans la mesure où sa mise en œuvre avait consacré le retour aux équipes de brancardage dédiées par activité (bloc opératoire, explorations fonctionnelles, imagerie, Urgences, etc.) alors que l'intention initiale était de regrouper les ressources au sein d'un pool de brancardage.

L'organisation cible présente l'originalité d'être un service de transport du patient à part entière (un « pool ») géré par un cadre de santé, et dont l'organisation est sectorisée selon les grands points de convergence du plateau technique de l'établissement.

Résultat

Le cadre du service d'imagerie et le cadre du service d'accompagnement du patient dressent un bilan régulier (hebdomadaire) de la situation : le délai d'attente des patients en post examen est inférieur à 15 minutes aujourd'hui contre plus de 30 minutes auparavant.

Un dispositif spécifique permet d'identifier les patients en attente de retour en chambre : une carte leur est donnée, ce qui permet à l'accompagnateur d'identifier simplement et rapidement les patients attendant en salle d'attente d'être raccompagnés.



4.3.7 Fiche 12 : refonte de l'activité par la création d'un pool régulé (H10)

Objectif

L'objectif de l'établissement est ni plus ni moins que de faire table rase de l'existant (pool + équipes dédiées) pour repenser une nouvelle organisation sur la base d'un pool de brancardiers, aux horaires redéfinis, dont l'activité serait régulée et enregistrée.

Contexte

En se portant candidat pour ce chantier, l'encadrement de l'établissement pressentait que l'organisation du transport interne des patients pouvait être dynamisée. Cette organisation reposait sur deux équipes principales: une équipe dédiée au bloc opératoire, et un pool central pour le reste des transports. Un agent de la maternité assurait les transports au sein de l'ancien bâtiment de la maternité. L'organisation de l'équipe centrale était définie en secteurs : chaque agent avait chaque jour la responsabilité d'un secteur (consultations, imagerie conventionnelle, etc.). Le périmètre des secteurs n'avait pas été revu depuis un certain temps.

La phase de diagnostic ainsi que les échanges avec les autres établissements ont renforcé la conviction de l'encadrement qu'une réorganisation complète de l'activité serait intéressante. L'idée de créer un poste de régulation était attrayante, sous réserve de pouvoir le faire à effectifs constants.

Méthodologie

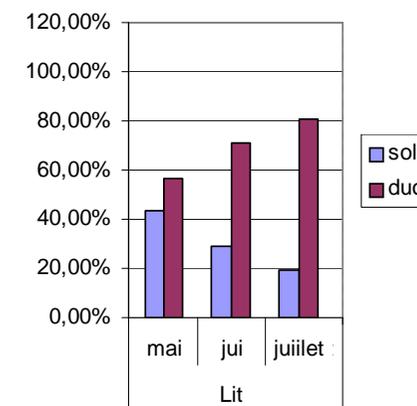
La démarche suivante a été engagée par l'équipe projet, accompagnée par les consultants :

- Etude de faisabilité : quel impact attendu pour la régulation? Est-ce possible à effectifs constants ?
- Formalisation de la nouvelle organisation : proposition de refonte des horaires et des postes ;
- Présentation de la nouvelle organisation à l'équipe, à la direction, et en comité technique d'établissement ;
- Création d'outils logiciels et matériels, et formation des futurs régulateurs à l'enregistrement de l'activité ;
- Mise en place, évaluation et ajustements de l'organisation.

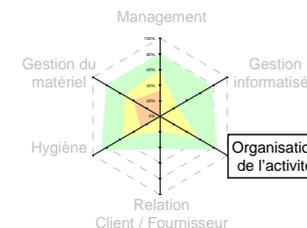
Résultat

Les résultats ont confirmé le bien-fondé de la démarche. A l'issue de la réorganisation, les points les plus frappants sont les suivants :

- L'équipe a pu absorber une activité comparable à l'ancienne organisation, tout en dégageant un poste de régulateur ;
- La régulation a progressivement permis de dégager le plus souvent possible 2 brancardiers pour prendre en charge un patient en lit (voir graphique ci-dessus) ;
- L'activité est systématiquement enregistrée, ce qui permet des analyses et des réajustements progressifs. Il n'y avait aucune traçabilité dans l'ancienne organisation ;
- L'équipe est moins sensible aux variations d'activité de tel ou tel secteur, puisque la charge de travail est lissée sur l'ensemble de l'effectif ;
- Le projet a permis de redynamiser l'activité de transport interne, en modernisant les outils de travail et d'encadrement.



4.3.8 Fiche 13 : définition d'une organisation centralisée (H11)



Objectif

Proposer une nouvelle organisation dans le cadre de la réorganisation globale de l'établissement. Cette démarche est en lien direct avec le déploiement du plan de retour à l'équilibre.

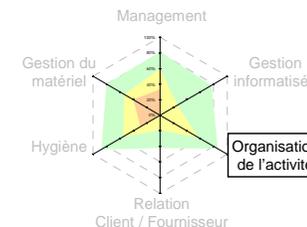
Résultat

Dès septembre 2006, un certain nombre de bases sont définies :

- Nomination du responsable du pool unique ;
- Attribution d'un nouveau local au pool ;
- Présentation à l'ensemble des brancardiers des différents travaux réalisés avec eux ;
- Lancement d'un groupe de travail avec les brancardiers pour affiner la nouvelle organisation (présences, missions et rédaction d'un contrat clients / fournisseurs, etc.).

Présentation en décembre 2006 de la nouvelle organisation, pour mise en place en janvier 2007. Restent à ce stade de la démarche les projets de :

- Réflexion sur la mise en place d'une régulation (définition de la mission, valeur ajoutée d'une gestion centralisée, optimisation, etc.) ;
- Réflexion sur la mise en place d'un outil informatique (régulation du flux de patients, définition d'un tableau de bord et les statistiques associée, génération de fiches d'évènements indésirables, etc.).



4.3.10 Fiche 15 : création d'un poste dédié à la chirurgie ambulatoire (H14)

Objectif

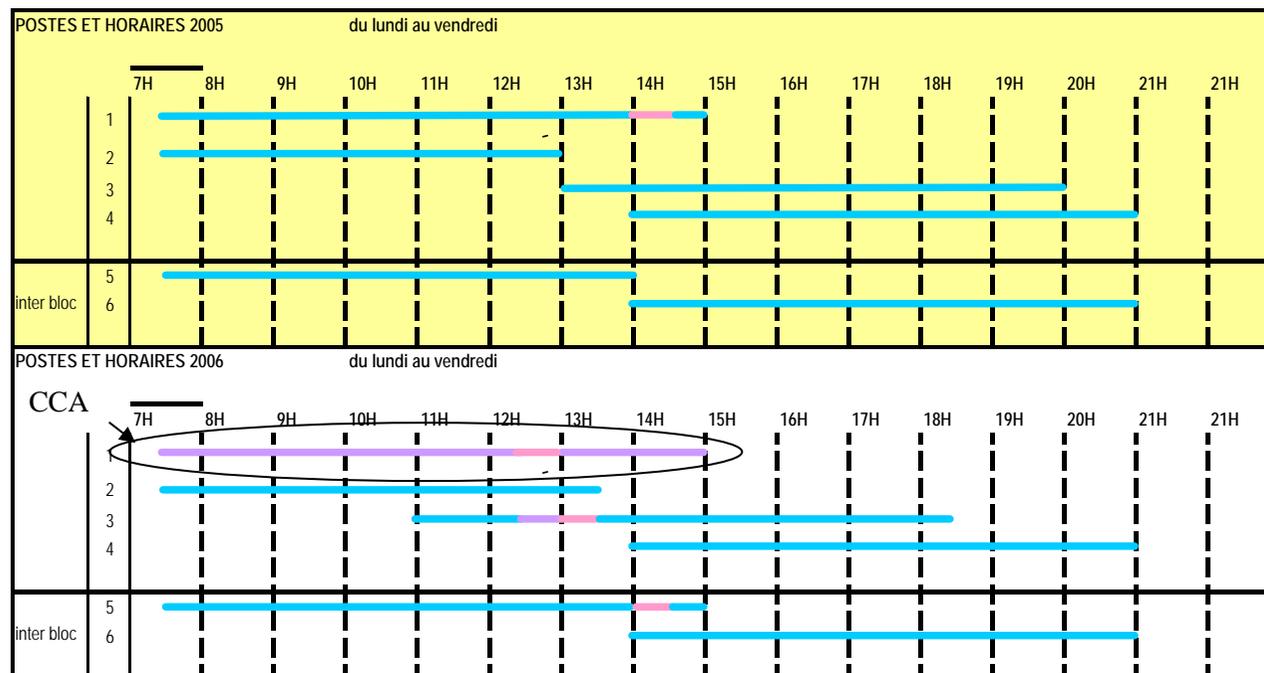
Améliorer le temps de transport par une meilleure gestion géographique, et dans le même temps mieux gérer le passage des endoscopies vers la salle de réveil, afin d'optimiser l'utilisation en termes de charge de travail des brancardiers.

Contexte

La matrice origine/destination a montré que près de la moitié des courses à destination du bloc provient du Centre de Chirurgie Ambulatoire. Par ailleurs, l'établissement a émis le souhait de voir mieux géré le passage des endoscopies (réalisées au Centre de Chirurgie Ambulatoire) vers la salle de réveil située du bloc. L'augmentation induite du nombre de courses à traiter devra se faire à ressources constantes.

Méthodologie

L'organisation a été revue afin de libérer un poste de travail dédié aux transferts CCA/blocs :

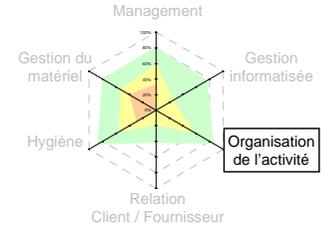


- Les horaires des 3 autres postes extra bloc ont été adaptés de manière à épauler l'agent du matin notamment à partir de 11h ;
- Lorsque le brancardier du CCA va déjeuner, un de ces 3 agents prend en charge les courses du CCA (entre 12h30 et 13h) ;
- Une heure de travail a été rajoutée par jour. Cette heure de travail correspond à une demi heure de travail effectif et une demi heure de pause déjeuner.

Résultat

Les courses réalisées par le brancardier dédié au CCA sont singulières : plus courtes (2 min 15 de moyenne), mais plus nombreuses (38% du volume de courses). Affecter une ressource dédiée a permis de réduire le délai de prise en charge de ces courses (2 min de moyenne contre 4 min sur l'ensemble des autres courses). Enfin, il est à noter que cette réorganisation n'a pas induit de déséquilibre en termes de charge de travail sur les postes, la charge heure par heure du poste dédié suivant la même tendance que celle des 3 autres postes du pool.

| | Délai moyen de prise en charge | Durée moyenne d'une course | Nombre de courses par jour | | Temps de transport effectif par jour | |
|--------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|------|--------------------------------------|------|
| | | | Nb. | % | Min. | % |
| Equipe globale | 3 min 15 | 4 min 15 | 125 | 100% | 532 | 100% |
| Agent CCA | 2 min | 2 min 15 | 47 | 38% | 105 | 20% |
| Equipe Extra bloc | 4 min | 5 min 30 | 78 | 62% | 427 | 80% |



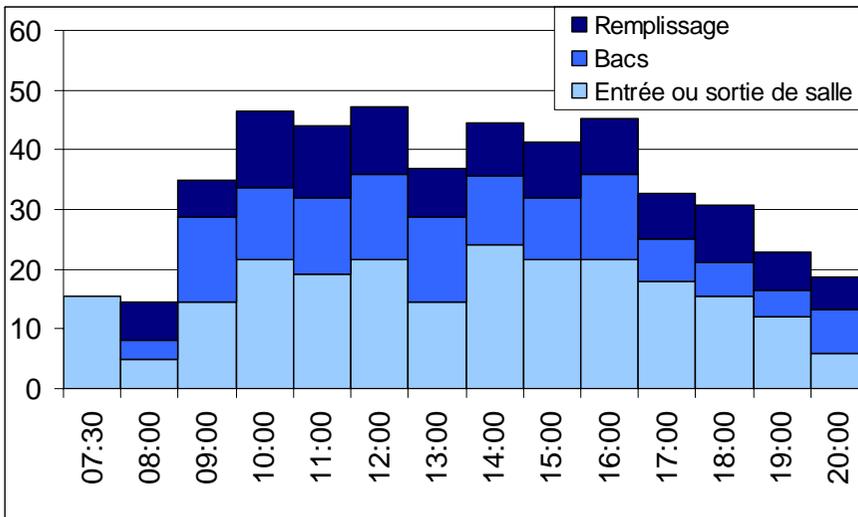
4.3.11 Fiche 16 : gestion de l'interface avec le bloc opératoire (H14)

Objectif

Assurer la fluidité du transfert de patients à l'entrée du bloc opératoire tout en cloisonnant le passage des brancardiers intérieurs & extérieurs.

Contexte

Les brancardiers extérieurs au bloc amènent leurs patients jusqu'à la salle de réveil, qui se trouve à l'intérieur du bloc : cette pratique pose problème, notamment au niveau de l'hygiène. Subsiste une incertitude sur la capacité du brancardier intérieur à disposer de suffisamment de temps pour aller prendre en charge les patients à l'entrée du bloc opératoire.



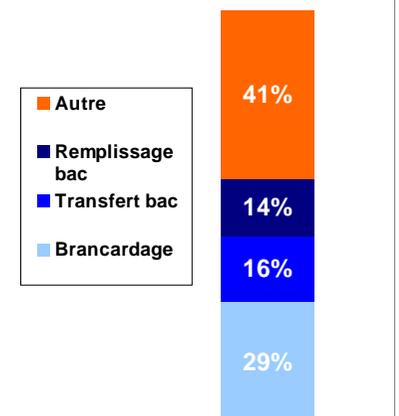
Difficultés

Le recueil et l'analyse de l'activité du brancardier intérieur a permis de mettre à jour un certain nombre de glissements de tâches. De surcroît, les différentes tâches se succèdent de manière non structurée : le brancardier peut sortir un patient de salle, ramener les bacs de décontamination de la salle correspondante à la stérilisation, puis sortir à nouveau un patient de salle, aller remplir des bacs de décontamination, amener les bacs de décontamination devant les salles, puis aller ranger du matériel dans l'arsenal, etc.

Ainsi, il n'y a pas d'enchaînement stable au cours de la journée, en partie en raison des aléas de sorties des patients en salles due aux variations du programme opératoire.

Résultat

L'analyse de la répartition des tâches des brancardiers intérieurs (29% du temps consacré au brancardage...) permet de confirmer qu'il existe bien un potentiel de temps qui doit leur permettre d'assurer la liaison avec les brancardiers extérieurs au bloc, et d'ainsi assurer une certaine imperméabilité entre ces 2 zones (externes et bloc). Ainsi, il a été décidé de décharger le brancardier de certaines de ces tâches pour les affecter aux ASH afin que le brancardier intérieur puisse aller chercher les patients au niveau du sas d'entrée.



4.3.12 Fiche 17 : évaluation des flux à la suite d'un transfert d'activité (H15)

Objectif

A la suite d'un transfert d'une partie de l'activité opératoire vers un nouveau bâtiment, le double objectif est de valider la faisabilité du transport dans la passerelle qui relie l'ancien bâtiment au nouveau bâtiment, ainsi que de mesurer l'impact de la nouvelle organisation des blocs opératoires en termes de délais de transport et de ressources mobilisées pour le transport du patient.

Contexte

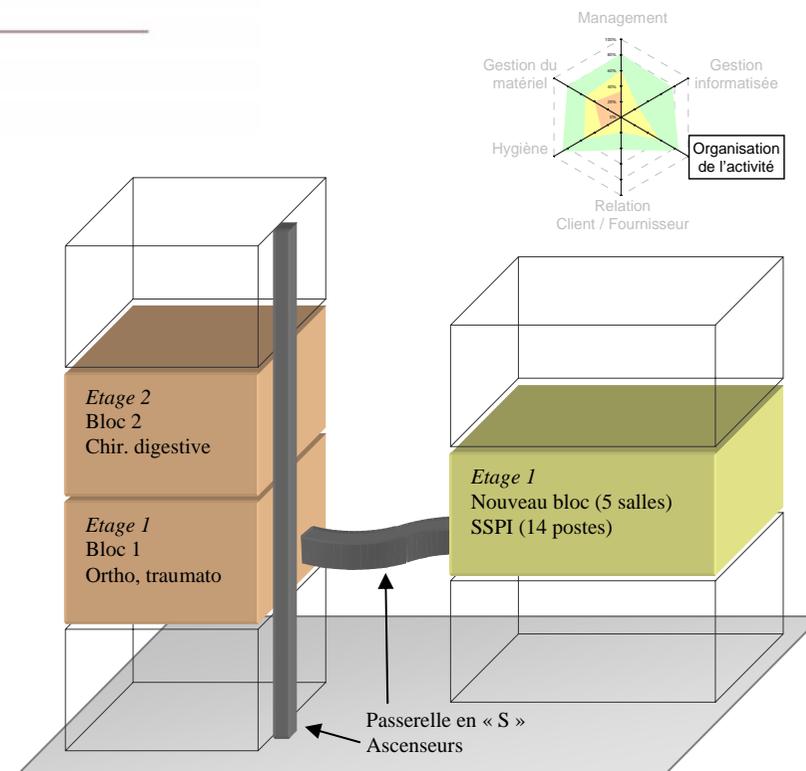
Les transports sont assurés par les personnels soignants des services. La création de 5 nouvelles salles de bloc et d'une SSPI de 14 postes au sein d'un second bâtiment n'est pas sans impacter lourdement l'activité de transport interne des patients : en effet, la SSPI du bâtiment 2 doit recevoir les patients opérés aux blocs opératoires 1 & 2 (bâtiment 1). La passerelle qui est utilisée pour ces transferts est peu fonctionnelle (manque de visibilité car trajectoire en S, impossibilité de circuler en même temps dans les 2 sens car largeur trop petite).

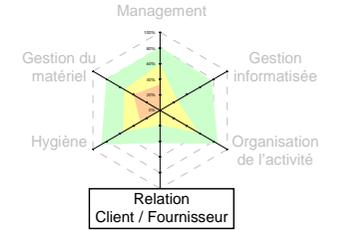
Méthodologie

Un recueil de mesure a été défini afin d'évaluer les temps de transport entre les différentes unités en fonction du nombre de brancardiers (1 ou 2), du type de matériel (lit ou brancard), de la disponibilité des ascenseurs (appel prioritaire ou non). Par ailleurs, une réflexion est menée quant à la difficulté réelle des croisements induite par la configuration de la passerelle.

Résultat

- Le transport du patient effectué en brancard est plus aisé qu'un transport en lit car le brancard est plus léger et donc plus facile à manœuvrer qu'un lit. Il ne nécessite de surcroît qu'un seul brancardier pour le transport ;
- L'utilisation d'une carte d'appel prioritaire permet d'accéder à l'ascenseur en moyenne sous un délai moyen de 10 à 15 secondes, contre plusieurs minutes quand on ne possède pas la carte ;
- Le temps de transport est augmenté pour les patients du 2ème étage de manière importante par rapport à la situation actuelle : il tend vers une durée standard de 5 minutes ;
- Un système de miroirs placés judicieusement de part et d'autre de la passerelle permettra à terme aux brancardiers de ne s'engager que lorsque celle-ci est vide.





4.4 RELATION CLIENT / FOURNISSEUR

4.4.1 Fiche 18 : développement des relations client/fournisseur (H01)

Objectif

Impulser une démarche d'engagements réciproques basés sur des indicateurs de mesure. Initier le déploiement de relations de ce type à d'autres circuits dans l'hôpital.

Contexte

La fonction brancardage est l'interface entre les services et les plateaux techniques. Que le transport du patient soit demandé par le plateau technique ou par l'unité de soins, seul le partage d'information par les 3 partenaires permet de garantir un bon fonctionnement :

- Brancardage réactif pour répondre aux demandes sans délais ;
- Patient prêt quand le brancardier vient le chercher ;
- Plateau technique prêt quand le patient arrive pour limiter son attente.

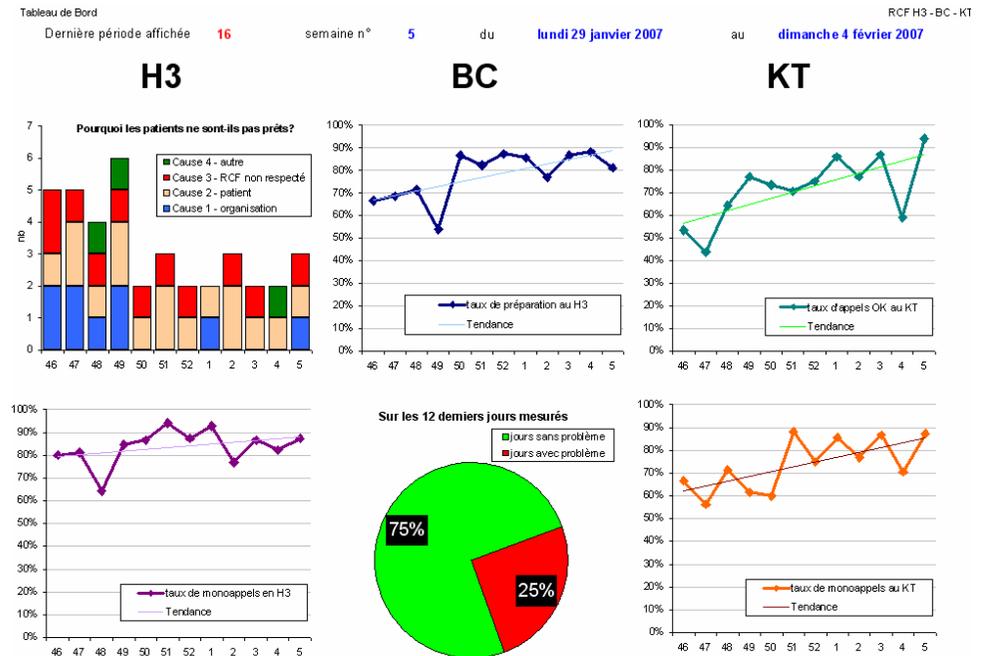
H01 a tenté une démarche tripartite où chacun des acteurs s'engage vis-à-vis des deux autres.

Méthodologie

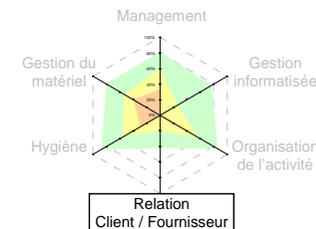
- Signature d'un contrat par l'ensemble des professionnels concernés ;
- Test sur une période donnée sans indicateur mesuré : résultats globalement positifs mais des problèmes perdurent... ;
- Définition d'indicateurs de mesure et protocoles associés : 5 indicateurs dont 1 qualitatif, mesure 1 journée (en faisant varier le jour) par semaine ;
- Mise en place d'un tableau de bord de synthèse des indicateurs : ce tableau de bord devra être l'élément pivot pour faire vivre la relation client / fournisseur.

Résultat

La mise en place de la démarche a modifié les comportements entre partenaires d'une même prise en charge en leur offrant des plates-formes d'échange et de compréhension de leurs contraintes réciproques. Aussi, le changement culturel consistant à mettre en place des indicateurs de mesure du respect des engagements a été délicat, mais finalement mené à bien après négociations (difficultés pour s'assurer que chacun retrouve au sein du tableau de bord des mesures caractérisant ses attentes vis-à-vis des autres mais aussi sa propre performance). L'avenir dira si ces indicateurs seront efficaces pour faire évoluer le contrat dans le bon sens.



4.4.2 Fiche 19 : harmonisation des demandes de transport (H06)



Objectif

Fiabiliser la qualité de transport pour les plateaux techniques critiques scanner, IRM et scintigraphie en diffusant les pratiques de planification, programmation et exécution des transports auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

Contexte

Les transports de patients pour les plateaux techniques d'imagerie lourde ne sont pas traités en priorité par rapport aux autres transports. On observe ainsi parfois des délais d'attente inacceptables au regard du coût horaire d'exploitation de ces installations médico-techniques. Par ailleurs, le changement de chef de service de l'imagerie est une opportunité pour remettre à plat l'ensemble des processus de prise en charge de ces patients.

Méthodologie

La première étape consiste à identifier et analyser les différents enjeux et contraintes de chacun, par un recensement des pratiques de chaque partenaire de la relation tripartite :

- Unités de Soins ;
- Plateaux Techniques Imagerie Lourde (trois secteurs = trois organisations différentes) ;
- Transport motorisé.

Dès lors, les acteurs et leurs attentes identifiés, la réflexion en groupe de travail peut commencer :

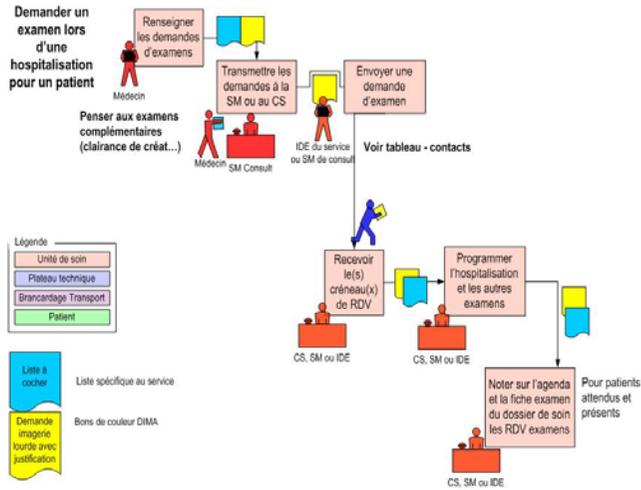
- Identification des bonnes pratiques à partir de l'observation de quelques unités de soins représentatives ;
- Recherche d'un mode de communication graphique adapté à la diffusion d'une information complexe et riche ;
- Test, critique, simplification ;
- Organisation d'une campagne de diffusion interne à partir de la CME, de la Direction des Soins, du Service d'Imagerie, des réunions d'encadrement, et des réunions d'accueil des internes.

Résultat

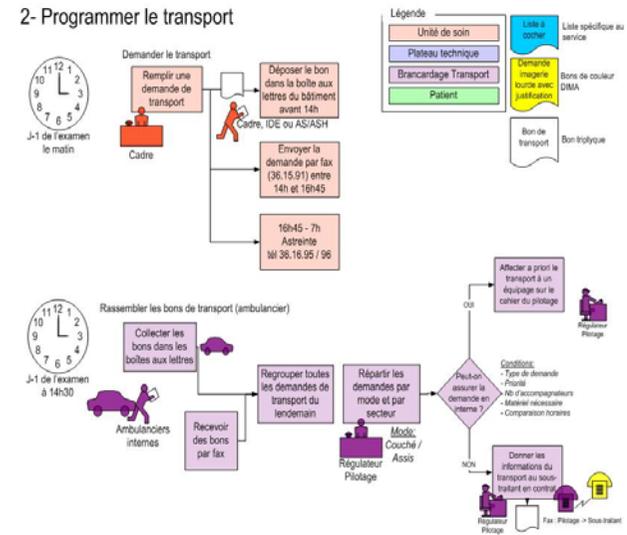
La campagne de communication a permis aux acteurs de se poser un certain nombre de questions et d'harmoniser des pratiques bien souvent hétérogènes. L'amélioration des délais d'attente, notamment relatifs aux plateaux techniques, n'a pu à ce jour être objectivée : néanmoins, le ressenti et la satisfaction des professionnels sont au rendez-vous.

Procédures communiquées

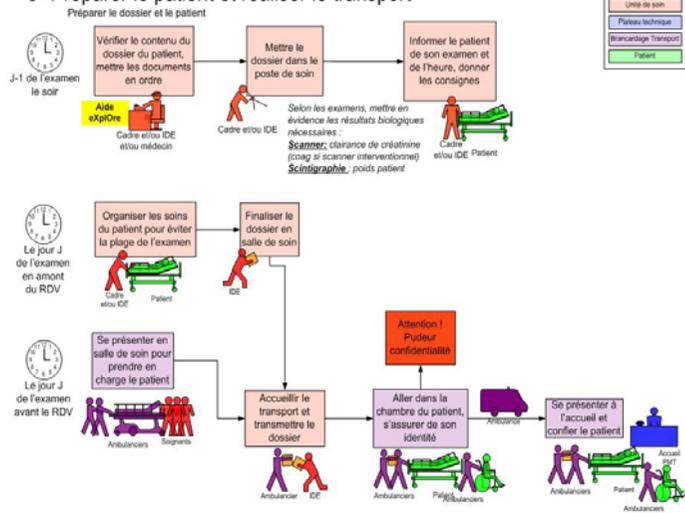
1- Demander et programmer un examen



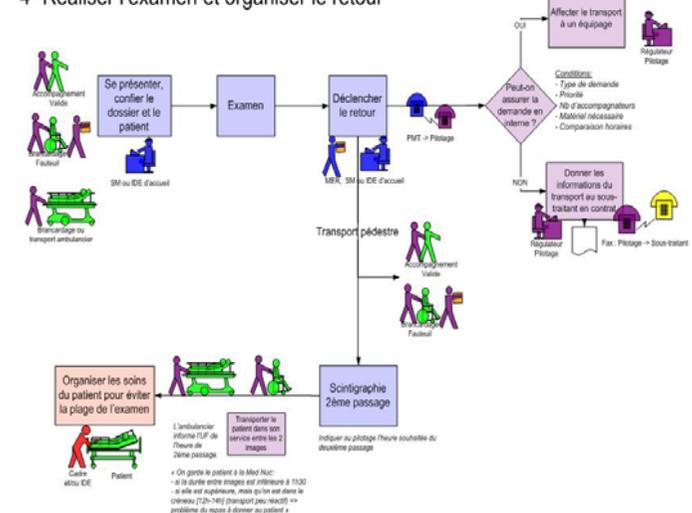
2- Programmer le transport

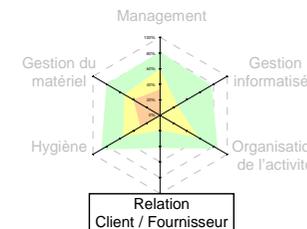


3- Préparer le patient et réaliser le transport



4- Réaliser l'examen et organiser le retour





4.4.3 Fiche 20 : amélioration de l'accueil des patients (H09)

Objectif

Améliorer la prise en charge des patients de retour d'examen en impulsant une meilleure collaboration entre les brancardiers et les équipes des services d'hospitalisation.

Contexte

Une démarche institutionnelle est lancée par l'établissement, par la constitution d'un groupe de travail transversal sur le thème de l'accueil des patients. L'analyse des pratiques professionnelles fait l'objet d'une réflexion globale d'un groupe de travail, réflexion qui se voit alors alimentée par le travail en amont des brancardiers.

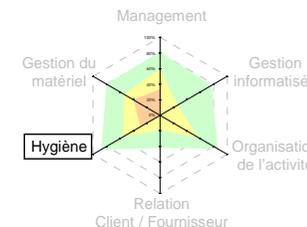
Méthodologie

Une réflexion préalable est menée afin d'établir une grille de recueil qui sera renseignée par une infirmière détachée sur cette étude sur une période de 3 semaines.

Résultat

Les chiffres présentés ci-après ont provoqué une véritable prise de conscience au niveau de l'équipe de brancardage, comme au niveau du groupe de travail. Ainsi, ces résultats ont permis de dynamiser la démarche du groupe de travail, qui envisage des actions très pratiques (exemple : mises en situations filmées) pour améliorer l'accueil des patients de l'établissement. La collaboration entre brancardiers et services cliniques est maintenant stimulée.

| Enquête auprès des brancardiers | | | Enquête auprès des services | | |
|--|-------|-------|---|-------|-------|
| | OUI | NON | | OUI | NON |
| ▣ Le brancardier s'assure auprès d'un soignant du bien fondé du transport? | 83,7% | 16,3% | A l'arrivée du patient, un soignant est présent pour l'accueillir ? | 56,7% | 43,3% |
| ▣ Le brancardier appelle le patient par son nom / vérifie l'identité? | 78,3% | 21,7% | ▣ L'IDE appelle le patient par son nom? | 25,4% | 74,6% |
| ▣ Le brancardier se présente | | | ▣ L'IDE se présente | | |
| Nom? | 0,8% | 99,2% | Indique son nom? | 13,4% | 86,6% |
| Fonction? | 7,8% | 92,2% | Indique sa fonction? | 13,4% | 86,6% |
| ▣ Le brancardier informe le patient de la destination? | 61,2% | 38,8% | ▣ L'IDE s'inquiète de l'état du patient? | 22,4% | 77,6% |
| ▣ Le brancardier est à l'écoute du patient? | 94,6% | 5,4% | ▣ L'IDE accompagne les brancardiers jusqu'à la chambre du patient? | 35,8% | 64,2% |
| ▣ Le brancardier signale clairement l'arrivée du patient? | 95,3% | 4,7% | | | |



4.5 HYGIENE

4.5.1 Fiche 21 : mise en place d'une politique de nettoyage des brancards (H07)

Objectif

Organiser le nettoyage des brancards au sein d'un site équipé d'importants moyens de transport.

Contexte

Le parc de moyens de transport comprend plus de 70 brancards. Si la plupart des brancards sont rassemblés en un point central en fin de journée, aucune procédure de nettoyage de ces brancards n'existe.

Méthodologie

- Essai avec un matériel de nettoyage portable non concluant (coût et encombrement dissuasif). La décision est prise d'effectuer ces nettoyages à proximité du point de rassemblement quotidien ;
- Définition d'un premier objectif de nettoyage approfondi de chaque brancard toutes les 2 semaines (objectif à terme hebdomadaire : compte tenu du parc, tâche représentant près d'1 ETP) ;
- Ecriture des procédures et formation des agents en liaison avec l'encadrement et l'infirmière hygiéniste. Achat de l'équipement et identification de la zone de nettoyage ;
- Traçabilité manuelle du nettoyage. Marquage des brancards afin d'en faciliter l'identification.

Résultat

Après quelques mois de fonctionnement, un retour d'expérience a permis de mesurer les difficultés organisationnelles et humaines de ce dispositif : difficultés pour identifier les brancards qui ont déjà été nettoyés de ceux qui restent à nettoyer ; difficultés à motiver l'ensemble des agents pour cette tâche. Malgré un objectif de partage équitable de la charge entre tous, l'expérience montre que ce sont toujours les mêmes brancardiers qui le font. Par ailleurs, certains horaires sont plus exposés que d'autres à cette tâche, ce qui mécontente l'équipe.

Après un effort initial important, le rythme des nettoyages a baissé de semaine en semaine. Un suivi plus systématique est impulsé par l'encadrement de terrain et des mesures correctives, organisationnelles et managériales, vont être mises en place.

**NETTOYAGE APPROFONDI
1 FOIS TOUS LES 15 JOURS**

QUI ? : chaque brancardier doit nettoyer un brancard par journée de travail.

Durée : 10 minutes

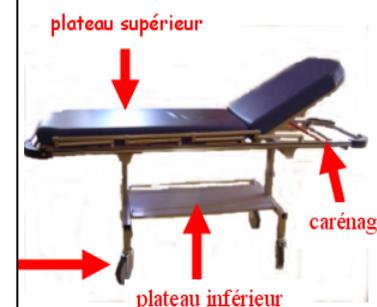
OU ? A proximité du bureau des brancardiers, dans une zone de passage faible

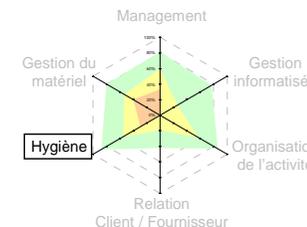
COMMENT ?

Matériel : - papier essuie tout + 1 Paire de ciseaux

Produits fournis par la pharmacie : - Désinfectant : *Anios surfaces hautes*
- Dissolvant : *Ercesolvant*

- 1. Eliminer les saletés collées sur les roues ou le carénage :**
 - cheveux, fils sur les roues (avec des ciseaux)
 - sparadrap.
- 2. Retirer les traces d'adhésifs avec le dissolvant *Ercesolvant* :**
- 3. asperger le plateau supérieur, inférieur et carénage avec *Anios surfaces hautes*. Frotter avec un papier essuie tout pour diminuer les taches et les saletés.**
- 4. Utiliser du dakin pour éliminer les taches de Bétadine**





4.5.2 Fiche 22 : évaluation des pratiques d'hygiène (H08)

| Type de pancarte | Mesures de prévention spécifiques | Mesures à prendre lors du transport interne des malades (SAM) |
|--|--|---|
| Respiratoire : verte  | <ul style="list-style-type: none"> - Chambre individuelle - Maintenir la porte fermée - Port de masque avant de rentrer dans la chambre - Eliminer le masque à la sortie de la chambre - Faire porter un masque au patient lorsqu'il sort de sa chambre | Pour les accompagnateurs : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre un masque «respiratoire» avant d'enter dans la chambre - Enlever le masque à la sortie de la chambre Pour le malade : <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que le patient porte un masque pour sortir de sa chambre |
| Contact : jaune  | <ul style="list-style-type: none"> - Chambre individuelle - Friction hydro-alcoolique dans la chambre immédiatement avant et après tout contact avec le patient ou son environnement - Port de tablier et de gants à usage unique non stériles pour les soins de contact - Utiliser du matériel à usage unique ou réservé au patient | En cas de contact avec le patient : <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer une friction hydro-alcoolique puis mettre un tablier et des gants à usage unique non stériles - Retirer les gants et le tablier immédiatement après le contact - Effectuer une friction hydro-alcoolique après le retrait des gants et du tablier |
| BMR : rouge  | <ul style="list-style-type: none"> - Chambre individuelle - Friction hydro-alcoolique dans la chambre immédiatement avant et après tout contact avec le patient ou son environnement - Port de tablier à usage unique pour les soins de contact - Utiliser du matériel à usage unique ou réservé au patient | Effectuer une friction hydro-alcoolique dans la chambre avant et après tout contact avec le patient En cas de contact pour soulèvement du patient : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre un tablier à usage unique - Retirer et éliminer immédiatement le tablier après le contact - Effectuer une friction hydro-alcoolique |
| Protecteur : bleue  | <ul style="list-style-type: none"> - Chambre individuelle - Maintenir la porte fermée - Port de masque avant de rentrer dans la chambre - Friction hydro-alcoolique en entrant dans la chambre avant et après le soin - Faire porter un masque au patient lorsqu'il sort de sa chambre | Pour les accompagnateurs : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre un masque avant d'enter dans la chambre - Enlever le masque à la sortie de la chambre Pour le malade : <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que le patient porte un masque pour sortir de sa chambre |

Objectif

Valider et mettre en œuvre un référentiel hygiène pour les accompagnateurs.

Contexte

Le diagnostic avait mis en avant le déficit de pratique et d'évaluation de la politique d'hygiène dans un établissement particulièrement sensibilisé à cette problématique. Au moment où débute l'étude MeaH, les agents sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé arrivé depuis un peu plus de 12 mois : le management direct est une expérience nouvelle au sein d'une équipe réputée difficile à manager. Il est à noter que la mission MeaH a fait l'objet d'une information assez large auprès des accompagnateurs, qui l'ont néanmoins considérée avec méfiance.

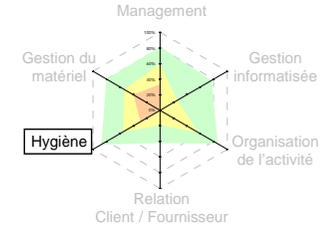
Méthodologie

Un travail conjoint entre le cadre de santé et le cadre expert en hygiène hospitalière a permis de formaliser un certain nombre de recommandations, afin d'assurer un niveau d'information homogène de l'ensemble des agents. Par ailleurs, la consommation de SHA est suivie de manière hebdomadaire, afin de contrôler leur utilisation régulière de la part de l'équipe (seuil de consommation « normale » de SHA fixé à 35 L par semaine).

Résultat

Une plaquette d'information précise dorénavant la conduite à tenir dans la prise en charge d'un point de vue de l'isolement septique du patient et des mesures de protection qui en découlent tant pour les accompagnateurs que pour les patients (affichage dans tout l'établissement).

Soulignons que le management d'équipe s'est renforcé à cette occasion sur un thème jusqu'alors peu abordé dans ce service.



4.5.3 Fiche 23 : évaluation des pratiques d'hygiène (H12)

Objectif

Evaluer la qualité de mise en œuvre de la politique d'hygiène ainsi que les pratiques au quotidien.

Contexte

Le diagnostic a été enrichi des travaux d'approfondissement en phase 2 sur l'hygiène. L'encadrement a souhaité renforcer l'équipe de brancardiers dans sa mission de « personnel participant aux soins » et donc de les mobiliser autour d'une autoévaluation de leurs propres pratiques.

Méthodologie

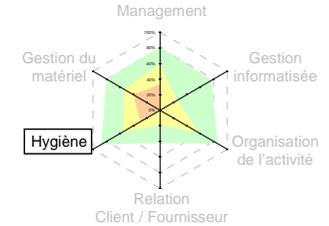
En lien avec le cadre hygiéniste de l'établissement, l'ensemble des procédures existantes ont été collectées et présentées aux brancardiers. Chacun d'eux a émarginé sur chaque protocole signalant ainsi qu'il a bien pris connaissance de chaque procédure : une évaluation a posteriori des pratiques a été réalisée sous la forme d'un questionnaire oui/non.

Résultat

Les résultats issus de l'enquête sont très satisfaisants, tel que pouvait le laisser présager le fort score de maturité de cet établissement dans le domaine de l'hygiène. Néanmoins, quelques problèmes ont été identifiés, notamment concernant le lavage des mains. Dès lors, l'utilisation de bouteille de Solutions Hydro Alcooliques (SHA) a été rendue obligatoire. Par ailleurs, un référent hygiène a été nommé ; un classeur contenant l'ensemble des procédures a été placé sous sa responsabilité.

| | OUI | NON |
|--|---|-----|
| Le lavage des mains : | | |
| Lavage simple effectué avec un savon doux | 7 | 1 |
| Durée du lavage simple 15 secondes | 3 | 5 |
| Utilisation du SHA sur mains sèches | 7 | 1 |
| Absence de rinçage du SHA | 7 | 1 |
| Face à un patient présentant une infection urinaire à BMR, le brancardier sait qu'il n'est pas nécessaire de mettre une sur-blouse se lave les mains et utilise un SHA | 3 | 5 |
| | 3 | 5* |
| | (*réponse incomplète car question mal formulée) | |
| Lors du déplacement, le patient tuberculeux porte un masque chirurgical | 4 | 4 |

| |
|--|
| Accidents d'exposition au sang: |
| * Projection de sang sur peau saine: 5 agents répondent correctement (Lavage soigneux de la zone souillée et pas de déclaration) |
| 1 agent ne lave pas |
| 2 agents déclarent l'accident |
| * Projection de sang sur le visage: 7 agents répondent correctement (lavage du visage, des yeux à l'eau et déclaration d'AES) |
| 1 agent ne lave pas le visage |
| * Piqûre avec une aiguille: après le lavage, |
| 5 agents désinfectent au Dakin, |
| 3 à la Bétadine |
| 1 à l'alcool |
| Les 8 agents se rendent immédiatement aux urgences |
| 7 agents font une déclaration d'AES |



4.5.4 Fiche 24 : évaluation des pratiques d'hygiène (H13)

Objectif

Créer et diffuser les protocoles manquants, évaluer les connaissances des brancardiers sur le thème particulier du lavage des mains, et ainsi maintenir une dynamique autour de ce sujet au sein des équipes.

Contexte

Il est admis par l'ensemble des ressources que le transport s'inscrit dans la continuité des soins et que donc la prise en charge du patient par le brancardier implique une conduite spécifique en matière de respect des règles d'hygiène. En revanche, s'il est observé qu'il existe une volonté vertueuse, peu d'évolutions concrètes ont été mises en œuvre récemment sur ce thème.

Méthodologie

L'action s'articule autour de 2 axes :

- Récupération de l'ensemble des procédures liées à l'hygiène concernant les brancardiers, mise à jour de ces protocoles et/ou création de nouveaux protocoles ;
- Création d'un mini audit à destination des brancardiers dans le but d'observer si les règles d'hygiène sont connues et surtout appliquées.

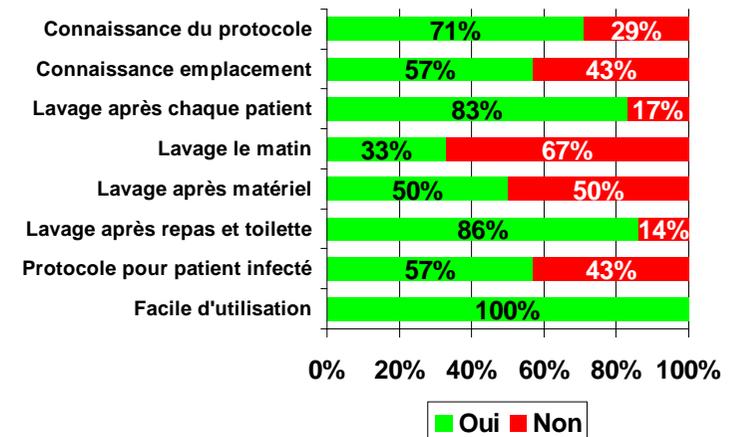
Résultat

Un classeur hygiène présent dans l'ensemble des bureaux des cadres contient les protocoles à jour suivants :

- Tenue Vestimentaire de base (tenue dans le bloc opératoire) ;
- Protocole d'hygiène des mains (algorithme pour le choix de la technique, technique de lavage simple des mains, technique de lavage hygiénique des mains, technique de friction hygiénique des mains) ;
- Tri et circuit des déchets (tableau de tri des déchets d'activité de soins).

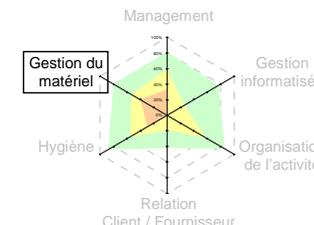
Par ailleurs, un certain nombre de formations (tenue vestimentaire, lavage des mains) est dispensé aux brancardiers, notamment aux nouveaux arrivants.

Un protocole supplémentaire a été rédigé : il concerne l'entretien des brancards et des fauteuils roulants, comprend une partie sur la gestion du matériel et une partie sur les prises en charge du nettoyage après chaque patient, en fin de journée et en fin de semaine. Par ailleurs, les protocoles existants sont bien à jour : dans la réalité, il y a encore des efforts à faire sur leur diffusion et leur application, conformément aux résultats mentionnés ci-contre.



4.6 GESTION DU MATERIEL

4.6.1 Fiche 25 : optimisation de la gestion des fauteuils roulants (H05)



Objectif

Améliorer la disponibilité du matériel de brancardage assis par une fiabilisation des circuits et des procédures de maintenance.

Contexte

Les brancardiers du site passent un temps important à rechercher des fauteuils. A chaque étage se trouve un lieu, non sécurisé, de « dépose » : lorsqu'à l'occasion d'un transport, le brancardier découvre qu'il a besoin d'un fauteuil (exemple : le patient était annoncé valide et est en fait très fatigué), il doit parcourir tous les étages jusqu'à ce qu'il trouve un fauteuil disponible.

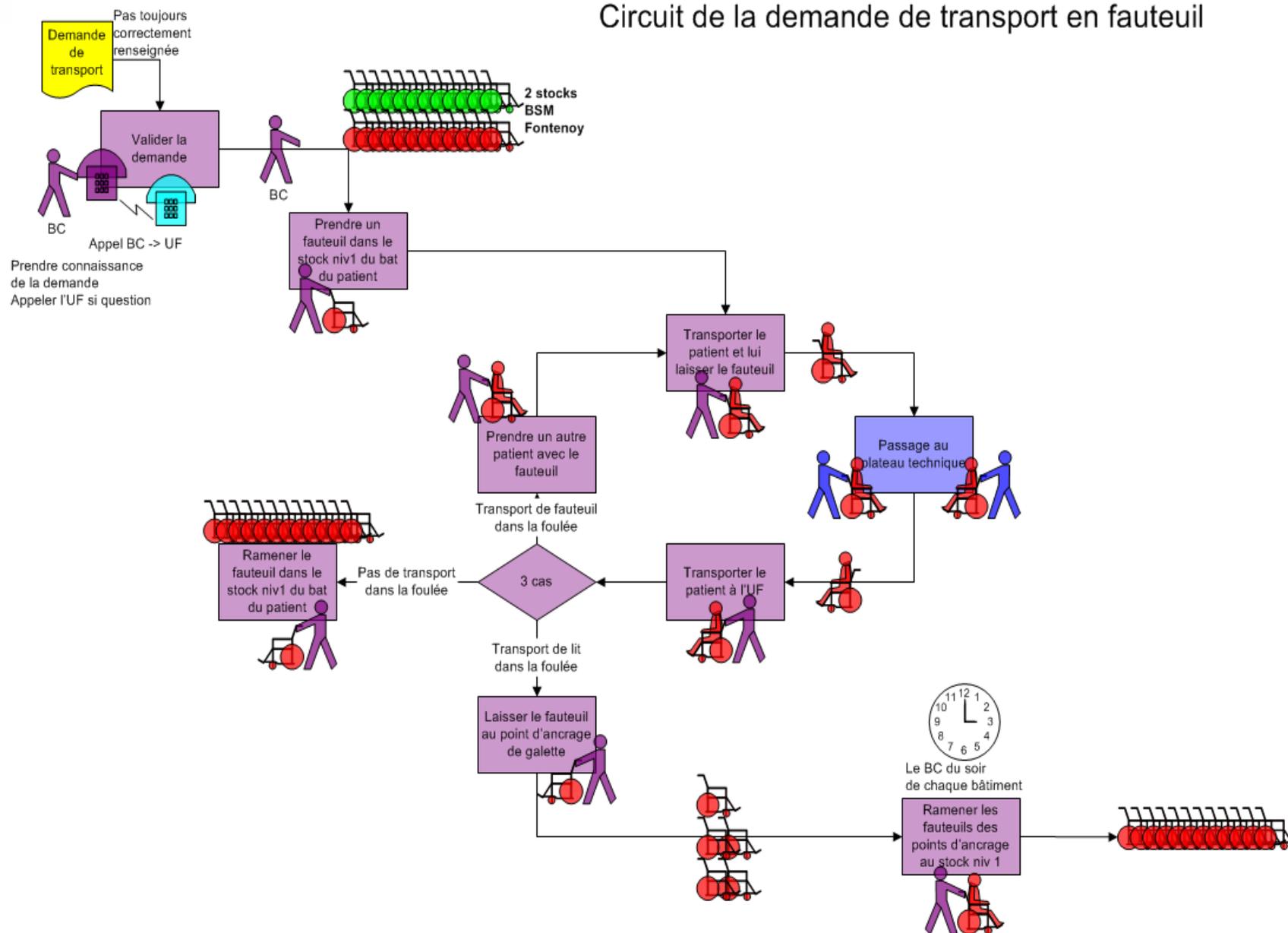
Méthodologie

- Recenser le parc de fauteuils et identifier les raisons principales pour lesquelles ceux-ci sont recherchés ;
- Dialoguer avec les services techniques responsables de la maintenance pour identifier l'origine des immobilisations de fauteuils trop longues ;
- Définir et mettre en place avec les services techniques la maintenance préventive des fauteuils (discutée sur le mode de l'engagement client fournisseur) ;
- Etablir une proposition d'équipement et de gestion du parc de fauteuils pour la direction générale.

Résultat

- Le circuit de demande de transport en fauteuil a été mis à plat (cf. schéma en page suivante) ;
- Divers entretiens constructifs avec les services techniques ont permis de décrire les fonctionnements, contraintes et attentes de chaque partie, notamment les périmètres d'intervention. En particulier, l'étude des modes de transferts des matériels aux services techniques (bon rose, zone départ, équipe centrale de transport du matériel, etc.) a mis en évidence les nombreuses défaillances possibles entre le départ et l'arrivée aux services techniques ;
- Dans la perspective d'une diminution du nombre de réparations nécessaires chaque année, une maintenance préventive a pu être mise en place : dans les périodes de moindre charge, les services techniques s'engagent à consacrer une demi-journée aux matériels de brancardage, charge aux brancardiers de rassembler les fauteuils pour une maintenance systématique de quelques minutes par unité ;
- Un parc cible de matériel a été dimensionné, en tenant compte des pics d'activité et des durées moyennes d'immobilisation des fauteuils lors de séjours aux plateaux techniques. Ce parc a également été réparti entre les deux bâtiments et un processus de sécurisation et de gestion des moyens a été élaboré. Ce projet est à l'étude à la direction pour acheter les fauteuils qui viendront compléter le parc.

Circuit de la demande de transport en fauteuil



5. EVALUATION DE LA DEMARCHE MEAH

5.1 BILAN METHODOLOGIQUE

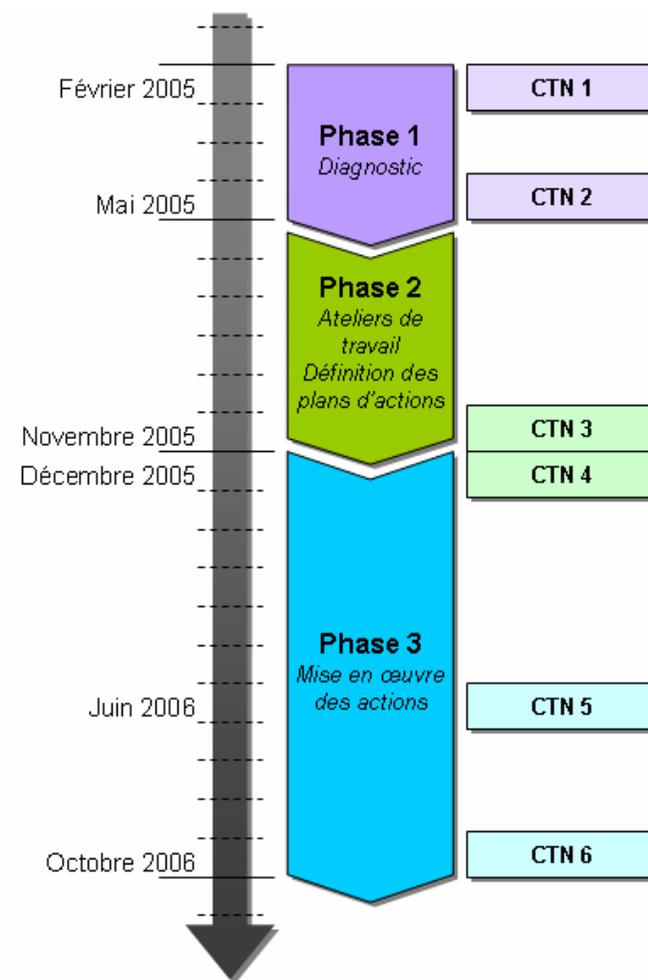
Au regard du retour d'expérience, un certain nombre d'aléas méthodologiques ont été préjudiciables au bon déroulement de la mission :

- Le nombre d'établissements : avec un panel de 16 établissements, et de surcroît sur un thème transversal au périmètre très large, il est plus que délicat d'offrir une qualité d'analyse et d'accompagnement équivalente à ce qui est offert sur d'autres chantiers pilotes MeaH (habituellement 8 établissements partenaires) ;
- L'offre d'appui conseil faible : que ce soit le rythme de réunions en CTN peu soutenu, ou le calibrage des journées d'appui conseil trop diluées au regard de la quantité d'établissements à suivre en parallèle, il est indéniable qu'un certain nombre de résultats supplémentaires auraient pu être atteints en renforçant l'accompagnement des établissements, notamment par une présence plus forte des consultants sur le terrain ;
- Les nouvelles options prises en termes de phasage : concernant la phase 2, avec la constitution d'ateliers de travail au regard des difficultés d'exploitation et d'analyse des données de diagnostic de la phase 1.

En outre, il a cruellement manqué dans la phase de mise en œuvre des plans d'actions la définition d'indicateurs quantitatifs permettant d'évaluer de manière formelle ce qui pourrait se caractériser comme la « performance » du brancardage. Une approche plus transversale et intégrant dans la réflexion les services bénéficiaires du transport interne nous aurait certainement permis d'aller plus loin dans l'appréhension de l'activité de brancardage dans son ensemble, moins centrée sur elle-même (ses ressources et son niveau de charge, etc.) et plus intégrée dans un dispositif global (ses objectifs et sa collaboration avec les unités « clientes », etc.).

5.2 RESENTI DES PROFESSIONNELS

A l'issue du dernier CTN, un questionnaire d'évaluation permet d'apprécier le ressenti global des membres du groupe à l'égard du chantier MeaH (75% des établissements mobilisés en début de chantier participant à la consultation).



6. CONCLUSION

A l'issue de la 3^{ème} et dernière phase du chantier relatif à la revue et à l'analyse des organisations du transport interne de patients, le bilan qui peut être fait de la collaboration avec les 16 établissements partenaires est contrasté : des initiatives et réussites locales, bien souvent au prix d'un engagement fort et soutenu des équipes projets avec l'appui des consultants, mais malgré tout des difficultés relatives à l'analyse fine et chiffrée des organisations, rendant irréalisables les techniques de benchmarking et de suivi d'indicateurs en routine habituellement pratiquées au sein des démarches MeaH.

La capitalisation : des outils, des recommandations, des exemples d'actions

La capitalisation de ce chantier peut s'articuler autour de 3 axes, respectant d'ailleurs la chronologie du déroulement de la mission :

- Les outils de recueil et d'évaluation : présentés dans le rapport des phases 1 & 2, 3 grilles de recueil et 1 outil d'autoévaluation ont été constitués et éprouvés dans le cadre du chantier. A manier avec toutes les précautions d'usage que nous connaissons maintenant, ceux-ci sont une base solide pour tout établissement souhaitant s'investir dans l'étude et l'analyse de son activité de transport interne ;
- Des recommandations autour de 8 thèmes : issues des travaux des ateliers de travail et présentées également dans le rapport des phases 1 & 2, celles-ci mentionnent un certain nombre de réflexions et d'idées pouvant inspirer des responsables locaux dans le cadre d'une réflexion sur le transport interne, structurées et pouvant donc être appréhendées en fonction des priorités qui sont celles de l'établissement en question ;
- Des exemples d'actions mises en œuvre au sein du panel d'établissements : relatées dans le présent rapport de fin de phase 3, ces actions sont à la fois remises dans le contexte de chaque organisation (plans d'actions), mais aussi listées et classées sous forme de catalogue, permettant ainsi au lecteur de se nourrir directement des expériences et exemples qui peuvent lui sembler utiles dans le cadre de la réflexion sur son propre établissement.

Le changement : conduite adroite sur la route du succès...?

Dès lors, sur l'ensemble des établissements du panel, les plans d'actions ont dans la très large majorité des cas été menés à bien. Même si ceux-ci étaient d'ambitions variables, et parfois en manque de cohérence à l'égard du diagnostic établi en fin de phase 1, il est à souligner que ces démarches de réflexion et d'amélioration auront été lancées par les établissements eux-mêmes, avec l'accompagnement des consultants, mais aussi et surtout grâce à la volonté et au travail des ressources locales. Ainsi, loin d'être une fin en soi, le chantier MeaH aura permis aux 16 établissements partenaires d'impulser la conduite du changement au sein de leurs équipes. Au delà d'un résultat quantifiable, c'est une démarche de long terme qui se met en place : en ce sens, l'objectif de la MeaH est pleinement atteint.

7. PROCHAINES ETAPES

Il est admis que l'écueil majeur du présent chantier a été de borner l'analyse du transport interne à la seule étude de la charge des brancardiers, en occultant la dimension transversale et d'interface que cette activité représente au sein d'une organisation multiservices, à la fois cliniques et médico-techniques. La qualité d'un transport ne peut être jugée sur la seule prestation des équipes de brancardiers.

Des problématiques incontournables

Dès lors, les problématiques auxquelles tout responsable de l'activité de brancardage est dorénavant confronté sont multiples : la performance de l'activité est-elle optimisée ? Les impératifs en termes de qualité sont-ils respectés ? Une démarche commune et transversale de collaboration avec l'ensemble des services « clients » a-t-elle été entamée ? Etc.

Enseignements du chantier pilote

Au terme de ce chantier, plusieurs axes d'amélioration se sont dessinés, portant notamment sur les notions de gestion au quotidien de l'activité, maintenance des matériels, valorisation des ressources humaines, sensibilisation à l'hygiène, etc.. Des résultats significatifs sur ces divers aspects ont d'ores et déjà été produits et capitalisés, tant dans le rapport des phases 1 & 2 que dans le présent rapport de phase 3. En revanche, un certain nombre de difficultés, méthodologiques et pratiques, n'ont pas rendu possible une véritable analyse commune et quantifiée de l'ensemble des organisations du panel. Citons à titre d'exemple le périmètre d'appréhension du transport interne, champ extrêmement vaste, trop peu cadré ainsi que la performance de l'activité partiellement évaluée, et difficilement reliée au type d'organisation dont elle émanait.

Orientations d'un chantier d'approfondissement

Fort des résultats et des perspectives ouvertes par ce premier chantier, un chantier d'approfondissement est envisagé. L'étude consistera à décrire et améliorer la prestation de transport interne, en s'appuyant non seulement sur les outils éprouvés lors de ce premier chantier et centrés sur les brancardiers, mais aussi par une nouvelle approche plus orientée sur la collaboration client/fournisseur instaurée avec les services cliniques et médico-techniques :

- Recueil d'informations clés : expression de l'heure de demande de transport et de l'heure de prise en charge effective ;
- Définition et suivi en routine de différents indicateurs de performance ;
- Promotion d'une démarche de « contractualisation » avec les unités les plus consommatrices en transport.

Menée avec 8 établissements MCO publics et privés volontaires, celle-ci aura pour ambition de mobiliser l'ensemble des acteurs intervenant au sein et en périphérie de l'activité de transport interne (brancardiers mais aussi services clients les plus « consommateurs ») autour d'actions ciblées, qui feront chacune l'objet d'une évaluation chiffrée et analysée.