

Chantier Pilote 2004-11

MeaH Mission
nationale
d'expertise
et d'audit
hospitaliers

Revue et analyse des organisations du
transport interne de patients

Rapport des phases 1 & 2

Alain LUCAS & Pierre-Etienne HAAS
Chargés de projet

Septembre 2006

Plan

1. AVANT-PROPOS 3

1.1 Rappel du contexte et des objectifs de l'étude.....3

1.1.1 Contexte de l'étude3

1.1.2 Champ et objectif de l'étude3

1.2 Acteurs de la mission.....4

1.2.1 Etablissements.....4

1.2.2 Sociétés de conseil4

2. OPTIONS METHODOLOGIQUES 5

2.1 Méthodologie de la phase 1.....5

2.1.1 Démarche descriptive.....5

2.1.2 Approche quantitative5

2.2 Méthodologie de la phase 2.....6

3. OUTILS MIS EN ŒUVRE 7

3.1 Grille de recueil établissements (Phase 1 – démarche descriptive)7

3.1.1 Sites.....7

3.1.2 Unités fonctionnelles (UF).....8

3.1.3 Activité.....8

3.1.4 Matériel8

3.2 Grille de recueil ressources humaines (Phase 1 – démarche descriptive).....9

3.2.1 Effectif présent moyen rémunéré9

3.2.2 Conditions de travail9

3.2.3 Absences9

3.2.4 Formations10

3.2.5 Effectifs agents.....10

3.2.6 Postes de travail et effectif cible théorique10

3.3 Grille de recueil brancardiers (Phase 1 – démarche quantitative).....11

3.4 Grille d'évaluation de la maturité (Phase 2)12

3.4.1 Ateliers de travail13

3.4.2 Axes d'évaluation13

4. PREMIERS CONSTATS ET ANALYSES 15

4.1 Structures et activités.....15

4.1.1 Typologie d'établissements.....15

4.1.2 Modes de transport des patients15

4.1.3 Caractéristiques des transports16

4.2 Moyens mis en œuvre17

4.2.1 Organisation.....17

4.2.2 Ressources humaines18

4.3 Pistes d'amélioration.....20

4.3.1 Thème 1 – Fonctions d'une régulation informatisée20

4.3.2 Thème 2 – Gestion des transports non programmés21

4.3.3 Thème 3 – Gestion des équipes dédiées.....22

4.3.4 Thème 4 – Relation client fournisseur23

4.3.5 Thème 5 – Hygiène24

4.3.6 Thème 6 – Gestion des carrières25

4.3.7 Thème 7 – Gestion quotidienne du service26

4.3.8 Thème 8 – Gestion des ressources matérielles27

5. CONCLUSION INTERMEDIAIRE 28

6. ANNEXES 29

6.1 Les 6 axes de la maturité.....29

6.1.1 Management.....29

6.1.2 Gestion informatisée29

6.1.3 Organisation de l'activité30

6.1.4 Relation client / fournisseur30

6.1.5 Hygiène31

6.1.6 Gestion du matériel31

6.2 La maturité des établissements du panel.....32

1. AVANT-PROPOS

1.1 RAPPEL DU CONTEXTE ET DES OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1.1 Contexte de l'étude

La fonction transport des patients entre services participe pleinement à la prise en charge à l'hôpital. Très dépendante d'une bonne coordination, l'efficacité de son organisation a des répercussions sur la qualité et la sécurité du séjour du patient, sur le fonctionnement des services cliniques et du plateau technique, ainsi que sur la satisfaction des professionnels de santé.

- Dans l'étude menée par la MeaH sur « le temps d'attente aux Urgences », le brancardage est un des facteurs cités, sur certains sites, pour expliquer une inflation du temps de passage des patients : attente du brancardier pour accompagner le patient à la radiologie ou le monter dans les étages, etc. ;
- Les travaux portant sur « l'organisation des services d'Imagerie » mettent également en évidence des organisations du transport manifestement moins efficaces que d'autres, générant un accroissement des délais d'attente des patients avant et après les examens et désorganisant la planification des actes et leur enchaînement ;
- Enfin, les dysfonctionnements liés au brancardage et plus largement au déficit de coordination entre services peuvent également être relevés dans l'étude portant sur « la gestion et l'organisation des Blocs Opératoires ».

La diversité des organisations du transport des patients (équipe dédiée, pool ou service central, etc.) et la variabilité de leur performance justifient donc qu'une étude spécifique soit conduite sur cette fonction dans le prolongement des 3 missions précitées.

1.1.2 Champ et objectif de l'étude

Le champ de l'étude se limite au transport interne des patients. L'acheminement des flux liés aux patients (ordonnance, dossier, médicament, matériel médical, prélèvement, résultat d'examen, etc.) et des flux purement logistiques (repas, linge, déchet, magasin, courrier, etc.) ainsi que le transport des patients vers l'extérieur de l'établissement ou en provenance de l'extérieur sont exclus du champ de l'étude.

- La phase 1 de la mission consiste à décrire les caractéristiques de l'organisation du transport sur chaque site et à en identifier certains aspects prometteurs ;
- La phase 2 est un approfondissement de 4 thèmes clés (identifiés en phase 1) par un travail de groupes en ateliers. Chaque atelier regroupe sur un thème précis les établissements considérés comme avancés sur le sujet. Ces travaux produiront des éléments de "bonnes pratiques" organisationnelles ;
- Enfin, la phase 3 de l'étude est consacrée à l'accompagnement du changement sur les sites. A partir d'une analyse critique élaborée avec le consultant, les professionnels de terrain proposeront des actions d'amélioration en fonction des priorités locales et seront accompagnés dans leur mise en œuvre et la mesure des résultats atteints.

1.2 ACTEURS DE LA MISSION

1.2.1 Etablissements

La mission est restreinte aux sites volontaires participant à l'une des 3 missions précitées, afin de capitaliser sur le travail effectué à cette occasion. Le tableau ci-dessous récapitule les 16 établissements s'étant déclarés volontaires et les missions auxquelles ils sont associés.

	Chantier Imagerie	Chantier Blocs	Chantier Urgences
- 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.			×

En cours d'étude, 2 établissements sont écartés du panel :

- Le Centre Hospitalier Ambroise Paré, qui ne dispose pas d'équipe brancardage ;
- L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien, qui, pour cause de problème technique, n'a pas été en mesure de fournir les données demandées.

1.2.2 Sociétés de conseil

Par ailleurs, à l'issue d'un appel d'offres, 3 sociétés de conseil sont retenues : Vector Services (chef de projet Philippe DEVILLERS), ainsi que le CNEH (chef de projet Pierre MARTINEZ) et Adopale (chef de projet Jonathan KRIEF) dans le cadre d'un groupement solidaire.

2. OPTIONS METHODOLOGIQUES

2.1 METHODOLOGIE DE LA PHASE 1

Par bien des aspects, l'organisation du transport sur les sites est encore très artisanale et peu outillée. Par exemple, la mesure de l'activité est bien souvent absente ou incomplète. Dans une phase 1 de capture de l'organisation des sites, cette dimension ne peut pas être absente. Deux démarches – descriptive et quantitative – sont donc menées en parallèle.

2.1.1 Démarche descriptive

La démarche descriptive vise à analyser l'organisation du site à travers un questionnaire synthétique à remplir et des entretiens entre les professionnels et les consultants sur le terrain. Sont recherchés, à partir d'un questionnaire formalisé par la MeaH sur un support Excel© paramétré, les points suivants :

- Appréhender le terrain et les caractéristiques du site ;
- Rencontrer acteurs et clients du transport interne des patients ;
- Approfondir certains aspects fondamentaux de l'organisation difficiles à traduire autrement que par un entretien ouvert (centralisation/pool, programmation/régulation, outils de gestion, saisonnalité/variabilité, qualité/engagement de service, etc.) ;
- Echanger sur toute question relative au transport interne des patients.

2.1.2 Approche quantitative

Afin de prévenir d'éventuelles divergences méthodologiques lors du rapprochement des résultats entre les sites, le même principe a été retenu pour tous, quels que soient les outils de gestion éventuellement en place (rares cependant au niveau de précision souhaité). L'objectif principal est de tracer les transports « actifs » effectués par les acteurs du transport interne des patients, « actif » signifiant « en train de transporter un patient ». En effet :

- D'une part, les autres transports (prélèvement, résultats d'exams, etc.) éventuellement effectués par les mêmes acteurs sont en dehors du champ de l'étude ;
- D'autre part, les transports « à vide » (sans patient) pour se rendre auprès d'un patient ou pour revenir à la base après une mission sont tributaires du type d'organisation retenu et non du transport lui-même (exemple : une équipe dédiée a moins de retours à vide qu'un pool central) ;
- Enfin, le cas particulier du transport de lit vide a été négligé (exemples : lit pour patient en extension préparé dans le service ou sortie de bloc vers la réanimation).

Cette mesure ne peut donc être faite que par les acteurs eux-mêmes, ce qui impose une certaine restriction sur les informations collectées pour conserver la faisabilité du dispositif. Un support spécifique est produit par la MeaH à l'attention de tous les sites. Ce support, imprimable, est confié à chaque acteur du transport au début de sa journée pour qu'il y note tous les transports qu'il effectue. Si un transport implique 2 agents (ce qui est souvent le cas pour les transports avec lit), chacun note le transport sur sa feuille.

A l'issue de chaque journée, les feuilles sont collectées par l'établissement qui s'est chargé de la saisie de ces informations dans une base de données Excel© également fournie par la MeaH. La durée de collecte est fixée à 4 semaines, afin de disposer d'une base significative contre d'éventuelles variations, durant le mois de mars 2005, un mois de forte activité en général.

2.2 METHODOLOGIE DE LA 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 (voir tableau ci-après). Chaque atelier regroupe sur un thème précis les établissements considérés comme avancés sur le sujet ou ayant exprimé leur volonté d'y participer. L'organisation et l'animation de ces ateliers sont confiées aux cabinets de conseil ; les travaux se déroulent de juillet à décembre 2005 soit dans les locaux de la MeaH, soit dans les établissements participants.

	CC ML	CH AR	CH DK	CH AM	CHL M	CHL S	HP AN	HEG P	CH BL	CH CH	CLS J	CHI F	CHI M	CL AP	CH AP	HP OP	zooms par thème
THEME 1 : REGULATION																	10
<i>Atelier 1 : fonctions d'une régulation informatisée des transports</i>					oui		oui	oui									3
<i>Atelier 2 : gestion des transports non programmés</i>			oui	oui				oui									3
<i>Atelier 3 : gestion des équipes dédiées aux plateaux techniques</i>						oui			oui		oui		oui				4
Pistes de travail : modalités de la régulation actuelle, taux de non-programmé, mode de communication, mesure du service rendu, sectorisation, ...																	
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	zooms par thème
THEME 2 : QUALITE																	6
<i>Atelier 4 : développement d'une relation client-fournisseur</i>	oui	oui				oui											3
<i>Atelier 5 : utilisation des SHA, développement d'une politique d'hygiène</i>									oui	oui						oui	3
Pistes de travail : protocoles, procédures, formation bonnes pratiques, relation client-fournisseur, mesure de la qualité, ...																	
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	zooms par thème
THEME 3 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES																	5
<i>Atelier 6 : gestion des carrières, valorisation de la fonction</i>					oui						oui	oui					3
<i>Atelier 7 : encadrement, gestion quotidienne du service</i>										oui				oui			2
Pistes de travail : définition des postes, comparaison effectifs théoriques et réels, plan de formation, plan de carrière, organigramme, ...																	
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	zooms par thème
THEME 4 : GESTION DES RESSOURCES MATERIELLES																	2
<i>Atelier 8 : gestion du matériel et petite maintenance</i>									oui						oui		2
Pistes de travail : modalités d'achat, affectation des matériels, déclarations de dysfonctionnements, entretien et désinfection, modalités de maintenance, ...																	
zooms par site 1 1 1 1 2 2 1 2 3 2 2 1 2 0 1 1 23																	

3. OUTILS MIS EN ŒUVRE

Afin de réaliser un diagnostic précis de l'ensemble des établissements du panel, 3 grilles de recueil sont définies en début de phase 1 du chantier (grille établissements, grille ressources humaines, grille brancardiers). Par ailleurs, à l'issue des réflexions et conclusions des ateliers de travail organisés en phase 2, une grille de caractérisation et d'évaluation de la maturité de l'activité de transport interne est constituée, et immédiatement mise en application par les établissements du panel. Ce sont ces 4 outils qui sont présentés ci-après.

3.1 GRILLE DE RECUEIL ETABLISSEMENTS (PHASE 1 – DEMARCHE DESCRIPTIVE)

Cette grille permet de dresser un état des lieux de l'environnement au sein duquel évoluent les équipes de brancardiers. La description des sites et unités fonctionnelles, la caractérisation du niveau d'activité de ses unités ainsi que le matériel mis à disposition des agents affectés au transport interne sont abordés dans les 4 onglets suivants.

3.1.1 Sites

Il est bien évident que les enjeux et contraintes relatifs au transport interne diffèrent selon le type (monobloc, pavillonnaire, ou multi sites) de l'établissement concerné. Cette information est donnée par les tableaux ci-dessous.

code site	libellé du site
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

code site	code bât.	libellé bâtiment ou pavillon
1	11	
	12	
	13	
	14	
	15	

code site	code bât.	libellé bâtiment ou pavillon
2	21	
	22	
	23	
	24	
	25	

3.2 GRILLE DE RECUEIL RESSOURCES HUMAINES (PHASE 1 – DEMARCHE DESCRIPTIVE)

3.2.1 Effectif présent moyen rémunéré

Les données fournies par la DRH sont saisies dans le tableau ci-dessous. La démarche consiste à recenser l'ensemble des effectifs participant d'une manière ou d'une autre à l'activité de transport interne (données auxquelles sont retranchées naturellement les absences pour congés, accident du travail et formation), puis à évaluer la part que représente pour chaque effectif cette activité par rapport à son activité globale.

		Total effectif participant peu ou prou au transport interne	dont CLM, CLD, AT > 6 mois	dont formation > 6 mois	sous total	Quote-part de temps ? transport interne	Total effectif présent moyen rémunéré et consacré au transport interne
code métier	Qualification	A	B	C	$A - [B+C] = D$	E	$D - E = F$
1	AES et ASH				0,00 ETP		0,00 ETP

3.2.2 Conditions de travail

Pour chaque qualification sont comptabilisées les informations caractérisant la qualité des conditions de travail des agents : turn-over, postes vacants, jours d'absence.

code métier	Qualification	Turn-over (1)	nbre de postes vacants	nbre moyen jours d'absence
1	AES et ASH			

3.2.3 Absences

Les soldes des jours d'absences ont un impact financier qui est évalué grâce à la grille de saisie ci-dessous.

code métier	Qualification	solde CA au 31/12/2004	solde RTT au 31/12/2004	solde CET au 31/12/2004	solde total au 31/12/2004	heures supp. payées en 2004
1	AES et ASH				0 j	

3.2.4 Formations

La prise de fonction des agents affectés au transport interne se fait bien souvent sans aucune formation initiale, en dépit du contact prolongé que ceux-ci sont amenés à avoir avec les patients.

Les agents bénéficient-ils de formation à la manipulation des patients ?		(nbre de jours de la formation x nbre d'agents ayant bénéficié de cette formation)
si oui, combien de jours de formation en 2004 ?		
Les agents bénéficient-ils de formation aux gestes d'urgence ?		
si oui, combien de jours de formation en 2004 ?		

3.2.5 Effectifs agents

La précarité induite par les types de contrats liant les agents et l'établissement peut être source de difficultés dans le management et la motivation des équipes. Elle est ainsi caractérisée dans la grille de recueil ci-dessous.

code métier	Qualification	Nbre d'agents en CDD	Nbre d'agents en CDI	Nbre d'agents stag. et titulaires	Total agents physiques
1	AES et ASH				0 ag

3.2.6 Postes de travail et effectif cible théorique

Au-delà des données issues de la DRH, un effectif dit « cible » peut être déterminé par le cadre lui-même en caractérisant précisément ses besoins en termes de postes de travail. La grille de données ci-dessous permet donc à chaque établissement de quantifier les ETP nécessaires pour assurer l'activité de transport interne, telle que ses besoins sont définis par l'organisation mise en place.

		service ou équipe :												
code base	code métier	Qualification	Poste	Horaires	Nbre de postes	Temps de W effectif	Jours semaine	Nuits semaine	jours année	nuits année	Besoins annuels	Besoins ETP jour	Besoins ETP nuit	Besoins jour + nuit
									0	0	0,00 h	0,00 ETP	0,00 ETP	0,00 ETP

Ces ETP peuvent donc être comparés avec les données issues de la DRH, et ainsi les différentiels entre effectifs rémunérés, effectifs présents et effectifs nécessaires sont objectivés.

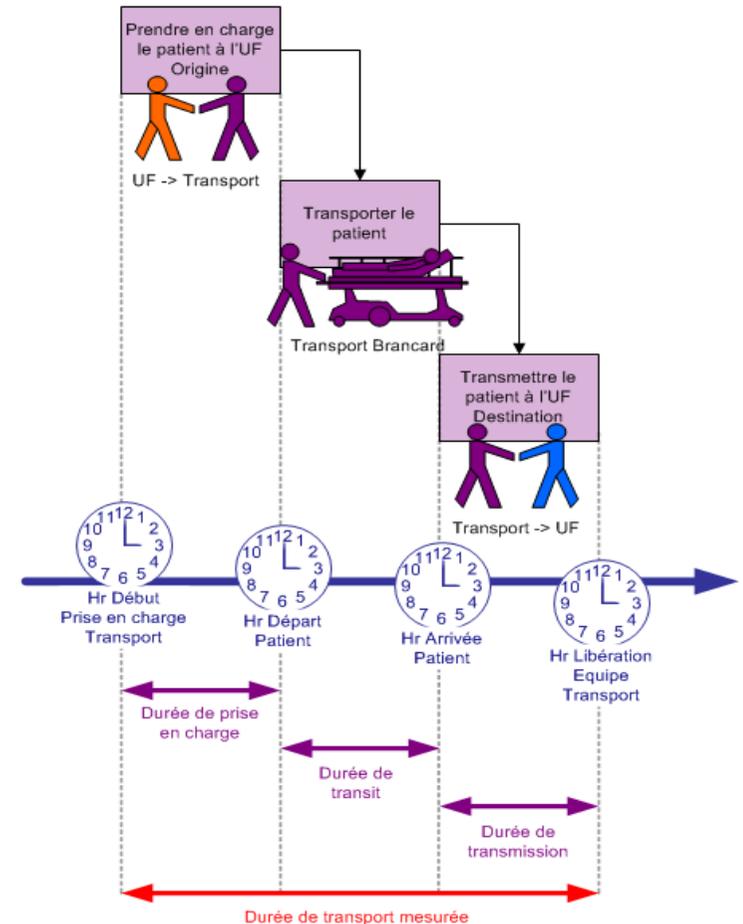
3.3 GRILLE DE RECUEIL BRANCARDIERS (PHASE 1 – DEMARCHE QUANTITATIVE)

Un transport actif est la succession de 3 étapes (schéma ci-contre) :

- Prise en charge du patient à l'UF d'origine du patient : accueil des soignants, identification du patient, recueil des dossiers et consignes, manutention du patient ou préparation au transport, etc. ;
- Transit du patient : déplacement effectif du patient dans la structure. Les modes de transport, les multiples appareils ou précautions éventuels dépendent du patient et des UF d'origine et de destination, etc. ;
- Transmission du patient à l'UF de destination du patient : accueil des soignants, identification du patient, transmission des dossiers et consignes, manutention du patient et conclusion du transport, etc.

Il aurait été souhaitable de mesurer les 3 durées ponctuant le transport actif, en particulier pour quantifier les retards à la préparation des patients au départ, mais des tests de terrain ont montré que ce serait délicat à réaliser. Seuls les deux horaires extrêmes ont donc été finalement recueillis pour mesurer une durée globale de transport actif. Par ailleurs, en parallèle au relevé des temps, les différents incidents pouvant retarder un transport ont été tracés. Les retards à la préparation ainsi que l'attente aux ascenseurs ont été cités comme des incidents possibles durant le transport..

La plupart des établissements n'ayant pas de système d'information permettant d'obtenir un ensemble de données fiables et précises relatives aux transports effectués, une grille de recueil est constituée afin de pouvoir évaluer précisément un certain nombre de données précises sur l'activité de transport. Les informations collectées incluent finalement :



- L'heure d'arrivée des agents du transport dans l'UF d'origine du patient (une convention est prise sur le fait qu'un transport commence à l'arrivée du brancardier près du patient et qu'il se termine lorsque le brancardier quitte physiquement le patient) ;
- Le code de l'UF d'origine ;
- L'étiquette d'identification du patient ;
- Les moyens matériels (valide, brancard, fauteuil, lit) ;
- Les appareils (potence, oxygène, etc.) ;
- Les moyens humains (brancardier seul, 2 brancardiers, 1 brancardier + manipulateur radio, etc.) ;
- Le type de patient (agité, contagieux, etc.) ;
- L'heure de départ des agents du transport de l'UF destination du patient ;
- Le code de l'UF de destination ;
- Les incidents intervenus durant le transport ;
- Le temps « perdu » suite à cet incident.

Etabl. : Journée du : Consultant :

Nom de l'agent :

Service ou équipe : Horaire poste : n° feuille :

UF DE DEPART		Réfèrent : <input type="text"/>		Tél. : <input type="text"/>			UF D'ARRIVEE		Observations / incidents	Temps incident
Heure d'arrivée	code UF	Etiquette d'identification du patient	Moyens matériels	Appareils	Moyens humains	Type patient	Heure de départ	code UF		
A	B	C	D	E	F	G	H	I		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le recueil s'effectue sur une durée de 4 semaines. Pour un certain nombre d'analyses (étude des temps), seule la semaine la plus productive est retenue.

3.4 GRILLE D'EVALUATION DE LA MATURITE (PHASE 2)

La maturité d'une organisation peut s'appréhender comme la mesure de la relation entre le degré d'organisation d'une structure et la performance qu'elle produit. Ainsi, plus une organisation est mature, plus elle produit de la performance et/ou est susceptible d'évoluer rapidement pour produire un meilleur résultat.

3.4.1 Ateliers de travail

A l'issue de phase 1 du chantier, 8 groupes de travail se forment afin d'étudier plus avant les 8 thèmes suivants :

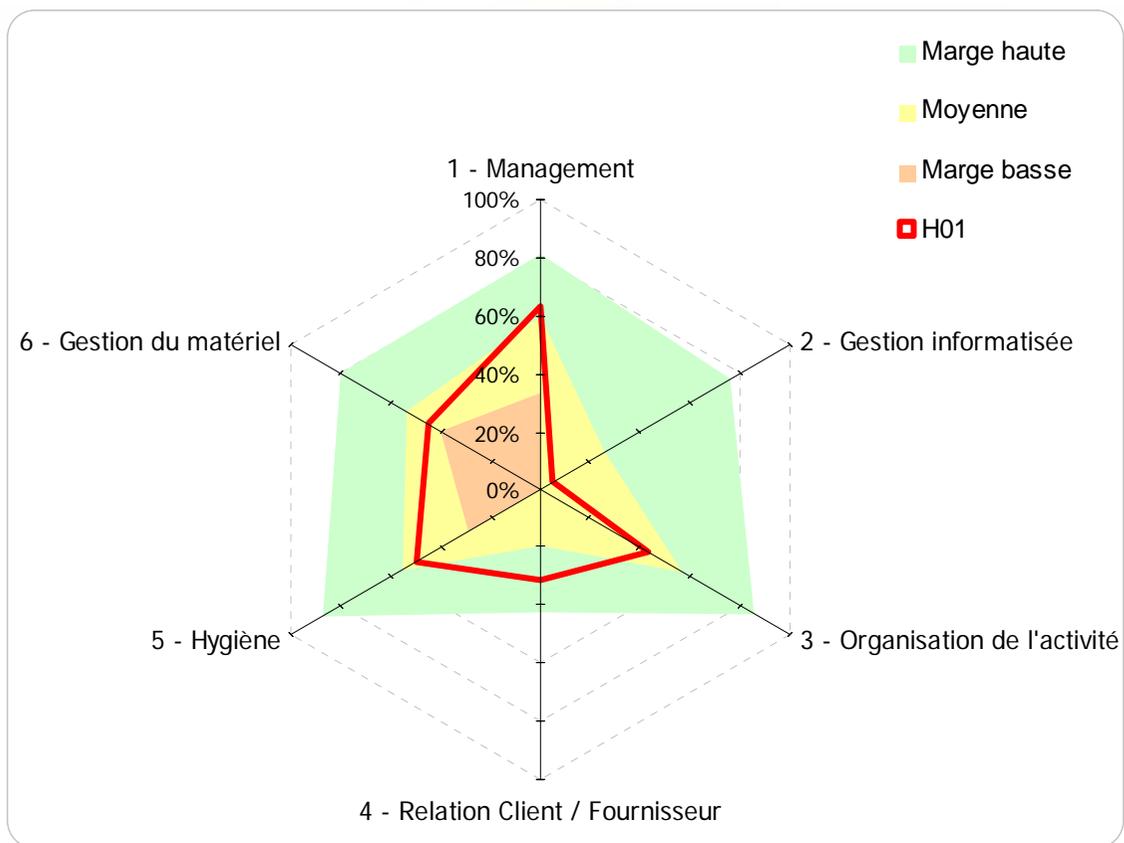
- Régulation (communication, SI) :
 - Thème 1 – Fonctions d'une régulation informatisée ;
 - Thème 2 – Gestion des transports non programmés ;
 - Thème 3 – Gestion des équipes dédiées.
- Qualité :
 - Thème 4 – Relation client fournisseur ;
 - Thème 5 – Hygiène.
- Gestion des ressources :
 - Thème 6 – Gestion des carrières ;
 - Thème 7 – Gestion quotidienne du service.
- Gestion des matériels :
 - Thème 8 – Gestion des ressources matérielles.

Le travail réalisé par les ateliers a permis de définir, comme référentiel de mesure de la maturité des organisations de transport de patients, 132 bonnes pratiques constatées et/ou énoncées comme telles par les membres des groupes de travail, ordonnées au final, selon 6 groupes de bonnes pratiques.

3.4.2 Axes d'évaluation

Chacun des 6 groupes de bonnes pratiques 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 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.

4. PREMIERS CONSTATS ET ANALYSES

4.1 STRUCTURES ET ACTIVITES

4.1.1 Typologie d'établissements

Les établissements participant à l'étude forment un panel hétérogène, tant au niveau des structures diverses (pavillonnaires, monoblocs), que des niveaux d'activité, caractérisés par le nombre de lits (de moins de 200 lits à près de 1800 lits).

Données Monographies Phase 1 - Janvier 2006														
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14
ETABLISSEMENTS														
Implantation														
Pavillonnaire / Monobloc	Mono	Pavil	Mono	Mono	Pavil	Pavil	Mono							
Nombre de bâtiments	1	16	1	4	21	19	2	1	1	2	1	1	1	1
Dimensionnement														
Nombre de lits et places	204	1035	891		1790	961			1334	1178	350	573		225
Nombre de lits et places MCO	146		500	210	1200	900	386	731	449	656	317	322	194	204
Nombre d'UF	30	79	50	28	120	105	37	75	48	52	27	40	15	12

4.1.2 Modes de transport des patients

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.

Les établissements volontaires pour la mission incluaient ces divers types de transport auxquels la démarche d'analyse a dû s'adapter. Par ailleurs, seuls 3 établissements disposent d'une activité de transport ambulancier.

Données Monographies Phase 1 - Janvier 2006														
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14
CARACTERISTIQUES TRANSPORT INTERNE														
Répartition														
Activité brancardage	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Activité ambulancier	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Organisation														
Activité brancardage gérée par une direction	Soins	Soins	Soins	Finances	Soins	Soins	Soins	1 cadre de santé dédié	Soins	Soins	Pl. cadres de santé	1 cadre de santé dédié		
Activité ambulancier géré par une direction					Soins	Serv. Éco.				Serv. Éco.				

Dans la majorité des cas, c'est la direction des soins qui assure le management de l'activité de brancardage.

4.1.3 Caractéristiques des transports

La **durée moyenne** des transports mesurés varie de **5 minutes à 23 minutes** selon les sites. 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**.

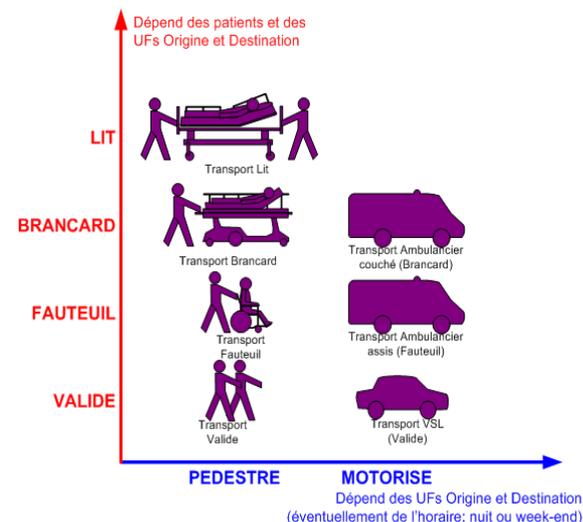
Données Monographies Phase 1 - Janvier 2006														
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14
Courses														
Nb total de transports mesurés	1 914	3 789	4 008	6 709	3 424	927	8 285	2 528	11 965	8 202	4 424	4 657	2 087	1 883
Nb de transports rapportés à la meilleure semaine	409	888	902	1 280	1 393	280	2 590	1 419	1 088	1 368	1 590	624	557	508
Durée moyenne de transport	11 min	13 min	9 min	8 min	14 min	23 min	6 min	7 min	8 min	8 min	8 min	8 min	7 min	6 min
Ressources moyennes engagées par trajet	1,13	1,34	1,48	1,66	1,58	1,38	1,10	1,67	1,65	1,48	1,20	1,14	1,01	1,08

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 %.



Données Monographies Phase 1 - Janvier 2006

	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14
CARACTERISTIQUES DES TRANSPORTS														
Modes de transport														
Lit	58%	40%	70%	41%	30%			62%	42%	65%	44%	41%	26%	2%
Brancard		4%	1%	31%	33%	64%	93%	3%	20%	4%	25%	28%	23%	95%
Fauteuil	21%	48%	17%	14%	24%		5%	34%	30%	19%	10%	18%	34%	2%
Valide	21%	8%	8%	6%	13%	36%	2%	1%	7%	12%	20%	13%	17%	1%
Appareillage														
% transports appareillés	14%	27%	41%	51%	34%	26%	11%	44%	35%	13%	14%	48%	41%	28%
Répartition des transports appareillés														
% perfusion	53%	56%	63%	71%	87%	63%	65%	37%	65%	37%	68%	98%	82%	90%
% oxygène	20%	33%	21%	16%	11%	22%	20%	10%	33%	52%	48%	10%	10%	10%
% pousse-seringue	21%	9%	14%	9%	1%	11%	3%	2%	8%	5%	19%	6%	3%	
% sonde	7%	2%	2%	4%	1%	4%	12%	1%			6%	1%	2%	
% autres	14%	27%	41%	51%	34%	26%	11%		20%	32%		2%	2%	
Principales destinations														
Radiologie	14%	26%	67%	24%	33%	55%		16%	20%	22%	31%	27%	36%	2%
Bloc opératoire	25%		30%	21%	21%	20%		11%	11%	14%	11%	10%	10%	44%
Urgences			2%	44%	31%			4%	6%	2%	12%	13%	22%	
Autres	61%	74%	2%	11%	15%	25%		69%	63%	62%	46%	50%	32%	54%

4.2 MOYENS MIS EN ŒUVRE

4.2.1 Organisation

3 types d'organisation sont observés dans l'échantillon :

- Le **pool (14 % du panel)** : 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 (43% du panel)** : 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 (43% du panel)** : il existe un pool fonctionnant selon l'organisation décrite plus haut, ainsi qu'un certain nombre d'équipes dites 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 (35% du panel)** : 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 »...) ;

- La **régulation (43% du panel)** : 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.

Données Monographies Phase 1 - Janvier 2006															
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14	
ORGANISATION															
Général															
Fonction transport dédiée par service, pool ou mixte	Mixte	Mixte	Dédiée	Dédiée	Dédiée	Mixte	Dédiée	Mixte	Pool	Pool (sect)	Dédiée	Mixte	Dédiée	Mixte	
Planification	Oui (bloc)	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Partielle	Non	Non	Non	Non	
Régulation	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	
Informatisation	Non	Oui	Non	Non	Oui (ambu)	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Communication (Dect, TW, Bip,...)	Dect	Dect	Non	Dect	Non	Non	Dect	Dect	Poste d'étage	TW	Dect	Dect	Dect	Dect	
Informatique et télécom															
Gestion des demandes	Manuelle	Inform.	Manuelle	Manuelle	Inform.	Manuelle	Manuelle	Inform.	Manuelle	Manuelle	Manuelle	Manuelle	Manuelle	Manuelle	
Communication	Bip	Dect	Bip, interph.	Bip	Dect	Rx, interph.	Dect	Dect	Bip, interph.	Talkies	Dect	Dect	Dect	Dect	
Partage des programmes	Papier	Informat.	Papier	Papier	Papier	Pap. et inf.	Informat.	Pap. et inf.	Papier	Papier	Papier	Papier	Papier	Papier	
Qualité															
Protocole de prise en charge	Oui	Non	Oui	Oui	Partiel	Oui	Partiel	Non	Non	Partiel	Partiel	Oui	Oui	Oui	
Protocoles d'hygiène	Partiel	Oui	Partiel	Partiel	Partiel	Partiel	Partiel	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
Formation	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
Taux d'incidents	6%	18%	14%	10%		27%	2%	10%	18%	14%	5%	5%	3%	3%	

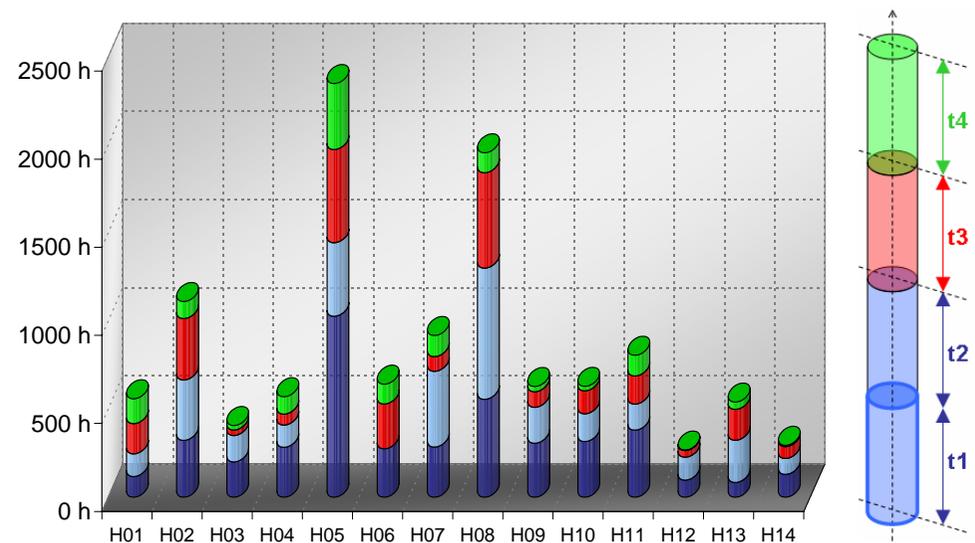
4.2.2 Ressources humaines

L'étude et l'analyse des ressources humaines montrent une grande disparité à la fois en termes de nombres et en termes de qualifications des brancardiers. En effet, si certains établissements font appels à des AS ou ASH pour assurer les transports des patients, d'autres établissements emploient des ouvriers qualifiés pour effectuer cette même tâche.

Par ailleurs, il est à noter qu'une étude beaucoup plus fine de la décomposition des temps relatifs à l'activité des brancardiers a été entamée, sans être relatée dans le présent rapport, faute de résultat. Néanmoins, la démarche consistait à décomposer le temps (en heures par semaine) global relatif au transport en 4 parties distinctes :

- Temps près du patient, dit de « pousse » (t1) ;
- Temps des tâches afférentes, liaisons, nettoyage, entretien, etc. (t2) ;
- Temps de management/régulation (t3) ;
- Temps d'absence (t4).

La fiabilité incertaine de la collecte de données et la pertinence encore à prouver des ratios ne nous ont pas permis d'obtenir des résultats propres à faire avancer la réflexion sur l'analyse de l'activité : nous en restons donc là à ce stade du chantier.



La répartition des effectifs « hors nuits » est décrite ci-dessous, distinguant les effectifs « non absents » (incluant présents, mais aussi temps de formation, temps syndicaux, etc.) des effectifs « présents & absents » (incluant congés divers, maladies, etc.), afin de caractériser le niveau d'absentéisme global, et par catégorie professionnelle.

Données Monographies Phase 1 - Janvier 2006															
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14	
EFFECTIFS MOYENS NON ABS. REMUNERES															
AES et ASH	10,50 etp	27,30 etp	9,30 etp	2,00 etp	18,00 etp	4,70 etp		37,89 etp	3,60 etp	15,80 etp	18,80 etp	7,23 etp	13,87 etp	7,50 etp	
AS			1,00 etp	3,70 etp	27,00 etp			12,61 etp	11,30 etp						
Cadre administratif															
Cadre de santé	1,00 etp	1,00 etp	0,20 etp		2,40 etp				0,20 etp	0,80 etp					
Chauffeur (VSL)						0,70 etp									
Conducteur ambulancier					6,00 etp	8,50 etp									
IDE, IADE, IBODE															
Manipulateur radio															
Ouvrier professionnel				1,00 etp			23,40 etp		1,00 etp						
Contrats aidés				6,30 etp	1,00 etp										
Total	11,50 etp	28,30 etp	10,50 etp	13,00 etp	54,40 etp	13,90 etp	23,40 etp	50,50 etp	16,20 etp	16,60 etp	18,80 etp	7,23 etp	13,87 etp	7,50 etp	
EFFECTIFS MOYENS PRES. & ABS. REMUNERES															
AES et ASH	14,40 etp	30,00 etp	10,00 etp	3,60 etp	23,60 etp	5,00 etp		39,20 etp	3,80 etp	16,50 etp	22,00 etp	7,30 etp	15,00 etp	7,70 etp	
AS			1,00 etp	4,00 etp	31,70 etp			13,07 etp	12,00 etp						
Cadre administratif															
Cadre de santé	1,00 etp	1,00 etp	0,20 etp		2,40 etp			0,67 etp	0,20 etp	0,80 etp					
Chauffeur (VSL)						1,00 etp									
Conducteur ambulancier					6,00 etp	11,00 etp		0,17 etp							
IDE, IADE, IBODE															
Manipulateur radio															
Ouvrier professionnel				1,00 etp			26,70 etp	0,50 etp	1,00 etp						
Contrats aidés				7,10 etp	1,00 etp										
Total	15,40 etp	31,00 etp	11,20 etp	15,70 etp	64,70 etp	17,00 etp	26,70 etp	53,61 etp	17,00 etp	17,30 etp	22,00 etp	7,30 etp	15,00 etp	7,70 etp	

(Effectifs hors nuit)

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 pouvant aller de 1 à jusqu'à 20 jours lorsque celle-ci existe.

Données Monographies Phase 1 - Janvier 2006															
	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08	H09	H10	H11	H12	H13	H14	
FORMATION															
A la manipulation des patients	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	
Si Oui, nombre de jours en 2004		1 j					1 j			10 j	4 j	2 j		20 j	
Au gestes d'urgence	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	
Si Oui, nombre de jours en 2004		1 j	1 j		2 j		1 j	15 j	1 j					?	

4.3 PISTES D'AMELIORATION

Regroupés en ateliers de travail, les établissements se sont penchés sur plusieurs aspects relatifs au transport interne, forts de leurs expériences, leurs réussites, mais aussi de leurs difficultés, et dans certains cas de leurs aspirations. Avec l'aide des consultants, un certain nombre de recommandations sont émises.

4.3.1 Thème 1 – Fonctions d'une régulation informatisée

Peu utilisés au sein du panel pour le pilotage de l'activité de transport interne, les systèmes informatiques sont aujourd'hui considérés, lorsqu'ils existent, plus comme des outils d'analyse et de gestion de l'activité a posteriori (recensement des courses effectuées, graphiques de la charge constatée, etc.) que comme de véritables outils de pilotage et d'aide à la décision opérationnelle.

En effet, bien rares sont les établissements utilisant l'informatique pour à la fois dialoguer en temps réel avec les services « clients » (dématérialisation de la demande) et pour répartir la charge de transport sur les ressources disponibles (régulation assistée). En outre, une grande partie du programme de travail des plateaux techniques est en général fixée à l'avance, et pourrait vraisemblablement être intégrée automatiquement au logiciel, anticipant ainsi sur la charge de travail en créant une visibilité en amont de l'activité des brancardiers.

Néanmoins, rappelons que l'outil informatique n'est en aucune manière une fin en soi, et que bon nombre d'établissements disposent d'une organisation efficiente reposant sur des méthodes plus « ancestrales », mais néanmoins relativement efficaces. Dès lors, la mise en place de l'outil informatique doit être l'occasion de faciliter et d'améliorer la gestion de l'activité, et pour ce faire, un certain nombre de spécifications de cet outil semblent incontournables :

- **Fiabilisation de la demande, identité du patient, motif, horaires et conditions du transport** : chaque service doit pouvoir passer commande d'un transport à n'importe quel moment et s'assurer que celui-ci est bien pris en compte (gain de temps pour le personnel effectuant la demande) ;
- **Anticipation opérationnelle** : le système informatique doit pouvoir générer à tout moment des rapports détaillés (quotidiens, hebdomadaires et mensuels). Ces rapports constituent un instrument objectif pour adapter en permanence les missions et le nombre de collaborateurs (génération du futur planning en tenant compte de la saisonnalité de certains transports, etc.). Le système doit également permettre une régulation à court terme, c'est-à-dire attribuer la commande en fonction de la priorité, de l'emplacement et de la disponibilité du personnel et du matériel ;
- **Echanges d'informations en temps réel** : l'application doit pouvoir alerter les opérateurs si la demande en personnel ou en matériel est dépassée et donc communiquer efficacement aux divers services concernés des éventuels retards. Les unités de leur côté doivent pouvoir signaler en temps réel toutes les modifications sur l'état du patient, sa localisation ou son mode de transport, afin d'éviter tout déplacement inutile pour un patient sorti ou pour un patient dont l'examen est annulé ;
- **Informatique nomade** : chaque brancardier doit pouvoir, par le biais d'un appareil mobile, recevoir ses propres missions et indiquer quand celles-ci sont terminées. En cas de dysfonctionnements (ascenseur en panne, véhicule en panne, etc.), l'information doit pouvoir être transmise rapidement au système central ;
- **Tracabilité** : il est primordial que le système informatique conserve la trace de chaque transport (horaires, identité du ou des brancardiers qui l'a effectué, etc.) ;
- **Evaluation du service** : le logiciel doit enfin être capable de fournir des indicateurs (par exemple : différence entre les horaires de demandes et les horaires réels de transports), ceci afin de permettre une évaluation de la qualité du service rendu et de son évolution dans le temps.

4.3.2 Thème 2 – Gestion des transports non programmés

Une idée reçue communément rencontrée au sein des établissements consiste à considérer que la planification à l'avance (J-1) est un gage d'efficacité et de qualité de la prestation, et que l'organisation de l'activité doit donc tendre au maximum vers cet objectif de programmation. Trois questions se posent alors : une programmation « exhaustive » est-elle raisonnablement envisageable, est-elle un réel levier d'augmentation de la qualité de la prestation et surtout n'y a-t-il pas d'autres méthodes d'organisation plus en adéquation avec les réalités de l'activité hospitalière ?

Dans un premier temps, arrêtons-nous sur la notion de programmation afin d'évaluer la pertinence de la démarche :

- L'imagerie au sens large (conventionnelle, scanner, IRM, médecine nucléaire, etc.) ne fait l'objet d'une programmation en général que lorsque les modalités lourdes ou faisant intervenir un radiologue sont nécessaires. Par ailleurs, les horaires de fin d'examen dépendent de la durée de passage au plateau technique et des aléas associés, les transports retours ne sont jamais programmés (donc d'ores et déjà la moitié de l'activité de transport...). En tout et pour tout, on estime de 0 à 20% la part de transports programmés en radio conventionnelle, de 20 à 50% ceux relatifs aux scanner, IRM, échographie, etc. ;
- Si le programme du bloc opératoire est en général déterminé à l'avance, l'enchaînement des passages est tributaire des durées d'intervention sur les patients, soumises aux aléas médicaux et parfois organisationnels au sein même du bloc. Dès lors, si la prévision en début de journée des brancardages est relativement précise, celle-ci se dégrade très nettement au fur et à mesure que le programme opératoire se déroule, les horaires de retours n'étant comme pour l'imagerie pas programmables (là aussi, la moitié de l'activité de transport...). Au total, sur une journée, on estime de 10 à 25% la proportion de transports impliquant le bloc opératoire faisant l'objet d'une programmation fiable et respectée.

Ce raisonnement, complété par la considération des transports issus du service des urgences (non programmables par définition...) et des mutations interservices aboutit à la conclusion qu'au grand maximum un quart de l'activité globale de transport interne au sein de l'hôpital peut faire l'objet d'une programmation par les brancardiers : dès lors, la question se pose de l'intérêt de bâtir et d'affiner une organisation dont le principe même de gestion occulterait près de 75% de l'activité proprement dite.

Ainsi, la notion de **gestion prévisionnelle statistique** de l'activité fait son apparition : l'ensemble des informations collectées à l'avance au sein de l'établissement (activité du bloc, programme de l'imagerie, etc.) ne serait pas utilisé à des fins de programmation à l'avance des courses des brancardiers mais pour dimensionner de manière globale les ressources (humaines et matérielles) a priori nécessaires pour faire face à l'activité à venir. Cette gestion statistique laisserait la place en temps réel à une gestion régulée, qui au dernier moment allouerait définitivement les ressources aux demandes constatées. En d'autres termes, cette gestion permettrait d'établir la courbe de charge en transports prévisionnelle, d'ainsi déterminer le nombre de brancardiers et leur répartition tant horaire que géographique pour assumer cette charge, tout en laissant la souplesse à une fonction de régulation pour re-répartir ces ressources en fonction des besoins réels, soumis eux aux aléas locaux des activités des différents services et plateaux de l'établissement.

Enfin, cette gestion statistique serait l'occasion d'entamer une démarche plus collaborative avec les services « clients » : l'échelonnement des horaires d'ouverture des blocs, par exemple, est une méthode éprouvée et approuvée pour lisser la charge de travail. Réduire ces pics d'activité, sources de dysfonctionnement et de détérioration de la performance de manière générale, est un enjeu commun tant au niveau du fonctionnement interne du plateau technique que pour l'activité brancardage : n'y aurait-il pas là un intérêt commun pour l'ensemble des acteurs ? La gestion prévisionnelle statistique, au-delà des aspects à court terme de gestion de l'activité de transport interne, prendrait alors une dimension supplémentaire en instaurant une démarche d'amélioration continue et pérenne de la prestation délivrée aux services clients, et a fortiori aux patients.

4.3.3 Thème 3 – Gestion des équipes dédiées

Il n'y a pas de vérité absolue concernant les organisations en pool central ou en équipes dédiées : en effet, chacune de ces organisations possédant ses avantages et ses inconvénients, il appartient à chaque hôpital, en toute connaissance de cause et en fonction de ses politiques et stratégie d'établissement, de s'orienter vers l'une ou l'autre des méthodes. Notons que dans un très grand nombre de centres, une organisation « mixte », c'est-à-dire s'appuyant sur un pool central, renforcé par quelques équipes dédiées sur certains services et/ou plateaux techniques, s'est petit à petit mise en place.

	Avantages	Inconvénients
Pool	<ul style="list-style-type: none"> - Optimisation de l'occupation des brancardiers (si régulation) ; - Polyvalence des agents ; - Reconnaissance provenant de l'appartenance à une équipe (identité métier) ; - Meilleure gestion des congés, de l'absentéisme et des repas (effet volume). 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps de réponse plus long ; - Glissement constaté des tâches de transport vers les aides soignants ; - « Electrons libres » (sans réelle traçabilité) ; - Risque de « bastion social ».
Equipes dédiées	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité accrue du service rendu au service client due à la spécialisation des agents ; - Qualité accrue de la prise en charge du patient (donne des infos...) ; - Meilleure réactivité ; - Possibilité d'emploi sur des tâches annexes (transport de matériel, participation à l'installation du patient, etc.) ; - Reconnaissance provenant de l'appartenance à un service. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agent avec des « temps » morts ; - Transports non formalisés ne sont pas réalisés.

Dès lors, si le choix de l'établissement se porte sur une organisation basée en partie, ou exclusivement, sur des équipes dédiées, un certain nombre de pratiques managériales doivent permettre de tirer profit au maximum des avantages que les décideurs sont en droit d'attendre de cette option :

- L'appartenance des brancardiers aux plateaux techniques permet une identification plus visible, cette **implication doit être fortement valorisée** au sein des établissements. En effet, à l'inverse, l'affectation au sein d'un pool peut être considérée comme « dévalorisante », le transport étant alors considéré comme une tâche annexe par les acteurs des plateaux techniques, peu perçue comme partie intégrante du soin ;
- Si l'on considère le transport comme un épisode dans le circuit du patient, il ressort que le dialogue entre le patient transporté et le brancardier induit forcément des discussions (et a fortiori des interrogations) entre ces deux acteurs. Dès lors, la **formation** et la **sensibilisation à la culture des plateaux techniques** (qu'est-ce qu'un scanner, une IRM, comment entre-t-on dans un bloc opératoire, quel va être le parcours du patient,...) paraissent a priori plus facile à promouvoir dans le cadre d'équipes dédiées. Notons qu'elle n'est cependant pas hors de portée des pools.

4.3.4 Thème 4 – Relation client fournisseur

L'activité de transport interne est bien souvent cantonnée par l'ensemble des personnels soignants et médicaux à un rôle purement exécutif, et surtout sans réelle valeur ajoutée à apporter à la réflexion générale sur le fonctionnement des services. C'est sous-estimer grandement l'impact de cette activité sur l'optimisation des relations entre services et plateaux techniques, ainsi que les implications dans la prise en charge du patient que ce soit d'un point de vue technique, ou psychologique.

Dès lors, à l'heure où les notions de « productivité » et « contractualisation » se développent à l'hôpital, il est temps de considérer l'activité de brancardage non plus comme de simples courses d'un lieu vers un autre mais comme une véritable interface entre l'ensemble des services, délivrant une prestation pour laquelle peuvent être définis des objectifs, ainsi que des droits et devoirs, tel que cela peut être perçu entre un prestataire et ses « clients » :

- Quel service produit-on et combien coûte-t-il ?
- La productivité de l'activité est-elle optimisée ?
- Les impératifs en terme de qualité sont-ils respectés ?
- Etc.

En effet, la qualité d'un transport ne peut être jugée que sur la seule prestation des équipes de brancardiers : un transport réussi se reconnaît aussi par un patient prêt au départ (unité de soin si aller ou plateau technique si retour) et accueilli à l'arrivée (plateau technique si aller ou unité de soin si retour). La réussite de l'activité de transport ne pourra être envisagée sans engagement réciproque du service de brancardage avec ces 2 entités.

Afin d'entrer dans une démarche contractuelle et ainsi sceller les bases d'une relation client fournisseur entre le service de brancardage et les différentes UF, un certain nombre de critères doivent être abordés de manière formelle :

- **Ponctualité** : respect de l'horaire du client, respect d'un délai quantifié à partir de l'appel téléphonique du retour, etc. ;
- **Respect du patient et éthique de soin** : enquêtes de satisfactions auprès des patients, etc.
- **Respect du confort psychologique du patient** : faire attention à l'information donnée au patient, être attentif aux demandes des patients et y répondre (ou en faire part à la personne concernée), etc. ;
- **Hygiène, sécurité du patient et confort matériel** : tenues correctes des brancardiers, contrôles visuels de la qualité du matériel de transport à l'arrivée par le client, etc. ;
- **Confidentialité et respect du secret médical** : utilisation de pochettes opaques pour le dossier médical, etc.
- Etc.

La relation client fournisseur doit permettre au service de transport interne de progresser dans une démarche d'évaluation mutuelle et partagée (et sereine...) avec les services « clients ». Cette relation ne pourra s'établir qu'en respectant un certain nombre de principes méthodologiques inhérents à toute démarche se voulant constructive et pérenne : transversalité et implication de l'ensemble des acteurs, pédagogie de la culture de changement et du résultat (souvent un frein à l'hôpital), principe de réalité (actions de terrain, objectifs réalistes) et définition d'indicateurs partagés afin de procéder régulièrement à l'évaluation des améliorations générées.

4.3.5 Thème 5 – Hygiène

N'ayant que très rarement reçu de formation à leur prise de fonction, bon nombre de brancardiers n'appliquent pas des règles d'hygiène pourtant indispensables à toute activité à l'hôpital, et a fortiori lorsqu'on est en contact direct avec les patients. Ainsi, très peu d'établissements du panel ont mis en place une réelle politique d'hygiène à destination des brancardiers, appliquée et évaluée de manière régulière.

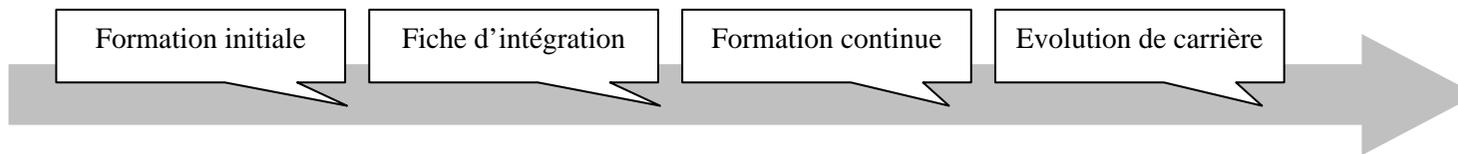
Ci-après sont identifiés les différents points pouvant servir de base à tout établissement souhaitant s'investir dans ce domaine :

	Eléments d'une politique d'hygiène	Outils de développement d'une politique d'hygiène	Indicateurs d'évaluation de la politique d'hygiène
1 – Prise en compte des attentes	<ul style="list-style-type: none"> - Attentes du patient ; - Attentes des professionnels ; - Attentes de l'institution. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes : a priori, a posteriori, questionnaires de sortie ; - Sondages : auprès des patients et des professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de déclaration d'évènements indésirables ; - Nombre de plaintes ; - Nombre d'enquêtes portant sur l'hygiène.
2 – Prévention, Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> - Identification et gestion des risques ; - Protocoles ; - Moyens ; - Communication. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un classeur hygiène ; - Protocoles à disposition, connus de tous ; - Protocoles revus et actualisés 1 fois par an ; - Produits de lavage à disposition. 	<ul style="list-style-type: none"> - % protocoles existant par rapport à la base minimale ; - % d'agents ayant élargé sur les protocoles ; - % protocoles à jour ; - Suivi de la consommation des produits.
3 – Management d'une politique d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des Direction et CME ; - Articulation CLIN/service d'hygiène/services de soins ; - Rôle du CHSCT ; - Rôle du médecin du travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Politique d'hygiène impulsée par le cadre ; - Politique relayée concrètement par un correspondant hygiène au sein de l'équipe de brancardiers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de jours de formation sur l'hygiène par agent ; - % de l'effectif formé par an ; - Existence d'un correspondant hygiène au sein de l'équipe ; - Nombre de réunions CLIN, CHSCT par an ; - Nombre de réunions/an de l'équipe sur le thème de l'hygiène.
4 – Formation	<ul style="list-style-type: none"> - Régulière ; - Ciblée ; - Consécutive à une évaluation, évolution de la réglementation... 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation spécifique à l'intégration ; - Formation continue. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de jours de formation par an et par agent ; - Nombre de formations proposées par an.
5 – Evaluation, contrôle	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation régulière de la mise en œuvre de la politique hygiène. 	<ul style="list-style-type: none"> - Audit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'audits par an portant sur l'hygiène ; - % prélèvements biologiques positifs.

4.3.6 Thème 6 – Gestion des carrières

Il est communément constaté que les personnels affectés au transport interne de patients ne sont que très rarement valorisés, que les compétences acquises dans le cadre de leur activité ne sont validées d'aucune manière et que les perspectives d'évolution s'offrant à eux restent bien maigres. Dès lors, la dynamique et la motivation de ces personnels s'en trouvent fortement affectées, et donc en second plan c'est la performance globale de l'activité qui en pâtit. Il est sans doute opportun d'avoir une réflexion plus globale sur la manière dont sont gérées les ressources humaines affectées au brancardage, et notamment sur les points suivants :

- **Positionnement** : le rattachement des équipes de brancardage ne fait l'objet d'aucune réglementation. Dès lors, le brancardage intervenant directement dans l'organisation générale des soins, il paraît judicieux de rattacher cette activité à la Direction des Soins, sous la responsabilité d'un cadre de santé, qu'il soit dédié au brancardage (pool centralisé) ou responsable par ailleurs du service concerné (équipe de brancardiers dédiée au service en question) ;



- **Formation initiale** : là encore, aucune obligation réglementaire n'existe en préalable à l'embauche d'un agent en tant que brancardier, sinon « l'aptitude physique ». Au regard du contact prolongé avec le patient inhérent à la fonction, il semble qu'un certain niveau de formation soit néanmoins préférable : attestation de formation aux premiers secours (AFPS), niveau scolaire BEPC ou équivalent. Par ailleurs, une connaissance de l'environnement hospitalier (expérience hospitalière préalable...) est la bienvenue ;
- **Fiche d'intégration** : les agents affectés au transport interne vont être amenés à déambuler dans tout l'établissement, à entrer en contact avec un grand nombre d'acteurs médicaux, soignants, techniques, etc. Il semble impensable que ces personnels soient parachutés dans cet univers sans avoir au préalable, a minima grâce à une « fiche d'accueil », intégré certaines informations : circuit de fonctionnement des différents services, fonctionnement des services (horaires, plannings, outils de communication, organigramme, etc.), matériel et appareillages à leur disposition, hygiène hospitalière, etc. ;
- **Formation continue** : il paraît important que les personnels, tout au long de leur activité professionnelle, reçoivent une formation continue. En effet, que ce soit en guise de « recyclage » des notions élémentaires inhérentes à leur fonction de brancardier, ou pour parfaire des connaissances dans un souci d'évolution future, la démarche de formation est une dynamique vertueuse dans laquelle chacun doit trouver son compte : sécurité et hygiène, techniques et postures permettant d'éviter les accidents professionnels, sensibilisation à la confidentialité et au secret professionnel sont des thèmes majeurs et primordiaux à aborder avec les brancardiers. Dans un second temps, d'autres thèmes tels que la législation hospitalière, la gestion des situations difficiles, etc. peuvent susciter l'intérêt de ces agents ;
- **Evolution de carrière** : un certain nombre d'évolutions peuvent être envisagées par un brancardier, pour peu qu'il ait la motivation nécessaire pour s'orienter vers des formations qualifiantes mais aussi et surtout pour peu qu'on lui en donne l'occasion : agent de sécurité, agent de service mortuaire, ambulancier, AS, infirmier, etc. Les liens avec la GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) doivent être renforcés.

4.3.7 Thème 7 – Gestion quotidienne du service

La gestion au quotidien d'un service de transport interne peut se scinder en 3 principales tâches :

- Gestion de l'activité ;
- Gestion du personnel ;
- Gestion du matériel.

Fort de ce constat, la fiche de poste idéale du « gestionnaire performant », définie par le groupe de travail, serait la suivante :

Profil :	Cadre de santé
Qualités requises :	Sensible à la notion de service Négociateur
Particularités de la mission :	Activité fluctuante dans le temps et dans la géographie Vision d'ensemble Connaissance objective de l'activité pour argumenter des décisions Fonction d'exécutant sans maîtrise de la prise en charge globale du patient Un service au service des services Interface entre des unités, confrontés au conflit Mobilité des agents Diversité de la formation initiale des personnels Population essentiellement masculine / pénibilité du travail Gestion de crise fréquente
Charge :	Temps plein
Outils à disposition :	DECT, portable, accès téléphonique immédiat

4.3.8 Thème 8 – Gestion des ressources matérielles

Outils de travail indispensables dans le cadre de l'activité de transport interne, les ressources matérielles (brancards et fauteuils essentiellement) utilisées par les agents sont globalement gérées de manière très aléatoire, et surtout de manière très hétérogène d'un établissement à l'autre du panel. 3 grandes thématiques structurent la gestion de ce matériel, évoquées ci-après.

L'inventaire :

Il apparaît essentiel pour le responsable, comme dans toute activité de gestion de stock, de connaître précisément l'ensemble des moyens à disposition de ses équipes pour transporter les patients. Pour ce faire, seule la technique de l'inventaire, dont la fréquence reste à discuter, paraît raisonnable. Par ailleurs, les UF mettant à disposition des équipes de brancardiers du matériel leur appartenant doivent être en mesure de fournir au responsable de l'activité de transport une liste et un état des lieux (à jour...), et ce tant pour l'évaluation régulière des ressources disponibles que pour la gestion des conflits en cas d'éventuelles dégradations. En outre, il est primordial que l'ensemble des matériels soit identifié, de manière précise (étiquette pour référence dans l'inventaire) et si possible visuelle (pastilles de couleur, etc.) afin de limiter la dispersion du matériel.

La maintenance :

Celle-ci doit être organisée en 2 temps, sur le court et le moyen terme. A court terme, il est important que soit réalisé chaque jour un check-up visuel du matériel : rapide mais pas pour autant superficiel, ce check-up doit permettre de vérifier un certain nombre d'éléments simples (présence des cale-pieds, pression des pneus, accoudoirs bien en place, etc.). En outre, cette pratique ne dispense pas d'une révision plus complète sur le moyen terme : au rythme d'une fois par an, il apparaît indispensable de réaliser un entretien plus approfondi (graissage des mécanismes, vérification des roulements à bille, changement éventuel des pneus, etc.). Par ailleurs, une gestion efficace d'un parc matériel ne peut se concevoir sans la présence d'un stock tampon de petits matériels facilitant l'entretien et les réparations rapides, sans difficultés pour peu que les pièces nécessaires soient disponibles...

La circulation "incontrôlée" du matériel :

Les agents du transport interne sont souvent confrontés à la difficulté de localiser le matériel de transport. Les fauteuils, notamment, se dispersent parfois dans tout l'établissement. Ce dysfonctionnement pénalise l'activité, et induit souvent l'absence de maintenance. Il apparaît donc nécessaire de distinguer le matériel "client" qui appartient à une unité de soin, ne quitte le service qu'occasionnellement et y retourne nécessairement, et le matériel "prestataire" qu'utilise couramment une unité de transport interne. Dans les deux cas, une identification visuelle du matériel et le contrôle régulier sous la responsabilité du cadre apparaissent comme de bonnes pratiques.

5. CONCLUSION INTERMEDIAIRE

Au terme des phases 1 et 2 du chantier relatif aux revues et analyses des organisations du transport interne de patients, il apparaît qu'un certain nombre de difficultés, tant méthodologiques que pratiques, se sont dessinées, mais également qu'un certain nombre de résultats ont pu être obtenus, et même d'ores et déjà capitalisés en anticipation d'un futur chantier approfondissement/déploiement du même thème.

Des difficultés méthodologiques

Tout d'abord, le recul que nous pouvons prendre aujourd'hui sur le dimensionnement et les options méthodologiques initiales nous permet d'établir que ceux-ci n'étaient pas les plus pertinents. En effet, le contenu des phases 1 et 2 a été revu en cours de chantier, entraînant par ailleurs un flottement dans la démarche, mais également un ralentissement du rythme du chantier. En outre, le panel de 16 établissements, sur un sujet aussi vaste et délicat à appréhender du fait de sa transversalité, semble surdimensionné : la dispersion des journées de conseil, induite par le calibrage de la mission, a certainement été préjudiciable, et notamment concernant l'appui et le suivi de la phase de recueil.

Des difficultés pratiques

Dès lors, la perception aléatoire du périmètre de recueil d'information, combinée aux difficultés liées au volume colossal d'informations à traiter, n'a pas permis d'extraire les données avec la fiabilité et la précision nécessaires à toute tentative de benchmarking se voulant pertinente. Ainsi, l'évaluation de la performance de l'activité de transport interne (par exemple le délai d'attente entre une demande de transport et son exécution...) n'a pu être reliée aux indicateurs et ratios relatifs aux organisations observées, en termes de gestion des ressources humaines notamment. De ce fait, la démarche d'analyse « quantitative » reste à ce stade en suspens, et n'est d'ailleurs que partiellement abordée dans ce rapport.

Des résultats, mais aussi des perspectives...

Néanmoins, au-delà des difficultés d'analyse auxquelles nous avons été confrontés, un certain nombre de résultats très encourageants ont pu être extraits, principalement des groupes de travail de la phase 2, aboutissant notamment à la finalisation d'un outil d'autoévaluation de la maturité d'une organisation. Cet outil, à la fois de diagnostic et d'orientation vers des pistes d'action, est un véritable livrable qui, associé aux autres grilles de recueil déjà éprouvées et utilisées avec toutes les précautions d'usage que nous connaissons maintenant, est un résultat concret et probant, pour lequel investissement des établissements et engagement des consultants doivent être signalés.

La phase 3 du chantier est maintenant amorcée, et voit la mise en œuvre des actions d'amélioration des méthodes existantes, voire de réorganisation au sein des établissements du panel. Un grand nombre de bonnes pratiques pourra vraisemblablement être extrait des expériences et résultats de chacun, pratiques qui viendront enrichir une capitalisation d'ores et déjà entamée d'un chantier délicat, mais malgré tout riche en enseignements.

6. ANNEXES

6.1 LES 6 AXES DE LA MATURITE

6.1.1 Management

1 - MANAGEMENT	Oui / Non
1 Avez-vous un suivi temps réel fiable de la présence des personnels du transport ?	
2 Avez-vous connaissance du profil de la courbe d'activité quotidienne ?	
3 Cette courbe est-elle utilisée pour mettre en adéquation les ressources humaines nécessaires ?	
4 L'encadrement est-il facilement disponible en cas de dysfonctionnement nécessitant son intervention ?	
5 Ces dysfonctionnements font-ils l'objet de déclarations d'incident internes ?	
6 Y a-t-il une présence au moins une fois par jour de l'encadrement soignant au service transport ?	
7 Organisez-vous des réunions de travail (30min), avec au moins 50% de l'effectif convoqué, et fréquentes (1 par mois mini) pour suivre les évolutions de l'activité et les difficultés de transport ?	
8 Prenez-vous à ces occasions des décisions d'action avec les personnels ?	
9 Ces actions font-elles l'objet d'un suivi et d'une information lors des prochaines réunions de travail ?	
10 Utilisez-vous un tableau de bord de synthèse de l'activité mis à jour chaque mois et affiché dans le local du transport ?	
11 Ce tableau de bord contient-il d'autres informations que l'activité (délai, respect des engagements, hygiène...)?	
12 Les personnels participent-ils à la synthèse des informations sur ce tableau de bord ?	
13 Utilisez-vous les modes de communication institutionnelle du site pour parler du transport sanitaire au moins une fois par an ?	
14 Avez-vous établi un livret d'accueil pour les nouveaux personnels rejoignant votre équipe ?	
15 Le transport du patient est-il intégralement placé sous l'autorité du Directeur des soins ?	
16 Les entretiens annuels d'évaluation intègrent-ils des objectifs, spécifiques à chaque personnel, dont vous mesurez l'atteinte ?	
17 Y a-t-il des critères de sélection à l'embauche ?	
18 Les nouveaux agents suivent-ils une formation rapide (hygiène, manutention, prise en charge, découverte du site...) avant de transporter leur premier patient ?	
19 Y a-t-il une formation à la manutention des patients dans les premiers mois de la prise de fonction (à l'exclusion des AS) ?	
20 Y a-t-il une formation aux gestes d'urgence dans les premiers mois ?	
21 Y a-t-il une évaluation après le premier mois d'essai ?	
22 Les entretiens annuels d'évaluation intègrent-ils des objectifs, spécifiques à chaque personnel, dont vous mesurez l'atteinte ?	
23 Existe-t-il un plan de formation pour chacun des personnels au regard des entretiens annuels d'évaluation?	
24 Organisez-vous, au moins 1 fois par an, un jour de formation pour chaque agent du transport sur la manutention?	
25 La profession de brancardier est-elle reconnue et valorisée comme activité de soin (ex: pour entrer à l'école d'aide-soignant) ?	
26 Existe-t-il des fiches de postes?	
27 Tenez-vous à jour au moins 1 fois par an les fiches de postes du transport?	

6.1.2 Gestion informatisée

2 - GESTION INFORMATISEE	Oui / Non
1 Enregistrez-vous a posteriori l'activité de transport dans un logiciel de gestion de l'activité (Excel...)?	
2 Enregistrez-vous le jour même les courses effectuées dans un logiciel de gestion de l'activité?	
3 Enregistrez-vous les courses avec les informations suivantes: jour, heure, UF d'origine, UF de destination, mode (L, B, F, V), brancardiers/ambulanciers?	
4 Gérez-vous en temps réel les courses sur un logiciel, avec les informations ci-dessus?	
5 Disposez-vous d'une demande de transport informatisée (demande connectée) des unités de soins?	
6 Cette demande connectée est-elle liée aux autres logiciels des soignants de manière à éviter des ressaisies d'informations?	
7 Votre logiciel de gestion temps réel des transports propose-t-il à l'écran la liste des transports à venir avec mise à jour fréquente?	
8 Votre logiciel de gestion temps réel des transports propose-t-il des aides à la répartition de la charge de transport entre les acteurs?	
9 Votre logiciel de gestion temps réel des transports est-il relié à la gestion des lits pour localiser les patients?	
10 Votre logiciel de gestion temps réel des transports est-il relié aux plateaux techniques pour suivre l'avancement des programmes et demander les retours facilement?	
11 Votre logiciel de gestion temps réel propose-t-il une prévision des retours de transports?	
12 Votre logiciel de gestion temps réel enregistre-t-il automatiquement l'heure de la demande de transport?	
13 Votre logiciel de gestion temps réel émet-il des alertes si les courses à effectuer dépasse la capacité de transport?	
14 Votre logiciel propose-t-il des statistiques informatisées de transport, nombre, origine/destination, mode, durée pour le bilan annuel d'activité?	
15 Votre logiciel propose-t-il des statistiques informatisées jour par jour pour le ré déploiement des agents par secteurs?	
16 Votre logiciel propose-t-il des statistiques informatisées secteur par secteur, jour par jour pour le ré déploiement des agents par secteurs?	
17 Votre logiciel propose-t-il des statistiques de délais entre l'heure du transport demandé et l'heure effectuée?	
18 Une formation à l'utilisation du logiciel de demande connectée est-elle disponible pour les soignants?	
19 Une formation à l'utilisation du logiciel de gestion temps réel est-elle disponible pour l'équipe du transport sanitaire?	
20 Ce logiciel est-il sous maintenance?	
21 Ce logiciel profite-t-il d'évolutions constantes?	

6.1.3 Organisation de l'activité

	3 - ORGANISATION DE L'ACTIVITE	Oui / Non
1	Avez-vous une ou plusieurs personnes chargées de centraliser les demandes (téléphone, mail, fax...)?	
2	Savez-vous prévoir avec une bonne approximation (à 10% près) les transports du jour?	
3	Savez-vous prévoir avec une bonne approximation (à 10% près) les transports du jour par secteur d'activité (bloc, imagerie, échographie, scan...)?	
4	Savez-vous prévoir d'heure en heure la charge de transport globale?	
5	Savez-vous prévoir d'heure en heure la charge de transport par secteur d'activité (bloc, imagerie, échographie, scan...)?	
6	Etes-vous informé de manière anticipée des baisses prévues d'activité des plateaux techniques en période de vacances?	
7	Etes-vous associé de manière anticipée aux évolutions de l'activité du site (nouveau scanner, nouveaux praticiens...)?	
8	Etes-vous associé de manière anticipée aux évolutions structurelles du site impactant sur les distances ou les circuits de transport?	
9	Existe-t-il une demande de transport formalisée?	
10	La demande de transport comporte-t-elle toujours les informations suivantes : identité patient, jour, heure, origine, destination, spécificité du transport (brancard, lit, fauteuil, oxygène, perf...)?	
11	Jugez-vous que les informations contenues dans la demande de transport sont globalement fiables?	
12	Les brancardiers sont-ils joignables à tout moment suivant un mode préservant la confidentialité?	
13	Les brancardiers peuvent-ils appeler à tout moment à partir de leur appareil mobile?	
14	La procédure d'appel d'un brancardier est-elle formalisée et diffusée?	
15	Le nombre quotidien de transports réalisés est-il comptabilisé par agent pour équilibrer les charges de travail?	
16	Connaissez-vous la durée moyenne de transport?	
17	Existe-t-il des règles de priorisation des transports?	
18	Les procédures de prise en charge par les brancardiers sont-elles formalisées et diffusées aux brancardiers et aux services concernés?	
19	Une procédure de prise en charge des transports multiples (enchaînement d'examen pour un même patient...) est-elle formalisée et diffusée aux brancardiers et aux services concernés?	
20	Disposez-vous au moins la veille dans l'après-midi des programmes des plateaux techniques et/ou autres activités programmées?	
21	Disposez-vous au plus tard le lendemain dans la matinée d'un bilan de l'activité (forme et quantité) de transport de la veille?	

6.1.4 Relation client / fournisseur

	4 - RELATION CLIENT / FOURNISSEUR	Oui / Non
1	Connaissez-vous les prestations de transport attendues par les UF et les plateaux techniques?	
2	Rencontrez-vous régulièrement (au moins 1 fois par trimestre au niveau décideur) vos "clients" pour suivre l'évolution de leurs attentes?	
3	Avez-vous établi un contrat formalisant cette relation de service entre vous et vos clients?	
4	Avez-vous intégré dans ce contrat les engagements réciproques des parties?	
5	Avez-vous associé à ces engagements des indicateurs de mesure des objectifs atteints?	
6	Avez-vous défini dans ce contrat, en commun avec vos clients, les protocoles de mesure des indicateurs?	
7	Les clients sont-ils chargés d'une partie de cette mesure?	
8	Vous assurez-vous, en commun avec vos clients, de la mesure effective de ces indicateurs d'après les indications du protocole?	
9	Avez-vous organisé la mise en forme et la diffusion de ces indicateurs en commun avec vos clients?	
10	Comparez-vous ces mesures avec les engagements du contrat avec vos clients à intervalle régulier (au moins une fois par semestre)?	
11	Prenez-vous, en commun avec vos clients, des mesures correctives en fonction des manquements observés au contrat?	
12	Faites-vous évoluer, avec vos clients, le contrat et les engagements réciproques en fonction des résultats atteints?	
13	Avez-vous défini des contrats analogues avec vos fournisseurs (service technique, service économique...)?	
14	Ces contrats avec vos fournisseurs sont-ils associés d'engagements réciproques mesurés de façon réciproque?	
15	Ces mesures sont-elles analysées en commun avec vos fournisseurs et des décisions d'amélioration prises en conséquence?	
16	Observez-vous les prestations assurées par les brancardiers d'autres établissements?	
17	Vous tenez-vous informés des évolutions de l'activité de transport en participant à des congrès ou par la presse professionnelle?	
18	Prospectez-vous en permanence vos clients pour identifier des services supplémentaires que vous pourriez leur apporter?	
19	Prospectez-vous en permanence vos fournisseurs pour identifier des services supplémentaires que vous pourriez leur apporter?	

6.1.5 Hygiène

5 - HYGIENE		Oui / Non
1	Vous assurez-vous de la qualité du local qui sert de base aux personnels de transport?	
2	Vous assurez-vous de la qualité, de l'adaptation et de la disponibilité des tenues du transport?	
3	Existe-t-il un classeur hygiène accessible pour l'équipe de transport interne?	
4	Existe-t-il un protocole de prise en charge de chaque type de patient?	
5	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
6	Existe-t-il un protocole sur le lavage des mains?	
7	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
8	Existe-t-il un protocole sur la tenue du personnel?	
9	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
10	Existe-t-il un protocole sur la désinfection du matériel?	
11	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
12	Existe-t-il un protocole sur l'utilisation des Solutions Hydro Alcoolique?	
13	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
14	Existe-t-il un protocole sur le tri du linge?	
15	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
16	Existe-t-il un protocole sur le tri des déchets?	
17	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
18	Les protocoles de ce classeur sont-ils connus de tous (émargement individuel obligatoire)?	
19	Les protocoles sont-ils revus au moins une fois par an?	
20	Existe-t-il un référent hygiène au sein de l'équipe de brancardiers dont la mission est connue de tous?	
21	Y a-t-il une formation à l'hygiène dans les premiers mois de la prise de fonction (à l'exclusion des AS)?	
22	Organisez-vous, au moins 1 fois par an, un jour de formation pour chaque agent du transport sur l'hygiène?	
23	Les Solutions Hydro Alcooliques sont-elles en permanence facilement accessibles aux agents?	
24	Avez-vous menée avec le CLIN une réflexion sur la politique de prélèvements sur le matériel de transport?	

6.1.6 Gestion du matériel

6 - GESTION DU MATERIEL		Oui / Non
1	Existe-t-il une Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur intégrant le matériel de transport ?	
2	Existe-t-il un inventaire physique du matériel de transport (fauteuils, lits et brancards) ?	
3	Cet inventaire est-il mis à jour régulièrement ?	
4	L'inventaire du matériel est-il réévalué complètement une fois par an à l'occasion des plans d'équipement ?	
5	Chaque service possédant du matériel de transport dispose-t-il d'un inventaire à jour (service de transport et/ou services de soin) ?	
6	Le cadre du service est-il le référent pour l'inventaire et la gestion de ses équipements ?	
7	Le matériel est-il étiqueté ?	
8	L'étiquetage correspond-il à l'enregistrement dans l'inventaire ?	
9	L'appartenance du matériel est-elle identifiable physiquement (couleur des roues, des coussins...) ?	
10	Une vérification rapide de bon fonctionnement du matériel est-elle réalisée chaque jour ?	
11	Un stock tampon de petit matériel est-il rapidement disponible (cale pied,...) ?	
12	Une révision plus complète est-elle réalisée au moins une fois par an ?	
13	Du matériel est-il dédié à une utilisation par les ambulanciers externes ?	
14	Du matériel est-il dédié à une utilisation par les familles des patients ?	
15	Existe-t-il un mécanisme de contrôle pour empêcher la dispersion des matériels dans l'établissement (consigne à pièce...) ?	
16	Existe-t-il un mécanisme de contrôle pour empêcher le vol de matériels ?	
17	Existe-t-il un responsable pour ce matériel dédié ?	
18	Le matériel placé sous la responsabilité des brancardiers et/ou des services est-il rangé et compté tous les soirs ?	
19	Existe-t-il un responsable dans chaque service possédant du matériel qui assure le rangement et le comptage tous les soirs ?	
20	L'échange de lits entre les services est-il interdit ?	

6.2 LA MATURITE DES ETABLISSEMENTS DU PANEL

