



# Améliorer le transport interne de patients dans les hôpitaux et cliniques

*Retours d'expérience*



## Préface

### Le transport interne de patients : un trait d'union dans la chaîne de soins.

A l'heure où, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé des établissements de santé, les pôles d'activités médicales recherchent l'efficacité de leurs organisations, le transport interne de patients est reconnu comme une prestation à forte valeur ajoutée. Il est aussi de plus en plus associé aux différentes réflexions sur l'optimisation du parcours patient.

Le brancardage s'inscrit en effet pleinement dans la dynamique institutionnelle d'évaluation des pratiques professionnelles, de recherche de performance et d'amélioration des activités en termes de qualité, délai et sécurité, au meilleur coût.

Interface incontournable entre les unités de soins et médico-techniques, cette fonction contribue, par la régularité des flux de patients, à l'optimisation des ressources humaines et matérielles des plateaux techniques et par la qualité de prise en charge, à la sécurité du séjour du patient.

Si la mission du transport interne de patients demeure toujours d'acheminer au « bon moment », le « bon patient » de la « bonne unité » vers la « bonne destination », la prestation se décline désormais en engagements qualitatifs et quantitatifs négociés dans le cadre de contrats internes.

Car l'efficacité et la qualité de l'activité de brancardage sont également dépendantes d'une dynamique forte de collaboration, au service du patient, se traduisant par une coopération étroite entre unités de soins, transports et plateaux médico-techniques.

Elles sont aussi subordonnées à la bonne coordination des unités entre elles.

Afin de mieux répondre aux nouveaux enjeux de performance et de qualité, le métier de brancardier a évolué.

Si le relationnel a longtemps été le cœur de métier, la continuité des soins est devenue aujourd'hui la priorité professionnelle. Acteur à part entière dans le parcours du patient, le brancardier participe activement à la prise en charge de qualité des patients.

Il mobilise des compétences spécifiques, lui permettant par l'observation et la vigilance permanente, de repérer et de réajuster certaines situations problématiques, de réaliser les premiers gestes d'urgence et de prévenir certains risques majeurs (risque infectieux, identitévigilance, etc.)

Il doit aussi faire preuve, en permanence, de réactivité et d'adaptation.

En effet, les unités de brancardage sont aujourd'hui confrontées à des environnements fluctuants qui les contraignent à s'adapter de manière souple et fluide à l'évolution et la restructuration permanente des activités médicales ; les organisations se doivent d'être innovantes, créatives, ouvertes aux échanges avec les différents partenaires.

La relation client fournisseur contribue à cette démarche d'évaluation mutuelle, partagée entre services « clients » et transports internes.

Mais elle ne peut s'établir de manière constructive et pérenne qu'en impliquant l'ensemble des acteurs, en favorisant le principe de réalité (actions de terrain, objectifs réalistes) et en développant une culture de changement et de résultats.

Ce recueil de bonnes pratiques organisationnelles, construit à partir de l'observation et de l'analyse d'organisations existantes, permettra à l'encadrement des transports internes de patients de mieux cerner leurs problématiques et de repérer objectivement les leviers d'amélioration des pratiques et des organisations de brancardage.

**Fabienne BILLAULT**

Vice présidente, Association nationale des Responsables de Transports Hospitaliers (A.R.T.H.)  
Cadre Supérieur de Santé, Transports Patients, C.H.R.U. de Montpellier



## Remerciements

### **Clinique les Sources (06) :**

- Fatima ROMAN, cadre de santé ;
- XXX SALES, infirmière générale ;
- XXX BACCA, cadre de santé.

### **Centre Hospitalier Universitaire de Dijon (21) :**

- Robert MAIGROT, directeur technique logistique ;
- Jean-Yves GERBET, responsable service transport de patients ;
- Pascal STABILE, responsable adjoint.

### **Centre Hospitalier de Guingamp (22) :**

- Alain LE BOEDEC, responsable service intérieur ;
- Damien L'HOSTIS, responsable brancardage.

### **Clinique Ambroise Paré (31) :**

- Christine CAVALLIN, responsable qualité ;
- Joëlle COLLET, cadre de santé ;
- Xavier VAILLANT, directeur.

### **Centre Hospitalier de Blois (41) :**

- Laurence BUTEAU, cadre de santé responsable du transport de patients.

### **Centre Hospitalier de Dunkerque (59) :**

- Erick BOURDIN, cadre supérieur de santé ;
- Isabelle DECAN, cadre de santé ;
- Sylviane GOURNAY, directrice des soins.

### **Centre Hospitalier de Seclin (59) :**

- José GOETINCK, directeur des soins ;
- Christelle LEMAIRE, cadre supérieur de santé.

### **Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil (62) :**

- Guy COCQUEMPOT, cadre supérieur de santé.

### **Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (67) :**

- Vanessa FAGE-MOREEL, directeur adjoint de site ;
- Sylvie DUGUET, cadre supérieur de santé ;
- Corinne REBSTOCK, responsable brancardage NHC.

### **Clinique Sainte Odile de Strasbourg (67) :**

- Myriam DEL BIANCO, cadre de santé.

### **Centre Hospitalier Lyon Sud (69) :**

- Vincent KAUFFMANN, directeur adjoint.

### **Clinique Saint Joseph Saint Luc (69) :**

- Cadre de santé.

### **Centre Hospitalier Le Mans (72) :**

- Françoise GUIOT, directeur des soins.

### **Centre Hospitalier de Chambéry (73) :**

- Lucie CHABERT, cadre supérieur de santé.

### **Hôpital Européen Georges Pompidou (75) :**

- Elisabeth VIE, ingénieur en organisation ;
- Jean-Pierre PITTICCO, cadre de santé responsable du service d'accompagnement des patients.

**Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux (78) :**

- Marie-Thérèse BETTON, cadre supérieur de santé.

**Hôpital Privé de l'Ouest Parisien (78) :**

- Eric MILLET, cadre supérieur de santé.

**Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus Saint Raphaël (83) :**

- Françoise PUJOL, cadre supérieur de santé.

**Centre Hospitalier Privé Claude Galien (91) :**

- Nicolas BIOULOU, directeur adjoint de site ;
- Sandrine MARLIÈRE, directeur adjoint de site ;
- XXX REVERCHON, infirmière générale ;
- Marie-Christine CHIABODO, surveillante BO.

**Centre Chirurgical Marie Lannelongue (92) :**

- Catherine MOISAN, directrice des soins ;
- Serge PETITJEAN, responsable brancardage.

**Centre Hospitalier Ambroise Paré (92) :**

- Rolande CARPENTIER, chargée de la qualité et de la stratégie.

**Hôpital Privé d'Antony (92) :**

- Franck LEGRAND, responsable brancardage.

**Institut Gustave Roussy (94) :**

- Jean-Michel MENAGER, responsable brancardage ;
- Marie-Paule ETCHEVERRY, adjointe direction des soins ;
- Maria TORRES, chargée de mission organisation ;
- Jean-Marie NEBBAK.

**Centre Hospitalier d'Argenteuil (95) :**

- Josette DELEMARRE, cadre supérieur de santé.

**Cabinet Adopale .....**

- Jonathan KRIEF ;
- Luc LANDMAN.

adopale  
ENGAGÉS POUR LA SANTÉ



**Cabinet CNEH .....**

- Pierre MARTINEZ.

**Cabinet Orga Consultants .....**

- Stéphane RICQUIER ;
- Maria BOUDHABBAY ;
- Vincent GERVAIS.

Orga  
Consultants  
a Sopra Group company

**Cabinet Referis .....**

- Agnès TOBIE ;
- Pauyi TRAN ;
- Jérémy ROCH.

Referis  
Management Consulting

**Cabinet Vector Services .....**

- Philippe DEVILLERS.

Vector Services  
Organisation  
Optimisation

## Table des matières simplifiée

Préface .....	2
Remerciements .....	3
Table des matières simplifiée.....	5
Charte éthique des projets d'amélioration des organisations conduits par la MeaH.....	6
Glossaire .....	7
Introduction .....	8
<b>1. Chapitre 1 : les options organisationnelles .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Les grands arbitrages.....</b>	<b>11</b>
Fiche 1. Centraliser ou déconcentrer ses équipes ?.....	12
Fiche 2. Réguler ou pratiquer l'autogestion ?.....	16
Fiche 3. Programmer ou privilégier le temps réel ?.....	20
<b>1.2. La qualité / gestion des risques.....</b>	<b>24</b>
Fiche 4. Prendre en charge la douleur .....	25
Fiche 5. Garantir l'hygiène.....	30
Fiche 6. Respecter pudeur et confidentialité.....	42
Fiche 7. Garantir la sécurité .....	45
<b>2. Chapitre 2 : le pilotage d'activité .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1. Manager son équipe .....</b>	<b>50</b>
Fiche 8. Former ses agents.....	51
Fiche 9. Clarifier les rôles et responsabilités de chacun.....	57
Fiche 10. Animer les équipes.....	64
<b>2.2. Gérer son activité .....</b>	<b>68</b>
Fiche 11. Suivre des indicateurs de performance.....	69
Fiche 12. Veiller à une bonne adéquation activité / ressources .....	93
<b>3. Chapitre 3 : l'interface avec les services « utilisateurs » .....</b>	<b>101</b>
<b>3.1. Comprendre &amp; s'adapter à l'environnement .....</b>	<b>102</b>
Fiche 13. Cibler les flux sensibles.....	103
Fiche 14. Identifier les dysfonctionnements majeurs .....	107
<b>3.2. Définir des engagements réciproques .....</b>	<b>120</b>
Fiche 15. Partager.....	121
Fiche 16. Contractualiser.....	130
<b>Annexes .....</b>	<b>137</b>
Annexe 1 : évaluer son organisation (QuickScan).....	138
Annexe 2 : mesurer en routine des indicateurs (DiagCourse) .....	139
Annexe 3 : échanger pour apprendre (« vis ma vie de brancardier »).....	140
Annexe 4 : intégrer un système d'information .....	141
Annexe 5 : les productions MeaH sur le transport interne.....	144
Table des matières complète .....	145

## **Charte éthique des projets d'amélioration des organisations conduits par la MeaH**

---

- L'objet des interventions de la MeaH est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de façon directe ou indirecte, et les conditions de travail des professionnels dans le contexte de « vie réelle » ;
- Les établissements sont volontaires et informés des modalités de collaboration ;
- En accord avec la MeaH, les professionnels décident des actions d'amélioration et les conduisent en veillant à leur impact sur la qualité des soins ;
- Les données utiles au projet sont recueillies par les établissements avec le concours des consultants ;
- La diffusion des données est anonyme. Sur accord de l'établissement, cet anonymat peut être levé ;
- Le financement des chantiers est assuré sur fonds publics (Fond de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés) ;
- La sélection des consultants est réalisée après appel d'offres en application du Code des Marchés Publics ;
- Les agents de la MeaH déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt avec les cabinets de conseil ;
- Les documents produits sont relus par un comité de lecture interne à la MeaH, incluant un médecin si le thème impacte directement la prise en charge des patients ;
- Dans un souci de qualité et d'éthique, chaque chantier fait l'objet d'une évaluation et d'un rapport selon les recommandations de publication sur l'amélioration de la qualité des soins.

## Glossaire

Terme	Définition
AFGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences
ARTH	Association nationale des Responsables des Transports Hospitaliers
AS	Aide Soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
AT	Accident du Travail
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLM	Congé Longue Maladie
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CLD	Congé Longue Durée
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CSS	Cadre supérieur de santé
DECT	Digital Enhanced Cordless Telephone ( <i>téléphone sans-fil numérique amélioré</i> )
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRH	Direction des Ressources Humaines
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène hospitalière
ETP	Equivalent Temps Plein
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MeaH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
SAP	Seringue Auto Poussée
SHA	Solution Hydro Alcoolique
SIH	Système d'Information Hospitalier
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UF	Unité Fonctionnelle

## Introduction

### Le transport interne de patients : un lien transversal au cœur du système de soins

L'activité de transport interne, en tant que service rendu à l'ensemble des unités cliniques et médico-techniques, est plus qu'une simple activité logistique. Son impact sur les relations entre services et plateaux techniques, sur la satisfaction des professionnels de santé et au final sur la qualité de prise en charge du patient en fait une activité à forte valeur ajoutée sur le fonctionnement de l'hôpital dans son ensemble.

Ainsi, quel qu'en soit le mode d'organisation - pool central, équipes dédiées, mix des deux -, le brancardage est une activité qui tend non plus à s'envisager 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 un cadre précis d'intervention, des objectifs formalisés ainsi que des engagements partagés et réciproques vis-à-vis de services considérés alors comme « clients ». En effet, la qualité d'un transport n'incombe pas seulement aux équipes de brancardiers : un transport réussi se reconnaît aussi à un patient prêt au départ, « accueilli » à l'arrivée.

Un certain nombre de problématiques concrètes a été traité par 16 équipes de brancardage au cours d'un premier chantier MeaH lancé en 2004, avec le soutien des cabinets de conseil Adopale, le CNEH et Vector Services :

- La Clinique Ambroise Paré (31) ;
- Le Centre Hospitalier de Blois (41) ;
- Le Centre Hospitalier de Dunkerque (59) ;
- Le Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil (62) ;
- Le Centre Hospitalier Lyon Sud (69) ;
- La Clinique Saint Joseph Saint Luc (69) ;
- Le Centre Hospitalier Le Mans (72) ;
- Le Centre Hospitalier de Chambéry (73) ;
- L'Hôpital Européen Georges Pompidou (75) ;
- Le Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux (78) ;
- L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien (78) ;
- Le Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus Saint Raphaël (83) ;
- Le Centre Chirurgical Marie Lannelongue (92) ;
- Le Centre Hospitalier Ambroise Paré (92) ;
- L'Hôpital Privé d'Antony (92) ;
- Le Centre Hospitalier d'Argenteuil (95).

Au terme de ce premier chantier exploratoire, plusieurs axes d'amélioration ont été identifiés portant 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 alors été produits et capitalisés. Afin de poursuivre la dynamique enclenchée, le comité de pilotage<sup>1</sup> de la MeaH a décidé d'inscrire à nouveau l'organisation du transport interne de patients à son programme de travail 2007. Soutenus par 2 nouveaux cabinets de conseil, Referis et Orga Consultants, 8 établissements se sont engagés dans ce chantier :

- La Clinique les Sources (06) ;
- Le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon (21) ;
- Le Centre Hospitalier de Guingamp (22) ;
- Le Centre Hospitalier de Seclin (59) ;
- Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (67) ;
- La Clinique Sainte Odile de Strasbourg (67) ;
- Le Centre Hospitalier Privé Claude Galien (91) ;
- L'Institut Gustave Roussy (94).

<sup>1</sup> Composé de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, de la Direction de la Sécurité Sociale, des représentants des Agences Régionales d'Hospitalisation, de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et de la direction de la MeaH.

La démarche alors proposée aux 8 établissements du 2<sup>nd</sup> chantier MeaH, a consisté à décrire et améliorer la prestation de transport interne en s'appuyant sur les outils éprouvés lors du 1<sup>er</sup> chantier, mais également sur la définition d'une nouvelle relation à créer avec les services cliniques et médico-techniques « utilisateurs » du brancardage.

Les principaux éléments de capitalisation des 2 chantiers, dont le dernier a été clôturé en décembre 2008, sont disponibles sur le site Internet de la MeaH<sup>1</sup> (rapports d'étapes, outils, guides et supports de communication).

### Une capitalisation mise à la disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière

Plus qu'un recueil de bonnes pratiques, cet ouvrage présente des retours d'expérience issus des 2 chantiers dont chaque lecteur peut s'inspirer librement pour les adapter aux spécificités de son établissement. Ce recueil ne prétend pas à l'exhaustivité : en effet, les exemples proposés ici n'épuisent pas les problématiques qui peuvent se poser à un établissement et ils ne portent que sur les sujets abordés par les groupes de travail MeaH.

Ces retours d'expérience sont répartis en 3 chapitres :

- **Chapitre 1 : les options organisationnelles.** Il n'existe pas d'organisation « type » ou de modèle « standard » du transport interne. La stratégie et les priorités définies par chaque établissement, mais également l'historique, les particularités structurelles et architecturales, font que chaque responsable du transport interne doit travailler à créer son propre modèle, celui qui répondra au mieux aux besoins de l'établissement. Toute la difficulté de l'exercice sera d'arbitrer de la manière la plus judicieuse possible entre différentes options organisationnelles, tout en veillant à respecter les impératifs de qualité et de gestion des risques, notions qui sont développées dans ce premier chapitre.  
☞ Page 10
- **Chapitre 2 : le pilotage d'activité.** Le service de transport interne est une unité qu'il convient d'appréhender en tant que telle. Animation et formation des agents, mais aussi définition d'orientations et d'objectifs pour le service sont autant de problématiques qui relèvent de la responsabilité du manager. Ainsi, le management des équipes ainsi que la gestion de l'activité sont développés dans ce deuxième chapitre.  
☞ Page 49
- **Chapitre 3 : l'interface avec les services « utilisateurs ».** Garant d'une prestation « support » intrinsèquement transversale à l'hôpital, le service de transport interne ne peut concevoir son activité qu'en lien étroit avec les différentes unités de l'hôpital. A cet effet, ce troisième et dernier chapitre s'attache à décrire les différentes formes que peuvent prendre ces collaborations, depuis la simple compréhension de l'environnement jusqu'aux possibles contractualisations avec tout ou partie des services « clients » de la prestation de transport interne.  
☞ Page 101

*Chacun de ces chapitres est décliné en fiches « bonnes pratiques », illustrées par des exemples concrets tirés des travaux des 24 établissements partenaires. Nous espérons que l'expérience de vos collègues et confrères vous sera utile dans la construction de votre projet ou dans la résolution de certains problèmes que vous rencontrerez au quotidien. Nous espérons enfin qu'à votre tour vous ferez bénéficier l'ensemble de la communauté hospitalière des actions d'amélioration que vous avez ou que vous allez mettre en œuvre.*

Pour la MeaH :

Pierre-Etienne HAAS (Chargé de projet MeaH)  
Dr Ayden TAJAHMADY (Chargé de projet MeaH)

<sup>1</sup> [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr).

## 1. Chapitre 1 : les options organisationnelles

L'organisation constitue un puissant levier de changement pour une activité dont on a plutôt tendance à pointer les dysfonctionnements avant d'en valoriser l'apport. Arbitrer entre différents modes d'organisation, déterminer des modalités de régulation pertinentes, assurer un véritable contrôle qualité de la prestation délivrée sont autant d'actions dont la réalisation peut améliorer fortement la performance du transport interne de patients, mais également son image au sein de l'établissement.

Le chapitre sur les options organisationnelles du transport interne de patients s'articule autour de 2 sous-chapitres :

- **Sous-chapitre 1.1 : les grands arbitrages.**
- **Sous-chapitre 1.2 : la qualité / gestion des risques.**

☞ Page 11

☞ Page 24

## 1.1. Les grands arbitrages

Tel que cela a pu être démontré dans le cadre d'autres chantiers MeaH, le modèle organisationnel standard n'existe pas. Il s'agit pour les décideurs de faire face à des choix qu'ils doivent opérer entre différentes options organisationnelles en mesurant les avantages et les inconvénients. La compétence du gestionnaire est alors concrétisée par la pertinence de ces choix éclairés au regard de la situation particulière de son établissement, faits en toute connaissance de cause : bien souvent, et nous le verrons dans les 3 fiches suivantes relatives aux 3 grands arbitrages qui se posent sur la question du transport interne de patients, il s'agit de maîtriser l'art et la manière de savoir placer le curseur entre 2 extrêmes.

Les 3 grands arbitrages qui ont été rencontrés dans le cadre des travaux sur le transport interne sont les suivants :

- **Fiche 1 : centraliser ou déconcentrer ses équipes ?** ☞ Page 12
- **Fiche 2 : réguler ou pratiquer l'autogestion ?** ☞ Page 16
- **Fiche 3 : programmer ou privilégier le temps réel ?** ☞ Page 20

## Fiche 1. Centraliser ou déconcentrer ses équipes ?

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 :

	Pool centralisé	Equipes dédiées
Avantages	Une équipe formalisée et identifiée, c'est la possibilité d'un véritable pilotage d'activité, offrant souplesse et homogénéité dans la prise en charge, ainsi que la possibilité d'optimiser par mutualisation un certain nombre de ressources.	Plus valorisés, les agents de transports placés sous la responsabilité des services participent plus étroitement à l'activité de soin des malades, ce qui peut contribuer à une meilleure prise en charge globale des patients. La réactivité est également généralement accrue.
Inconvénients	Des agents dissociés des services peuvent avoir des difficultés à trouver leur place dans le parcours de soins, et voient leur activité bien souvent restreinte et cristallisée par le reste de la communauté hospitalière.	Cloisonnés entre eux, les agents développent des pratiques hétérogènes et la qualité de prise en charge peut être très variable d'un service à l'autre. De même, des ressources mal réparties et figées induisent des taux de charges variables selon leur affectation et peuvent naturellement créer dysfonctionnements et jalousies entre agents.

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.

Ainsi, rares sont les responsables hospitaliers ayant un avis tranché sur la question et nombreuses sont les organisations reposant sur un système « mixte » : les équipes s'articulent autour d'un pool centralisé regroupant un certain nombre de ressources communes, au sein duquel un ou plusieurs agents sont affectés à des secteurs particuliers, avec ou sans rotation, parfois même dégagés de l'autorité du responsable du pool et placés sous la responsabilité du service en question. S'il est indéniable que ce type d'organisation hybride peut générer de la complexité, notamment dans la compréhension claire des tâches des uns et des autres, il est bien souvent la meilleure option pour concilier réactivité dans certains domaines (agents dédiés au blocs le matin), et une certaine forme de rationalisation des ressources dans l'absolu.

Ainsi, et c'est là la limite du raisonnement, c'est véritablement la stratégie d'établissement qui doit se décliner dans ces choix organisationnels : souhaite-t-on optimiser à outrance la productivité de la fonction transport ou est-on prêt à tolérer une gestion moins rigoureuse, mais assurant une réactivité accrue sur des secteurs cruciaux tels que les blocs opératoires ?

2 exemples issus des travaux MeaH illustrent la position des uns et des autres par rapport à cet arbitrage, l'un en faveur de la centralisation l'autre en faveur d'une réaffectation de ressources dédiées :

- **Exemple 1 : refonte de l'activité par la création d'un pool régulé au CH de Chambéry.** ☞ Page 13
- **Exemple 2 : création d'un poste dédié à la chirurgie ambulatoire à la Clinique Ambroise Paré.** ☞ Page 14

## 1. Refonte de l'activité par la création d'un pool régulé au CH de Chambéry

### Le contexte

L'organisation de cet établissement reposait sur 2 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.

Une première phase de diagnostic ainsi que les échanges nombreux avec les autres établissements participant aux travaux MeaH 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.

### Les objectifs

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

### La mise en œuvre

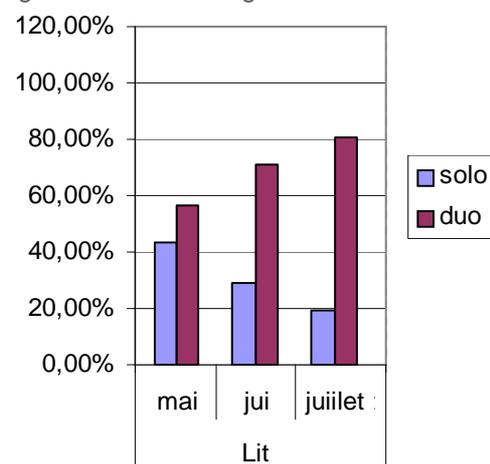
La démarche suivante a été engagée par l'équipe projet :

- 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.

### Les résultats

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-contre) ;
- 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.

## 2. Création d'un poste dédié à la chirurgie ambulatoire à la Clinique Ambroise Paré

---

### Le contexte

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

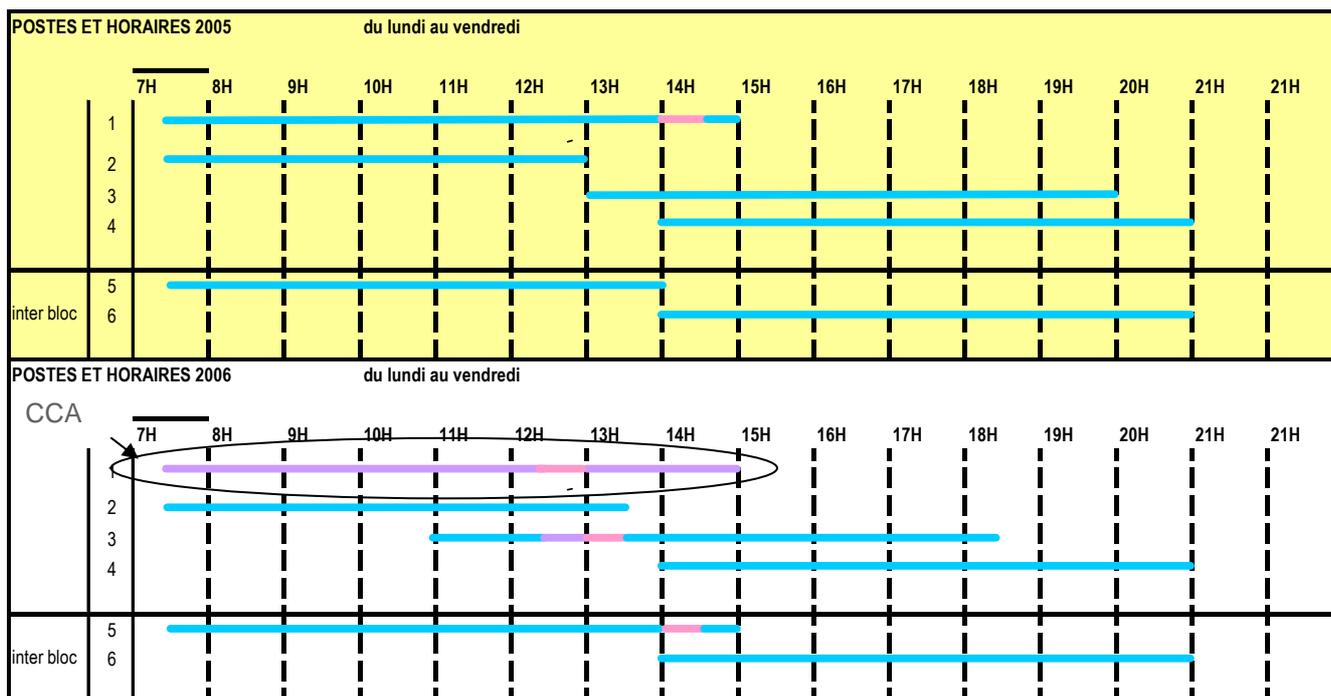
### Les objectifs

L'objectif poursuivi par l'encadrement a donc été double : d'une part 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.

### La mise en œuvre

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 ajoutée par jour. Cette heure de travail correspond à une demi heure de travail effectif et une demi heure de pause déjeuner.



## Les résultats

Les courses réalisées par le brancardier dédié au CCA sont singulières : plus courtes (2 minutes 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 minutes de moyenne contre 4 minutes 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.	%
<b>Equipe globale</b>	3 min 15	4 min 15	125	100 %	532	100 %
<b>Agent CCA</b>	2 min	2 min 15	47	38 %	105	20 %
<b>Equipe Extra bloc</b>	4 min	5 min 30	78	62 %	427	80 %

## Fiche 2. Réguler ou pratiquer l'autogestion ?

Une définition communément admise de la régulation est la faculté de répartir et distribuer en temps réel une activité sur des ressources de la manière la plus pertinente possible. En soi ce principe relève du bon sens : l'expérience des chantiers MeaH nous montre qu'à partir d'un certain volume de transports à traiter, les équipes nombreuses ne peuvent se passer d'un aiguillage formalisé sur les prises en charge qui leur incombent. La question se pose pour des équipes plus réduites (< 20 ETP ?). Sous un certain seuil, l'expérience nous montre que le choix de la régulation se pose aux décideurs et que les 2 options sont viables :

- L'autogestion dans son plus bel aboutissement pourrait s'apparenter à une sorte de régulation invisible, faite soit par les services, soit par les brancardiers eux-mêmes. Un service sollicite directement un brancardier sachant que ce dernier est libre ; les demandes de transport émises sont prises en charge au fil de l'eau par les brancardiers à leur retour au pool ; un brancardier qui vient de terminer un transport dans un service décide spontanément de prendre en charge un patient qui serait à ce moment même au départ du service en question, etc. Ce type de gestion responsabilise les agents, alors en prise directe avec le ou les demandeurs. En revanche, la notion de pilotage global de l'activité y est malmenée : difficile en effet dans ces conditions de hiérarchiser les priorités lorsqu'on travaille à moyens dépassés, d'optimiser les déplacements des uns et des autres lorsque personne n'a une vue d'ensemble des trajets à effectuer ;
- La régulation formalisée, c'est-à-dire un ou plusieurs postes de régulateurs comme point d'entrée unique des services « clients » vers le pool de brancardiers, offre la possibilité d'une vue globale des besoins et des ressources disponibles à un instant t. Il est donc possible de hiérarchiser les demandes en fonction de leur niveau de priorité, d'y affecter les bons agents selon leur disponibilité, situation géographique du moment, etc. Ce type de gestion permet alors d'optimiser l'utilisation des moyens. En revanche, le processus reliant l'expression de la demande avec la prise en charge effective est complexifié, donc peut s'en trouver allongé. De même un fonctionnement optimal ne sera possible que si l'ensemble des circuits d'information fonctionne parfaitement (sollicitation des brancardiers, information aux services clients si report de la prise en charge, etc.) : le coût que représente cette ressource « non productive » justifie que celle-ci apporte plus de solutions qu'elle ne génère de dysfonctionnements...

Les avantages et inconvénients des 2 types de gestion peuvent être synthétisés dans le tableau ci-dessous :

	Auto gestion	Régulation formalisée
Avantages	Une auto gestion de l'activité par les brancardiers eux-mêmes, c'est un circuit de décision court donc une réactivité qui peut être accrue. C'est également un bon moyen de responsabiliser et valoriser l'action des agents.	Une régulation formalisée permet un véritable pilotage de l'activité globale, avec tous les avantages qui en découlent : hiérarchisation des priorités, économies d'échelle, optimisation de l'utilisation des moyens.
Inconvénients	Aucune maîtrise de l'activité dans son ensemble n'est possible, ce qui peut alors engendrer gâchis, incompréhensions mutuelles, reports de responsabilités des uns sur les autres. Par ailleurs, la traçabilité des transports est délicate.	Un régulateur est une ressource « non productive », qui a donc un coût. En outre, le circuit de décision ne peut être performant que si l'ensemble des acteurs s'y conforme, c'est-à-dire font du régulateur le référent unique en termes de choix et de décision de prise en charge.

De nombreuses expériences allant dans le sens de la régulation, nous avons choisi d'illustrer les propos précédents par 2 exemples d'améliorations obtenues sans mise en place d'une régulation formalisée :

- **Exemple 3 : amélioration de la réactivité sans régulation centrale au CH de l'Arrondissement de Montreuil Sur Mer.**

☞ Page 17

- **Exemple 4 : autorégulation des brancardiers à la Clinique Les Sources.**

☞ Page 18

### 3. Amélioration de la réactivité sans régulation centrale au CH de l'Arrondissement de Montreuil Sur Mer

#### Le contexte

Le CH de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer 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 étaient perdues et finalement non satisfaites avec impact sur les patients, tandis que d'autres demandes voyaient plusieurs brancardiers se présenter avec impact sur la charge de brancardage.

#### Les objectifs

Plusieurs solutions préalables avaient été envisagées, puis abandonnées :

- La mise en place de DECT ou de GSM afin de résoudre le problème n'a pas été possible. 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 ;
- Une solution consistant à mettre en place une régulation centrale, où toutes les demandes seraient prises en compte puis dispatchées entre les brancardiers, n'a pas été possible pour cette équipe composée de trop peu d'effectifs.

L'objectif des responsables de cet établissement a alors été de fiabiliser et d'améliorer la réception et la distribution des demandes de transports par d'autres moyens.

#### La mise en œuvre

Les principaux circuits ont été recensés dans l'hôpital afin d'identifier les points névralgiques où le brancardier pourrait rappeler les soignants, en respectant les contraintes de confidentialité, en dehors des circulations et en surveillant éventuellement un patient. Ceux-ci sont les suivants :

- Les paliers des montes malades ;
- Les longs couloirs de liaison avec la psychiatrie ;
- Les consultations externes.

Le financement d'un équipement téléphonique type, à installer à ces points névralgiques, a été obtenu et engagé fin 2006.

#### Les résultats

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 a été écrite et diffusée à ce sujet.

#### 4. Autorégulation des brancardiers à la Clinique Les Sources

##### Le contexte

Le service de brancardiers de la Clinique Les Sources est actuellement organisé en pool pour la majorité des effectifs :

- 4,5 ETP ont réalisé 70 transports moyens par jour en 2007 (tous les transports sauf le plateau de rééducation). Ils constituent le pool de brancardiers qui réalise les transports de patients des services vers le plateau technique de consultations (rendez-vous en général prévus la veille) ainsi que les transferts de patients en cas de changement de service d'hospitalisation signalés au secrétariat des consultations le matin pour le début d'après-midi ;
- 1 ETP attaché au plateau de rééducation, les transferts vers le plateau de rééducation se faisant en fauteuil. Les brancardiers sont affectés à ce poste à tour de rôle.

Les brancardiers sont présents du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30. Une secrétaire médicale est chargée de préparer le programme et d'inscrire les demandes de rendez-vous. Le planning des transports est mis à disposition à J-1 et chaque matin, les brancardiers consultent le planning et se partagent les transports : pour des raisons de traçabilité, le brancardier inscrit ses initiales devant le transport qu'il prend en charge (plusieurs initiales sont inscrites si le transport se fait à deux brancardiers).

Il n'y a pas de régulation dans le sens propre du terme à la Clinique les Sources. En effet, la variable temps n'est pas prise en compte dans la performance de l'activité brancardage. Il n'y a pas d'heure de rendez-vous fixe par patient. Les médecins vacataires prennent en charge les patients que leur transportent les brancardiers. Un patient peut être considéré en retard quand la « salle d'attente » du médecin vacataire est vide et qu'il n'y a pas de patient en cours de consultation.

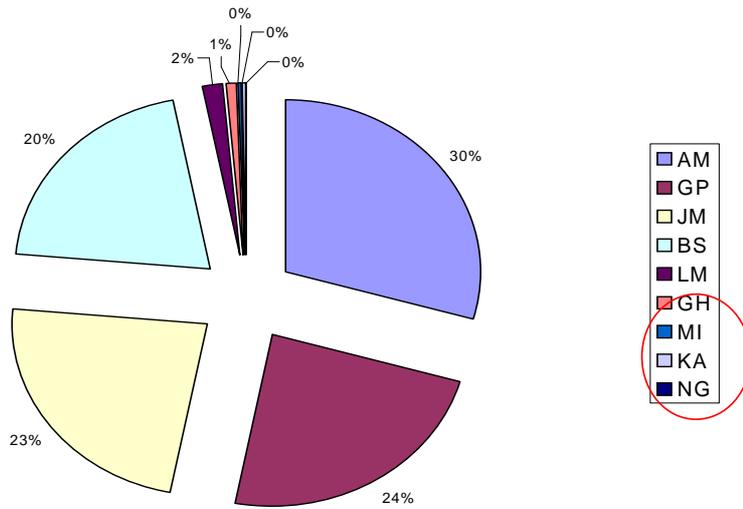
##### Les objectifs

En l'absence de pilotage formalisé de l'activité de transport interne sur cet établissement, l'encadrement a souhaité réaliser une évaluation du dispositif afin de s'assurer que ce dernier donnait pleine satisfaction aux services « demandeurs ».

##### Les résultats

Selon les résultats de l'étude, l'ensemble des demandes de transport est pris en charge et 75 % des patients sont satisfaits sur la qualité du brancardage. Il apparaît néanmoins que le dispositif pourrait être affiné : la répartition des transports tend à montrer une certaine inégalité en termes de charge de travail entre les agents.

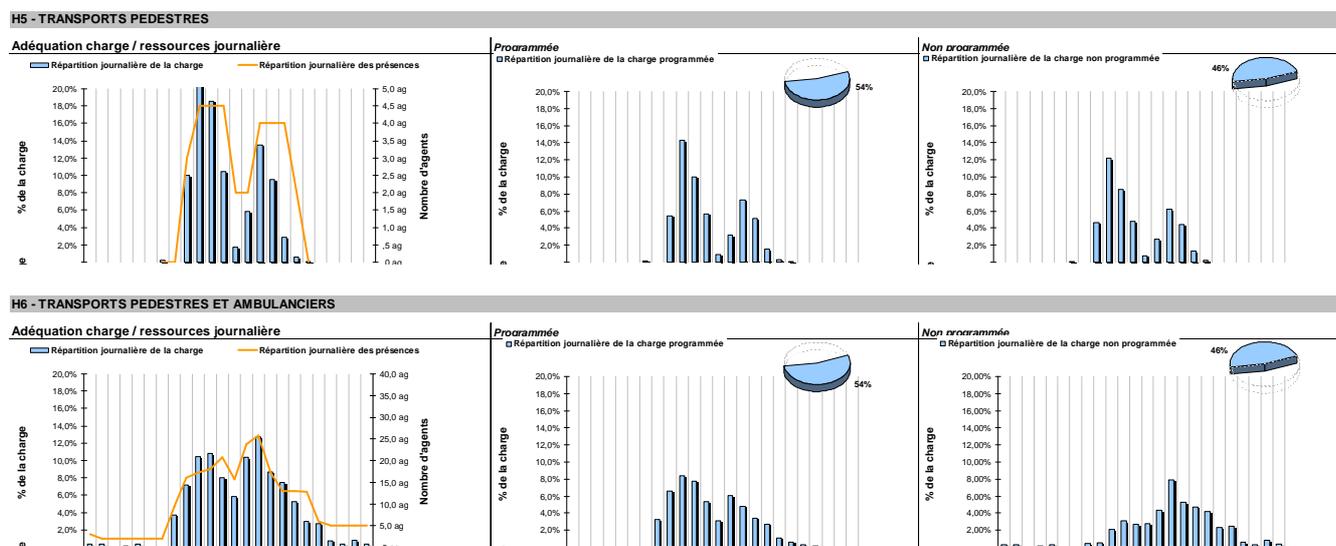
Répartition des transports par brancardier



### Fiche 3. Programmer ou privilégier le temps réel ?

Que ce soit un planning d'imagerie ou un programme opératoire, l'expérience montre qu'une activité est bien souvent soumise à des aléas, qui fragilisent les prévisions. Le transport interne ne fait pas exception à la règle, bien au contraire : demandes de transports urgents, par définition non prévisibles, transports « retours » des plateaux techniques, de moins en moins prévisibles en fonction de l'avancement de la journée, etc. Ainsi, imaginer pouvoir programmer l'intégralité de l'activité de transport d'un établissement la veille ou en début de journée est illusoire : le pourcentage maximum d'activité programmée au sein du panel des établissements partenaires ayant fait le choix de la programmation se situe un peu au dessus de 50 %.

Dès lors, un établissement décidant de programmer au maximum son activité devra de facto faire face à une activité mixte « programmée » + « temps réel ». Il est alors intéressant de constater que plusieurs profils sont rencontrés au sein du panel MeaH, illustrés ci-dessous :



La lecture des graphiques des 2 établissements ci-dessus nous permet d'identifier 2 types de profils majeurs :

- Activité mixte en couches successives : un profil de demandes programmées toute la journée sur lequel se superpose un profil équivalent de demandes non programmées (sur lesquels on pourrait éventuellement additionner un profil de demandes non traitées...). L'activité semble « subie » par le pool, sans véritable « stratégie » de discernement ;
- Activité mixte par discernement : la programmation se fait surtout en début de journée puis petit à petit une régulation fait son apparition pour prendre en charge une activité « temps réel » qui apparaît et se renforce tout au long de la journée. Cette fois, l'activité semble plus « maîtrisée », s'affranchissant d'une programmation massive l'après-midi qui notoirement sera soumise à bien trop d'aléas pour être fiable, mais utilisant l'aspect « prévisionnel » pour au contraire assurer un début de journée souvent en pic d'activité (ouverture des blocs...) de manière optimale.

Ainsi, si la programmation a ses avantages, elle a aussi un coût : ressources mobilisées ne serait-ce que pour consolider et formaliser le programme, perturbations engendrées par des modifications de rendez-vous de dernière minute, plus ou moins fréquent selon les établissements, etc. Dès lors, tentons de synthétiser les avantages et inconvénients que confère chacune des options :

	Programmation	Temps réel
<b>Avantages</b>	Programmer une activité, c'est anticiper donc maîtriser la charge de travail des brancardiers en prévoyant une répartition et une allocation de ressources pertinentes. Cela peut également permettre d'agir sur une demande erratique pour lisser des pics et creux d'activité.	Une activité traitée en temps réel peut apporter souplesse et réactivité dans la prise en charge de la demande, pour peu que l'organisation s'en soit donné les moyens (régulation ? sensibilisation des service « clients » ? etc.)
<b>Inconvénients</b>	Une activité programmée, ce sont des ressources qui sont figées dans un futur proche. Dès lors, toute modification de la programmation, toute activité supplémentaire (urgences...), tout décalage dans la disponibilité effective des agents au moment dit génèrent des perturbations qui peuvent être disproportionnées en regard des aléas concernés.	<p>Une activité découverte au dernier moment est par définition une activité subie. Dès lors, pics ou creux d'activité peuvent avoir de fortes répercussions en termes de performance produite par des ressources globalement mal calibrées.</p> <p>Notons qu'une analyse rétrospective doit permettre d'atténuer ce phénomène par la connaissance (et la prévision) des fluctuations d'activité bien souvent récurrentes.</p>

Cet arbitrage est illustré par le retour d'expérience d'un établissement partenaire :

- **Exemple 5 : programmation des demandes / l'expérience du CHU de Dijon**

☞ Page 21

## 5. Programmation des demandes : l'expérience du CHU de Dijon

### Le flux d'information en amont du transport

Sur le plan pratique, programmation et temps réel posent plusieurs problèmes de gestion et de traçabilité des ordres de transports à destination du service de transport. Ces aspects vont conditionner en partie la réponse opérationnelle avec des conséquences non négligeables.

La programmation à long terme facilite grandement la collecte de l'information et facilite la gestion de l'activité. La régulation et le chaînage des transports n'en sont que meilleurs car plus travaillés et affinés. La collecte de l'information (ordres de transport) peut être réalisée par d'autres circuits que le téléphone et améliorer la traçabilité : par exemple la collecte de bons papiers avec items précis à remplir par le demandeur facilitant l'expression du besoin et apportant au service de transport les informations essentielles à la prise en charge du patient.

Ce type de gestion de l'information réduit les dysfonctionnements et les retards (erreurs ou demandes inadaptées) conséquents mais il a malgré tout un inconvénient non négligeable : son inertie importante et son incapacité à évoluer après collecte imposant alors le recours au téléphone.

La programmation à court terme ou son absence totale exige du service transport une réactivité accrue et une capacité d'intégration de l'information très performante. L'enregistrement et le traitement de l'information devient plus acrobatique et forcément plus aléatoire avec des risques accrus d'erreurs. Lorsqu'elle est poussée à l'extrême, le stress inhérent à cette collecte est fort, exige une réponse immédiate peu propice à la mise en place de tactiques d'optimisation de l'activité et à une bonne gestion des ressources de transport.

Le recours à des supports de communication peu fiables en matière de traçabilité est alors souvent la règle : téléphone, bip d'appel, voir requête verbale adressée en direct au brancardier. Ce caractère immédiat est très prisé du soignant qui a peu de temps à consacrer à l'expression du besoin de transport et confond alors rapidité avec efficacité.

La mise en œuvre d'un outil informatique peut apporter une solution qui rend possible la combinaison du court et du long terme tout en apportant une traçabilité incontestable de l'expression du besoin. Cependant, la mise en œuvre d'un tel outil doit se faire après la structuration et l'organisation d'un mode de gestion du flux d'information. Paradoxalement, l'expérience de la mise en œuvre de ce système d'information a souvent pour conséquence une diminution sensible de la programmation de l'activité de transport.

### La réponse opérationnelle

L'observation du terrain montre qu'en matière de programmation il est très difficile d'obtenir une anticipation minimale à j-1 de la part des unités de soins. Pourtant, il ne semble pas illogique de penser que, pour tout examen ou geste technique programmé à long terme (parfois 2 à 3 mois à l'avance), il est possible au soignant de demander le transport simultanément quitte à faire évoluer la demande au dernier moment pour tenir compte des variables liées au patient (mobilité, précautions particulières).

Dans la pratique il n'en est rien et, force est de constater que le besoin de transport est exprimé dans un délai très proche du rendez-vous. Obtenir une modification des pratiques dans ce domaine nécessite, en particulier, de efforts importants et constants de communication de la part de service transport auprès de ses clients les unités de soins et encore plus pour voir s'installer un comportement durable. Dès lors l'adaptation de la ressource de transport à l'activité, ne serait-ce que la veille, devient aléatoire voire impossible puisque les données recueillies à j-1 sont insuffisantes pour être pertinentes et ne constituent pas un outil d'aide à la décision efficace.

Cependant la programmation complète de tous les transports à j-1, hypothèse irréalisable, n'apporterait pas une réponse satisfaisante car elle n'éliminerait pas le phénomène de simultanéité des demandes. En effet, la programmation des examens n'est pas faite en conséquence du carnet de rendez-vous du service de transports internes mais bien en fonction de l'activité de soins. La nécessité du recours à un ordre de priorité de réalisation des transports s'impose avec, en variable d'ajustement dégradée, la réalisation du brancardage par l'unité de soins lorsque les délais d'attente sont excessifs ou que le besoin est immédiat (urgence vitale). Ceci a pour conséquence de produire un lissage de l'activité sur la durée à défaut de pouvoir absorber un pic d'activité.

Les services de transports internes n'ont pas la possibilité de refuser des transports à la manière d'une entreprise privée de transports sanitaires. En effet, celles-ci, dans le but de préserver une réponse de qualité (respect des rendez-vous) auprès de leur clientèle, limitent leur surbooking en refusant toute activité dépassant de trop leurs capacités.

### La programmation du brancardage

Plusieurs stratégies s'offrent aux gestionnaires de l'activité de transport :

- Stratégie 1) La mise en place d'un programme de travail préparé la veille pour chaque ressource de brancardage pour une durée relativement longue (entre 2 à 4 heures et pouvant aller jusqu'à la programmation d'un poste de travail complet) ;
- Stratégie 2) Le même procédé préparé juste à temps le jour même ;
- Stratégie 3) La transmission d'un programme d'une durée prévisible comprise entre 50 minutes à 2 heures ;
- Stratégie 4) La programmation instantanée, dite au fil de l'eau, n'excédant pas 45 minutes de durée prévisible et n'intéressant pas plus de 3 à 4 patients.

#### Stratégie 1

La stratégie 1 favorise la mise en place à l'heure au rendez-vous, valorise l'action des unités qui ont anticipé leurs demandes de transport et en conséquence permet un bon niveau de satisfaction des unités concernées ainsi que du patient.

Elle trouve rapidement ses limites du fait du peu de programmation des demandes de transports. Cependant, lorsqu'il y a une régulation centralisée, elle ne la garantit pas si le programme est serré et que des retards surviennent à la prise en charge de certains patients. Par ailleurs les brancardiers peuvent être tentés de pratiquer une autorégulation secondaire fondée sur des principes plus personnels ayant pour conséquence de générer une organisation peu linéaire : les transports sont réalisés par paquets mettant en avance certains patients, en retard d'autres et voyant des prises très rapides nuisibles à la qualité afin de dégager du temps à utilisation libre, perdu pour l'activité.

L'activité programmée inévitable le jour même est difficile à traiter et subit de fortes dégradations en matière de délai : il est difficile d'intégrer de nouveaux patients dans le programme prédéfini d'une équipe de brancardiers. La position des brancardiers à un instant T n'est pas aisément prévisible, ce qui génère une baisse de la qualité

d'optimisation de l'activité. Dans la phase de préparation des programmes de travail des ressources, l'action de régulation et l'optimisation sont plus simples à appréhender. Dès la survenue des demandes non programmées, le régulateur se trouve confronté à une situation plus complexe à gérer et doit déployer un art diplomatique aigu pour intégrer des transports nouveaux dans les programmes des équipes.

### Stratégie 2

La stratégie 2 présente les mêmes caractéristiques et conséquences à ceci près qu'elle prend mieux en compte l'activité programmée à courte échéance puisque le programme de travail de la ressource est construit au plus proche de l'activité.

### Stratégie 3

La stratégie 3 est une alternative intéressante au tout programmé : elle garde une part des aspects positifs de la programmation tout en remettant rapidement à disposition les ressources de transport. L'intégration des transports non programmés est plus simple à concevoir et réalisée sans négociation. Les ressources de transports sont plus faciles à positionner si une recherche de l'optimisation est souhaitée, surtout pour réduire les trajets à vide ou les retours à la base inutiles.

Là encore, la gestion des retards résultant des aléas de prise en charge des patients sont subis et ont un impact non négligeable sur la gestion des flux : les retards sont cumulatifs sur les quelques patients transmis à une équipe mais aussi sur l'ensemble de l'activité. Le retard n'est connu du régulateur qu'à l'issue du petit programme de la ressource lorsque celle-ci se remet à disposition. Le régulateur a un rôle prépondérant et il doit bénéficier d'un système de communication de proximité avec les ressources de transport qu'il gère. Le lien entre le flux physique est le flux d'information descendant vers les équipes doit être tenu.

### Stratégie 4

La stratégie 4 répond au mieux à la nécessité de réactivité et d'adaptation attendue du service de transport. Elle ne peut s'appliquer avec efficacité si le service de transport est doté d'une régulation centralisée et d'outils de gestion de l'information efficaces (descendante des unités, bidirectionnelle pour les ressources de transport). Le retard subi par un patient voit sa portée limitée et les réajustements de l'activité des ressources de transport sont rapides. Le maillon fort de cette stratégie est la régulation : le suivi de l'activité nécessite une attention constante, la capacité à reconsidérer l'assemblage des transports et une acuité très fine de la position des équipes.

### Conclusion

En matière de programmation du travail des ressources de transports, il ne peut y avoir de règle stricte et la solution repose souvent sur la combinaison de ses diverses stratégies.

## 1.2. La qualité / gestion des risques

La fonction de transport interne des patients ne se limite pas à un simple déplacement d'un point A à un point B. Par définition, le patient hospitalisé est en position de vulnérabilité, parfois sujet à la douleur et à l'anxiété. Le brancardier ou l'ambulancier joue donc un rôle à part entière dans la prise en charge des patients et dans la perception que ces derniers ont de la qualité de la prise en charge.

Le transport interne ne doit pas être le maillon faible de la qualité des soins et de la prise en charge. A quoi sert de prendre en charge la douleur dans les unités de soins, si aucune attention n'y est prêtée lors des transferts de patients de leur lit à leur brancard ? A quoi sert de lutter contre les infections nosocomiales, si les règles d'hygiène ne sont pas appliquées par l'équipe de brancardage ?

Ces notions de qualité et de gestion des risques lors du transport interne des patients sont souvent susceptibles d'être mieux prises en compte, et lorsqu'elles sont exemplaires, elles sont insuffisamment mises en valeur auprès de la communauté hospitalière. Dans le cadre de ce guide, nous choisissons d'illustrer ces concepts par 4 exemples précis.

- **Fiche 4 : prendre en charge la douleur.** ☞ Page 25
- **Fiche 5 : garantir l'hygiène.** ☞ Page 30
- **Fiche 6 : respecter pudeur & confidentialité.** ☞ Page 42
- **Fiche 7 : garantir la sécurité.** ☞ Page 45

## Fiche 4. Prendre en charge la douleur

Transporter un patient, le mobiliser et le transférer sont autant de situations qui risquent de déclencher ou d'exacerber une douleur. Les brancardiers et ambulanciers se doivent donc d'être particulièrement attentifs à cet aspect de la prise en charge. Cela nécessite, outre une formation et une information adaptée, la reconnaissance des patients à risque de douleurs, l'application de procédures adaptées et limitant ce risque et la mobilisation de moyens humains et matériels adapté à chaque patient. Des évaluations régulières auprès des patients peuvent permettre d'évaluer la qualité de la prise en charge qui leur est proposée mais également de valoriser les efforts du service de transport interne dans ce domaine. L'expérience de l'IGR, établissement spécialisé dans la cancérologie prenant en charge des patients particulièrement fragiles, et celle du CHU de Dijon méritent d'être exposées ici.

- **Exemple 6 : enquête douleur à l'IGR.**

☞ Page 25

- **Exemple 7 : adaptation des pratiques en termes d'utilisation du matériel au CHU de Dijon.**

☞ Page 28

### 6. Enquête douleur à l'IGR

#### Le contexte

A l'initiative des brancardiers de l'IGR, une étude sur les douleurs provoquées par le transport a été réalisée auprès des patients en mars 2006, sous l'égide du Comité de Lutte contre la Douleur.

#### Les objectifs

Il s'agissait d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en identifiant les facteurs de risque de douleurs, en évaluant ces douleurs et en proposant des actions d'amélioration.

#### La mise en œuvre

Un questionnaire a été distribué aux patients éligibles transportés. Il comportait deux parties :

- la première partie, à remplir avant le début des opérations de brancardage, reportait le niveau de douleur avant le transport, les éventuels traitements antalgiques perçus et le mode de déplacement retenu (fauteuil, brancard, lit) ;
- la seconde partie, complétée après le retour en chambre ou le hall d'attente des ambulances, reportait le niveau de la douleur provoquée par le transport, et contenait différents items élaborés à partir des retours d'expérience des brancardiers, pour déterminer les facteurs de risque.

Les brancardiers ont recruté les patients au début de la prise en charge et les questionnaires ont été collectés une fois les opérations de brancardage terminées par les facteurs d'étage, extérieurs au transport, pour ne pas influencer les patients dans leurs réponses. En 2 semaines, 223 questionnaires ont été recueillis.

Le poster est présenté ci-après :

## Evaluation des douleurs ressenties par les patients lors des opérations de brancardage dans un Centre de Lutte Contre le Cancer

J.M. Nebbak<sup>1</sup>, A. Cobat<sup>1</sup>, D. Mathivon<sup>1</sup>, M. Di Palma<sup>1</sup>,  
pour le Service des Brancardiers et le CLUD

<sup>1</sup> Institut Gustave-Roussy, Villejuif, FRANCE



### Introduction

Les patients atteints de cancer sont soumis à de nombreux déplacements dans l'hôpital, pour des examens techniques ou des traitements.  
Les brancardiers de l'IGR ont réalisé en mars 2006, sous l'égide du CLUD, une enquête sur les douleurs provoquées lors du transport.

### Objectifs

- identifier les facteurs de risque
- évaluer les douleurs provoquées lors du transport
- proposer des actions d'amélioration

### Matériel et méthode

Perception d'un auto-questionnaire par les patients éligibles transportés, ayant donné leur accord oral pour participer.

#### Critères d'inclusion

- être majeur
- maîtriser la langue française
- ne pas être endormi, confus, ou accompagné au bloc opératoire

#### Déroulement de l'enquête

- recrutement des malades par les brancardiers au commencement de la prise en charge
- collecte des auto-questionnaires par des intervenants extérieurs au transport, postérieurement au retour en chambre ou au hall d'attente des ambulances

### Résultats

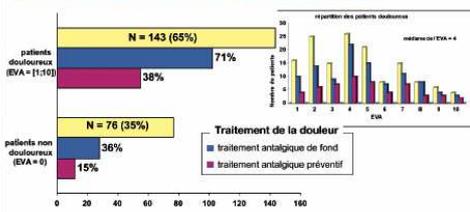
En deux semaines, 223 auto-questionnaires ont été recueillis

#### Caractéristiques générales des patients

Age médian : 59 ans [19 ans ; 86 ans]	Femmes 53 %	Hospitalisés 80 %
Mode de transport Validés 4 %	Chaises 61 %	Brancards 15 %
		Lits 20 %

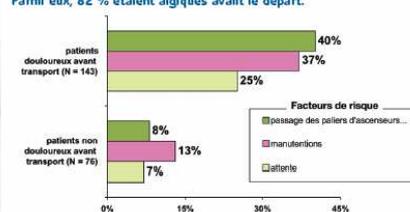
#### Douleurs avant le transport :

65 % des patients ont déclaré être algiques avant le transport.



#### Douleurs provoquées par le transport :

50 % des patients ont souffert du transport. Parmi eux, 82 % étaient algiques avant le départ.



#### Incidence du mode de transport

- pas de différence de répartition des patients entre le niveau de leur douleur avant le transport, et les différents moyens de déplacement (chaise, brancard ou lit) ( $p = 0,3$ )
- seule liaison entre mode de transport et facteurs de risque : l'attente pour les malades véhiculés en brancard ( $p = 0,05$ ), externes pour la plupart ( $p < 10^{-4}$ )

### Discussion

#### Intérêt de l'étude

- traitement d'un problème méconnu dans la prise en charge des malades
- instauration d'une « culture douleur » au sein du service des brancardiers

#### Limites de l'étude

- Il n'a pas été possible d'évaluer le niveau de la douleur provoquée par le transport
- comment apprécier la part de chaque facteur de risque dans la douleur due au transport ? Comment la dissocier de la douleur liée à l'examen, de la douleur de fond ?

#### Quelles pistes d'amélioration ?

- Ce sont principalement les patients algiques avant le départ qui ont souffert du transport
  - moins de la moitié a bénéficié d'un traitement antalgique préventif
- Il n'y avait pas de relation entre le niveau de la douleur initiale et le moyen de transport
  - il n'a pas toujours été adapté à l'état de santé des patients
- Enfin l'attente a été révélée comme étant douloureuse
  - elle est le fait de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du malade

Traitement préventif	○ administration systématique d'antalgiques préventifs auprès des patients douloureux, avant transport (protocole testé dans une unité pilote)
Paliers d'ascenseurs...	○ remplacement des roues des chaises et des brancards, par d'autres modèles capables d'absorber les cahots du sol
Manutention	○ formation à la manutention pour tous les personnels concernés ○ affectation du moyen de déplacement à partir d'une grille d'autonomie
Attente	○ aménagement d'espaces conviviaux pour diminuer la pénibilité de l'attente ○ renforcement de l'effectif des brancardiers sur la période du repas, pour réduire les délais de prise en charge des patients sur cet intervalle de temps
Culture douleur	○ formalisation d'une « culture douleur » au sein du service des brancardiers, à travers une action de formation

#### Remerciements

A. Laplanche,  
Service des Biostatistiques et  
d'Épidémiologie,  
C. Busay,  
Direction de la Qualité

#### Contact

Jean-Benoît.NEBBAK@igr.fr

### Conclusion

- Cette étude est une étape importante dans la prise de conscience des douleurs provoquées lors des opérations de brancardage.
- La prévention de ces douleurs concerne tous les intervenants de la chaîne du transport : service d'origine, brancardiers, service de destination.
- Les propositions d'amélioration sont en adéquation avec les résultats de ce travail.
- Cependant, une réévaluation régulière s'impose pour s'assurer de leur efficacité.

La synthèse de l'étude a obtenu le deuxième prix poster lors du 7<sup>ème</sup> Congrès de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) en novembre 2007, et le premier prix poster lors des 10<sup>èmes</sup> Rencontres Infirmières en

Oncologie (RIO) en mars 2008. Ce travail a également fait l'objet d'un article intitulé « Evaluation prospective des douleurs ressenties par les patients lors des opérations de brancardage : état des lieux et propositions d'amélioration » paru dans le Bulletin du Cancer du mois de mai 2008. Cet article a reçu le 1er Prix du Grand Prix Editorial de la Presse Médicale dans la catégorie "Travaux originaux en médecine" en 2008.

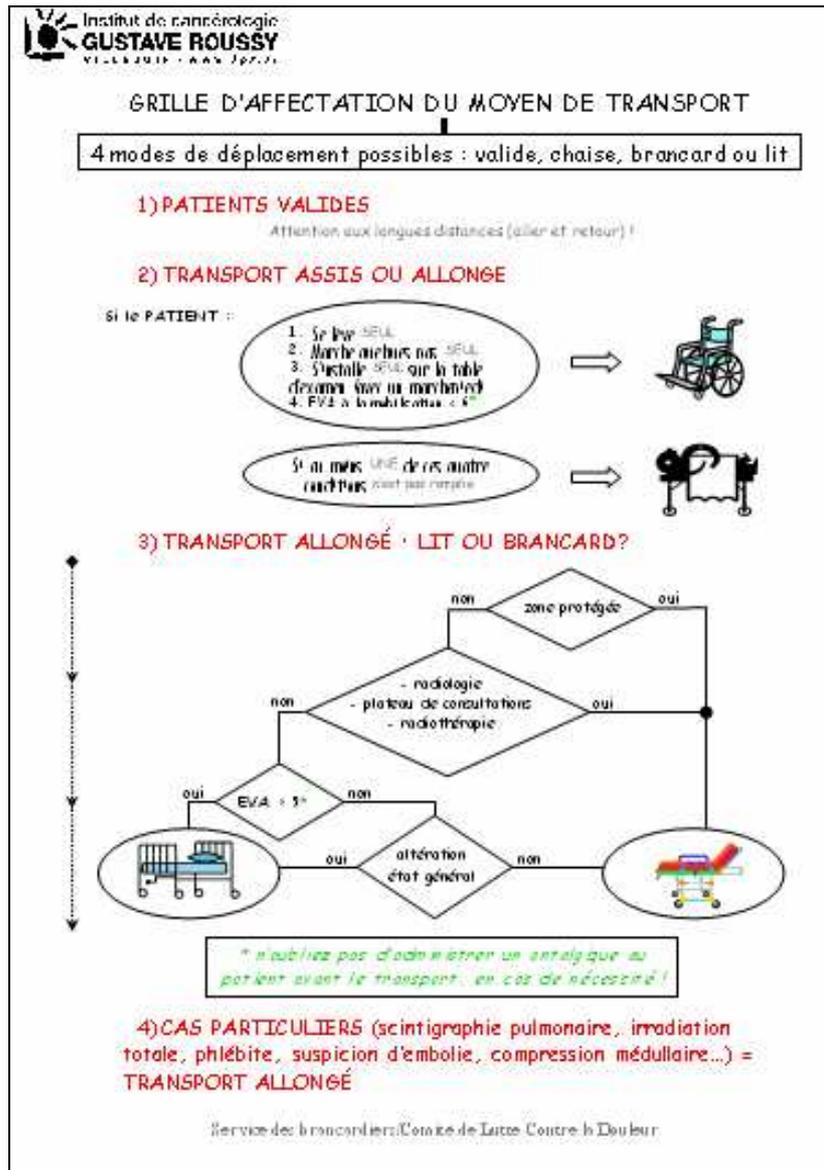
### Les résultats ont montré que :

- le passage sur les barres de seuils, les paliers d'ascenseurs..., les manutentions et l'attente sont les facteurs de risque ;
- une grande partie des patients douloureux n'a pas bénéficié d'un traitement antalgique préventif pour pallier les risques d'effets douloureux du transport et de l'examen à venir ;
- le mode de transport n'a pas toujours été adapté à l'état des patients.

### Propositions d'amélioration :

Un plan d'amélioration a été construit conjointement avec le CLUD et le service qualité de l'hôpital. Une dizaine de propositions ont été déclinées sous la forme de fiches actions :

- amélioration du matériel : pour atténuer les douleurs provoquées par le passage sur les barres de seuil, les paliers d'ascenseur, etc., il a été envisagé une évolution qualitative du parc roulant, en procédant au changement des roues des chaises roulantes, par exemple, par des modèles capables d'absorber les cahots du sol. Un item « confort des malades » est désormais inclus dans la fiche d'essai des nouveaux matériels ;
- manutentions : une session de formation axée sur la participation du patient et l'utilisation des aides techniques est dispensée aux brancardiers et aux manipulateurs ;
- attente : l'effectif a été adapté à l'activité et les temps de transport sont mesurés une fois par semaine (indicateur MeaH) ;
- prise en compte de la douleur initiale : un protocole d'administration systématique d'antalgiques préventifs, avant la prise en charge des patients douloureux par les brancardiers, est à l'essai dans une unité pilote ;
- choix du mode de transport : une grille d'affectation du mode de transport en fonction de l'autonomie du patient, de sa destination, du niveau de sa douleur et de son état général a été créée et évaluée. Il est prévu de l'intégrer dans l'outil informatique ;



- une session de formation à la douleur des patients est incluse dans le parcours de formation des brancardiers (session déjà suivie par 10 d'entre-eux, commune aux aides-soignants).

## Conclusion

L'ensemble des intervenants de la chaîne du transport, du service d'origine jusqu'au service de destination, est concerné par la prévention des douleurs provoquées par les opérations de brancardage. Une réévaluation globale aura lieu une fois l'ensemble des mesures correctives validées et instaurées.

## 7. Adaptation des pratiques en termes d'utilisation du matériel au CHU de Dijon

### Le contexte

L'architecture du CHU de Dijon implique de longs trajets lors des transports internes (longs couloirs, nombre de bâtiments important, etc.). En outre, 30 % des transports sont inter sites. Sur des trajets relativement longs, la problématique de la douleur est devenue au CHU de Dijon une véritable préoccupation, que les responsables du transport ont choisi de traiter sous l'angle de la meilleure utilisation du matériel possible.

## Les objectifs

L'objectif a alors été de privilégier un certain nombre de pratiques assurant un plus grand confort aux patients, et pour cela redéfinir la politique de gestion et d'utilisation du matériel.

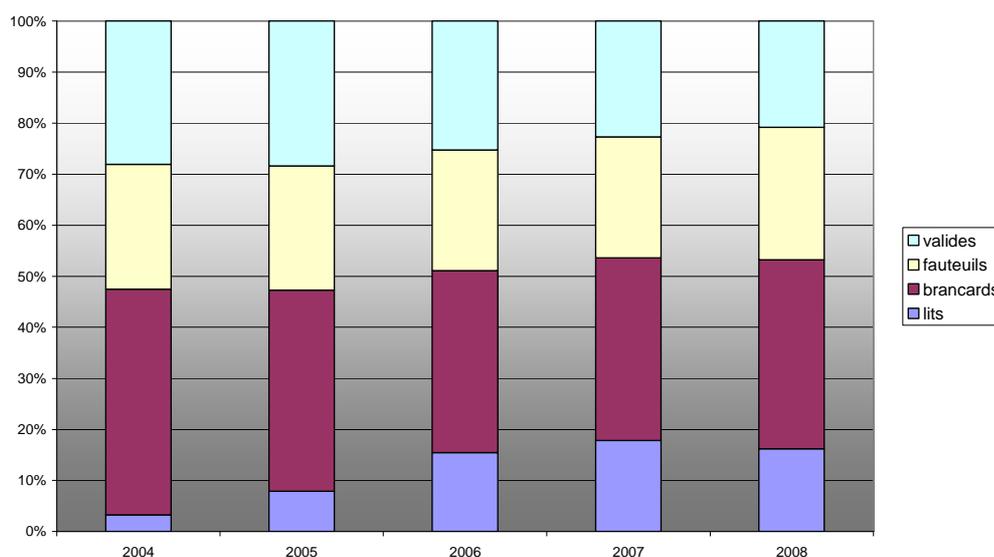
## La mise en œuvre

Le CHU de Dijon a adopté plusieurs mesures :

- Le principe de la technique « un brancard dédié à un patient » : le principe étant de dédier un brancard à un patient plutôt qu'à un véhicule. Le patient est installé sur le brancard lors de sa prise en charge et y reste le temps de la consultation jusqu'à son retour dans son unité d'origine. L'équipe récupère un brancard disponible sur le site pour remplacer celui conservé par le patient ;
- Le principe de transport en fauteuil de chambre mobile qui suit le même raisonnement que celui du brancard : 1 patient / 1 fauteuil de chambre. Cette technique permet de supprimer le temps de manipulation du patient ;
- Le principe du transport en lit privilégié : diminution du temps de prise en charge, réduction du nombre de manipulations, minimisation des risques de transmission manuportée de germes infectieux sont autant de bénéfices qui doivent découler de cette pratique, lorsque les distances et le parcours du transport le rendent possible ;
- La mise à disposition de 86 fauteuils de transfert ergonomiques en accès libre dans tout le CHU permettant de laisser le patient sur son fauteuil lorsqu'il est arrivé à destination (un fauteuil est toujours disponible à proximité du point de dépose). Ceci permet là aussi de réduire les manipulations des patients. De plus, les professionnels intra ou extra hospitaliers et les familles peuvent utiliser librement ce matériel.

## Les résultats

Depuis 2004, le nombre de transports en brancards a diminué de 20 % au profit des transports en lits et fauteuil, constituant un véritable succès de la démarche.



## Fiche 5. Garantir l'hygiène

En contact privilégié avec le patient, le brancardier fait partie intégrante de la chaîne de soins. A ce titre, les considérations d'hygiène et le respect des normes sanitaires sont une contrainte forte pour le brancardier, qui peuvent à l'occasion influencer l'ordonnancement des transports. Il convient alors de formaliser tous les protocoles relatifs à l'hygiène jugés utiles, mais surtout, et c'est là la grande difficulté, d'en apprécier le niveau de connaissance et d'en évaluer la pratique par les agents et si possible les renforcer.

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 :

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

Sensibilisés à cette problématique, bon nombre d'établissement ont mené avec succès des actions, dont 7 d'entre elles sont relatées ci-après :

- **Exemple 8 : mise en place d'une politique de nettoyage des brancards à l'hôpital privé d'Antony.**
- **Exemple 9 : évaluation des pratiques d'hygiène à l'Hôpital Européen Georges Pompidou.**

☞ Page 31

- Exemple 10 : amélioration de l'hygiène sur le site de Hautepierre au CHU de Strasbourg. ☞ Page 32
- Exemple 11 : hygiène et sécurité à l'IGR. ☞ Page 34
- Exemple 12 : traçage des opérations d'hygiène au CH de Seclin. ☞ Page 36
- Exemple 13 : traçabilité du nettoyage du matériel au CH Privé Claude Galien. ☞ Page 38
- Exemple 14 : traçabilité du nettoyage du matériel au CH Privé Claude Galien. ☞ Page 40

## 8. Mise en place d'une politique de nettoyage des brancards à l'hôpital privé d'Antony

### Le contexte

Le parc de moyens de transport de l'hôpital privé d'Antony 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'existait au lancement des travaux avec la MeaH.

### Les objectifs

L'objectif a été tout simplement d'organiser le nettoyage des brancards, très parcellaire jusqu'ici.

### La mise en œuvre

- 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.

### Les résultats

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 impulsé par l'encadrement de terrain ainsi que des mesures correctives, tant organisationnelles que managériales, sont 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 colées 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 carrénage avec *Anios surfaces hautes*. Frotter avec un papier essuie tout pour éliminer les taches et les saletés.**



**4. Utiliser du dakin pour éliminer les taches de Bétadine**

## 9. Evaluation des pratiques d'hygiène à l'Hôpital Européen Georges Pompidou

### Le contexte

Une première phase de diagnostic avait mis en avant le déficit de pratique et d'évaluation de la politique d'hygiène dans cet établissement pourtant 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.

## Les objectifs

L'objectif de l'encadrement a alors été de valider et mettre en œuvre un référentiel hygiène pour les accompagnateurs.

## La mise en œuvre

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 l'utilisation régulière de la part de l'équipe (seuil de consommation « normale » de SHA fixé à 35 litres par semaine).

## Les résultats

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.

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

## 10. Amélioration de l'hygiène sur le site de Hautepierre au CHU de Strasbourg

### Le contexte

Une phase de diagnostic menée par une équipe projet intégrant les travaux de l'infirmière hygiéniste du CHU a permis de pointer des dysfonctionnements concernant les pratiques liées à l'hygiène :

- Les procédures de bio nettoyage du matériel de brancardage n'étaient pas formalisées ;
- Les agents ne connaissaient pas les règles d'hygiène à appliquer pour le bio nettoyage du matériel de brancardage des patients ;
- Il n'existait aucune traçabilité du bio nettoyage du matériel de brancardage ;

- Les agents ne faisaient pas la distinction entre les différents types d'isolement et les précautions particulières associées ;
- Les agents ne connaissaient pas l'hygiène de base et les précautions standards à appliquer à tout patient.

## Les objectifs

Les objectifs de la responsable du transport interne ont tourné autour de 3 axes :

- Formaliser les procédures spécifiques à l'hygiène du matériel de transport et des locaux de stockage du matériel ;
- Former les agents aux mesures d'hygiène à appliquer au service de brancardage et aux précautions particulières à appliquer ;
- Evaluer la mise en pratique : hygiène des mains, bio nettoyage du matériel, connaissances et respect des précautions standard et des précautions particulières.

## La mise en œuvre

Conduit par l'infirmière hygiéniste de l'établissement, le projet se déroula en plusieurs étapes :

- Etat des lieux sur les pratiques en hygiène de l'équipe de brancardage du site de Hautepierre :
  - o Identification des pratiques en vigueur ;
  - o Identification des difficultés de services « clients » en matière d'hygiène dans le transport des patients.
- Présentation des écarts observés entre les bonnes pratiques en hygiène et les pratiques en vigueur :
  - o Présentation du résultat des observations réalisées par l'infirmière hygiéniste ainsi que les actions d'améliorations à mener en matière d'hygiène dans le service de brancardiers.
- Formalisation des protocoles d'hygiène du matériel de brancardage et des locaux de stockage du matériel ;
- Mise en place des actions de formation spécifiques pour l'équipe de brancardiers du site de Hautepierre ;
- Information auprès de l'équipe de brancardiers et des services de soins des modalités de mise en œuvre des procédures et de la traçabilité associée ;
- Mise en place des procédures d'hygiène et la traçabilité ;
- Formation de l'équipe sur les différents types d'isolements et les mesures de protection à prendre (précautions standard et précautions particulières) ;
- Evaluation des acquis :
  - o Prélèvements inopinés des mains (volontaires), sur les surfaces environnantes et sur le matériel de brancardage par le laboratoire du CHU ;
  - o Quizz afin d'apprécier la compréhension des procédures (voir ci-dessous).



### EVALUATION PRECAUTIONS STANDARDS ET ISOLEMENTS

QUESTIONS	VRAI	FAUX
Les précautions standards s'appliquent à tout patient infecté ou non infecté.		
Lorsque vous prenez en charge un patient en isolement contact vous devez mettre des gants à usage unique.		
Le lavage des mains avec un savon anti septique (Bétadine scrub) est plus efficace qu'une friction hygiénique avec Aniosgel.		
Dans le cas d'un isolement AIR, vous prenez le patient en charge à l'extérieur de la chambre.		
Dans le cas d'un isolement protecteur, vous prenez le patient en charge dans sa chambre lorsque qu'il porte un masque FFP1.		
Lors du transport d'un patient en isolement gouttelettes, le patient porte un masque chirurgical.		
En cas de grippe aviaire, le masque de protection FFP1 vous protège environ 8 heures.		
Le masque de protection respiratoire FFP1 peut-être enlevé et réutilisé 2 à 3 fois.		
Le produit détergent désinfectant Aniosurf doit sécher spontanément sur les fauteuils et sur le sol.		
En cas de gale et de diarrhées à clostridium difficile (isolement contact), il est recommandé de faire une désinfection des mains avec la solution hydro-alcoolique.		
La varicelle est une maladie qui nécessite un isolement contact et air.		
La solution hydro-alcoolique peut être utilisée pour désinfecter les surfaces inertes.		

Ayant connu un vif succès, cette démarche est maintenant en cours de réalisation auprès des brancardiers des autres sites du CHU ainsi que des ambulanciers.

## Les résultats

Les évaluations des connaissances des bonnes pratiques et écueils à éviter ont été un succès. La grande implication des brancardiers dans ce projet est visible au travers des bons résultats des différents tests :

- Résultats des prélèvements sur le matériel de brancardage et sur les mains : « satisfaisants », pas de germes pathogènes dans l'environnement du patient.
- Résultats du quizz : 100 % des brancardiers ont la moyenne (>10/20).

## 11. Hygiène et sécurité à l'IGR

### Le contexte

L'hygiène est une préoccupation très importante pour les responsables et les brancardiers de l'IGR. A ce titre, il nous semble important de préciser les actions réalisées qui sont des bonnes pratiques.

Les procédures relatives à l'hygiène et à la prévention des infections nosocomiales dans le cadre du transport des patients, ont été érigées sous l'égide du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Ces procédures s'inscrivent dans le cadre de la politique déclinée par l'établissement en matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales et sont cohérentes avec celles des autres secteurs médicaux et paramédicaux de l'hôpital.

## Les objectifs

Garantir le respect des règles d'hygiène pendant le transport, limiter les risques de propagation des infections.

## La mise en œuvre

De nombreuses actions de sensibilisation sont faites conjointement avec le cadre hygiéniste. Celui-ci dispose de 2 présentations très simples de sensibilisation à l'hygiène et il réalise des formations dans le cadre du parcours de professionnalisation des brancardiers.

Un livret spécifique sur l'hygiène et la sécurité du patient a été réalisé à l'IGR et est remis à tout nouveau brancardier. Ce livret précise l'hygiène courante du personnel (vestiaires, tenue), les principes de lavage des mains avec des photos simples, la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou aux liquides biologiques, les précautions à mettre en place pour les cas standards et les cas infectieux. Ce livret est disponible sur le site de la MeaH.

Ci-dessous l'extrait du livret sur le lavage des mains :

### Lavage des mains

Nos mains sont le mode de transmission le plus fréquent des microbes à l'hôpital.

Au contact des malades et de leur environnement elles se chargent de germes, les transportent et les déposent sur d'autres malades. C'est ce que l'on appelle une transmission croisée de germes.

Inoffensifs pour le personnel hospitalier, les microbes transportés de malades à malades sont responsables :

- d'infections isolées
- et parfois d'épidémies.

La prévention de ces infections repose sur le lavage des mains.

Il est de notre responsabilité professionnelle d'empêcher la transmission de microbes de malade à malade par un lavage de mains bien compris et correctement effectué.

Il ne faut pas porter de montre au poignet (la porter plutôt au revers de la blouse), ni de bijoux (les alliances lisses sont tolérées).

6

### Le lavage hygiénique des mains

Il doit être réalisé impérativement :

- en arrivant au travail
- avant et après les repas
- après passage au WC
- avant de quitter son travail

Il se fait avec un savon liquide, un essuie mains à usage unique. En s'appliquant à fermer le robinet avec l'essuie mains pour éviter toute recontamination des mains.

 <p>Mouiller les mains et les poignets. Laisser couler l'eau.</p>	 <p>Mettre une dose de savon dans la paume de la main.</p>	 <p>Faire mousser en insistant sur les espaces interdigitaux pendant 1 à 3 mn.</p>
 <p>Rincer abondamment jusqu'à élimination complète du produit.</p>	 <p>Sécher soigneusement avec un essuie mains à usage unique.</p>	 <p>Fermer le robinet avec le coude ou à l'aide de l'essuie mains.</p>

7

Le nettoyage complet du parc roulant est réalisé une fois par semaine, tous les samedis par une personne dédiée pendant un temps réservé à cette action.

Il été décidé de nettoyer et de décontaminer systématiquement le matériel de transport (brancards et chaises roulantes) dans les cas suivants :

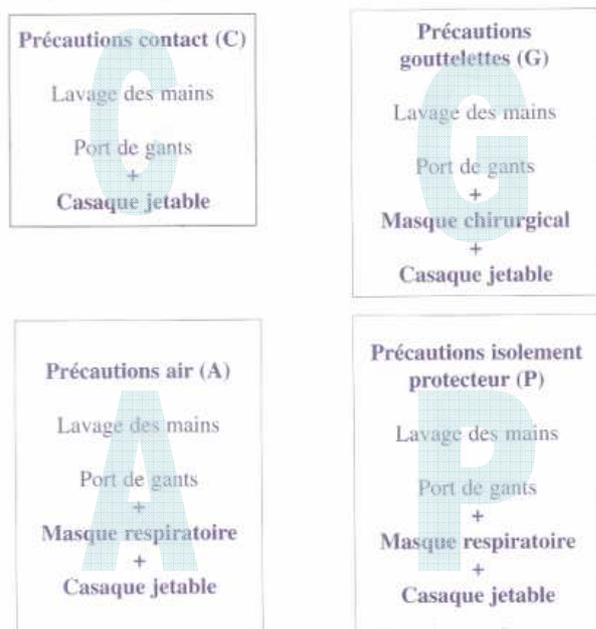
- avant la prise en charge d'un patient en isolement protecteur ;

- après le transport d'un patient en isolement infectieux.

La transmission des informations entre les services de soins et le service des brancardiers est primordiale pour le transport d'un patient infecté. Celle-ci est faite lors de la réservation du transport par téléphone avec le régulateur.

Des pancartes précisant les précautions à prendre en fonction des différents isolements sont apposées sur la porte des chambres de ces patients :

Les précautions à prendre sont les suivantes :



## Les résultats

En alliant une sensibilisation régulière, une communication importante et un nettoyage régulier qui n'est pas trop contraignant, les actions sont bien réalisées régulièrement, ce qui se vérifie visuellement.

## 12. Traçage des opérations d'hygiène au CH de Seclin

### Le contexte

L'état des lieux réalisé par les équipes du CH de Seclin a permis d'identifier des marges de progression :

- Pas de traçabilité ni de protocole du nettoyage du matériel de transfert ;
- Pas de protocoles pour le transfert des patients en isolement.

Par ailleurs, l'organisation du transport interne était telle qu'il semblait difficile de libérer les brancardiers pour des formations en journée.

### Les objectifs

L'objectif de cet établissement était clairement orienté autour de la prévention et de la protection des patients comme des brancardiers contre les infections nosocomiales.

## Les résultats

La mise en œuvre s'est alors déroulée en 3 étapes :

- Elaboration des protocoles de nettoyage et désinfection des brancards et fauteuils roulants, quotidiennement et entre deux patients afin d'éviter la transmission croisée d'agents infectieux ;
- Mise en place de deux « référents hygiène » dans le pool de brancardage ;
- Informations / procédures et formations courtes / à l'hygiène des mains et précautions standards d'1 à 2 heures en fin de poste pour l'ensemble des brancardiers.

Ci-après un extrait de la procédure de nettoyage des brancards et fauteuils roulants.

## LE BIONETTOYAGE DES BRANCARDS ET FAUTEUILS ROULANTS

### 1.OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure vise à décrire le nettoyage et la désinfection des brancards et fauteuils roulants, quotidiennement et entre deux patients afin d'éviter la transmission croisée d'agents infectieux.

### 2. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- « Désinfection des dispositifs médicaux » du CTIN
- « Antiseptiques et désinfectants » du CCLIN-Paris Nord.

### 3. LEXIQUE

- Détergent* : produit dont la composition est spécialement étudiée pour le nettoyage selon un processus mettant en œuvre les phénomènes de détergence.
- Détergence* : Opération ou résultat momentané permettant, au niveau des surfaces inertes et/ou des tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer les salissures par leur mise en suspension ou en solution. Le résultat de cette opération est limité aux salissures présentes au moment de l'opération.
  - Désinfectant* : produit ou procédé utilisé pour la désinfection, dans des conditions définies.
- Désinfection* : opération ou résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par les milieux inertes contaminés, en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération.
- Détergent-désinfectant* : produit présentant la double propriété d'être un détergent et un désinfectant.

### 4. MATERIEL

- Flacon pulvérisateur de détergent- désinfectant type *Anios Surface Haute*.
  - Essuie-mains en papier.

Ou :

- Lingette imprégnée de détergent-désinfectant type *Surfanios*

### 5. METHODOLOGIE

- Effectuer une friction SHA.
- Remplir le seau de 8 litres d'eau froide ou tiède, mettre un coup de pompe de solution détergente-désinfectant type *Surfanios* diluer et mettre le nombre nécessaire de lavettes.

Ou utiliser le spray détergent désinfectant

#### **A) 1 FOIS PAR JOUR : NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DE TOUTES LES SURFACES DU BRANCARD**

PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE :

- Housses recto/ verso
- Partie haute : dossier, support tronc et jambes, barrières,
- Pied à perfusion,
- Partie basse,
- Pédales de freins et direction,
- Roulettes (si nécessaire)

### **13. Traçabilité du nettoyage du matériel au CH Privé Claude Galien**

## Les contexte et objectif

Un état des lieux établi en juin 2008 a pointé l'absence de suivi et des procédures concernant le nettoyage du matériel. Ce diagnostic était le même aux étages comme au bloc opératoire. Il fut donc décidé par les responsables du transport interne de sensibiliser les brancardiers au nettoyage de leur matériel dans le but de lutter contre les infections nosocomiales.

## La mise en œuvre

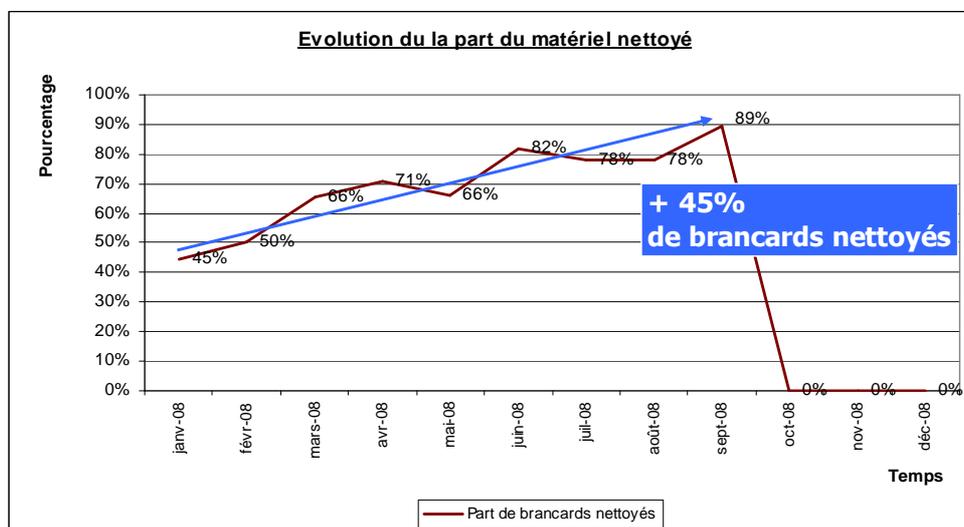
Les grandes étapes de réalisation de cette action ont été les suivantes :

- L'identification du parc matériel (les brancards et les fauteuils) ;
- La rédaction de procédures :
  - o Le bio nettoyage des brancards entre deux patients ;
  - o Le bio nettoyage des brancards au quotidien ;
  - o Le bio nettoyage hebdomadaire des brancardiers.
- L'information auprès des services afin de présenter les nouveaux modes de fonctionnement.

## Les résultats

Un relevé a été réalisé mensuellement afin d'évaluer le nettoyage ou non du matériel. Ainsi, au niveau du bloc opératoire, le nettoyage du matériel s'est considérablement amélioré. A ce titre, le taux de brancards nettoyés n'a cessé d'augmenter pour arriver en septembre 2008 à la quasi-totalité du parc.

Ci-dessous l'évolution du taux de brancards nettoyés :



## Fiche 6. Respecter pudeur et confidentialité

La garde-robe du patient hospitalisé se résume souvent à une chemise d'une longueur parfois insuffisante et à l'échancrure arrière souvent révélatrice, dont sa pudeur peut avoir à souffrir lors d'un transport en fauteuil ou à pied. Cet aspect du transport interne qui pourrait prêter à sourire, vu de l'extérieur, doit être un souci constant des équipes et est une composante très importante de la qualité du service rendu au patient.

Dans ses rapports de certification, la HAS pointe la confidentialité comme l'un des points faibles récurrents des établissements de santé. Le transport interne n'échappe pas à la règle, en particulier lorsque le dossier du patient l'accompagne sur ses genoux, révélant à tous son identité, son service d'origine, voire sa pathologie. Ces dysfonctionnements graves doivent être systématiquement recherchés et éliminés.

A travers la pudeur et la confidentialité, c'est le respect de la dignité des patients en tant que personnes dont le service de transport interne est responsable. Les 3 expériences présentées ci-dessous démontrent que des mesures organisationnelles simples permettent de faire des progrès importants sur ces points.

- **Exemple 14 : amélioration de la confidentialité des dossiers au CH de Guingamp.** *☞ Page 42*
- **Exemple 15 : respect de la pudeur en transports en fauteuils au CH Privé Claude Galien.** *☞ Page 42*
- **Exemple 16 : enquête de satisfaction patients au CH de Guingamp.** *☞ Page 43*

### 14. Amélioration de la confidentialité des dossiers au CH de Guingamp

#### Le contexte

La confidentialité des dossiers patients lors des transports internes effectués par les équipes de brancardage a été remise en cause au CH de Guingamp lors d'un audit qualité. En effet, un dossier comportant les informations personnelles d'un patient était simplement posé sur les brancards lors des transports et l'on pouvait y lire le nom du patient.

#### Les objectifs

Améliorer la confidentialité des dossiers lors des transports.

#### Les mise en œuvre et résultats

Lors de deux réunions, l'équipe de brancardage et les infirmiers ont réfléchi aux moyens de cacher l'identité des patients figurant sur les dossiers. Les pistes de réflexions étaient les suivantes :

- Mise à disposition de grandes enveloppes pour contenir les dossiers patients ;
- Transport avec les dossiers retournés sur le lit ;
- Mise à disposition de sacoches.

Le choix s'est alors porté sur les enveloppes : de grandes enveloppes pouvant contenir les dossiers patients ont été mises à la disposition des équipes, et garantissent aujourd'hui la confidentialité des patients.

### 15. Respect de la pudeur en transports en fauteuils au CH Privé Claude Galien

#### Les contexte et objectif

Les cadres de services de l'établissement faisaient remarquer que de nombreux patients n'étaient pas couverts lors des trajets en fauteuil. Les règles de bienveillance concernant le respect de la pudeur n'étaient donc pas respectées. Il a donc été décidé de réviser les pratiques afin de veiller au respect de la pudeur des patients lors de leurs trajets.

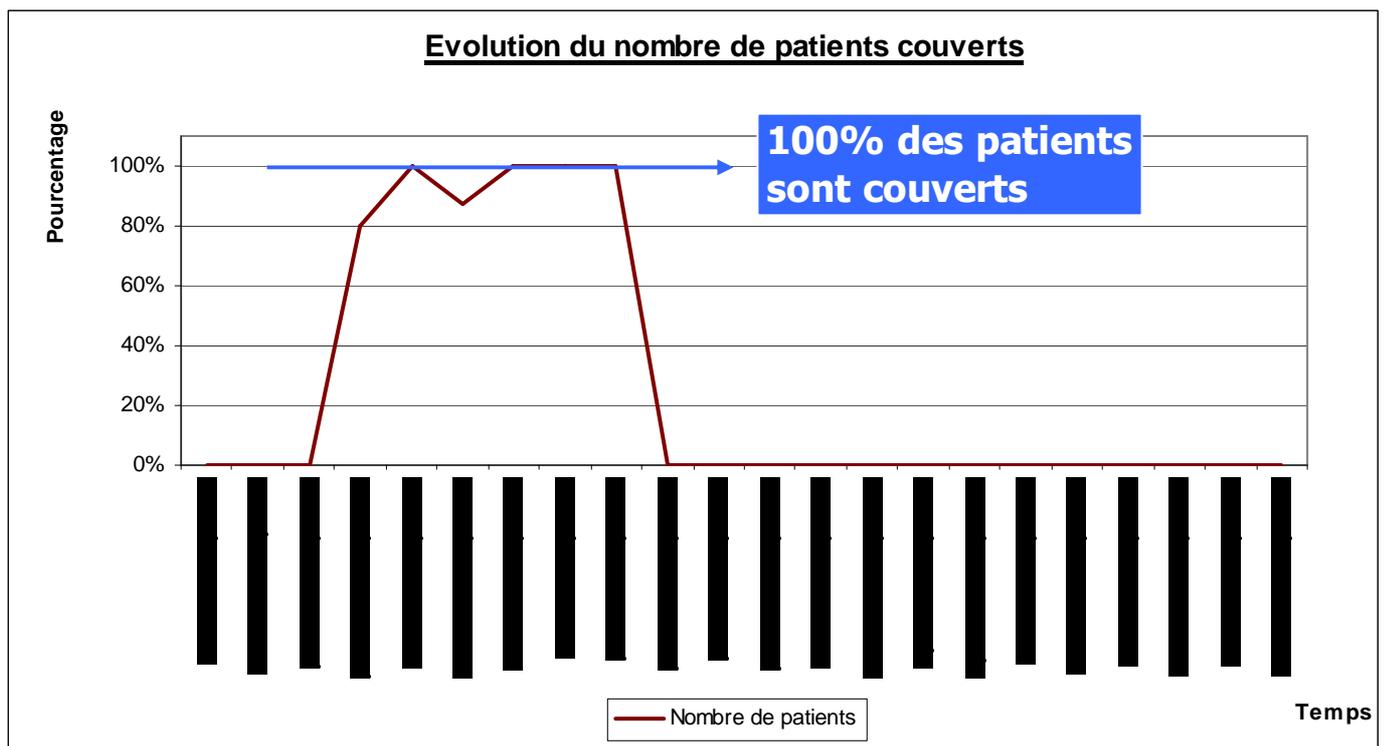
### La mise en œuvre

La première étape fut la rédaction d'une procédure précisant les règles à respecter pour tous les transports des patients interservices et examens. Par la suite, une note d'information fut rédigée afin de présenter les modalités vestimentaires à faire respecter pour le transport des patients.

### Les résultats

Peu de temps après la diffusion des procédures à respecter, l'équipe projet constata une forte mobilisation des services. Au fur et à mesure de l'année, les patients portaient tous soit leur robe de chambre soit une alèse. Un contrôle visuel mensuel a permis de contrôler le respect de la pudeur des patients.

Ce dernier a confirmé la réussite de cette action :



## 16. Enquête de satisfaction patients au CH de Guingamp

### Les contexte et objectif

La satisfaction des patients était évaluée au CH de Guingamp par une simple question dans le questionnaire de fin d'hospitalisation. Ainsi, si l'information est régulière et permet une vision générale, celle-ci reste trop



## Fiche 7. Garantir la sécurité

Comme toute activité hospitalière, le transport interne des patients comporte des risques tant pour le personnel que pour le patient. Erreurs d'identité, risque de chute, problèmes matériels, accidents du travail, tous ces risques doivent être identifiés et traités, de façon à garantir la sécurité du patient.

Sensibilisés à cette problématique, 3 établissements présentent leurs actions dans ce domaine :

- **Exemple 17 : suppression des risques d'erreurs sur patient au CH de Guingamp.** *☞ Page 45*
- **Exemple 18 : traçabilité de la maintenance des matériels à la Clinique Les Sources.** *☞ Page 46*
- **Exemple 19 : mise à disposition d'obus O2 au CH Privé Claude Galien.** *☞ Page 47*

### 17. Suppression des risques d'erreurs sur patient au CH de Guingamp

#### Les contexte et objectif

Lors d'une première phase de diagnostic, des dysfonctionnements ont été notés par les brancardiers quant au risque d'erreurs sur patient : 2 erreurs sur patient pendant 1 mois d'étude. L'erreur sur patient fait partie de l'identitovigilance placée sous la responsabilité du DIM. Il a donc été décidé de mettre en place des actions visant à supprimer le nombre d'erreurs, c'est-à-dire l'accompagnement du patient dans un mauvais service.

#### La mise en œuvre

L'équipe projet a alors décidé de :

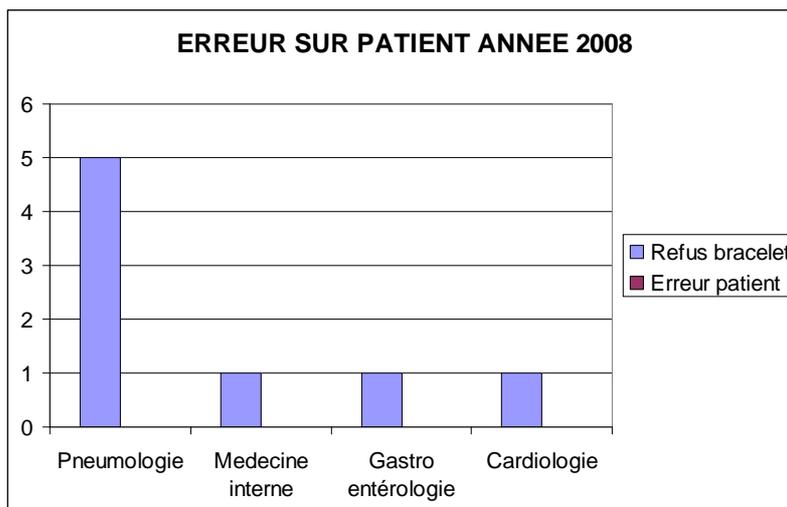
- Mettre en place le port de bracelet d'identification des patients : choix d'une couleur assurant la meilleure visibilité et réflexion sur les informations qu'il doit contenir ;
- Communiquer largement, notamment rédiger une note d'information à destination du personnel de soins,
- Définir un plan de déploiement, qui commencerait par une phase de test en collaboration avec le service de pneumologie, puis étendre aux autres services (en septembre : service des urgences, etc.).

Un indicateur a également été mis en place pour contrôler les futurs dysfonctionnements

#### Les résultats

Les patients se voient dorénavant proposer le port d'un bracelet avec les nom, prénom et numéro de dossier. 2 indicateurs permettent d'évaluer la pratique :

- Le nombre d'erreurs sur patient ;
- Le nombre de refus du port de bracelet.



Depuis la mise en place des bracelets à mi décembre 2007, peu de patients (environ 10) ont refusé le port du bracelet et aucune erreur patient n'a été détectée. Il convient donc de bien expliquer aux patients la fonction du bracelet afin de réduire encore le nombre de refus.

## 18. Traçabilité de la maintenance des matériels à la Clinique Les Sources

### Les contexte et objectif

La maintenance des brancards, lits et fauteuils à la Clinique Les Sources était assurée par un brancardier référent, sans aucune traçabilité des opérations de maintenance. Il a été décidé de corriger cette lacune.

### La mise en œuvre

Un inventaire de l'ensemble du matériel par service a été réalisé, et suivi d'une identification des brancards et des fauteuils par un marquage métallique. Notons que ce marquage a été réalisé en lien avec le service de comptabilité pour permettre un suivi comptable ainsi qu'un calcul d'amortissement des matériels.

### Les résultats

Un protocole a été réalisé par la responsable du plateau technique, protocole en cours de validation par la coordinatrice des soins et la responsable qualité. Ci-après le protocole.



## Procédure de maintenance du matériel roulant

- **Objectif de la procédure :**
  - + Maintenir en état le matériel roulant (canevas et brancards) de la clinique
  - + Garantir la sécurité des patients transportés
  - + Actualiser l'inventaire du matériel
  - + Favoriser le brancardage
- **Procédure maintenance préventive :**
  - + Tous les 6 mois, le brancardier référent responsable de la maintenance doit réaliser un recensement de ce matériel dans toute la clinique et de son état de fonctionnement. A l'issue du diagnostic, le brancardier doit remplir la fiche « Recensement du matériel de transport des patients ».
  - + S'il constate la disparition d'un matériel, le brancardier référent informera le responsable IDE de suite qui devra cocher la case « disparu » de la fiche « proposition de réforme de matériel », la faire suivre auprès du service comptabilité et remplir une fiche de déclaration d'événement ou conforme.
  - + S'il constate un dysfonctionnement, il informera le responsable IDE qui procédera comme dans « procédure maintenance curative »
- **Procédure maintenance curative :**
  - + Lorsqu'il constate un dysfonctionnement du matériel roulant, les services de soins doivent faire une demande de réparation auprès du brancardier responsable de la maintenance : remplir la fiche « maintenance des brancards et des chaises roulantes » et la transmettre via Lotus au documentaliste surveillant
  - + Suite à cette demande, le brancardier doit réaliser un diagnostic du matériel défectueux et procéder à la réparation. Si elle n'est pas réalisable immédiatement, le brancardier devra, en attendant qu'elle soit réalisée, effectuer un remplacement (en se servant dans son stock)
- **Demande de réforme du matériel roulant**
  - + Lorsque le matériel ne répond plus aux normes de sécurité et d'hygiène et qu'il n'y a pas de réparation à l'externe, le responsable IDE devra :
    - ✓ remplir la fiche « proposition de réforme de matériel »
  - + Le brancardier référent devra alors :
    - ✓ procéder au retrait immédiat de ce matériel du parc
    - ✓ effectuer le remplacement de ce matériel si possible
    - ✓ Si impossible, la surveillante doit avertir les services économiques.

### 19. Mise à disposition d'obus O2 au CH Privé Claude Galien

#### Le contexte

L'analyse des incidents lors d'une première phase de diagnostic a permis de constater des dysfonctionnements liés à la gestion des obus d'oxygène. En effet, le brancardier ne venait pas toujours avec l'obus d'oxygène à utiliser d'où une perte de temps lors du transport du patient. Les deux causes identifiées de ce dysfonctionnement étaient les suivantes :

- Les obus d'oxygène étaient quelques fois vides (le service de soins ne les avaient pas chargés) lorsque le brancardier venait chercher le patient ;
- Les obus étaient parfois introuvables dans le service.

#### Les objectifs

Il a été décidé de revoir les procédures afin d'améliorer la disponibilité des obus d'oxygène, et ainsi éviter bon nombre de retards.

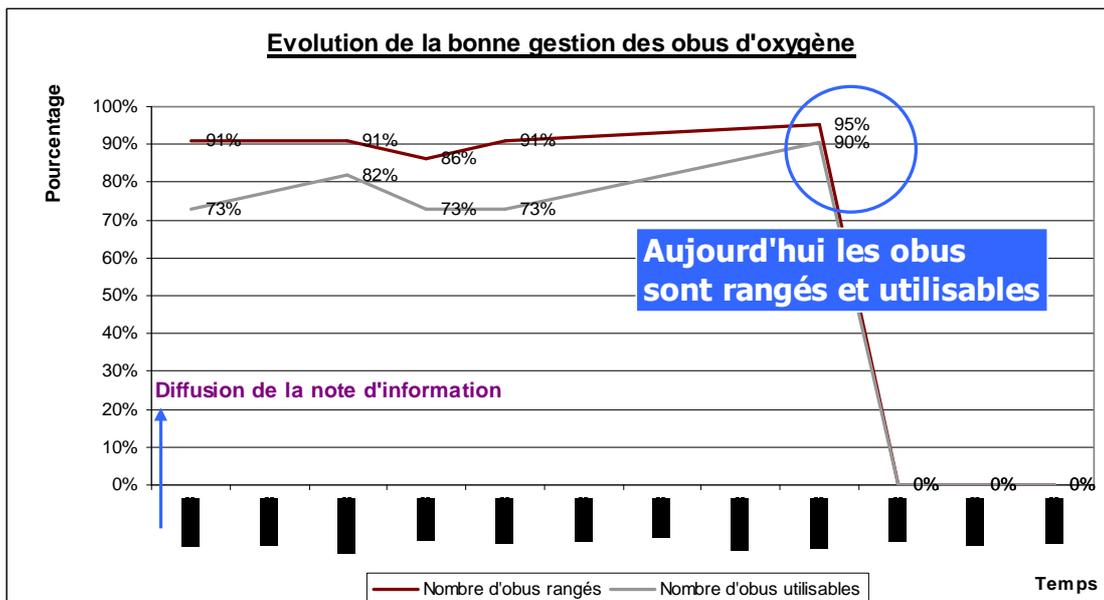
### La mise en œuvre

La mise en œuvre de cette action s'est déroulée en plusieurs grandes étapes :

- Réalisation de la cartographie des localisations des obus d'oxygène dans l'établissement ;
- Définition d'un emplacement de rangement spécifique dans les services pour chaque obus d'oxygène ;
- Diffusion d'une note d'information afin de sensibiliser le personnel des services aux procédures liées :
  - o Au rangement des obus d'oxygène ;
  - o Au taux de remplissage minimum des obus d'oxygène.

### Les résultats

Mensuellement, une phase de contrôle a permis d'objectiver l'adhésion de tous aux nouvelles procédures et donc à la réussite de la démarche. Le suivi en routine a validé très rapidement la bonne mise en œuvre du nouveau mode de fonctionnement : la quasi-totalité (> 90 %) des obus d'oxygène sont pleins et rangés.



## 2. Chapitre 2 : le pilotage d'activité

Comme pour toute activité transversale d'un établissement de santé, le fonctionnement de l'activité de transport interne de patients peut difficilement se concevoir sans pilotage. Le pilotage permet d'assurer une maîtrise de l'activité et de sa performance, une évaluation de la pratique en interne et une communication institutionnelle. Notons qu'un tel pilotage ne nécessite pas forcément l'utilisation de systèmes d'information développés.

Le pilotage repose en premier lieu sur le suivi en routine d'indicateurs simples, peu coûteux à générer, dont la signification opérationnelle est partagée par tous les acteurs. Ce suivi doit permettre au manager d'évaluer l'efficacité des actions mises en œuvre et de réagir en temps réel à la variation de ces indicateurs.

La notion de pilotage de l'unité de transport interne de patients est alors déclinée en 2 sous-chapitres :

- **Sous-chapitre 2.1 : manager son équipe.**
- **Sous-chapitre 2.2 : gérer son activité.**

☞ Page 50

☞ Page 68

## 2.1. Manager son équipe

Elément incontournable de toute organisation, la gestion des ressources humaines prend une place particulière lorsqu'il s'agit des agents du transport interne de patients. En effet, la fonction de brancardier dépend beaucoup de la politique de l'établissement en la matière : un déficit d'image important, un manque de reconnaissance et un encadrement réglementaire faible rendent la fonction de brancardier dépendante de la politique que l'établissement aura souhaité promouvoir à l'égard de ses agents, lorsqu'une telle politique existe.

Le management des équipes s'articule autour des 3 axes suivants :

- **Fiche 8 : former ses agents.** *☞ Page 51*
- **Fiche 9 : clarifier les rôles & responsabilités de chacun.** *☞ Page 57*
- **Fiche 10 : animer les équipes.** *☞ Page 64*

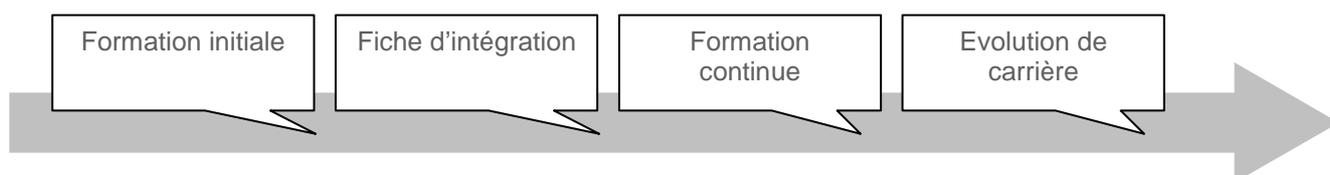
## Fiche 8. Former ses agents

Les établissements de santé ou les structures de soins accueillent par définition des activités médicales, paramédicales et médico-techniques à fortes valeurs ajoutées. A leurs côtés, un certain nombre de fonctions dites « transverses » sont souvent peu valorisées par l'ensemble de la communauté au regard du service indispensable qu'elles rendent. A l'instar du bureau des entrées, du service de restauration et des ouvriers de maintenance, les brancardiers souffrent d'une telle situation. Au-delà de la valorisation de l'activité proprement dite, il est également important de créer de véritables perspectives pour les agents, tant par la formation continue que par les évolutions de carrières envisageables à terme en sortie de poste. Pour ce faire, il convient dans un premier temps de réaliser un état des lieux de la situation de l'équipe en place, au niveau du ressenti et des aspirations de chacun.

Les personnels affectés au transport interne de patients sont rarement valorisés, les compétences acquises dans le cadre de leur activité ne sont souvent pas validées et 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 par là la performance globale de l'activité. Une réflexion globale sur la manière dont sont gérées les ressources humaines affectées au brancardage est indispensable, en particulier sur les points suivants :

- **Positionnement** : le rattachement hiérarchique des équipes de brancardage ne fait l'objet d'aucune réglementation. Ainsi, en fonction des établissements, elles peuvent être rattachées soit à la Direction des soins soit à un service logistique. Dans le premier cas, le cadre de santé responsable de l'équipe peut être dédié au brancardage (pool centralisé) ou responsable par ailleurs d'un service clinique ou médico-technique (équipe de brancardiers dédiée au service en question). Chacune de ces organisations hiérarchiques présente des avantages et des inconvénients qu'il convient de préciser :

	Direction des soins	Service logistique
Caractéristiques	Meilleure intégration au « parcours de soins » : douleur, hygiène, sécurité, etc.	Notion de gestion de flux plus marquée : fluidité du trafic, performance, etc.



- **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 se déplacer dans tout l'établissement, à entrer en contact avec un grand nombre de professionnels médicaux, soignants, techniques, etc. Il semble impensable de « parachuter » ces agents dans un univers aussi complexe sans avoir au préalable intégré certaines informations, a minima grâce à une « fiche d'accueil » : 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** : la formation continue des personnels, tout au long de leur activité professionnelle, semble indispensable. En effet, que ce soit en guise de « mise à jour » 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. Les thèmes suivants méritent d'être abordés prioritairement avec les

brancardiers : sécurité et hygiène, techniques et postures permettant d'éviter les accidents professionnels, sensibilisation à la confidentialité et au secret professionnel. D'autres thèmes, tels que la législation hospitalière ou la gestion des situations difficiles peuvent également 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, ambulancier, AS, infirmier, etc. Les liens avec la GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) doivent être renforcés.

Quelques-uns de ces points sont illustrés par les exemples suivants, issus des travaux MeaH :

- **Exemple 20 : plan de professionnalisation à l'IGR.** ☞ Page 52
- **Exemple 21 : formation continue des brancardiers à la Clinique Les Sources.** ☞ Page 54
- **Exemple 22 : formation continue des brancardiers au CHU de Dijon.** ☞ Page 54

## 20. Plan de professionnalisation à l'IGR

### Le contexte

Initiée de manière spontanée par les cadres du service de brancardage il y a plusieurs années, une politique volontariste de suivi personnalisé du parcours professionnel des agents, par le biais d'entretiens d'évaluation ou d'un accompagnement de la part de l'encadrement, est mise en œuvre à l'IGR. Cette démarche vise à identifier et à répondre aux besoins de chaque brancardier en matière de complément de formation et de mise à niveau, mais aussi en termes de demandes d'évolution et d'ouverture vers d'autres métiers à l'hôpital ou hors hôpital. Cette initiative a permis de réaliser une vraie valorisation de la fonction de brancardier et des expériences d'évolutions professionnelles réussies.

En 2008, le service de formation de la direction des ressources humaines a souhaité renforcer et formaliser de manière institutionnelle et pérenne ce travail.

### Les objectifs

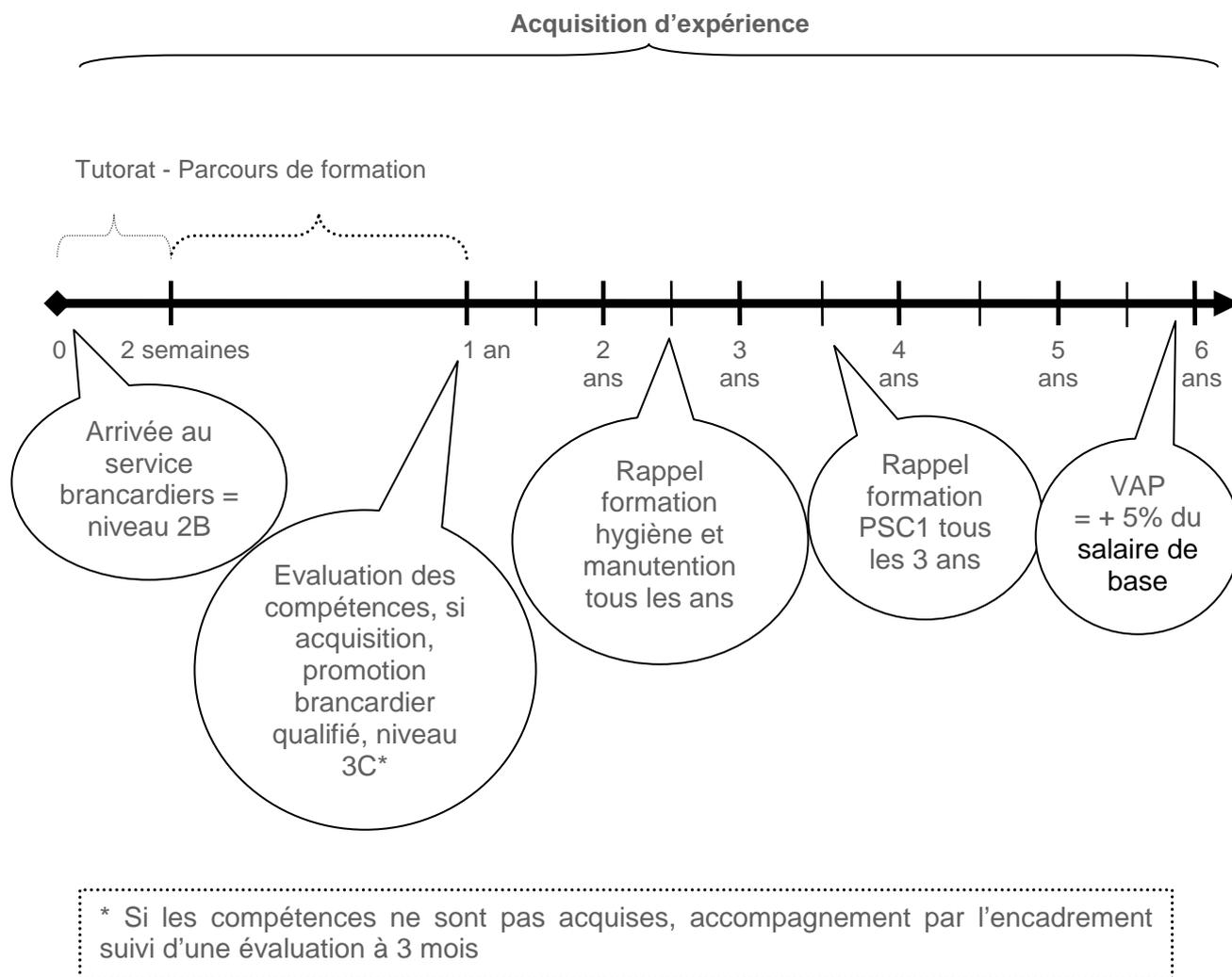
L'objectif conjoint des cadres du service de brancardage et du service de formation était d'élaborer un véritable parcours de professionnalisation destiné aux brancardiers visant à donner lieu à une revalorisation de l'emploi de brancardier vers un poste de qualification supérieure, celui de « brancardier qualifié ». Les retombées attendues de cette démarche sont :

- Garantir la qualité de service et le professionnaliser ;
- Stimuler la motivation des brancardiers, en leur offrant des perspectives d'évolution.

### La mise en œuvre

Des réunions de travail entre les responsables du brancardage et le service de formation ont permis de formaliser les composantes du parcours de professionnalisation. Au cours de ces réunions, une attention particulière a été portée à l'intégration, la formation et aux perspectives d'évolution des brancardiers.

Un parcours de professionnalisation est défini en incluant des formations d'adaptation au poste puis de maintien et de validation des acquis professionnels au terme de 5 années.



Les nouveaux brancardiers suivent, immédiatement après leur arrivée, une formation à la manutention des patients et à la prévention des infections nosocomiales (règles d'hygiène et de déontologie médicale). Une journée de découverte du site de l'IGR leur est également proposée. Par ailleurs, ils débutent leur activité en binôme avec un brancardier « senior » durant 1 à 2 semaines afin de découvrir les différents trajets et d'acquérir les compétences pratiques en termes d'hygiène et de sécurité du patient ainsi que les techniques de manutention.

Dans l'année qui suit leur arrivée, les brancardiers participent tous à une formation décomposée en 6 modules :

- Manutention des patients ;
- Prévention des infections nosocomiales ;
- Premiers secours PSC 1 ;
- Accueil et à communication ;
- Sensibilisation à la douleur des patients ;
- Conduite à tenir.

Des rappels de la formation sur la prévention des infections nosocomiales et la manutention sont également organisés tous les ans. Un rappel de formation sur les premiers secours a lieu tous les 3 ans.

A l'issue de 5 ans d'exercice révolus dans l'emploi de brancardier, les agents se voient élevés au grade de « brancardier qualifié »

## Les résultats

Le plan de professionnalisation spécifique pour les brancardiers a été validé dans le cadre d'un accord d'entreprise et a largement contribué à valoriser l'image du service de brancardiers en interne. En outre, les mesures prises se sont traduites par une remotivation des agents du service et ont notamment permis une diminution notable de l'absentéisme (stabilisé à une moyenne raisonnable de 3,8 %). Aujourd'hui, la dynamique du service de brancardage est assurée.

## 21. Formation continue des brancardiers à la Clinique Les Sources

---

### Le contexte

A l'exception d'un agent à mi-temps qui possède un diplôme d'ambulancier, les brancardiers de la Clinique Les Sources n'ont pas de qualification spécifique. L'intégration des nouveaux brancardiers se fait par compagnonnage par l'équipe de brancardiers déjà en place : pendant 1 à 2 semaines après leur arrivée, ceux-ci sont mis en binôme avec un brancardier « senior », se familiarisent avec les différents trajets et développent des compétences techniques de manutention et de sécurité du patient. Ils sont également appelés à prendre connaissance des différents protocoles existant concernant le lavage des mains, la désinfection du matériel, l'utilisation des solutions hydro alcooliques, le tri du linge ainsi que le tri des déchets.

### Les objectifs

L'intégration des nouveaux brancardiers était satisfaisante. Cependant, les équipes de la clinique ont souhaité qu'un complément plus formel vienne renforcer l'apprentissage par compagnonnage. Il s'est alors agi pour cet établissement de définir un module de formation, dont le contenu serait notamment orienté autour du sujet sensible de la manutention des patients.

### La mise en œuvre

Une équipe projet a été constituée, dont la surveillante du plateau technique, la directrice des soins et un représentant du service de brancardage faisaient partie. Cette équipe a rencontré les brancardiers à plusieurs reprises, ce qui a permis de mieux identifier les besoins et attentes des agents vis-à-vis de la formation, en particulier les thèmes considérés par eux comme nécessaires au bon fonctionnement de l'activité. Au cours de ces réunions, le sujet de la manutention des patients est effectivement apparu comme central et prioritaire : le kinésithérapeute de la clinique a alors été naturellement associé à la suite de la démarche.

### Les résultats

Une formation continue en manutention a été développée avec l'aide du kinésithérapeute de la clinique. Cette formation s'articule autour de 2 sessions théoriques de 3h30 chacune, puis d'un accompagnement et d'un suivi continu individuel de la part du kinésithérapeute.

## 22. Formation continue des brancardiers au CHU de Dijon

---

## Le contexte

Le CHU de Dijon est composé de 3 sites dont 2 majeurs et géographiquement éloignés : le Bocage Central et l'Hôpital Général. Un certain nombre de transports internes de patients sont donc des transports ambulanciers. Par ailleurs, la particularité du service est qu'il intègre également les activités du SMUR.

En termes de qualification, les effectifs se décomposent de la façon suivante : 32 ambulanciers, 38 agents hospitaliers et anciennement 15 emplois aidés. Certains ambulanciers cumulent les fonctions d'ambulancier et de brancardier, et par ailleurs les brancardiers sont amenés à réaliser de nombreux déplacements en véhicule entre les 2 établissements.

## Les objectifs

Conformément à l'arrêté du 26 janvier 2006 (J.O du 25 février 2006), une formation destinée aux auxiliaires ambulanciers a dû être mise en place par le centre de formation du CHU. Compte tenu de l'activité mixte des brancardiers, ceux-ci y sont soumis. Les objectifs fixés pour cette formation étaient les suivants :

- Améliorer les compétences des brancardiers ;
- Donner une formation initiale aux nouveaux arrivants ;
- Stimuler la motivation des brancardiers.

## La mise en œuvre

La formation de 70 heures est découpée en 5 modules, repartis sur 4 mois. L'un des modules est spécifique au transport sanitaire tandis que les 4 autres sont plus généralistes, adaptés à la fois au transport sanitaire et au brancardage.

<b>Module 1</b> <i>Validation de l'AFGSU</i> <i>niveaux 1 et 2</i>	Gestes d'urgence adaptés à l'état du patient seul et en équipe : Les urgences Vitales Les urgences potentielles Les risques collectifs
<b>Module 2</b>	Hygiène et prévention de la transmission d'infection
<b>Module 3</b>	Manutention et règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes
<b>Module 4</b>	Sécurité du transport sanitaire (malade – véhicule – conduite)
<b>Module 5</b>	Respect des règles et valeurs de la profession et gestion administrative du dossier

A titre d'illustration, le module 2 porte sur les règles d'hygiène et de déontologie médicale, ainsi que les gestes et pratiques de prévention des infections nosocomiales à adopter. Le module 3 quant à lui complète la formation des nouveaux brancardiers acquise avec un brancardier senior lors de leur intégration durant 4 à 6 semaines.

## Les résultats

A ce jour, 14 brancardiers ont reçu une formation d'auxiliaire ambulancier. A terme, tous les brancardiers et nouveaux arrivants recevront cette formation.

Par ailleurs, il est à signaler qu'un projet architectural visant à regrouper l'ensemble des activités du CHU sur le seul site du Bocage fera disparaître à terme les transports ambulanciers inter-sites. Les agents exerçant aujourd'hui la fonction d'ambulancier seront donc amenés à devenir de « simples » brancardiers, ce qui est

difficilement vécu par un certain nombre d'entre eux : cette formation est également un bon moyen de maintenir leur motivation pour le poste.

## Fiche 9. Clarifier les rôles et responsabilités de chacun

En théorie, les rôles tant des soignants que des brancardiers doivent être clairement définis et connus de tous. Sur le terrain, il en va tout autrement, les pratiques des uns et des autres différant largement d'un établissement à l'autre, et bien souvent d'un service à l'autre au sein du même établissement. Dès lors, il convient de formaliser ces pratiques afin de rationaliser et d'homogénéiser la prise en charge.

Dans cette optique, 4 expériences notables issues des chantiers MeaH méritent d'être présentées :

- **Exemple 23 : écriture d'un livret d'accueil au CH de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer.** ☞ Page 57
- **Exemple 24 : fiches de poste à la Clinique Les Sources.** ☞ Page 58
- **Exemple 25 : recentrage des brancardiers sur leur activité à la Clinique Sainte Odile.** ☞ Page 60
- **Exemple 26 : recentrage des brancardiers sur leur métier au CH de Seclin.** ☞ Page 61

### 23. Ecriture d'un livret d'accueil au CH de l'Arrondissement de Montreuil Sur Mer

#### Le contexte

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

#### Les objectifs

Il fut décidé de fournir à chaque agent à sa prise de poste un livret d'accueil lui permettant de mieux appréhender sa fonction à l'hôpital : grands principes de l'organisation du brancardage et règles générales de fonctionnement du site concerné.

#### La mise en œuvre

La démarche retenue pour cette action a été participative, avec la présence des principaux acteurs du transport interne (management et agents). Très innovants pour les participants, les travaux ont 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 également demandé un effort particulier.

#### Les résultats

Le livret réalisé, de 12 pages, mentionne plusieurs rubriques équipe, site, déroulement d'un transport, hygiène, manutention, etc. Au-delà de la réalisation du document, le travail effectué a permis de mesurer l'écart entre la connaissance théorique du fonctionnement dont se prévalait 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 une fonction double : présenter aux nouveaux arrivants la réalité de l'organisation et fournir 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

## **24. Fiches de poste à la Clinique Les Sources**

2 types de fiches de postes existent au sein du service brancardage : « brancardier » et « brancardier dédié à la kinésithérapie ». Remises à jour au moins 1 fois par an par la responsable qualité, celles-ci sont validées par la Direction des Soins et la Responsable du plateau Technique.

○ **Objectif de la fiche de poste :**

- ◆ Informer les brancardiers des tâches à réaliser

○ **Activités générales :**

- Accueillir, informer, écouter et rassurer le malade et son entourage.
- Assurer l'accompagnement des malades dans leurs déplacements (consultations, services d'hospitalisation, radiologie, ...), et s'assurer du relais de la prise en charge.
- Demander, auprès de l'unité de soin, le dossier médical complet du patient (dossier + imagerie) afin de permettre la réalisation des examens dans les meilleurs délais.
- Veiller à la sécurité, au confort et respect du malade en tenant compte de son état de santé lors des différents transports : utilisation des techniques de manutentions et moyens adaptés, préservation de son intimité dans les lieux publics et discrétion.
- Surveiller au cours du transport les éventuels problèmes de perfusion (appareillage, oxygène, etc), état du patient et les signaler au personnel soignant.
- Respecter la bonne utilisation du matériel et signaler les états défectueux à la hiérarchie,
- Effectuer, conformément au protocole, le nettoyage et la désinfection du matériel de transport
- Saisir les données concernant l'activité du transport des patients en vue de la traçabilité

○ **Activités spécifiques :**

- Réaliser la régulation de l'activité de brancardage
- Participer à l'installation des patients au niveau de la radiologie et aider au déplacement des patients en cours d'intervention,
- Réceptionner, trier, distribuer les documents médicaux et programmes d'examens à J+1

○ **Comportement à respecter envers le patient :**

**CONFIDENTIALITE**

- Le respect de la confidentialité des informations personnelles est un droit du patient (loi du 04 mars 2000).
- Le personnel hospitalier est tenu au secret professionnel défini par les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi N° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée.

**Consignes :** le brancardier respecte les consignes suivantes :

- il fait preuve de discrétion lorsqu'il s'adresse au patient (appel de nom)
- il transporte le dossier du patient de telle sorte que le nom du patient ne soit pas visible
- il ne doit pas divulguer la présence d'un patient hospitalisé ou externe.
- Il doit faire en sorte que le bracelet d'identification soit dissimulé lors du transport

## **INTIMITE ET RESPECT DE LA PERSONNE**

- Le respect de l'intimité du patient doit être préservé au cours des manutentions, lors du transport et pendant l'attente.
- Il faut préserver la pudeur du patient et veiller à ce qu'il soit vêtu et couvert en fonction des conditions climatiques (cf charte du patient hospitalisé)

## **SAVOIR-ETRE**

- Patience
- Aimabilité
- Ecoute
- Etablir une relation de confiance
- Adopter un langage correct

## **CONDUITE A TENIR POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS**

- Respecter les règles d'hygiène et de décontamination du matériel
- Respecter les conditions de sécurité requises pour l'exercice professionnel (sobriété, par ex.)
- Respecter le matériel et l'environnement

## **SAVOIR-FAIRE**

- Connaître les techniques de manutention

## **ORGANISATION DU TRAVAIL**

- Informer le service lorsque l'on vient chercher un malade ou que l'on ramène un malade
- Informer lorsque l'on dépose un malade (en consultation, en radio, radiothérapie...)
- Ne pas confier le dossier au patient
- Ne pas laisser traîner le matériel
- Rappeler le PC brancardiers après chaque course

## **25. Recentrage des brancardiers sur leur activité à la Clinique Sainte Odile**

### **Le contexte**

La phase de diagnostic sur cet établissement a montré une indisponibilité chronique des brancardiers pour certains trajets : en effet, les brancardiers étaient régulièrement occupés par des activités autres que le simple transport des patients. En dehors des « coups de main » donnés aux services de soins, la nature d'un certain nombre d'entre eux (transport de papiers administratifs, de denrées alimentaires, etc.) a incité les responsables de l'activité à entamer une réflexion sur le recentrage des brancardiers sur leurs missions premières.

### **Les objectifs**

L'objectif a alors été d'identifier la nature et la quantité des trajets « hors transports des patients » afin d'être en mesure de pointer les abus éventuels, base de travail pour la définition d'une nouvelle fiche de poste du brancardier.

## La mise en œuvre

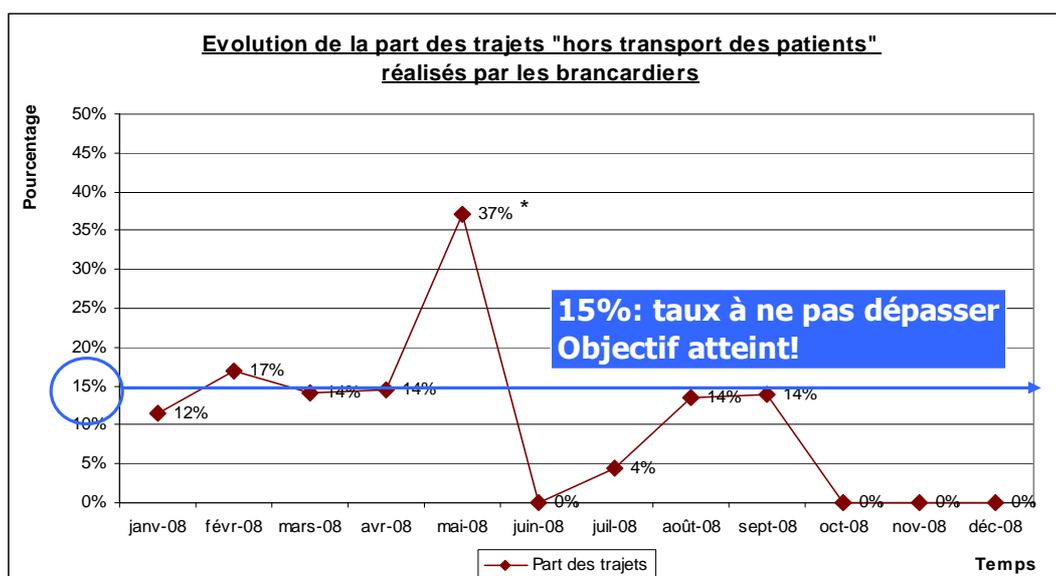
Dans un premier temps, l'équipe projet a listé avec le concours des brancardiers :

- Les différents types de trajets « hors transport des patients » : étiquettes, sang, courrier, CAMS, pharmacie, etc. ;
- Les différentes raisons de refus d'un trajet : transport à venir déjà accepté, mission hors transport, transport prioritaire (bloc), etc.

Le second temps de la démarche a été de s'assurer que ces trajets « hors transports des patients » ne dépassent pas 15 % du volume de trajets effectués, ce taux étant évalué comme le maximum acceptable pour ne pas désorganiser l'activité de brancardage. Ainsi, une journée par mois, les brancardiers ont effectué un relevé précis de leur activité.

## Les résultats

Les relevés mensuels des brancardiers ont permis de contrôler le dépassement ou non du seuil critique de 15 % d'activité « hors transport de patients » :



Globalement, le résultat est satisfaisant. Il est cependant à noter que le taux est monté à 37 % au mois de mai 2007. Ce fut l'occasion pour l'équipe projet de repréciser aux services de soins les tâches qui n'entraient pas dans les attributions des brancardiers, démarche qui fut suivie d'effets comme en témoignent les mesures suivantes.

## 26. Recentrage des brancardiers sur leur métier au CH de Seclin

### Le contexte

Le CH de Seclin a subi récemment un certain nombre de modifications structurelles (nouveau plateau technique, etc.), sans que les missions des brancardiers aient été réévaluées. Ainsi, les fiches de poste existantes ne correspondent plus à la réalité : par exemple, l'analyse du nombre de transports internes a révélé

que les brancardiers étaient sollicités sur de nombreuses tâches plus proches de la manutention que du brancardage, ces tâches n'apparaissant pas sur les fiches de poste.

### Les objectifs

L'objectif du groupe de travail a été de remettre à plat et d'arbitrer sur les tâches qui incombaient ou non au poste de brancardier. Le résultat de ces réflexions devait être formalisé dans une nouvelle fiche de poste, qui servirait alors de référence tant par rapport aux services qu'aux brancardiers eux-mêmes.

### La mise en œuvre

La démarche s'est alors déclinée en 5 étapes :

- Identification des tâches hors brancardage ainsi que des « prescripteurs » de ces tâches ;
- Arbitrage sur les tâches qu'il semblait opportun de réallouer à d'autres ressources que les brancardiers ;
- Révision de la fiche de poste des brancardiers ;
- Réunion d'information auprès des services demandeurs des modifications apportées ;
- Validation de la fiche de poste par les brancardiers au cours d'entretiens individuels.

### Les résultats

Les brancardiers se sont montrés coopérants et positifs vis-à-vis de la nouvelle fiche de poste, par ailleurs validée par la Direction des Soins. Cette fiche continuera à évoluer régulièrement. Le document a été présenté en réunion cadre pour en faciliter la diffusion auprès des services de soins. Parmi les évolutions majeures, il est à signaler :

- Une réallocation des certaines tâches :
  - o Le traitement des déchets est assuré par le service technique ;
  - o Le rangement des vêtements et du matériel est assuré par le service d'imagerie ;
  - o La vérification des bouteilles d'oxygène est assurée par le service des soins intensifs ;
  - o La saisie administrative est assurée par du personnel dédié ;
  - o La prise en charge des personnes décédées et de leur famille est assurée par un agent d'amphithéâtre.
- La prise en compte de nouvelles tâches, telles que par exemple la montée des plateaux-repas des entrants.

Notons que les fiches de postes des personnels de l'établissement « récupérant » les tâches alors retirées aux brancardiers ont été également mises à jour.

Ci-après un exemple de la fiche de poste brancardier :

<b>BRANCARDIER EN POSTE AU PAVILLON R PRATZ POSTE 8315</b>
<b>HORAIRES</b> <b>Du lundi au vendredi de 9h à 17h, pause repas 30 minutes de 13h à 13h30</b>
<b>INTERLOCUTEURS</b> Cadre des consultations (7512) Cadres du SSR (2 <sup>e</sup> étage 7529 / 3 <sup>e</sup> étage 7069) Equipe soignante
<b>MISSIONS PRINCIPALES</b> - transferts des patient du MCO vers le SSR - transports des patients du SSR vers les consultations (SSR RDC et MCO 3 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> étage (sauf le matin)) - transports des patients du MCO vers les consultations (SSR RDC et MCO 3 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> étage (sauf le matin)) - transports des patients du SSR vers la radio
<b>ORGANISATION</b> - dès son arrivée, le brancardier prend le téléphone, la clé (signe le cahier de traçabilité) et les plannings (transferts SSR et consultations du MCO et du SSR) dans le bureau des consultations - l'infirmière des consultations du SSR RDC et du 3e lui indique l'heure à laquelle il peut amener les patients - A l'heure de la pause repas il transmet son téléphone à son collègue
<b>MOYENS MATERIELS</b> - Chaises ou brancards des services respectifs ou lit - Roller board pour les transferts lit / brancard

## Fiche 10. Animer les équipes

Un service, quel qu'il soit et a fortiori un service de brancardiers, est avant tout une équipe. La cohésion de groupe et la répartition équitable des tâches, responsabilités et charges de travail sont des facteurs incontournables pour permettre aux agents de travailler dans de bonnes conditions.

En outre, beaucoup de choses distinguent naturellement les agents : qualifications, ancienneté variable, éventuellement zones d'affectations, etc. Il est donc primordial, aussi délicats soient-ils à organiser, de ménager des temps d'échanges formels entre les équipes.

L'objectif de ces rencontres n'est pas uniquement d'échanger sur des techniques de travail, mais également de stimuler une véritable cohésion de groupe et de renforcer les liens entre les agents. Ces temps d'échanges peuvent prendre la forme de « staffs » d'équipe, dont la fréquence régulière est un gage de succès, au cours desquels peuvent être abordés un certain nombre de thèmes :

- Revue des incidents : y a-t-il des ascenseurs en panne, des couloirs obstrués ? y a-t-il des difficultés particulières à signaler avec un ou plusieurs services ? y a-t-il des matériels défectueux ?
- Veille technique : de nouveaux équipements ont-ils été installés ? y a-t-il de nouvelles procédures à appliquer par les brancardiers ?
- Etc.

Ces réunions périodiques sont l'occasion de favoriser tant les liens transversaux entre brancardiers que verticaux entre manager et « managés ». Cette pratique est par exemple développée avec succès au sein des 2 établissements suivants :

- **Exemple 27 : brief de 15 minutes au CH de Seclin.**
- **Exemple 28 : animation et implication des équipes à l'IGR.**

☞ Page 64

☞ Page 65

### 27. Brief de 15 minutes au CH de Seclin

#### Le contexte

Les horaires de travail, relativement contraignants, représentaient une difficulté pour l'organisation de réunions d'équipes : celles-ci se tenaient rarement, occasionnant alors chez les brancardiers un sentiment d'isolement et un manque d'esprit d'équipe.

#### Les objectifs

Il a alors été décidé de rétablir de manière formelle une réunion hebdomadaire, fixe, sous forme de « brief », dans le but de :

- Rétablir une communication bilatérale entre le management et les brancardiers ;
- Valoriser et motiver les agents ;
- Offrir une tribune aux brancardiers pour leur permettre d'être force de proposition dans l'amélioration de leur activité et de leurs conditions de travail.

#### La mise en œuvre

Une réunion de courte durée a été programmée de manière hebdomadaire. Celle-ci, animée par le responsable du brancardage, assure une transmission d'information aussi bien ascendante que descendante. Certaines dispositions ont également été prises pour assurer la pérennité de la démarche :

- Un cahier de transmission a été mis en place pour les brancardiers qui ne peuvent se rendre à la réunion : toutes les demandes y sont consignées par le brancardier, le cadre supérieur rendant compte de ces remarques lors du brief hebdomadaire ;
- Les consignes générales ou individuelles sont également portées sur le cahier de transmission ;
- L'activité de la semaine ainsi que les différents indicateurs sont commentés, les consignes sont rappelées, les brancardiers expriment les problèmes rencontrés.

## Les résultats

Le brief est désormais institutionnalisé et se tient tous les mardis en début d'après-midi. Tous les brancardiers disponibles y sont conviés. Ces échanges permettent de faciliter tant le quotidien que la mise en œuvre de certaines réorganisations du service. Les brancardiers se sentent davantage managés et écoutés et expriment leur satisfaction : ceux-ci sont très déçus lorsque pour raison exceptionnelle le brief est reporté...

A titre d'illustration, ci-dessous le support du brief.

BRIEF DU				
THEMES	REMARQUES	DECISIONS INFORMATIONS	AGENTS	VISA

*Exemple de thèmes ascenseurs, matériel, relation, service ...*

## 28. Animation et implication des équipes à l'IGR

### Le contexte

Le service brancardiers de l'IGR est composé de personnels provenant de secteurs d'activité différents n'ayant aucune expérience préalable du milieu hospitalier. Néanmoins, l'encadrement de l'IGR aura réussi à doter ces personnels des compétences nécessaires et à créer une équipe motivée et impliquée dans les divers projets impulsés par l'encadrement.

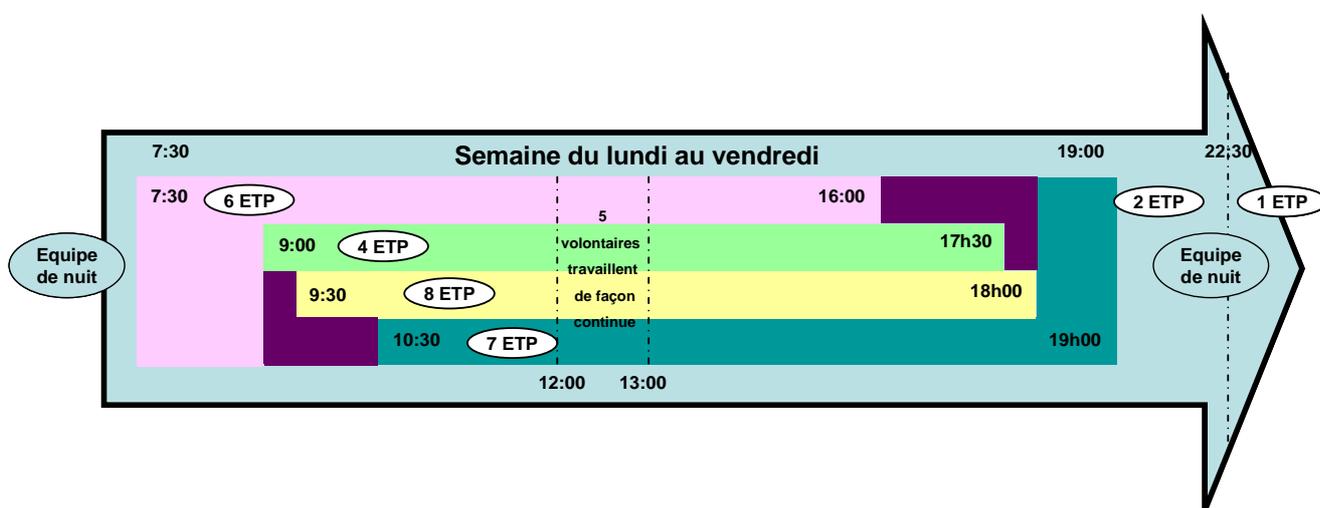
### L'organisation

L'appartenance à la Direction des Soins est importante pour la considération du métier de brancardier. La proximité et l'écoute ont été au cœur des préoccupations dans le cadre de l'organisation de la structure :

- Les brancardiers dépendent hiérarchiquement d'un régulateur, métier à part entière et valorisé au grade d'ouvrier hautement qualifié dans la convention collective des CLCC du 1<sup>er</sup> janvier 1999 ;
- Le service de brancardage est situé près de l'accueil des ambulances avec une ouverture entre le bureau du régulateur et le bureau des brancardiers : le contact est donc constant ;
- Les responsabilités du régulateur et du responsable vont bien au-delà de la seule gestion de l'activité : ceux-ci accompagnent les nouveaux arrivants dans leurs démarches administratives et en facilitent l'intégration dans l'équipe.

Par ailleurs, l'organisation du temps de travail des brancardiers a également été pensée pour insuffler un véritable esprit d'équipe :

- Affectation des transports avec un tandem ancien brancardier / nouveau brancardier pour stimuler le partage d'expérience ;
- Absence de rotation des horaires : maintien des mêmes équipes aux mêmes horaires afin que les mêmes brancardiers travaillent ensemble, selon le schéma ci-dessous :



En outre, la coordination est favorisée entre le responsable, les brancardiers et les soignants grâce à des « points » réguliers : les responsables du brancardage sont par exemple informés de tous les changements et restructurations réalisés au sein de l'établissement qui peuvent perturber les trajets des brancardiers, modifient les parcours de façon temporaire et/ou définitive, et répercutent ces informations auprès des brancardiers.

Enfin, les agents du service sont invités par leur encadrement à être proactifs par rapport à leur environnement : ils sont force de proposition dans la mise en œuvre des nouveaux parcours de patients induits par la restructuration architecturale, ils mènent à bien des projets d'évaluation de la douleur, organisent des partages d'expériences avec d'autres établissements, etc.

## Les résultats

Ce mode d'organisation donne pleinement satisfaction :

- Le taux d'absentéisme est relativement faible comparé aux autres établissements et se maintient depuis plusieurs années (3,8 %), signe d'un climat social de qualité ;
- Les brancardiers travaillent dans une logique de prise en charge du patient (et pas seulement logistique) et avec un esprit d'équipe reconnu. ;
- Les soignants manifestent une grande satisfaction à propos du travail et de la disponibilité des brancardiers.



## 2.2. Gérer son activité

---

Le transport interne de patients est une activité à part entière. De ce fait, l'utilisation d'outils et de méthodes de gestion est indispensable pour pouvoir assurer une prestation de qualité. Plus particulièrement, le manager doit être en capacité de mesurer l'écart entre sa performance actuelle et ses objectifs, ainsi que la mise à disposition de ses ressources par rapport aux besoins de l'établissement. Ces 2 points sont détaillés dans les fiches suivantes :

- **Fiche 11 : suivre des indicateurs de performance.**

☞ Page 69

- **Fiche 12 : veiller à une bonne adéquation activité / ressources.**

☞ Page 93

## Fiche 11. Suivre des indicateurs de performance

La « culture de l'indicateur » est d'une manière générale peu implantée à l'hôpital. La problématique du transport interne de patients n'échappe pas à la règle : au début des chantiers MeaH, il fut difficile de quantifier des données pourtant essentielles, comme les délais de prise en charge. Face à ce constat, un système d'information absent ou défaillant fait bien souvent figure de coupable idéal pour expliquer les lacunes en termes de capacité de mesure de la performance du transport interne, parfois même l'absence totale de tout indicateur.

Néanmoins, et c'est l'objet des items développés ci-après, il existe de multiples solutions permettant d'obtenir des mesures significatives de la qualité des processus et de la performance de l'activité globale : le management par l'analyse d'indicateurs, la définition d'objectifs chiffrés et leur suivi régulier ne sont en réalité que le fruit de la volonté des managers, convaincus que l'on « n'améliore que ce que l'on mesure ».

7 établissements ont mis en place une telle démarche avec succès :

- **Exemple 29 : mise en place d'un tableau de bord de pilotage de l'activité à l'hôpital privé d'Antony.** ☞ Page 75
- **Exemple 30 : mise en place d'un pilotage d'activité informatisé au CHU de Strasbourg.** ☞ Page 76
- **Exemple 31 : mise en place d'un pilotage d'activité à la clinique Sainte Odile.** ☞ Page 80
- **Exemple 32 : mise en place d'un pilotage d'activité au CH Privé Claude Galien.** ☞ Page 82
- **Exemple 33 : pilotage par les indicateurs à la Clinique les Sources.** ☞ Page 84
- **Exemple 34 : mise en place et suivi d'indicateurs au CH de Guingamp.** ☞ Page 88
- **Exemple 35 : évaluation quantitative et qualitative de la prestation au CH de Seclin.** ☞ Page 91

Par ailleurs, l'amélioration de la performance peut s'envisager sous plusieurs angles. Ci-dessous, un catalogue de 5 indicateurs définis par les groupes de travail MeaH, qui pourra inspirer le lecteur dans la définition de ses propres indicateurs.

Tableau 1 : Indicateurs de pilotage du transport interne de patient issus des chantiers de la MeaH : ponctualité

		Ponctualité	
<b>Définition :</b>			
• Définition	Pour être ponctuelle, une prise en charge doit être effectuée à l'heure de demande formulée + ou – un délai négocié avec le service.  On suit le taux de prise en charge ponctuelle dans le temps.		
• Enjeu(x) associé(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Piloter son activité <input checked="" type="checkbox"/> Valoriser ses agents <input type="checkbox"/> Optimiser ses conditions de travail <input checked="" type="checkbox"/> Se rapprocher de ses services « clients »		
<b>Méthodologie de mesure :</b>			
• Mode de calcul	$\frac{\text{Nombre de prises en charges ponctuelles}}{\text{Nombre de prises en charges totales}}$		
• Unité	%		
• Recueil	Service transport de patients		
• Période de mesure	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Année <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semestre		
• Exploitation / diffusion	Pour action <input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input type="checkbox"/> Services clients <input type="checkbox"/> Institutionnel	Pour information <input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input checked="" type="checkbox"/> Services clients <input checked="" type="checkbox"/> Institutionnel	
• Compléments	Afin de réaliser une évaluation objective, il convient de définir précisément avec les services « clients » les critères d'appréciation de la ponctualité. Ceci peuvent être, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrivée du brancardier entre -5 minutes et +10 minutes par rapport à l'heure demandée ;</li> <li>- Arrivée du brancardier pas après ½ heure à compter de la demande du service « client » ;</li> <li>- Etc.</li> </ul> ☞ Grille de recueil d'information <i>DiagCourse</i> (outil MeaH) disponible sur demande.		
<b>Représentation(s) :</b>			
• Exemple 1 – Distribution	<b>% de prises en charge ponctuelles sur le mois d'octobre</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <i>Ponctualité : entre -5 minutes et +15 minutes</i> </div>		
• Exemple 2 – Suivi en routine	<b>% de prises en charge non ponctuelles</b>  		

Tableau 2: Indicateurs de pilotage du transport interne de patient issus des chantiers de la MeaH activité « foraine »

		Part d'activité foraine
<b>Définition :</b>		
• Définition	Un transport forain est un transport demandé au service de brancardage et non honoré par celui-ci. Ces transports peuvent être soit réalisés par les personnels soignants et médicaux des services de soins et/ou médico-techniques, soit externalisés. Cette activité « invisible », engendrant désorganisation et glissements de tâches des personnels, doit être objectivée : à terme, outre conventions ou pratiques particulières, cette activité foraine doit diminuer au profit d'une prise en charge des transports de l'établissement par le service transport lui-même.	
• Enjeu(x) associé(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Piloter son activité <input type="checkbox"/> Valoriser ses agents <input type="checkbox"/> Optimiser ses conditions de travail <input checked="" type="checkbox"/> Se rapprocher de ses services « clients »	
<b>Méthodologie de mesure :</b>		
• Mode de calcul	Grille de recueil (les transports forains sont consignés par le service l'ayant effectué).	
• Unité	%	
• Recueil	Services de soins et/ou médico-techniques.	
• Période de mesure	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Année <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semestre	
• Exploitation / diffusion	Pour action <input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input checked="" type="checkbox"/> Services clients <input type="checkbox"/> Institutionnel	Pour information <input type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input checked="" type="checkbox"/> Services clients <input checked="" type="checkbox"/> Institutionnel
• Compléments	Compte tenu de la taille de certains établissements, un recueil exhaustif du nombre de transports forains peut être inenvisageable. Dans ce cas, une méthode dégradée par échantillonnage (sélectionner le service le plus représentatif / demander aux soignants un recueil 1 fois par semaine ou 1 fois par mois) est bien souvent suffisante pour obtenir un « signal » ou une tendance d'amélioration ou non.	
<b>Représentation(s) :</b>		
• Exemple 1	<b>Répartition activité prise en charge / foraine</b> 	
• Exemple 2	<b>Nombre de transports forains</b> 	

Tableau 3: de pilotage du transport interne de patient issus des chantiers de la MeaH état du matériel

		Etat du matériel	
<b>Définition :</b>			
• Définition	Le nombre de matériels défectueux, rapporté à l'ensemble du parc matériel (brancards, lits et fauteuils).		
• Enjeu(x) associé(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Piloter son activité <input type="checkbox"/> Valoriser ses agents <input checked="" type="checkbox"/> Optimiser ses conditions de travail <input type="checkbox"/> Se rapprocher de ses services « clients »		
<b>Méthodologie de mesure :</b>			
• Mode de calcul	$\frac{\text{Nombre de brancards défectueux}}{\text{Nombre de brancards total}}$		
• Unité	% de matériel défectueux.		
• Recueil	Brancardiers.		
• Période de mesure	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Année <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semestre		
• Exploitation / diffusion	Pour action <input type="checkbox"/> Services transport <input checked="" type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input type="checkbox"/> Services clients <input type="checkbox"/> Institutionnel	Pour information <input type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input checked="" type="checkbox"/> Services clients <input checked="" type="checkbox"/> Institutionnel	
• Compléments	La mise en place de cet indicateur doit être un moment privilégié pour l'établissement afin : <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'établir un listing précis du matériel (lits, brancards, fauteuils) ;</li> <li>- De déterminer une cartographie du matériel ;</li> <li>- De réorganiser l'affectation du matériel si nécessaire.</li> </ul>		
<b>Représentation(s) :</b>			
• Exemple 1	<p><b>Nombre de matériels défectueux</b></p> <p>Brancards</p> <p>Objectif à atteindre : 5 matériels en réparation au maximum</p>		
• Exemple 2	<p><b>% de matériels défectueux</b></p> <p>■ Lits ■ Brancards</p>		

Tableau 4 : de pilotage du transport interne de patient issus des chantiers de la MeaH hygiène

		Pratiques en matière d'hygiène															
<b>Définition :</b>																	
• Définition	Pourcentage de bonnes pratiques d'hygiène respectées par les brancardiers.																
• Enjeu(x) associé(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Piloter son activité <input checked="" type="checkbox"/> Valoriser ses agents <input checked="" type="checkbox"/> Optimiser ses conditions de travail <input type="checkbox"/> Se rapprocher de ses services « clients »																
<b>Méthodologie de mesure :</b>																	
• Mode de calcul	Observations de terrain et autoévaluations.																
• Unité	Score et/ou %.																
• Recueil	Responsable du service, infirmière hygiéniste.																
• Période de mesure	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Trimestre <input checked="" type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semestre																
• Exploitation / diffusion	Pour action <input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input checked="" type="checkbox"/> EOH <input type="checkbox"/> Services clients <input type="checkbox"/> Institutionnel	Pour information <input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input type="checkbox"/> Services clients <input type="checkbox"/> Institutionnel															
• Compléments	Le respect des protocoles d'hygiène est essentiel pour une activité en contact permanent avec les patients. Il s'agit alors d'objectiver le niveau de respect des mesures élémentaires d'hygiène par les brancardiers.																
<b>Représentation(s) :</b>																	
• Exemple	<p align="center"><b>Scores moyens des pratiques des brancardiers en matière d'hygiène</b></p> <table border="1"> <caption>Scores moyens des pratiques des brancardiers en matière d'hygiène</caption> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2012</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>2013</td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table>			Année	Score	2008	80	2009	85	2010	85	2011	90	2012	90	2013	88
Année	Score																
2008	80																
2009	85																
2010	85																
2011	90																
2012	90																
2013	88																

Tableau 5 : de pilotage du transport interne de patient issus des chantiers de la MeaH satisfaction patients / services clients

Satisfaction des patients et services « clients »																									
<b>Définition :</b>																									
• Définition	Part de clients insatisfaits et les causes associées.																								
• Enjeu(x) associé(s)	<input checked="" type="checkbox"/> Piloter son activité <input checked="" type="checkbox"/> Valoriser ses agents <input checked="" type="checkbox"/> Optimiser ses conditions de travail <input checked="" type="checkbox"/> Se rapprocher de ses services « clients »																								
<b>Méthodologie de mesure :</b>																									
• Mode de calcul	- Questionnaires de satisfaction pour les patients (confort, sécurité, confidentialité) ; - Questionnaires de satisfaction pour les services de soins (respect du contrat).																								
• Unité	Score / %.																								
• Recueil	Service qualité.																								
• Période de mesure	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/> Mois <input checked="" type="checkbox"/> Semestre																								
• Exploitation / diffusion	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">Pour action</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Services transport  <input type="checkbox"/> Services techniques  <input type="checkbox"/> EOH  <input type="checkbox"/> Services clients  <input type="checkbox"/> Institutionnel               </td> <td style="vertical-align: middle;">Pour information</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Services transport  <input type="checkbox"/> Services techniques  <input type="checkbox"/> EOH  <input checked="" type="checkbox"/> Services clients  <input checked="" type="checkbox"/> Institutionnel               </td> </tr> </table>	Pour action	<input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input type="checkbox"/> Services clients <input type="checkbox"/> Institutionnel	Pour information	<input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input checked="" type="checkbox"/> Services clients <input checked="" type="checkbox"/> Institutionnel																				
Pour action	<input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input type="checkbox"/> Services clients <input type="checkbox"/> Institutionnel	Pour information	<input checked="" type="checkbox"/> Services transport <input type="checkbox"/> Services techniques <input type="checkbox"/> EOH <input checked="" type="checkbox"/> Services clients <input checked="" type="checkbox"/> Institutionnel																						
• Compléments	Les méthodes et pratiques d'évaluation de la qualité de la prestation peuvent être extrêmement variables d'un établissement à l'autre. Il convient alors de se rapprocher du service qualité afin de définir conjointement des modalités d'enquêtes stables et régulières, afin de pouvoir faire un suivi exploitable dans le temps.																								
<b>Représentation(s) :</b>																									
• Exemple	<p style="text-align: center;"><b>Niveau de satisfaction des patients et services "clients"</b></p> <table border="1"> <caption>Données du graphique</caption> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Patients (Score global)</th> <th>Services "clients" (Score global)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trimestre 3</td> <td>10</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Trimestre 4</td> <td>8</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Trimestre 1</td> <td>10</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Trimestre 2</td> <td>11</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Trimestre 3</td> <td>9</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Trimestre 4</td> <td>10</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Trimestre 1</td> <td>11</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">BRAVO: Satisfaction à la hausse</p> <p style="text-align: right;"> <span style="color: orange;">◆</span> Patients  <span style="color: green;">●</span> Services "clients"         </p>	Trimestre	Patients (Score global)	Services "clients" (Score global)	Trimestre 3	10	5	Trimestre 4	8	4	Trimestre 1	10	6	Trimestre 2	11	7	Trimestre 3	9	6	Trimestre 4	10	6	Trimestre 1	11	8
Trimestre	Patients (Score global)	Services "clients" (Score global)																							
Trimestre 3	10	5																							
Trimestre 4	8	4																							
Trimestre 1	10	6																							
Trimestre 2	11	7																							
Trimestre 3	9	6																							
Trimestre 4	10	6																							
Trimestre 1	11	8																							

## 29. Mise en place d'un tableau de bord de pilotage de l'activité à l'hôpital privé d'Antony

### Le contexte

L'encadrement de terrain de cet établissement ne disposait d'aucun recensement de l'activité, ni de suivi de la qualité produite, alors qu'il devait souvent justifier du nombre d'agents dans l'équipe. Il ne pouvait en outre pas objectiver l'impact de nouvelles pratiques sur la performance de la prise en charge au quotidien, comme, par exemple, la mise en place de protocoles de nettoyage systématique.

### Les objectifs

Ainsi, l'objectif du responsable du transport interne de cet établissement était de définir et mettre en place un tableau de bord à rafraîchissement automatique pour suivre l'activité ainsi que quelques indicateurs de qualité de la prestation de transport des patients.

### La mise en œuvre

Les 3 étapes du projet ont été les suivantes :

- Recensement des différentes dimensions qui composent un tableau de bord du brancardage et définition des indicateurs correspondants ;
- Définition 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.

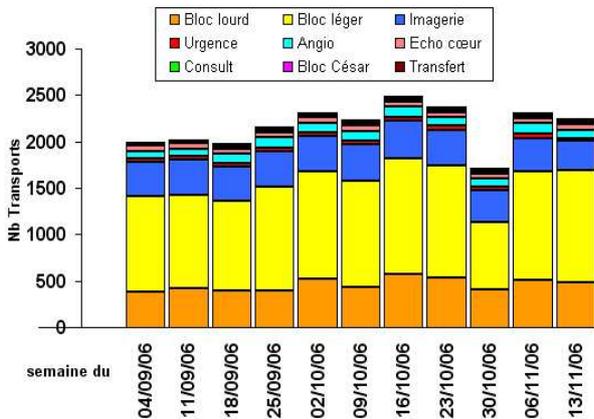
A l'issue de ces réflexions, un tableau, au format *Excel*®, a été conçu et livré au site. Une formation rapide a permis à l'encadrement de le maîtriser, et de l'alimenter correctement en données.

- 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 un analyseur automatique d'adéquation charge / ressource ;
- Etc.

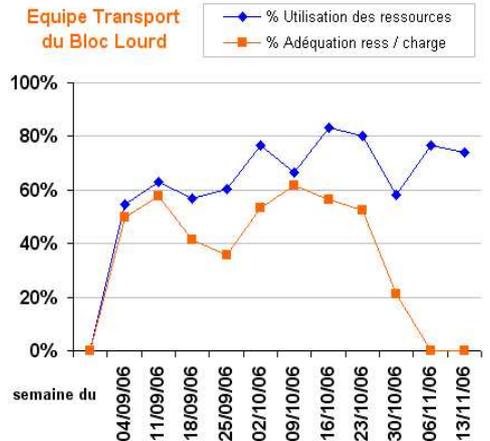
### Les résultats

Période n° 11 semaine du lundi 13/11/2006 au dimanche 19/11/2006

Evolution de l'activité sur les 12 dernières semaines



Transports	S	/ S-1
Total	2245	↘
Bloc lourd	482	↘
Bloc léger	1213	↗
Imagerie	308	↘
Urgence	32	↘
Angio	89	↘
Echo cœur	59	↘
Consult	27	↗
Bloc César	14	↘
Transfert	21	↗



Le tableau de bord est aujourd'hui utilisé au quotidien. Celui-ci suscite adhésion et implication des brancardiers qui voient l'exploitation des données transmises en temps réel : les rapports synthétiques hebdomadaires servent de support à des staffs réguliers et structurés, mais sont également utilisés dans le cadre d'une communication institutionnelle sur l'activité de transport interne de patients. Au final, cet outil se révèle donc être un facteur de cohésion et de valorisation des équipes.

### 30. Mise en place d'un pilotage d'activité informatisé au CHU de Strasbourg

#### Le contexte

La volonté des responsables des brancardiers de l'Hôpital de Hautepierre et de l'Hôpital Civil, dont les prises de poste étaient inférieures à 1 an, était de revaloriser la fonction de brancardier. En effet, les constats d'une première phase de diagnostic ont été les suivants :

- Dysfonctionnements dans le circuit d'acheminement des demandes de transport papier entre les services de soins et la régulation des transports internes (perte, ramassage/dépôt tardif, oubli, etc.) ;
- Réclamations téléphoniques incessantes et engorgement récurrent de l'occupation téléphonique à la régulation des transports ;
- D'une manière générale, mauvaises conditions de travail.

Ainsi, la mise en place des demandes programmées informatisées avec les services de soins devait être la base d'une nouvelle gestion du transport des patients.

#### Les objectifs

L'introduction de l'informatisation des demandes de transports au sein des services de soins et de transport interne des patients était motivée par les objectifs suivants :

- Etre capable de suivre des indicateurs en routine afin d'analyser et communiquer sur l'activité de brancardage ;
- Sécuriser le circuit d'acheminement des demandes prévisionnelles de transport ;
- Assurer la traçabilité des demandes prévisionnelles ;
- Optimiser le travail des régulateurs ;
- Limiter le nombre d'appels téléphoniques venant des services ;
- Diminuer le temps d'attente téléphonique des intervenants.

## La mise en œuvre

Plusieurs grandes étapes ont rythmé la vie du projet :

- Réalisation du cahier de charges de l'application :
  - o Identification des processus concernés ;
  - o Identification des fonctionnalités attendues.
- Conceptualisation du formulaire des demandes :
  - o Identification des informations nécessaires devant figurer sur les demandes des agents dédiés au transport.
- Informatisation / formation des équipes des services volontaires pour la phase de test :
  - o Présentation du projet et des outils informatiques associés ;
  - o Information auprès des services volontaires sur les modalités de réalisation de la phase de test.
- Informatisation du formulaire des demandes :
  - o Développement de l'application informatique par le CRIH (Centre Régional d'Informatique Hospitalière).
- Mise en place de la phase test avec les services volontaires.
- Présentation du projet aux Cadres :
  - o Information auprès de l'ensemble des cadres supérieurs de santé de pôle du projet et du planning de déploiement.
- Bilan et réajustement :
  - o Evaluation des difficultés rencontrées par les services des soins testeurs ;
  - o Evaluation des difficultés rencontrées par la régulation des transports.
- Information / formation des pôles :
  - o Information auprès de l'ensemble des cadres supérieurs de santé de pôle des modalités de déploiement.
- Déploiement du projet :
  - o Mise en œuvre de l'outil informatique développé par le CRIH, intégrant les réajustements réalisés à l'issue de la phase test.

L'un des facteurs-clés de la réussite de l'informatisation des demandes de transport fut la grande mobilisation des acteurs du projet. En effet, les travaux se sont déroulés en moins de 6 mois :

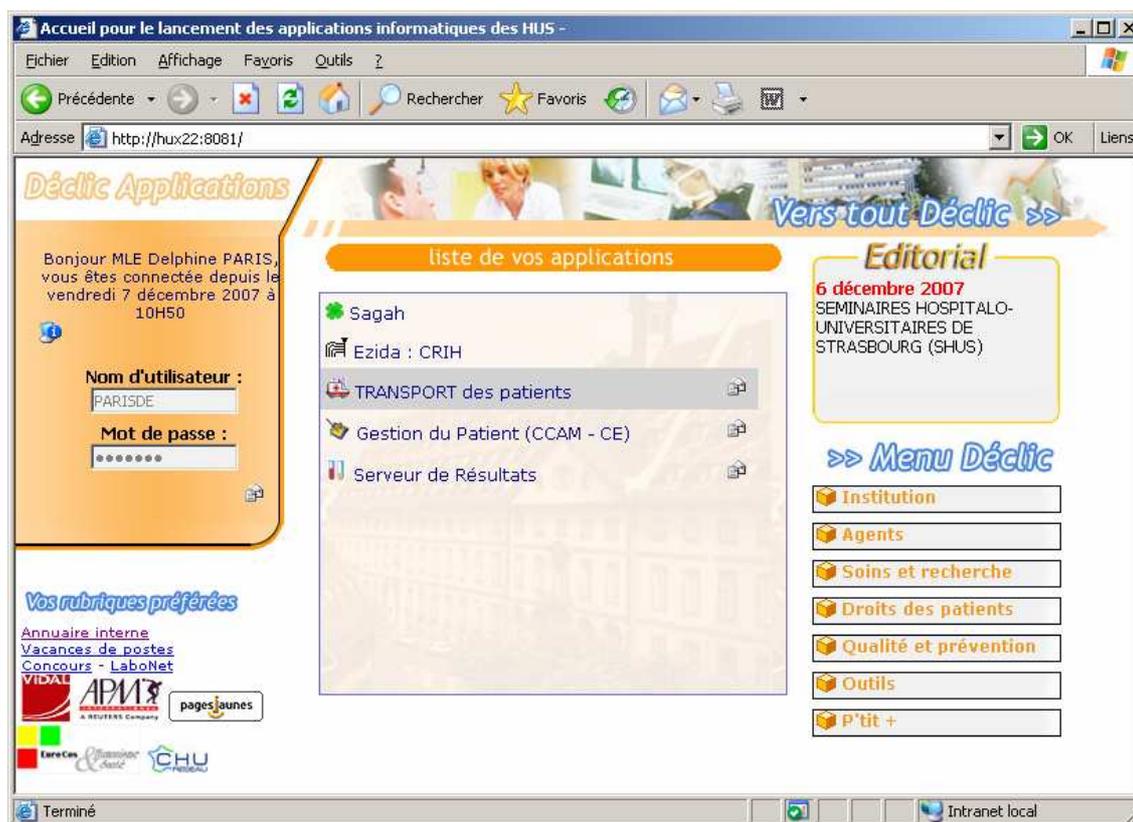
- Rédaction du cahier des charges en octobre 2007 ;
- Déploiement de l'application en janvier 2008 pour les ambulanciers en mars 2008 pour l'ensemble de l'établissement.

Le bilan de la phase de test fut réalisé le 29 janvier 2008. Les retours des services étaient très positifs : « utilisation très simple », « les personnes se foment entre elles », « plus besoin de passer les appels téléphoniques », « bonne ergonomie », « outil bien accepté ». Après quelques évolutions sur l'application, le déploiement général fut réalisé le 17 mars.

## L'application

Le mode opératoire de la saisie d'une demande de transport par les services est désormais la suivante :

1) *L'accès à l'application se fait à partir du portail interne du CHU*



2) Sur identification par un mot de passe, la demande peut être soumise. Après avoir cliqué sur le bouton « créer une demande », l'écran de saisie d'une demande apparaît

Il existe 3 types de demandes :

- Aller + Retour : génération de 2 demandes de transport ;
- Aller simple : utilisé par exemple pour les transferts d'une unité à une autre ;
- 2 examens successifs : utilisé lorsque le patient a 2 rendez vous successifs, sans repasser par son unité de départ (par exemple, il va passer une radio, puis un scanner).

Ci-dessous l'écran de demande de transport « Aller + retour » ou « Aller simple » :

**Transport des patients - MLE Delphine PARIS -**

Transport patients > Transport patients

Accueil Contactez-nous

**Création d'une nouvelle demande**

**Demande de transport d'un patient**

**Identification de la demande**

Type demande : Aller + Retour Date de la demande : 07-12-2007 à 14:32  
 N° poste demandeur : 15089 Demandeur : PARIS Delphine  
 UF de départ : 6701 : O.R.L.-HOSPITALISATION  
 Patient :  
 Note demandeur : Test 1

**Informations sur le transport vers le point de RDV**

UF de départ : 6701 O.R.L.-HOSPITALISATION Localisation départ : HTP  
 UF arrivée : 6717 PEDIATRIE 2-EXPLORATIONS FONCTIONNELLES Localisation arrivée : HTP  
 Service de régulation : Régulation de HAUTPIERRE  
 Date de RDV : 07-12-2007 à 16:00  
 Mode de transport :  Brancard  Fauteuil  Lit  Marche  
 Appareillage :  Aucun  Coquille  Oxygène  Perfusion  
 Documents à prendre :  Aucun  Bon d'examen  Bon radio  Dossier du patient  
 Précautions :  Aucun  Isolement Protecteur Isolement Septique :  Air  Contact  Gouttelette

3) Il est possible de visualiser l'ensemble des courses via l'écran de recherche

**Transport des patients - MLE Delphine PARIS -**

Transport patients > Transport patients

Accueil Contactez-nous

**Recherche des demandes**

Rechercher Critères de recherche

Etat du transport : En cours  
 UF départ patient : - Toutes les UF - UF arrivée patient :  
 Période du : ou :  
 NIP du patient :

Créer une demande Trier par : Date de RDV Nb de demandes : 7

E	Patient	Date RDV	D	R	M	UF départ	UF arrivée	H.Notif	H.UFa	Doc	App	Préc	N° poste
D 1		07-12-2007 15:00	i		L	6701 (HTP)	6717 (HTP)			i			15089
P 1		07-12-2007 16:00			F	6801 (HTP)	6221 (HTP)	16:00		i			28061
D 1		07-12-2007 17:15			F	6801 (HTP)	6802 (HTP)			i			15089
D 1		07-12-2007 18:00			L	6701 (HTP)	6817 (HTP)			i			15089
D 2		07-12-2007			L	6717 (HTP)	6701 (HTP)			i		i	15089
D 2		07-12-2007			L	6817 (HTP)	6701 (HTP)			i			15089
A 2		07-12-2007			F	6221 (HTP)	6801 (HTP)			i			28061

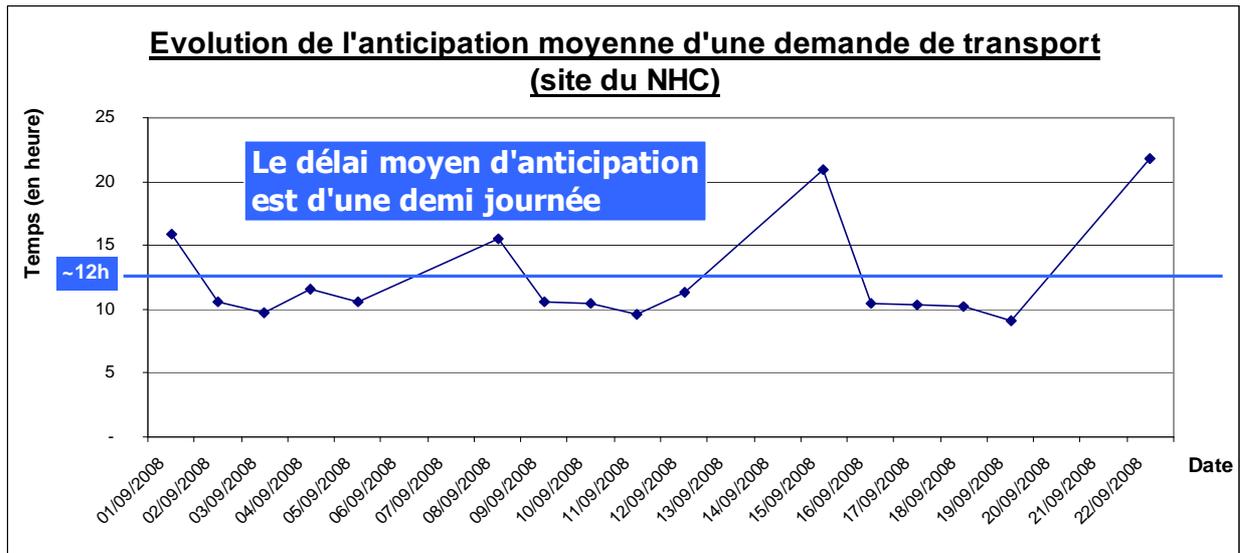
Le champ « Etat du transport » permet de filtrer les demandes à afficher. Les valeurs possibles sont : « Tous » – « En cours » – « Terminé » – « Annulé ».

### Les résultats

La prise en main de l'application est une réussite :

- 98 % des demandes sont informatisées ;
- les 2 % restants sont des flottants (patients sans numéro d'identification).

L'autre indicateur permettant d'objectiver la bonne réalisation du projet est le temps d'anticipation des demandes de transports par les services demandeurs : celui-ci est de 12 heures, offrant à la régulation la souplesse nécessaire pour pouvoir optimiser la répartition et l'affectation des trajets.



### 31. Mise en place d'un pilotage d'activité à la clinique Sainte Odile

#### Le contexte

La création du service de brancardage ainsi que l'affectation des brancardiers (2,5 ETP) étant récentes sur cet établissement, la responsable de ce service ne disposait pas d'information chiffrée sur l'activité de brancardage. Il était délicat de communiquer sur l'activité de transport interne tant auprès des brancardiers que des services de soins et de la direction.

#### Les objectifs

L'objectif fixé a été de mettre en place des indicateurs en routine afin d'objectiver un diagnostic « qualitatif » d'ores et déjà satisfaisant, mais également de soutenir la politique d'amélioration du brancardage par une communication institutionnelle renforcée.

#### La mise en œuvre

Dans un premier temps, une équipe projet en place a sélectionné les indicateurs à suivre en routine. Parmi ceux-ci :

- Le nombre de trajets réalisés sur une journée ;
- Le type de matériel utilisé ;
- La part des trajets en lit et brancard réalisés par une personne ;
- La part de trajets au départ de SSPI ;
- La part de trajets avec un incident rencontré et de la typologie des incidents ;
- La réactivité des brancardiers ;
- La ponctualité ;
- Le délai moyen d'attente de prise en charge du patient dans le service de départ.

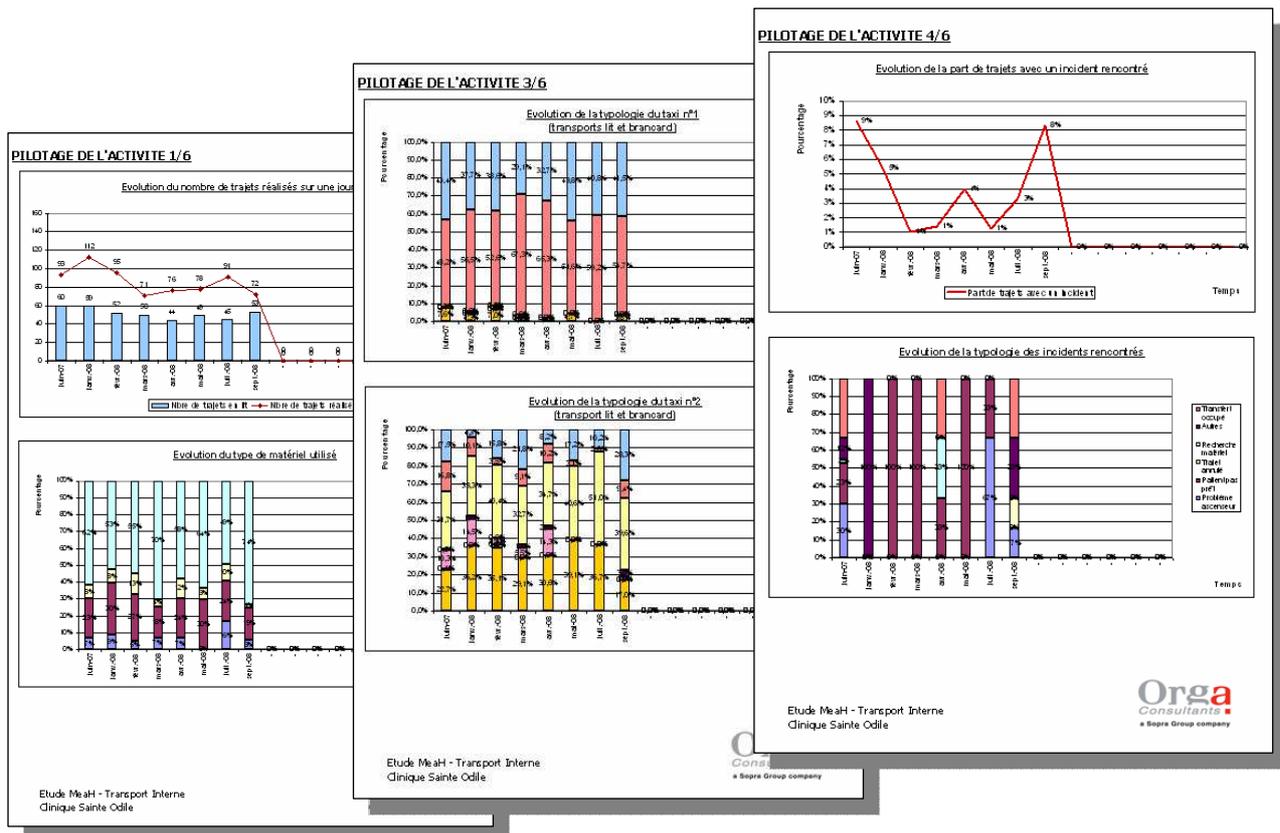
Afin de ne pas être trop invasif, il a été décidé que le relevé des courses serait réalisé une journée par mois. Par ailleurs, le transport des patients est réalisé par les brancardiers mais également par les services de soins à hauteur de 60 % : de ce fait, les courses effectuées sur la journée ont été relevées par l'ensemble de l'établissement, via une grille de saisie manuelle. Ci-dessous la grille de saisie :

Date du transport (mois)	Heure d'appel (h1)	Service de DEPART du Patient	Heure d'arrivée dans le service de départ (h2)	Heure de prise en charge (h3)	Service DESTINAIRE du Patient	Heure Arrivée dans le service DESTINAIRE (h4)	Moyens matériels	Taxi 1	Taxi 2	Commentaire
sept.-08	8:05	SERVICE SSR	8:25	8:30	RADIO	8:35	fauteuil	ide		
sept.-08	8:15	SSPI B	8:20	8:22	SERVICE A2	8:25	Lit	IDE	B	
sept.-08	8:45	SERVICE SC	8:50	8:50	SERVICE A2	8:52	fauteuil	IDE		

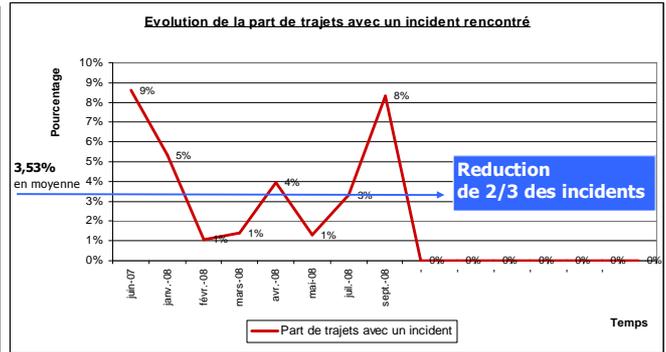
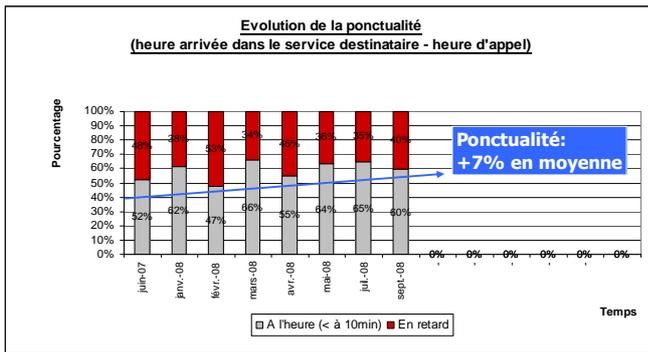
Le cadre du service a pu alors collecter l'ensemble des grilles et en consolider les informations pour produire les indicateurs précités. Ces indicateurs ont été communiqués soit lors de points avec l'équipe de brancardage soit lors de réunions plénières devant l'ensemble de l'établissement.

## Les résultats

Ci-dessous quelques exemples d'indicateurs de suivi de l'activité :



A titre d'illustration, ci-après un focus sur 2 indicateurs phares : la ponctualité et le taux d'incidents.



Le diagnostic avait permis de mettre en avant la qualité du brancardage dans l'établissement. Grâce à la mesure, il a pu être observé que plus de la moitié des courses étaient effectuées en 10 minutes.

Le suivi de cet indicateur durant l'année 2008 a permis de constater que la ponctualité était toujours un point fort du brancardage et qu'elle avait pu encore s'améliorer :

- La ponctualité a été améliorée en moyenne de 7 %, soit près de 60 % des courses prises en charge dans un intervalle de 10 minutes ;
- Le nombre d'incidents lors d'un transport a été réduit de 2/3.

### 32. Mise en place d'un pilotage d'activité au CH Privé Claude Galien

#### Le contexte

L'organisation de l'équipe de brancardiers de l'établissement a connu des évolutions successives :

- En 2005, les brancardiers étaient gérés par un attaché de direction et n'étaient pas dédiés à un service en particulier ;
- Début 2006, l'infirmière générale en a repris la responsabilité pour mettre en place un management de proximité.

L'organisation mise en place a été la suivante :

- 6 brancardiers en pool pour le bloc (intra bloc + bloc/services) sous la responsabilité du chef de bloc ;
- 3 brancardiers en pool pour les services (transferts interservices/plateau technique) depuis le 4 juin 2007 sous la responsabilité de l'infirmière générale.

Le réaménagement rapide du service de transport interne n'aura pas permis d'outiller les responsables afin qu'ils puissent piloter leur activité. Sans tableaux de bord, aucune communication liée à l'activité de brancardage ne pouvait se faire auprès des équipes.

#### Les objectifs

L'objectif poursuivi par cet établissement a été de mettre en place un suivi régulier d'indicateurs afin de pouvoir ouvrir un dialogue serein et argumenté avec les brancardiers. Les indicateurs ayant retenu l'attention des responsables ont été les suivants :

- Le nombre de trajets réalisés ;
- Le type de matériel utilisé ;
- La part de trajets avec un incident rencontré, ainsi que la typologie ;
- La ponctualité ;
- La réactivité des brancardiers (différence entre heure de programmation et heure de la demande).

## La mise en œuvre

La démarche de suivi de l'activité avait été initiée lors d'une première phase de diagnostic du service : les brancardiers notaient sur papier les temps de trajets qu'ils réalisaient, les résultats étant saisis dans une grille de recueil par les responsables des services pour analyse.

Afin de suivre régulièrement et de façon moins contraignante l'activité du service de brancardage du bloc opératoire, la subtilité de la mise en œuvre fut de se baser sur les données du programme opératoire. Sur ce document sont précisément rapportés :

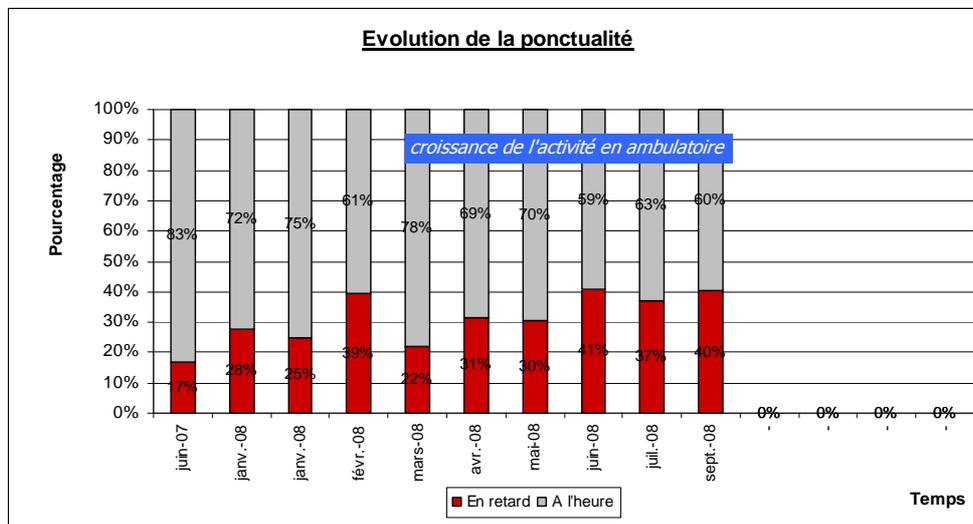
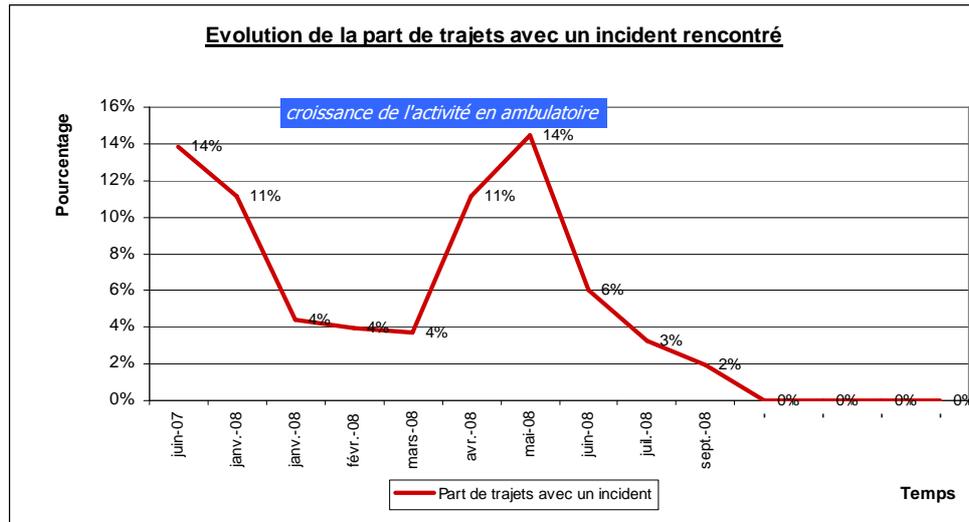
- Le nom du brancardier ;
- Les destinations et temps exacts de tous les trajets.

Grâce à cette procédure, les données, centralisées dans un document unique, sont plus fiables (plus d'erreurs ou oublis dans les temps relevés).

## Les résultats

Mensuellement, le cadre de service du bloc opératoire a pu analyser l'activité de son équipe. L'affichage mensuel des résultats, dans la salle de transfert où sont entreposés les brancards, est l'occasion de communiquer avec les équipes sur les résultats du mois écoulé.

Ce suivi a aussi permis de pointer les dysfonctionnements qui pénalisaient le service de brancardage et qui provenaient de l'activité ambulatoire de l'établissement. En effet, la croissance importante et rapide de ce service a désorganisé l'activité des brancardiers (cf. schémas ci-dessous).



Une étude spécifique sur l'unité de chirurgie ambulatoire a alors été décidée afin de permettre aux brancardiers d'absorber l'activité ambulatoire tout en militant l'impact sur la performance globale.

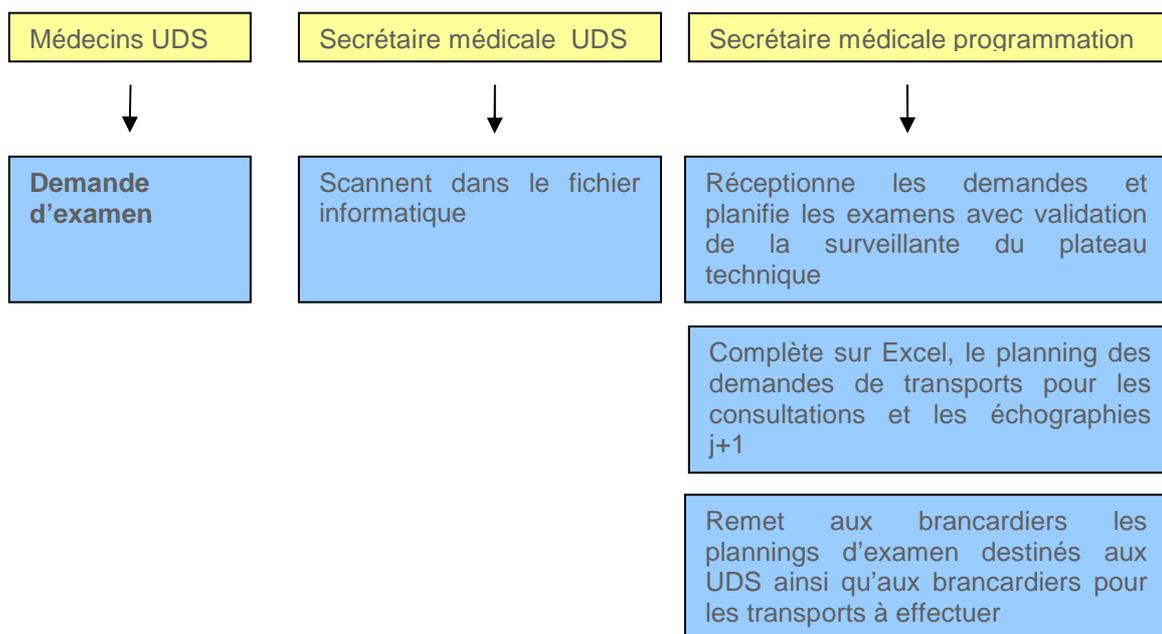
### 33. Pilotage par les indicateurs à la Clinique Les Sources

#### Le contexte

La Clinique Les Sources gère la prise de rendez-vous de façon manuelle, selon un processus de demande de rendez-vous décrit ci-après :

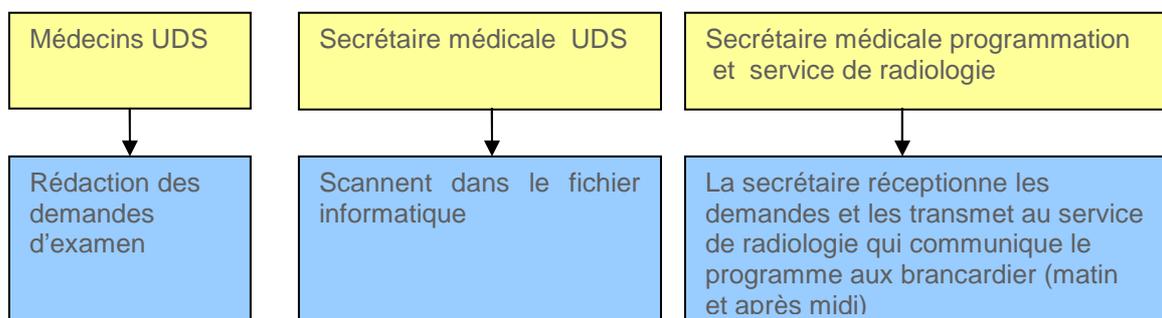
Transports programmés :

Les transports programmés sont définis comme les transports anticipés au moins à J-1. Ceux-ci représentent 54 % des demandes.



#### Transports non programmés :

Les transports non programmés sont définis comme des transports demandés le jour même. Ils représentent 46 % des demandes d'examen en radiologie et sont ajoutés par le service de radiologie.



#### **Les objectifs**

L'objectif de cet établissement était de mettre en place des indicateurs de performance afin tant de piloter l'activité que d'avoir une meilleure visibilité sur les améliorations à apporter.

#### **La mise en œuvre**

Lors d'une première phase de diagnostic, une palette d'indicateurs a été définie par l'équipe projet :

- Le nombre de transports journaliers ;
- Le taux d'anticipation de demande de transport ;
- Les dysfonctionnements les plus importants constatés ;
- Les temps de transport et les temps d'attente patients.

Ces indicateurs ont été mesurés de façon régulière à raison d'une extraction d'information par semaine. Les brancardiers doivent saisir une journée par semaine leurs transports sur une « grille de rendez-vous » :

- L'heure de départ de l'unité fonctionnelle (UF) ;
- L'heure d'arrivée au plateau technique (PT) ;
- L'heure de départ du plateau technique (PT) ;
- L'heure d'arrivée à l'unité fonctionnelle (UF).

Par ailleurs, ces derniers s'identifient en saisissant leurs initiales sur les transports qu'ils ont effectués et mettent une croix lorsqu'ils constatent un dysfonctionnement (ex : patient non prêt, erreur mode de transport, retour du vacataire, patient sorti, modification par l'unité de soin, etc.).

Heure RDY	Nom des docteurs / patients	N° chambre	N° dossier	Origine	Examen	Mode de transport	Brancardier aller		Heure départ de l'UF	Heure d'arrivée du PT	Brancardier retour		Heure de départ du PT	Heure de la fin du transport	Dysfonctionnements						
															Patient pas prêt	Patient sorti	Modif par l'unité de soins	Erreur mode transp	Retour du vacataire		
08H45	DR SARZOTTI																				
	Mme		8000628	A2	CCEUR	f	EC	EC	8:30	8:40	GH	GH	9:45	9:55						X	
	Mme .	419	8000750	A2	CCEUR + VX COU	f	GH	GH	9:20	9:25	am	am	10:55	11:05						x	
	Mme	420f	8000759	A2	CCEUR + FOGD	b	am	am	8:45	8:55	gh	gh	10:05	10:11							

Toutes les fins de mois, la responsable du service brancardage est chargée de consolider les grilles émanant des brancardiers, en complétant ces informations avec les rendez-vous non programmés renseignés de façon manuelle par les secrétaires médicales.

Peuvent alors être calculés les indicateurs. A titre d'exemple :

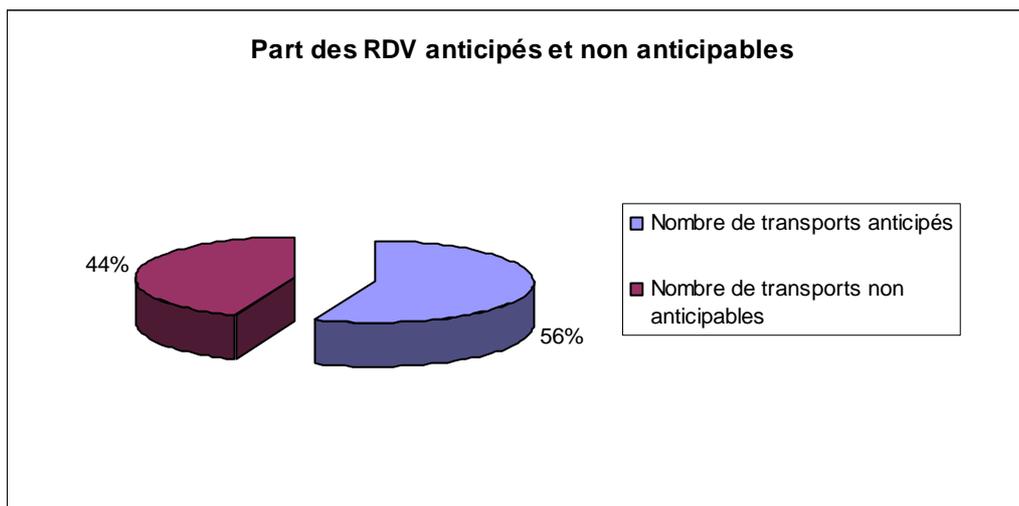
- Temps de transport « Aller » : Heure d'arrivée PT – Heure de départ UF ;
- Temps de transport « Retour » : Heure d'arrivée UF – Heure de départ PT ;
- Temps d'attente : Heure d'arrivée – heure de départ au PT – 20 minutes (temps moyen d'une consultation). Si le délai est supérieur à 30 minutes, l'indicateur s'inscrit en rouge et la responsable du plateau technique peut corriger ce temps d'attente en fonction de l'examen ;
- Etc.

Le tableau de bord ainsi constitué est mis à jour mensuellement et annuellement.

## Les indicateurs

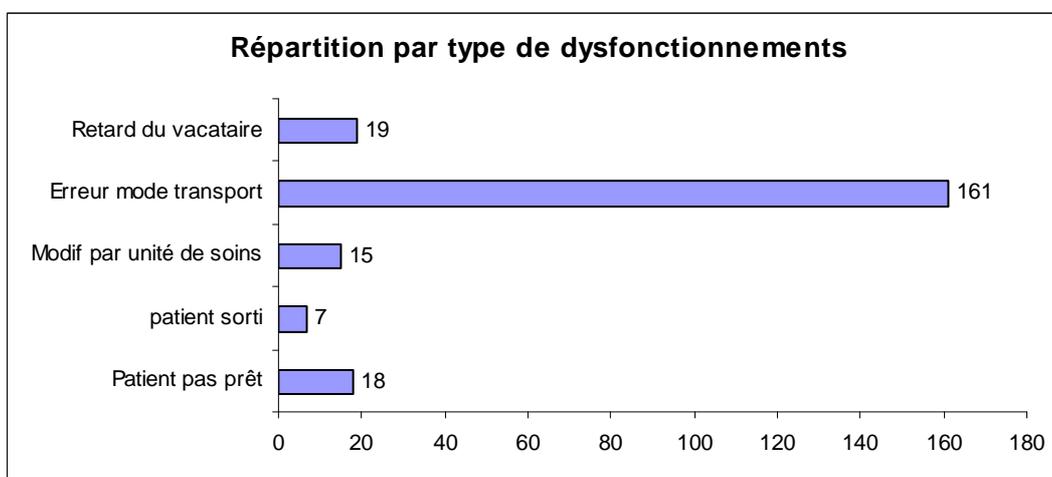
### Indicateur taux d'anticipation

	sept 07	fév 08	mars 08	avril 08	mai 08	juil 08
Nombre de transports anticipés	0 %	2 %	3 %	53 %	77 %	
Nombre de transports non anticipables	100 %	98 %	97 %	47 %	23 %	



#### Indicateur sur les dysfonctionnements

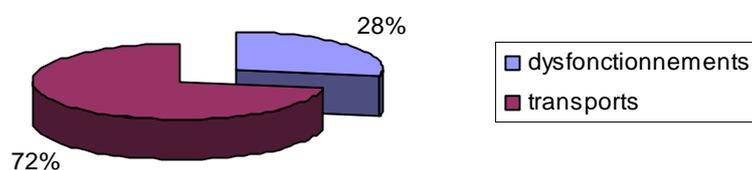
	sept 07	fév 08	mars 08	avril 08	mai 08	juin 08
Patient pas prêt	10 %	7 %	0 %	0 %	9 %	
patient sorti	3 %	1 %	2 %	3 %	2 %	
Modif par unité de soins	0 %	8 %	4 %	6 %	4 %	
Erreur mode transport	87 %	80 %	93 %	91 %	83 %	
Retard du vacataire	0 %	4 %	2 %	0 %	2 %	



#### Part des dysfonctionnements sur la totalité des transports

	sept 07	fév 08	mars 08	avril 08	mai 08	juin 08
dysfonctionnements	30	74	57	32	46	
transports	150	137	128	185	156	
Part des dysfonctionnements	17 %	35 %	31 %	15 %	23 %	

### Part des dysfonctionnements sur la totalité des transports



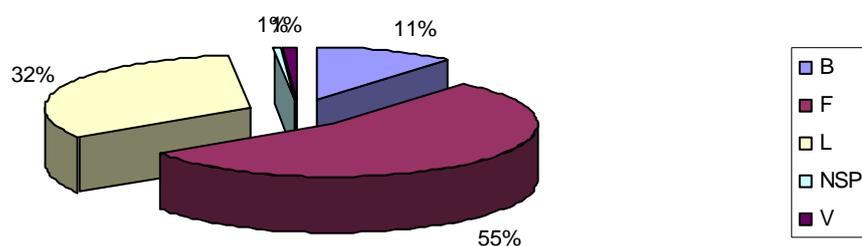
#### Indicateur mode de transport

	sept 07	fév 08	mars 08	avril 08	mai 08	juin 08
B	6 %	12 %	4 %	12 %	13 %	
F	34 %	37 %	45 %	46 %	49 %	
L	35 %	26 %	39 %	35 %	35 %	
NSP	18 %	25 %	13 %	4 %	1 %	
V	8 %	0 %	0 %	2 %	1 %	

#### Indicateur temps d'attente

	sept 07	fév 08	mars 08	avril 08	mai 08	juil 08
Temps d'attente moyen	0:44:29	0:35:58	0:28:34	0:34:03	0:29:32	

### Répartition par mode de transport



## 34. Mise en place et suivi d'indicateurs au CH de Guingamp

### Le contexte

Le service brancardage du CH de Guingamp suivait essentiellement des indicateurs d'activité tels que le nombre de transports ou les modes de transports utilisés. Cependant, aucun indicateur de performance n'était suivi, n'offrant donc que peu de visibilité sur la performance de son activité et sur la satisfaction des services par rapport à la prestation.

### Les objectifs

La mise en place d'indicateurs de performance a permis de préciser l'objectif suivant : renforcer le pilotage l'activité et obtenir ainsi une meilleure visibilité sur le niveau de service. Il avait également pour but d'identifier et d'aider à la mise en place de mesures correctives si nécessaire.

### La mise en œuvre

Une palette d'indicateurs a été déterminée par l'équipe projet :

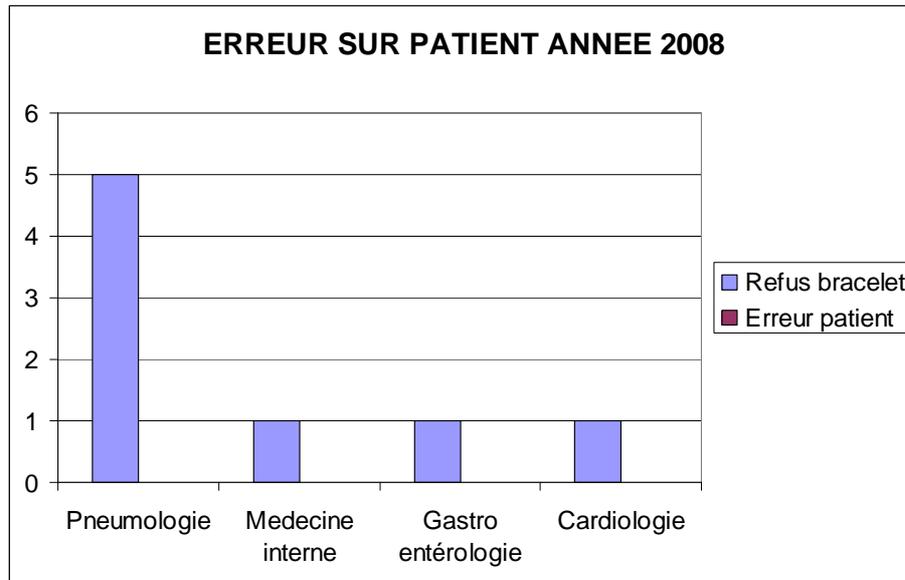
- Le taux d'anticipation ;
- La répartition des demandes par service ;
- La répartition des flux ;
- La répartition des destinations ;
- La moyenne d'anticipation par service ;
- La charge de travail corrélée à la charge d'activité ;
- Les avances et retards des brancardiers par rapport à l'heure initiale de rendez-vous, et dysfonctionnements associés.

### Les résultats

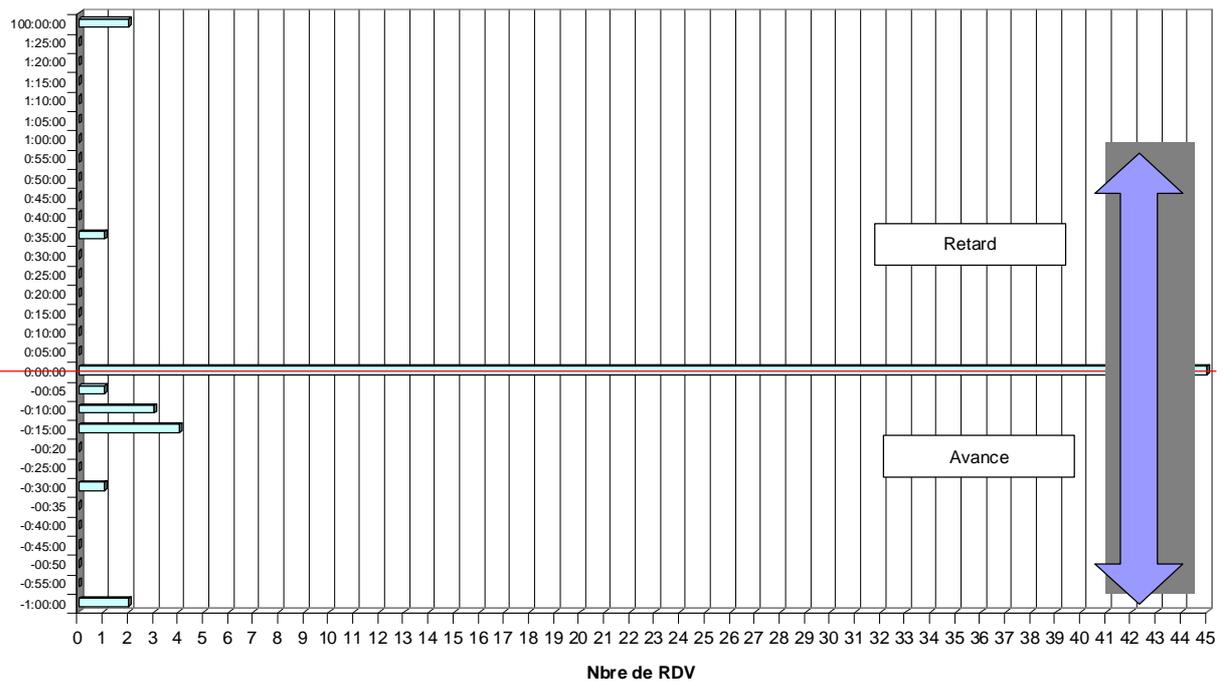
Les indicateurs relatifs aux avances et retards ont été suivis en routine de septembre 2007 à mars 2008 pour les services de médecine. D'autres indicateurs ont été suivis plus ponctuellement.

Ces derniers sont dorénavant diffusés et analysés par une équipe projet constituée de soignants des différents services et d'un représentant des brancardiers. Par ailleurs, pour faire suite à une démarche de contractualisation entamée avec les services demandeurs, de nouveaux indicateurs se mettent en place : par exemple, la fluidité de passage dans les couloirs de la médecine interne.

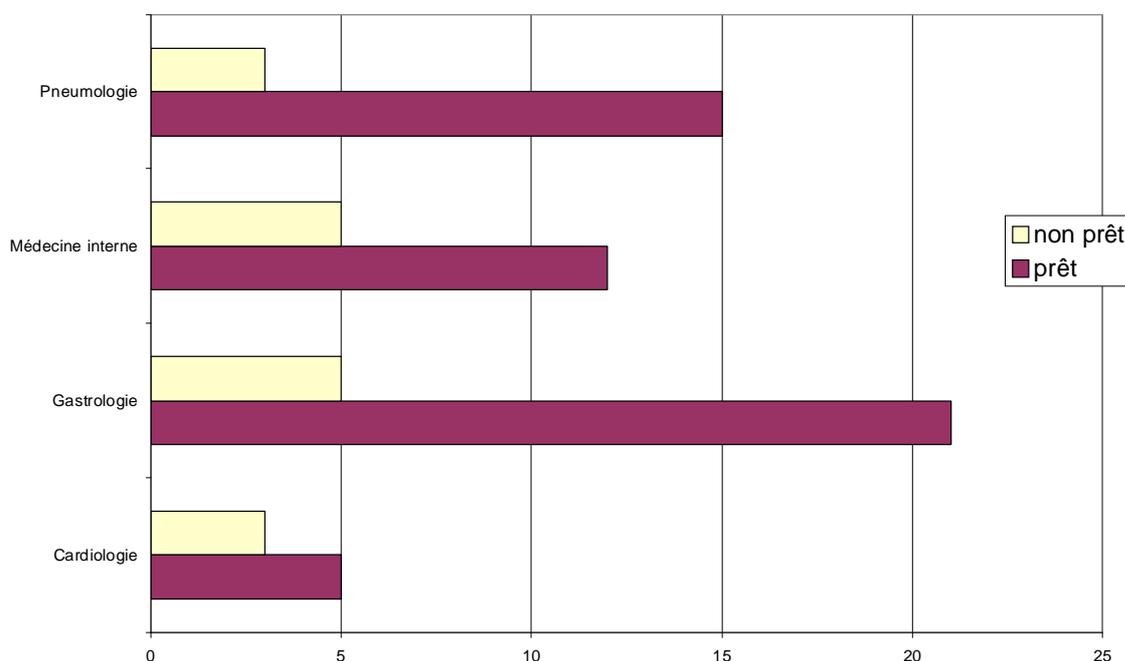
Ci-après, à titre d'illustration, quelques indicateurs.



**Avances / retards aux RDV programmés  
medecine interne**



Nombre de dossiers non prêts  
à jour au 01/07/08



### 35. Evaluation quantitative et qualitative de la prestation au CH de Seclin

#### Les contexte et objectif

En raison de l'inexistence de toute forme de suivi de la prestation, il a été décidé de mettre en place un tableau de bord permettant de donner un certain nombre de repères sur la nature de l'activité, des demandeurs et du niveau de performance de l'équipe de brancardiers.

#### La mise en œuvre

Il a été décidé d'utiliser la grille de recueil mise au point dans le cadre des travaux MeaH une fois par mois, en alternant le jour de la semaine, et ce pour tenter d'obtenir une vision la plus réaliste possible à moindre coût. Ainsi :

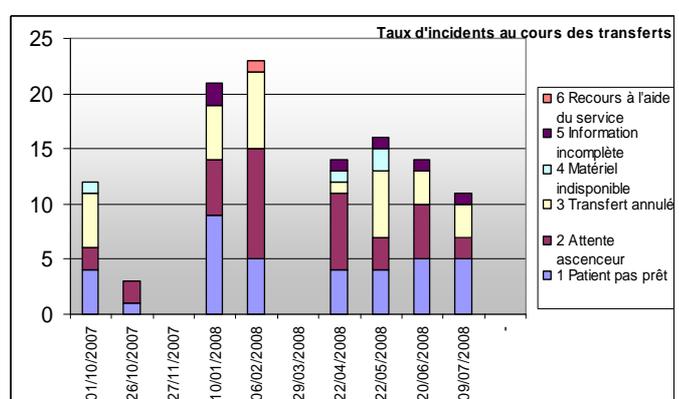
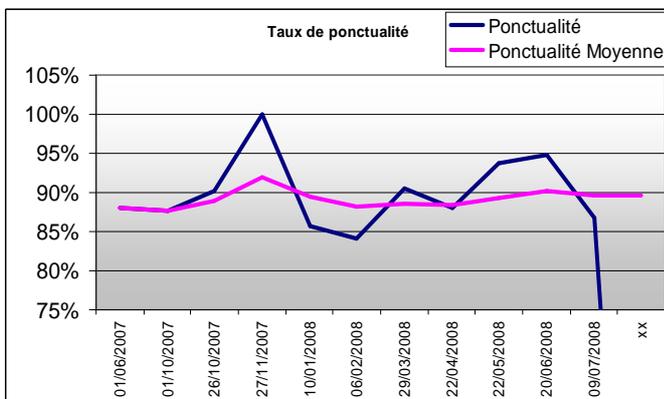
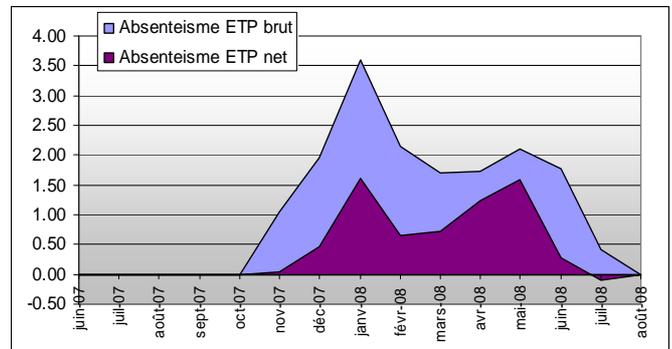
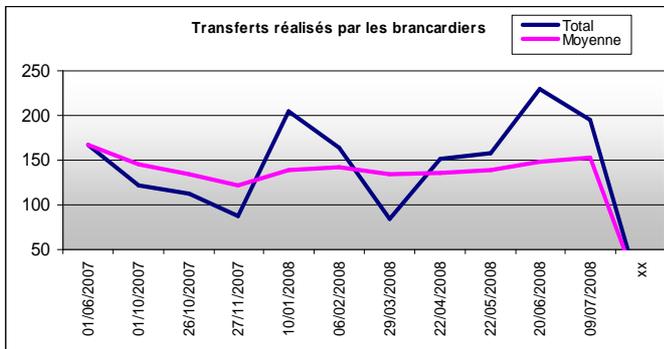
- Les brancardiers inscrivent sur un support l'ensemble des transferts réalisés et leur commentaire le cas échéant ;
- L'ensemble des supports est saisi dans un tableau de synthèse ;
- Les données et statistiques produites sont affichées dans le local des brancardiers.

#### Le tableau de bord

Les indicateurs mesurés en routine ont objectivé de manière formelle des évolutions qui étaient jusqu'à présent du domaine du « ressenti » par les responsables. Par exemple :

- L'activité tend à augmenter ;

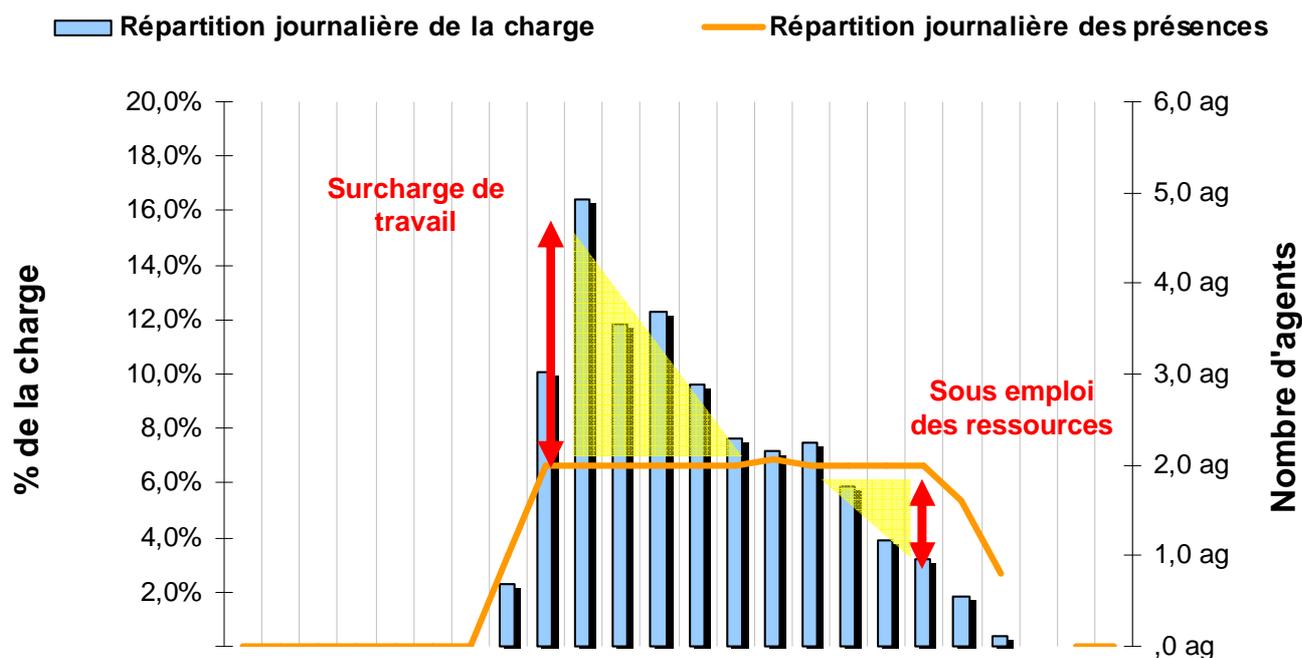
- L'absentéisme semble maîtrisé ;
- La ponctualité des brancardiers, satisfaisante, reste stable ;
- Le « mécontentement » des soignants doit être relativisé...



## Fiche 12. Veiller à une bonne adéquation activité / ressources

L'optimisation de l'adéquation activité / ressources est une démarche qui relève du bon sens : il s'agit de faire en sorte que la répartition des présences des agents (et éventuellement des disponibilités des matériels) soit la plus proche possible de la répartition des besoins. Ainsi, notons que cette démarche peut et doit s'envisager indépendamment du niveau de ressources absolu disponible : l'objet n'est pas de savoir si le nombre d'agents est ou n'est pas suffisant, mais si le niveau de charge des agents disponibles reste homogène dans le temps :

### Adéquation charge / ressources journalière



Ainsi, il apparaît clairement que la répartition linéaire des ressources, ne tenant pas compte du profil de besoins, génère systématiquement une période de surcharge de travail le matin et une période plus « tranquille » l'après-midi. Cet état de fait, admis par les personnels, est-il pour autant satisfaisant ?

En outre, plusieurs niveaux d'analyse sont possibles (adéquations quotidienne, hebdomadaire, annuelle), pour lesquels les leviers d'actions respectifs à disposition des gestionnaires diffèrent. Tentons de synthétiser les différentes problématiques relatives tant à la charge qu'aux ressources qui vont à l'encontre d'une bonne adéquation :

	Adéquation quotidienne	Adéquation hebdomadaire	Adéquation annuelle
<b>La problématique :</b>			
• Relative à l'activité	Pics d'activité (le matin ?) et creux en fin de journée	Baisse d'activité parfois en fin de semaine	Activité parfois fonction de la saisonnalité (station balnéaire, etc.)
• Relative aux ressources	Présence linéaire du matin au soir	Présence linéaire du lundi au vendredi	Absences cumulées à certaines périodes (vacances, etc.)

Optimiser une adéquation entre la répartition de l'activité et la répartition des ressources peut se faire en agissant sur 2 facteurs : l'activité et / ou les ressources. Ainsi, il convient d'identifier quelques leviers possibles pour tout établissement souhaitant entrer dans une démarche d'optimisation :

	Adéquation quotidienne	Adéquation hebdomadaire	Adéquation annuelle
<b>Les leviers d'actions :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir sur l'activité</li> </ul>	Contractualiser avec les services « clients » pour les inciter à lisser et hiérarchiser leurs demandes	∅	Programmer les périodes de congés du personnel médical et soignant ainsi que des fermetures de lits
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir sur les ressources</li> </ul>	<p>Affiner la répartition journalière des postes de travail</p> <p>Mettre en place une régulation qui tenterait de répartir au mieux la charge sur les agents présents</p>	<p>Définir des postes de travail adaptés</p> <p>Mettre en place une programmation qui permettrait de mieux répartir les présences d'agents en fonction des besoins prévisionnels exprimés par les services</p>	Mettre en place une gestion des ressources formalisant les périodes de travail et anticipant les congés

Plusieurs établissements ont entamé une démarche en ce sens, dont les expériences sont relatées ci-après :

- **Exemple 36 : simulation de l'ouverture d'un nouveau bâtiment aux Hôpitaux Civils de Lyon.** ☞ Page 95
- **Exemple 37 : optimisation de la gestion des fauteuils roulants au CH du Mans.** ☞ Page 96
- **Exemple 38 : démarrage d'une activité au CHU de Strasbourg.** ☞ Page 98

## 36. Simulation de l'ouverture d'un nouveau bâtiment aux Hôpitaux Civils de Lyon

### Le contexte

Le projet de construction d'un nouveau bâtiment s'apprêtait à modifier profondément l'organisation du transport interne de patients en accueillant des activités nouvelles ou regroupées. L'une des difficultés était qu'une galerie aérienne de 100 mètres, prévue pour relier le nouveau bâtiment aux plateaux techniques, allait être également utilisée par le personnel pour se rendre à la cantine. A terme, le nouveau bâtiment devait également abriter un plateau technique avec pour conséquence la diminution du nombre de transports par la galerie.

### Les objectifs

Une démarche de simulation a été mise en œuvre afin de mieux anticiper la livraison du nouveau bâtiment et ses impacts sur le transport au quotidien : un certain nombre d'options concernant des modifications organisationnelles devaient découler de cette simulation.

### La mise en œuvre

La première étape fut le recensement des transports (origine / destination) pour les activités existantes sur le site rejoignant le nouveau bâtiment. La seconde étape fut de recenser les besoins des plateaux techniques pour les activités nouvelles rejoignant le nouveau bâtiment, ainsi qu'une projection des transports nécessaires basée sur les prévisions d'activité et la localisation des plateaux techniques dans le nouvel ensemble.

Il fut ensuite temps de construire 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.

### Les résultats

2 scénarios ont été étudiés en groupe selon 2 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.

ESTIMATION TRANSPORT PAVILLON MEDICAL				22	1.8	1.8				
Examens / Consult.	Pavillon actuel	échéance Pav Méd	extension MB	CHLS total 2sem	Dermato 1S20 06	Endocrino 1S20 06	CHLS total	Dermato	Endocrino	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

	Échéance PM	Échéance PM+MB=PMB
RH Pédestre	<b>7.85</b> ETP	<b>5.93</b> ETP
RH Motorisé	<b>1.96</b> ETP	<b>1.96</b> ETP
<b>RH Total</b>	<b>9.81</b> ETP	<b>7.88</b> ETP
Flux Galerie	<b>48</b> transports par jour chargé	<b>6</b> transports par jour chargé
Flux Galerie	<b>17</b> transports entre 11h et 15h	<b>2</b> transports entre 11h et 15h

	Échéance PM	Échéance PM+MB=PMB
RH Pédestre	<b>9.23</b> ETP	<b>5.96</b> ETP
RH Motorisé	<b>3.10</b> ETP	<b>3.10</b> ETP
<b>RH Total</b>	<b>12.33</b> ETP	<b>9.06</b> ETP
Flux Galerie	<b>48</b> transports par jour chargé	<b>6</b> transports par jour chargé
Flux Galerie	<b>17</b> transports entre 11h et 15h	<b>2</b> transports entre 11h et 15h

### 37. Optimisation de la gestion des fauteuils roulants au CH du Mans

#### Le contexte

Les brancardiers du site passaient 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, lui faisant perdre un temps non négligeable.

#### Les objectifs

L'objectif des responsables du transport interne a donc été d'optimiser la répartition et l'utilisation des fauteuils, notamment en améliorant la disponibilité par une fiabilisation des circuits et des procédures de maintenance.

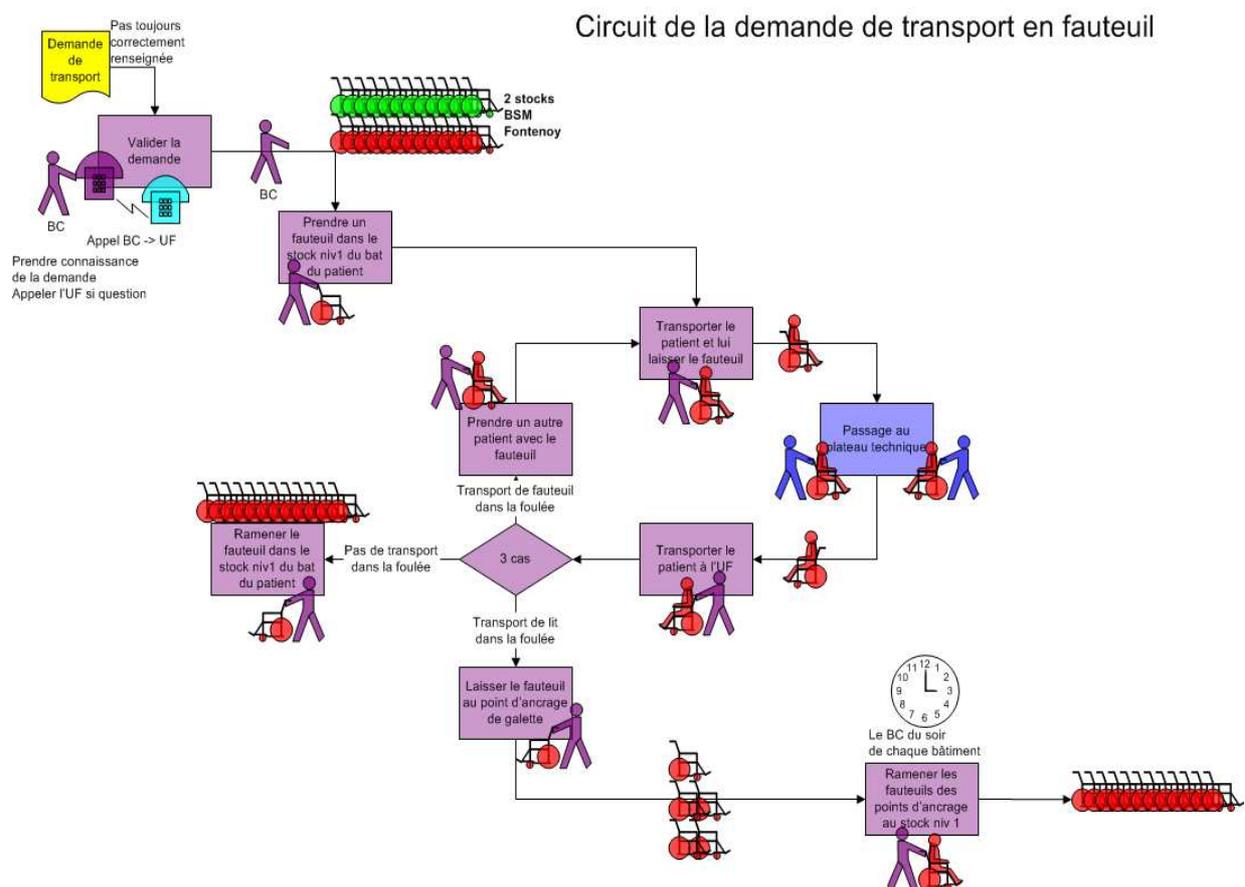
#### La mise en œuvre

La mise en œuvre s'est déroulée de la manière suivante :

- Recensement du parc de fauteuils et identification des raisons principales pour lesquelles ceux-ci sont recherchés ;
- Dialogue avec les services techniques responsables de la maintenance pour identifier l'origine des immobilisations de fauteuils trop longues ;
- Définition avec les services techniques de la maintenance préventive des fauteuils (discutée sur un mode d'engagement « client / fournisseur ») ;
- Etablissement d'une proposition d'équipement et de gestion du parc de fauteuils pour la direction générale.

## Les résultats

Le circuit de demande de transport en fauteuil a été remis à plat :



Par ailleurs, 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 été 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.

Enfin, 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.

### **38. Démarrage d'une activité au CHU de Strasbourg**

#### **Le contexte**

Après six années de travaux, le Nouvel Hôpital Civil (NHC) de Strasbourg a accueilli, le 31 mars 2008, son premier patient. Depuis cette période, les équipes du NHC orchestrent le déménagement de certaines activités de l'Hôpital Civil et de l'Hôpital de Hautepierre vers le NHC. Une montée en charge du NHC a été définie dans le but de mettre en place progressivement les nouvelles organisations, dont celle du transport des patients.

A terme, la capacité totale d'hébergement du NHC est d'un peu plus de 700 lits et places d'hospitalisation. D'un point de vue organisationnel, la responsabilité du transport des patients a été transférée de la direction du service des soins infirmiers au pôle de gestion du site.

#### **Les objectifs**

L'objectif de la démarche a été de saisir l'opportunité de l'ouverture du NHC pour repenser entièrement l'organisation du transport interne :

- Mise en place d'un pool de brancardiers (7j/7j, 24h/24h), en abandonnant le principe d'équipes dédiées ;
- Création d'une régulation interne ;
- Accompagnement des équipes à l'appropriation de nouveaux outils (moyens informatiques et de communication) et méthodes (traçabilité des transports).

Notons que le pool a été constitué pour une majeure partie de brancardiers qui étaient, dans les anciennes cliniques de l'Hôpital Civil, rattachés à des unités de soins.

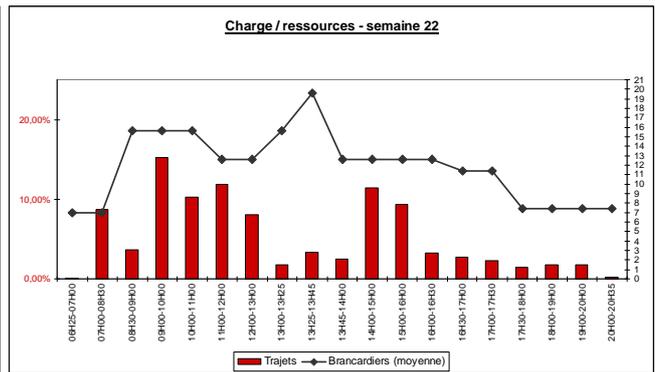
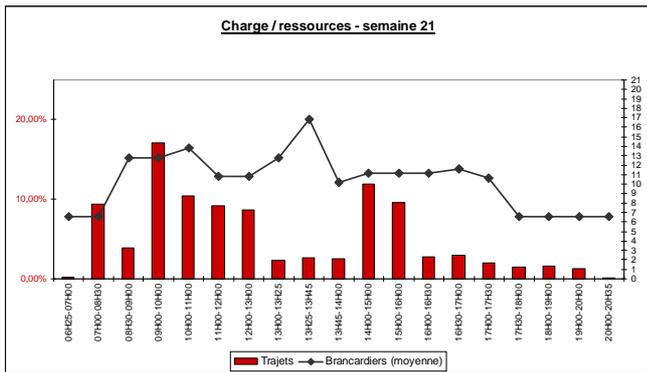
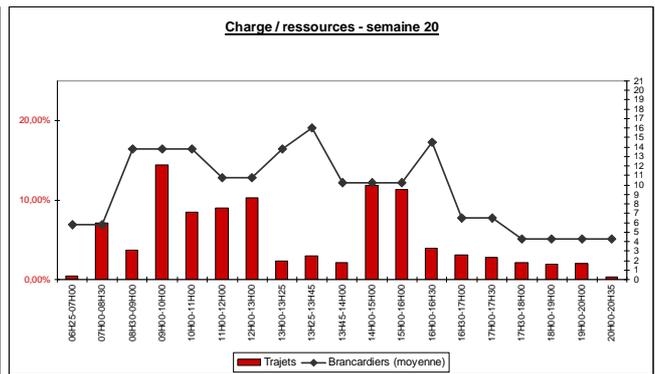
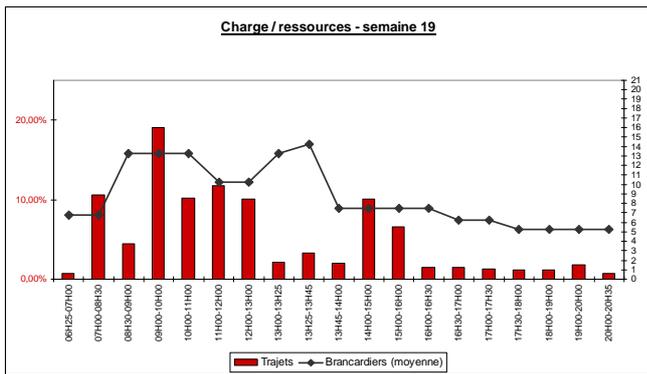
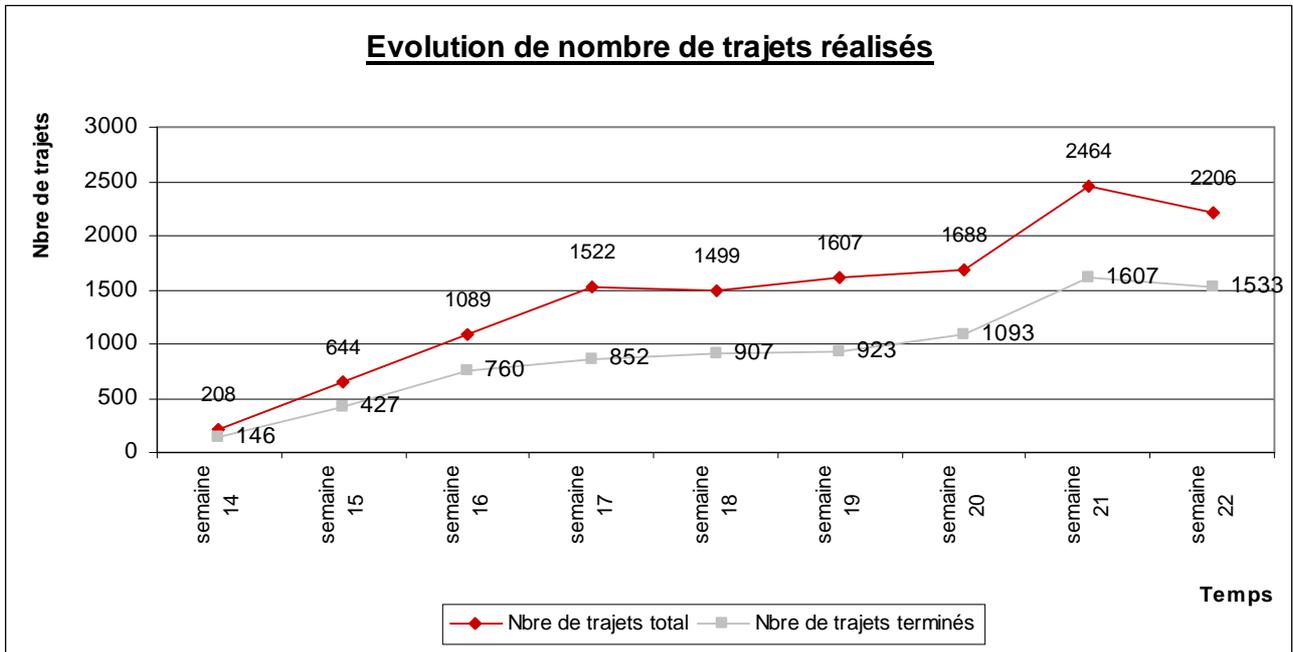
#### **La mise en œuvre**

Les grandes étapes de la mise en œuvre de l'organisation du transport interne sur le NHC sont les suivantes :

- Estimation des effectifs à pourvoir pour l'ouverture du nouveau bâtiment ;
- Recrutement des brancardiers ;
- Projection de la répartition théorique des brancardiers sur les différentes plages horaires ;
- Mise en place du projet d'Informatisation de la régulation.

Sur la base de l'analyse des données de l'application et des difficultés rencontrées, toute la difficulté a consisté à adapter les effectifs théoriques aux besoins :

- Renforcement des équipes :
  - o Création de 3 postes supplémentaires, sur la base d'une contractualisation avec la DRH, visant à la diminution de la part des transports ambulanciers sous traités ;
  - o Création de mi temps l'après midi afin de s'adapter aux modalités de fonctionnement des services prestataires (radiologie, etc.) ;
  - o Aide ponctuelle de la part des équipes de l'hôpital de Hautepierre ;
  - o Aide temporaire apportée par les équipes du SMUR.
- Protocolisation des transports vers le bloc pour les sorties de réanimation ;
- Mise en place de secteurs (étages) pour chaque équipe de brancardage.



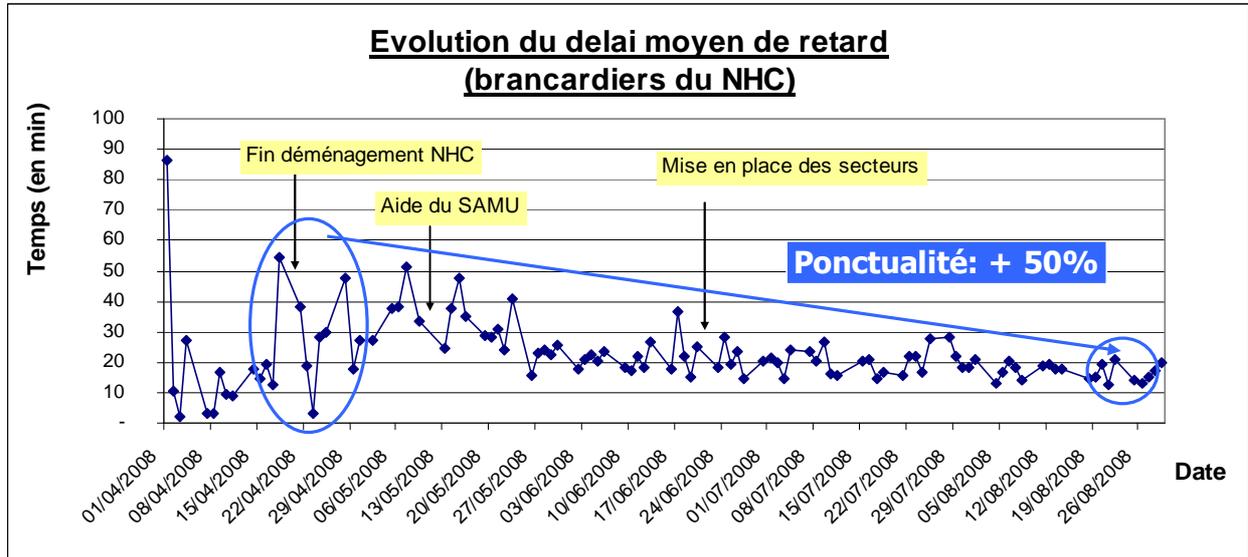
## Les résultats

La motivation de l'équipe de brancardiers fut une des clés de la réussite du démarrage de l'activité au NHC. La réactivité et l'implication du cadre du service auront permis, via un suivi quotidien de l'évolution de l'activité, de gérer et d'ajuster l'activité dans le souci de concilier :

- Une organisation du service de transport interne optimale ;

- Une prise en charge du patient de qualité ;
- Une satisfaction des services de soins quant à la prestation rendue.

Ci-dessous l'évolution de la ponctualité après ouverture du NHC :



De 40 minutes en moyenne en avril 2008 (ouverture du NHC), le délai moyen de retard pour un trajet est début septembre de 20 minutes.

### 3. Chapitre 3 : l'interface avec les services « utilisateurs »

L'activité de brancardage peut se concevoir comme une véritable prestation de service intra hospitalière, jouant un rôle fondamental dans la qualité globale des soins prodigués au patient. Ainsi, celle-ci peut difficilement se concevoir sans inclure dans une réflexion globale les interactions avec les services d'amont et d'aval (services « utilisateurs »). Cette interface est illustrée dans la suite du rapport selon 2 axes majeurs :

- **Sous-chapitre 3.1 : comprendre & s'adapter à l'environnement.**
- **Sous-chapitre 3.2 : définir des engagements réciproques.**

☞ Page 102

☞ Page 120

### 3.1. Comprendre & s'adapter à l'environnement

Le transport interne de patients, en tant qu'activité transversale, est fortement dépendante de l'environnement au sein duquel elle évolue : architecture des locaux, pics et creux de l'activité de soins, vétusté des couloirs et ascenseurs, etc. influent sur la qualité du transport. Le fait que le service de brancardage ne puisse a priori agir sur ces paramètres ne doit pas pour autant inciter à les négliger, nous aborderons dans la suite du guide deux manières de mieux les identifier et donc de mieux les appréhender :

- **Fiche 13 : cibler les flux sensibles.**

☞ Page 103

- **Fiche 14 : identifier les dysfonctionnements majeurs**

☞ Page 107

## Fiche 13. Cibler les flux sensibles

L'activité de transport interne de patients au sein d'un établissement n'est pas homogène. Certains services sont plus demandeurs que d'autres, certains déplacements, en fonction de l'architecture ou du type pavillonnaire, peuvent être plus complexes que d'autres, certains trajets, s'ils doivent emprunter un ou plusieurs ascenseurs communément encombrés, peuvent être plus longs que d'autres. Ainsi, il est fortement conseillé à tout responsable des transports internes d'un établissement qui souhaite entrer dans une démarche d'optimisation de son activité de se focaliser sur les flux qui représentent les plus forts leviers d'amélioration, et de la même manière identifier les services qui seront ses interlocuteurs privilégiés dans une optique de mise à plat d'une relation clients / fournisseurs. Plusieurs angles d'attaque sont possibles pour tenter de hiérarchiser ces flux, les uns n'excluant d'ailleurs pas les autres :

- Selon les plus gros consommateurs : quels sont les trajets qui représentent en volume la charge de travail la plus importante ?
- Selon leur répartition quotidienne : les besoins en trajets évoluent au cours de la journée en fonction du profil d'activité de l'établissement. Y a-t-il des trajets plus critiques que d'autres à certains moments de la journée ?
- Selon ceux qui sont les moins performants : des trajets particuliers peuvent subir de plein fouet des perturbations du type « panne d'ascenseurs », ou alors être soumis à des incidents avec un service « aval » qui très régulièrement n'accueille pas ses patients, etc. Certains trajets « à problème » peuvent-ils faire l'objet d'une réflexion particulière plus approfondie ?

### Hiérarchisation des flux : selon les plus gros consommateurs

Certains services représentent manifestement la plus grosse demande en transports des établissements de santé. Pour mémoire, rappelons les statistiques issues des 16 établissements de la 1<sup>ère</sup> vague MeaH sur le thème du transport interne :

- Imagerie : 26 % ;
- Bloc opératoire : 22 % ;
- Urgences : 11 % ;
- Autres : 41 %.

Ainsi, il apparaît clairement que les principaux cadres responsables des services d'imagerie et des blocs opératoires doivent obligatoirement être sinon intégrés du moins consultés pour toute réflexion menée par le pool de transport interne dans l'optimisation de ses relations avec ses partenaires.

### Hiérarchisation des flux : selon leur répartition quotidienne

Un certain nombre d'activités de l'hôpital ont une intensité variable en fonction de l'horaire de la journée. Ainsi, l'attention et les priorités des gestionnaires doivent se concentrer sur « les bons flux, au bon moment ». Par exemple, les ouvertures de blocs simultanées le matin provoquent un pic d'activité que le service de transport interne doit pouvoir absorber, sous peine de générer retards et perturbation de l'ensemble du programme opératoire de la journée.

### Hiérarchisation des flux : selon ceux qui sont les moins performants

Certains flux, indépendamment du volume d'activité qu'ils représentent, dysfonctionnent plus que d'autres et de manière plus chronique. Dès lors, pourquoi ne pas les identifier et tenter d'y remédier ?

A titre d'illustrations, 2 exemples issus des travaux MeaH :

- **Exemple 39 : autonomisation du déplacement de certains patients valides au Centre Chirurgical Marie Lannelongue.** ☞ Page 104
- **Exemple 40 : amélioration des trajets vers la clinique au CH de Guingamp.** ☞ Page 105

### 39. Autonomisation du déplacement de certains patients valides au Centre Chirurgical Marie Lannelongue

#### Le contexte

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

#### Les objectifs

L'autonomisation des patients valides avait 2 objectifs principaux :

- Diminuer le délai de certains circuits simples et répétés ;
- Alléger la charge de travail des brancardiers.

#### La mise en œuvre

La mise en œuvre s'est déroulée de la manière suivante :

- Identification d'un circuit test : l'enchaînement « radio thorax + exploration fonctionnelle + fibroscopie » concerne une dizaine 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.

#### Les résultats

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.

Madame, Monsieur,

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

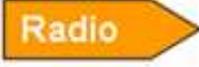
- 1 Lorsque votre infirmière vous aura indiqué que vous êtes attendu(e) pour l'examen, vous vous rendrez seul(e) de votre chambre à la radio en prenant les ascenseurs et en suivant le fléchage.
- 2 Après la radio de thorax, vous irez seul(e) aux EFR, en suivant le fléchage.
- 3 Après l'examen EFR, un 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.

Mme Catherine Moisan – 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.






<p>Date de vos examens : .....</p> <p>Le service où vous séjournez :      <input type="checkbox"/> H2      <input type="checkbox"/> M2</p> <p>Auriez-vous préféré(e) être accompagné(e) pour ces examens ?      <input type="checkbox"/> oui      <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, pourquoi : .....</p> <p>Le fléchage dans les couloirs vous a-t-il permis de trouver votre chemin ?      <input type="checkbox"/> oui      <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si non, pourquoi : .....</p> <p>Le plan vous a-t-il aidé ?      <input type="checkbox"/> oui      <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si non, pourquoi : .....</p> <p>Pensez-vous que d'autres examens pourraient être organisés de la même façon ?      <input type="checkbox"/> oui      <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, lesquels : .....</p>	<p>Si vous n'avez pas l'heure ou pas de stylo, vous pouvez demander aux soignants de chaque secteur de la noter pour vous.</p> <p>Départ de votre chambre : ..... hr..... min</p> <p>Départ de la Radio : ..... hr..... min</p> <p>Départ des EFR : ..... hr..... min</p> <p>Départ de la fibro : ..... hr..... min</p> <p>Retour dans votre chambre : ..... hr..... min</p>
---	--

#### 40. Amélioration des trajets vers la clinique au CH de Guingamp

##### Le contexte

A la suite de la mutualisation des services de chirurgie et du bloc opératoire du CH de Guingamp et de la Clinique, les temps de trajet vers la clinique et les services de chirurgie ont augmenté de 24 minutes par jour, soit une hausse de 20 % de l'activité pour le CH de Guingamp. De surcroît, ces trajets faits en lits mobilisaient 2 brancardiers pour le transport soit une hausse de 25 % de l'activité en termes de temps de transport.

## Les objectifs

L'objectif alors fixé par les responsables du transport interne du CH de Guingamp a été de réussir à absorber la nouvelle charge, malgré l'augmentation des flux.

## La mise en œuvre

Une analyse de l'augmentation des flux et du besoin en ETP supplémentaires a été réalisée. Les calculs ont été présentés à la responsable des ressources humaines, qui a accordé 0,5 ETP jusqu'à la fin du mois de juin. Pour absorber le non renouvellement de ces 0,5 ETP après le mois de juin, l'équipe projet a décidé d'investir dans un appareil d'assistance à la manipulation des lits, permettant le transport d'un lit par un seul brancardier (au lieu de 2).



## Les résultats

Les 0,5 ETP obtenus entre décembre et juin ont permis d'absorber la charge de flux. Le CH a investi en juin dans le nouvel appareil (environ 20 k€), mais cet investissement ne semble pas suffisant à compenser les 0,5 ETP : il apparaît alors nécessaire de réaliser un nouveau calcul de flux avec les trajets réels entre le bloc de la clinique et les services de soins.

D'autres solutions organisationnelles ont été trouvées pour tenter de fluidifier les transports : afin d'améliorer l'anticipation des transports vers le bloc, les IBODE ont proposé de saisir elles-mêmes les demandes de transport dans le système, sans passer par le service de chirurgie qui ne transmet ses demandes souvent qu'une ½ heure avant ledit rendez-vous.

## Fiche 14. Identifier les dysfonctionnements majeurs

Plusieurs natures de dysfonctionnements sont envisageables dans le cadre d'un transport, résorbés et absorbés avec plus ou moins de bonheur en fonction de la souplesse et des bonnes volontés des uns et des autres. Nous pouvons différencier ces dysfonctionnements en 3 catégories : les défaillances internes à l'unité de transport interne, qui relèvent de sa seule responsabilité, les perturbations dues aux interfaces avec les services de soins et médico-techniques, qui ne sont pas du fait des brancardiers mais qui impactent tout de même l'activité de transport interne, et enfin les aléas imprévisibles avec lesquels il faut savoir composer (ascenseur en panne, complications sur un patient en attente de transport, etc.).

6 exemples de démarches d'amélioration menées dans le cadre des travaux MeaH sont présentés ci-après :

- **Exemple 41 : réduction des temps d'attente aux ascenseurs au CH de Seclin.** ☞ Page 107
- **Exemple 42 : anticipation des appels venant de l'endoscopie à la Clinique Sainte Odile.** ☞ Page 108
- **Exemple 43 : diminution de l'attente en sortie des salles de réveil à la Clinique Sainte Odile.** ☞ Page 109
- **Exemple 44 : amélioration de la rotation des dossiers à l'IGR.** ☞ Page 112
- **Exemple 45 : identification des dysfonctionnements au CHU de Dijon.** ☞ Page 115

### 41. Réduction des temps d'attente aux ascenseurs au CH de Seclin

#### Les contexte et objectif

Sans que son impact ait pu être quantifié précisément au CH de Seclin, il est apparu que l'attente aux ascenseurs était un incident relevé régulièrement par les agents, et souvent décrits par l'ensemble de l'équipe, pool et brancardiers dédiés au bloc opératoire, comme un problème récurrent dans leur activité.

Il a donc été décidé de mener des actions visant à prioriser l'utilisation des ascenseurs pour les transports des patients, en réduisant ainsi les temps de trajets globaux et sans perdre de vue les nécessaires confidentialité et intimité du patient.

#### La mise en œuvre

La mise en œuvre a pris la forme d'une campagne de communication auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement :

- Elaboration d'affiches et pancartes pour le self et les ascenseurs incitant les personnels à utiliser plutôt les escaliers... ;
- Information dans le flash info pour accompagner les affiches et les pancartes ;
- Réunion avec les responsables des services techniques, logistiques et pôle hôtelier pour définir les règles d'appel des ascenseurs et un planning d'utilisation.

En outre, des clés permettent dorénavant au brancardier accompagné d'un patient d'être prioritaire dans la desserte des ascenseurs en allant directement à l'étage souhaité.



## 42. Anticipation des appels venant de l'endoscopie à la Clinique Sainte Odile

### Les contexte et objectif

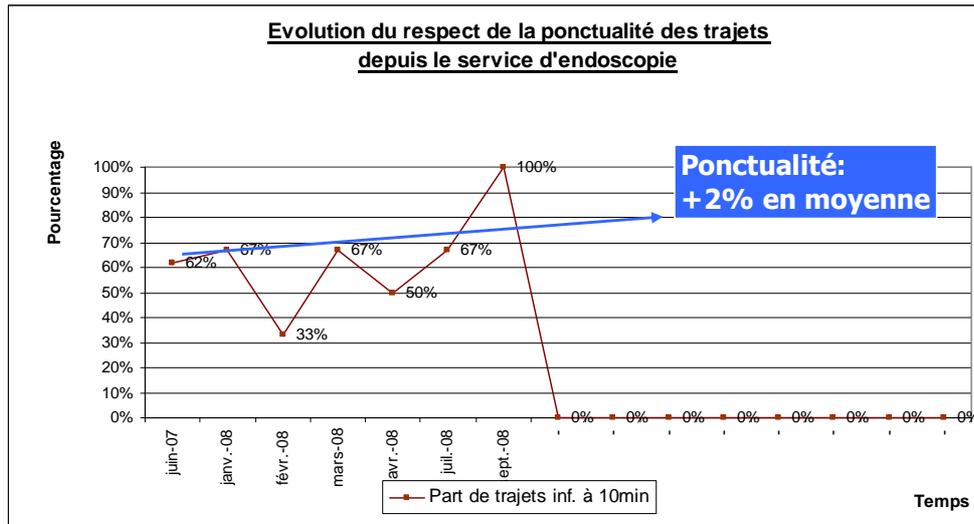
Le service d'endoscopie est le 5<sup>ème</sup> service le plus demandeur de transport de patients à la Clinique Sainte Odile. Pourtant, l'attente du patient hospitalisé par le service d'endoscopie pouvait monter à 20 minutes. Les difficultés rencontrées étaient les suivantes :

- Pour les différents services : répondre avec le minimum de délai à la demande de transport ;
- Pour le service d'endoscopie : anticiper « finement » la demande de transport afin que le patient soit prêt et qu'il n'y ait pas de « temps mort » en salle d'induction.

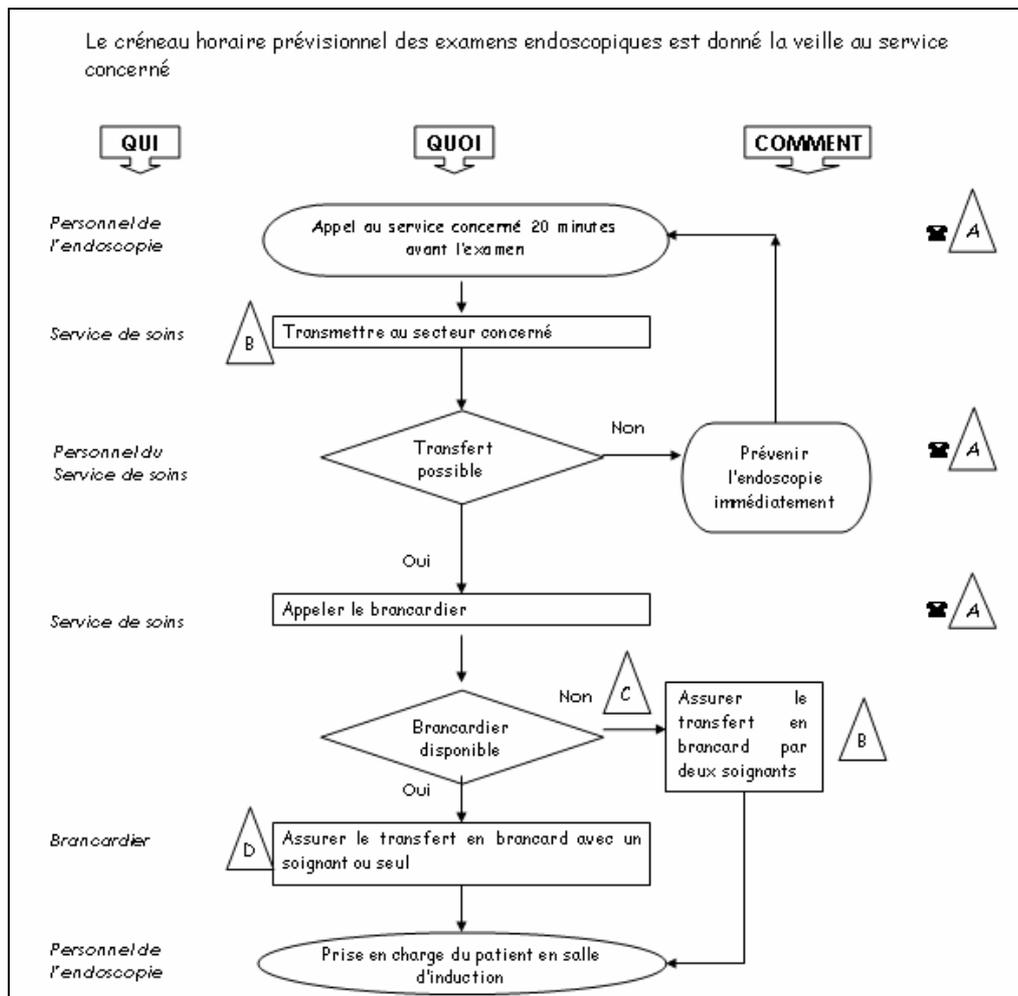
L'objectif a donc été de diminuer le temps d'attente du patient dans la salle d'endoscopie par une anticipation de 20 minutes sur l'heure de demande.

### Les résultats

Le service d'endoscopie en collaboration avec les services de soins a mis en place une procédure d'anticipation de ces demandes de transports. Le service d'endoscopie appelle le service de soins concerné 20 minutes avant l'heure souhaitée de la course. Le relevé mensuel des courses permet de visualiser une augmentation de la ponctualité vers le service d'endoscopie :



Enfin, pour assurer un suivi dans le temps et d'acter ce nouveau mode de fonctionnement, l'équipe projet a réalisé un logigramme de prise en charge d'un patient du service d'endoscopie.



#### 43. Diminution de l'attente en sortie des salles de réveil à la Clinique Sainte Odile

## Le contexte

L'une des salles de réveil de cet établissement, la salle de réveil A, s'avère être le second service le plus demandeur de transport. Lors d'une première phase de diagnostic, de nombreux incidents ont été soulevés :

- Embouteillages devant l'entrée/sortie des salles de réveil ;
- Temps d'attente de prise en charge du patient en sortie de la SSPI trop important.

Un relevé des transports a permis d'objectiver ces ressentis, à savoir une différence entre l'heure de prise en charge du patient en SSPI et l'heure souhaitée de la course qui était en moyenne de 12 minutes (avec des pointes à plus de 40 minutes).

## Les objectifs

Il a donc été décidé de désengorger la sortie de la salle de réveil en permettant une sortie de SSPI en 15 min maximum.

## La mise en œuvre

L'établissement a mis en place un relevé trimestriel spécifique pour les retours de SSPI. Une semaine par trimestre, l'ensemble des équipes a noté les différents temps des courses réalisées depuis la salle de réveil :

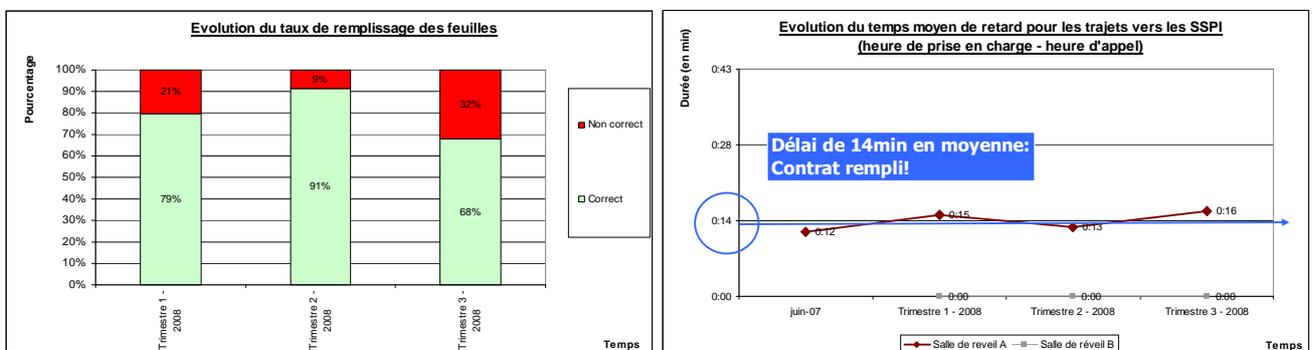
- L'heure d'appel ;
- L'heure d'arrivée constatée ;
- L'heure effective de prise en charge.

Une analyse complémentaire a été réalisée afin de connaître :

- Le taux de remplissage des feuilles de saisie ;
- La répartition des ressources pour ce type de course (brancardier, IDE, AS...).

Les trois relevés effectués au cours de l'année de l'étude ont démontré une implication forte du personnel de l'établissement dans la démarche : en moyenne, près de 80 % de feuilles correctement remplies.

## Les résultats



Le temps d'attente moyen constaté sur la période de mesure a été de 14 min. Afin de mettre en avant les travaux réalisés, et pérenniser ce résultat satisfaisant, l'équipe projet a souhaité rédiger un contrat reprenant les termes des « engagements » des services de soins et de la SSPI.

## ENGAGEMENT MUTUEL CONCERNANT LA SORTIE DES PATIENTS DE SSPI A

### 1\* DEFINITION DE LA PRESTATION

Cette activité met en relation les personnels de SSPI A et du bloc A, les soignants des services de soins et l'équipe de brancardage.

Elle vise à permettre une sortie rapide et sécurisée des patients afin de régulariser l'activité des blocs opératoires et de la SSPI. Mais elle doit également permettre aux services de soins de reprendre en charge les patients opérés sans délai d'attente en salle de transfert.

### 2\* LES CONTRAINTES DES INTERVENANTS

#### A. EN SSPI

- nombre de postes limité à 11
- entrées, surveillance et sorties gérées par la même équipe
- activité des 6 blocs le matin
- enchaînement du programme d'après-midi (4 salles)
- rythme accéléré en fin de créneaux opératoires (chirurgien sur 2 salles, interventions de courte durée...)

#### B. AUX BLOCS OPERATOIRES

- maintien du programme annoncé avec obligation de faire admettre le patient en SSPI pour poursuivre le programme

#### C. LES SERVICES DE SOINS

- activité non précisément programmable (horaires variables de retours)
- activité à conjuguer avec les contraintes du service (toilette, soins, pansements, visites des médecins, famille...)
- disponibilité au moment de l'appel
- moment des transmissions de relève d'équipe (13h45 / 14h voire 14h15, et 20h30 / 20h45 voire 21h)
- les admissions du matin opérées dans la foulée à préparer
- les admissions du service des urgences à gérer

#### D. L'EQUIPE DE BRANCARDAGE

- être disponible au moment du retour
- l'activité du transport des patients vers le bloc est une activité prioritaire pour l'équipe

### 3\* LES ATTENTES DES INTERVENANTS

#### A. LA SSPI

- prise en charge du patient par le service concerné dans le quart d'heure qui suit l'appel
- si le service ne peut tenir cet engagement en avertir DE SUITE l'équipe de SSPI pour réajustement.

#### B. LES BLOCS OPERATOIRES

- poursuivre le programme opératoire **sans temps** d'attente

#### C. LES SERVICES DE SOINS

- ne pas attendre en salle de transfert
- que le protocole de sortie soit validé
- que le patient soit prêt

- essayer de respecter autant que possible le temps de transmissions dans les services

#### D. L'EQUIPE DE BRANCARDAGE

- être sollicité par les services de soins pour les retours
- compréhension des services si non disponible pour ce transport de patient

### 4\* LES ENGAGEMENTS RECIPROQUES

#### A. LA SSPI

- respect de 5 minutes d'attente entre deux appels de sortie
- essayer de respecter le temps des transmissions dans les services

#### B. LES BLOCS OPERATOIRES

- favoriser un dialogue dans le respect des contraintes des uns et des autres

#### C. LES SERVICES DE SOINS

- répondre à la demande de sortie dans le quart d'heure (plus ou moins 5 minutes)
- avertir **immédiatement** si indisponible pour le retour
- accepter les sorties jusqu'au temps des transmissions (maximum 13h35 pour le matin et maximum 20h20 pour l'après-midi)
- en cas d'urgence dépêcher une soignante dans les meilleurs délais pour désengorger la SSPI

#### D. L'EQUIPE DE BRANCARDAGE

- poursuivre le travail engagé avec le souci de maintenir le niveau de performance actuel

### 5\* PERFORMANCE RECHERCHEE ET ATTENDUE

- une prise en charge dans les meilleures conditions du patient et une entente harmonieuse des intervenants pour une efficience et une efficacité réciproques.

## **44. Amélioration de la rotation des dossiers à l'IGR**

### **Le contexte**

L'une des particularités de l'IGR est sa configuration sur 18 étages en monobloc. Il dispose d'un système TAD : Transport Automatisé des Dossiers. 8,5 ETP sont dédiés aux tâches liées au TAD, telles que :

- o Réceptionner, trier et distribuer les dossiers médicaux, documents, courriers et prélèvements acheminés par le TAD, par des rotations régulières au niveau de l'étage ;
- o collecter et expédier les dossiers médicaux, documents, courriers et prélèvements via le TAD,
- o Transporter, en cas de panne du TAD ou de la boullisterie, les examens, les dossiers des malades hospitalisés et les résultats d'examen,
- o Acheminer les produits sanguins de la transfusion vers les services,

Le contrôle du fonctionnement du TAD est également effectué par le service brancardage (PC de surveillance au poste de régulation). Lors de la détection d'un problème, le régulateur appelle les services techniques qui assurent la maintenance de 9h00 à 17h00.

Des attentes ont été notées par rapport au TAD, en particulier un dossier demandé l'après-midi pour le lendemain n'arrive pas toujours à temps. La rotation des dossiers s'arrête à 18H. Il n'y a pas de rotations de dossiers au niveau du plateau de consultations.

Par ailleurs, il n'y a pas de rotations de dossiers sur le plateau de consultation : lorsqu'un patient vient pour une consultation puis passe une radio ou a une intervention chirurgicale le même jour, le dossier est transmis par les Secrétaires Médicales Administratives (SMA) qui doivent se déplacer. Lorsque les rendez-vous se succèdent, un brancardier accompagne le patient avec son dossier.

### **Les objectifs**

L'objectif était d'améliorer la rotation des dossiers au niveau du plateau de consultations notamment en cas de rendez-vous multiples d'un patient dans différents étages dans la même journée, ainsi que permettre l'arrivée à temps d'un dossier demandé à J (après-midi) pour J+1.

## La mise en œuvre

Les différentes tâches des intervenants ont été analysées :

	Assistante médicale	Secrétaire médico-administrative	Brancardier	
8h30	Descente des dossiers au plateau de consultations	Revue du listing dossiers pour le lendemain	Réception des valises, tri des dossiers par service	
	<table border="1"> <tr> <td>Saisie des comptes rendus des médecins</td> <td>Transmission d'un dossier</td> </tr> </table>	Saisie des comptes rendus des médecins	Transmission d'un dossier	Appel des services qui ont un dossier pour qu'ils le transmettent via le TAD à la consultation prévue transmission des dossiers aux services demandeurs
Saisie des comptes rendus des médecins	Transmission d'un dossier			
18h	Réponse aux appels téléphoniques et prise de rdv	Récupère les dossiers aux archives		
	Remontée des dossiers le soir	Préparation des dossiers pour la consultation		
	Transfert des dossiers nécessaires pour le lendemain			

Avec la participation des SMA et des brancardiers, un recueil a été réalisé et saisi pour connaître les dysfonctionnements majeurs et pour connaître le temps passé par le dossier à chaque étape.

Heure Rotation	Nombre dossiers reçus	Nombre de dossiers expédiés	Nombre de transfusions	Nombre transports patients valides	Observations / incidents / causes de retard
A	B	C	H	I	H

Cette étude a permis d'analyser la répartition de la rotation des dossiers par étage et dans la journée qui montre une certaine régularité. L'analyse sur le cheminement du dossier montre que les retards dans la transmission des dossiers étaient dus au traitement du dossier avant son envoi par rotation, plutôt qu'à la rotation en elle-même.

## Les résultats

Les problèmes de rotation du rez-de-chaussée ont été en partie palliés par la mise en place d'un poste de rotation à ce niveau. Une réflexion est actuellement en cours pour optimiser le circuit du dossier et réduire les manipulations qui lui sont liées.

## 45. Identification des dysfonctionnements au CHU de Dijon

### Le contexte

Le CHU de Dijon dispose d'outils de suivi de l'activité : un logiciel interne permet une identification et une traçabilité des flux. La configuration particulière du site induit des flux très complexes : environ 5 500 trajets différents sont possibles, 10 % des configurations représentant 80 % des flux.

### Les objectifs

Trois types d'objectifs sont visés :

- Identifier les types de dysfonctionnements et leurs fréquences ;
- Mettre en place des processus d'amélioration pour limiter les dysfonctionnements les plus fréquents ;
- Identifier les bonnes pratiques de certains services pour mettre en place des plans d'action d'amélioration auprès des autres services.

### La mise en œuvre

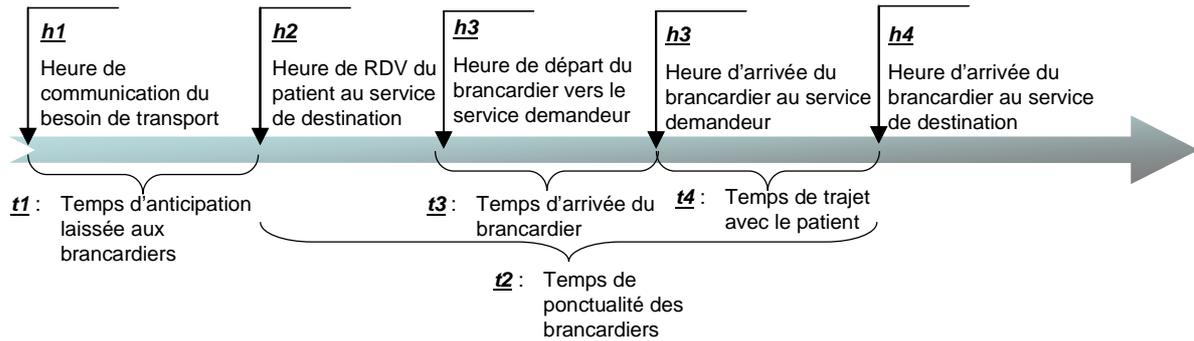
Un recueil a permis de saisir les dysfonctionnements. Ce recueil d'activité a été réalisé pendant 2 semaines par les brancardiers afin d'approfondir l'analyse de leur activité avec la distribution des avances et retards et le lien avec les services demandeurs.

L'heure de saisie et l'heure du rendez-vous sont extraites de l'outil de saisie des demandes, le brancardier note sur une feuille à chaque trajet son heure d'arrivée dans le service demandeur, son heure d'arrivée dans le service de destination ainsi que les dysfonctionnements ou commentaires qu'il souhaite signaler.

Etabl. :		Journée du :		Ressource		n° feuille :	
Heure de saisie	Origine	Destination	Heure du RDV	Heure d'arrivée du brancardier dans le service demandeur	Heure d'arrivée du brancardier dans service destination	Observations / incidents / causes de retard	
A	B	C	D	E	F	G	



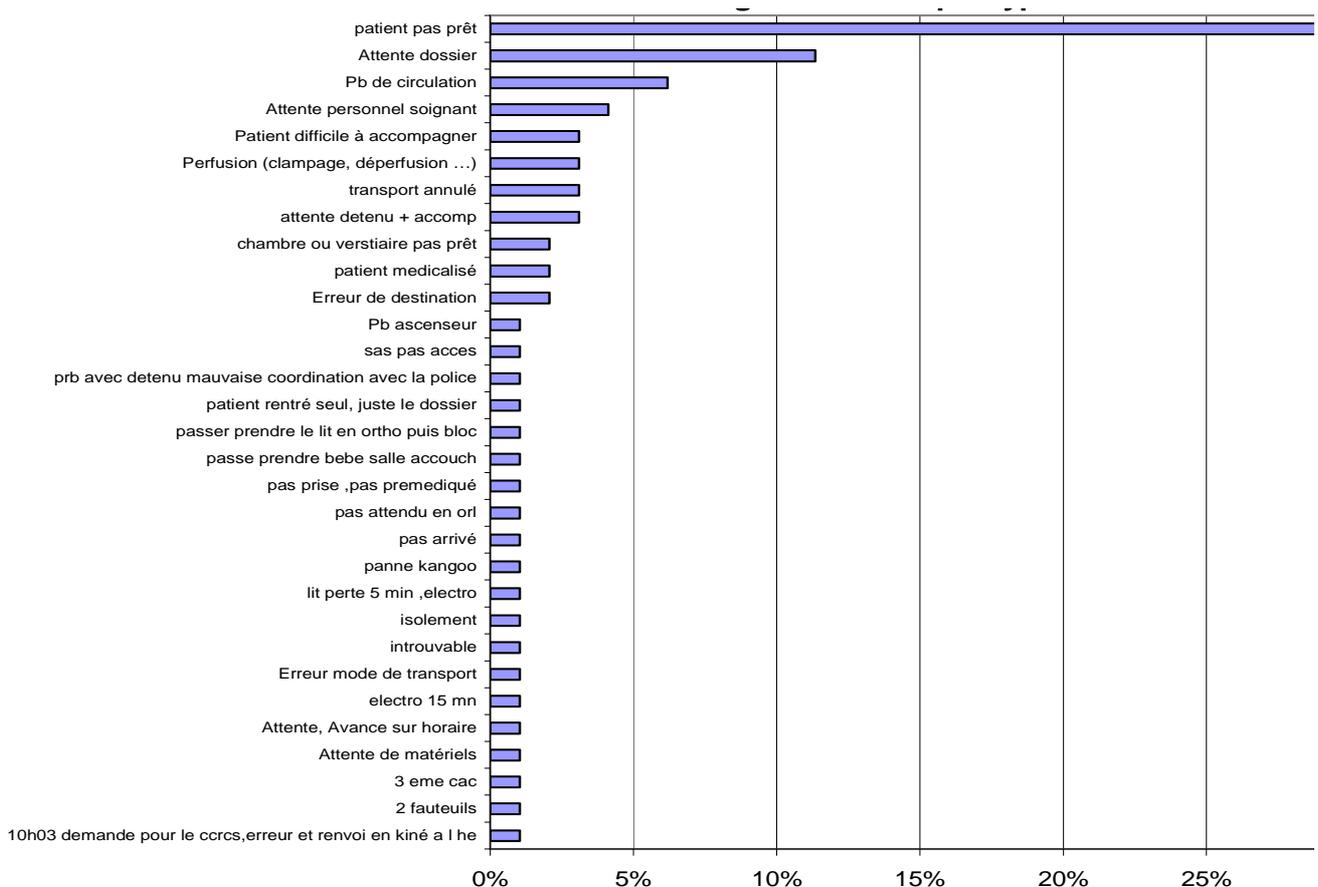
Ce recueil permet de calculer les différents temps du schéma ci-dessous : le temps d'anticipation laissé au brancardier, le temps d'arrivée du brancardier vers le service demandeur, le temps de trajet avec le patient et enfin le temps de ponctualité des brancardiers (retard ou avance) qui correspond à la performance du service.



En accord avec les services de soins, les brancardiers ont noté des commentaires sur le recueil, notamment lorsqu'ils observaient un dysfonctionnement. A ce sujet, 4 causes majeures de dysfonctionnements représentent 60 % des perturbations :

- Pour 13 % des flux et 40 % des dysfonctionnements, le patient « non prêt » dans le service origine du trajet ;
- L'attente liée à la non préparation du dossier ;
- Les problèmes de circulation ;
- L'attente du personnel soignant dans le service.

Le dysfonctionnement lié à la non connaissance au préalable des patients en isolement infectieux est peu mentionné. Cependant ce problème est récurrent et mérite de faire l'objet d'une réflexion.



## Les résultats

Face à ce constat, les responsables du transport interne ont entamé une véritable sensibilisation des services afin que la préparation des patients soit plus systématiquement anticipée avant l'arrivée du ou des brancardiers. Afin d'assurer la pérennité de cette pratique, celle-ci a été clairement mentionnée dans des contrats passés avec les services « utilisateurs » : à titre d'illustration, ci-après un extrait du contrat passé avec la chirurgie.

## Définition de la prestation

Cette activité confiée au STP est gérée selon les procédures et règles en vigueur pour les transports assurés par STP. Les règles appliquées sont communes à tous les transports réalisés par le STP pour toutes les unités du CHU.

Pour mémoire : l'activité du STP est dévolue uniquement au transport des patients ; le transport des matières et autres prélèvements est confié à la Direction des Services Logistiques.

Le personnel qui réalise les brancardages est géré par le STP. Le profil de poste de ces agents a été défini par ce service et il est conforme à la référence définie dans le répertoire des métiers (référence répertoire des métiers : Code métier 1A106 ou 3G301).

## Périmètre de l'activité

### Brancardage dans le cadre de l'activité normale

Le STP assure tous les brancardages et transports de patients entre le bloc opératoire et les autres unités du CHU.

### Brancardage dans le cadre de l'urgence vitale

Le STP peut être sollicité en première intention mais faute de réponse immédiate les brancardages sont réalisés par l'unité de soins compte tenu du caractère immédiat de son traitement et de l'accompagnement spécialisé du patient.

## Flux d'information

- la demande de transport interne doit être exprimée par informatique dans le logiciel PTAH de demandes de transport (**pas de demande, pas de transport**),
- toutes les actions liées au traitement du flux d'information (émission, traitement des demandes, suivi des demandes) sont tracées par le STP et peuvent être transmises à l'unité qui en exprime le besoin,
- la répartition des transports est assurée par la régulation centralisée du STP selon les critères de priorité appliqués à tous les transports de patients (cf. « Annexe 1 »),
- le recours au n°93430 (régulation du STP) est possible pour obtenir une information sur les délais ou pour une assistance concernant le logiciel PTAH,
- les demandes de transport sont effectuées avec le plus possible d'anticipation :
  - au minimum un jour avant pour les allers (un délai incompressible de 20 mn entre l'heure de saisie de la demande et l'heure de rendez-vous est imposé par le logiciel),
  - au maximum 2 heures avant pour les retours.
- les modifications d'heure de rendez-vous des patients sont faites par les unités dans l'intranet ou, pour l'heure qui précède le rendez-vous), directement par téléphone auprès du régulateur.

## Flux physiques

### Généralités concernant le STP

Aucune équipe de transport ne reste à demeure dans le bâtiment : le volume de transports est insuffisant pour constituer un pool de brancardage dévolu à ce bâtiment.

Le régulateur STP est le seul à pouvoir définir l'équipe de transport et sa composition (une ou deux personnes) qui réalise le brancardage. Il le fait en appliquant le principe de la mise à disposition la plus rapide possible (cf. Annexe 1).

Les équipes de soins ne peuvent exprimer directement une demande de transport à une équipe de brancardage du STP sans passer par l'intermédiaire du logiciel et du régulateur (perte de traçabilité, désorganisation générale de la répartition des transports en cours et à venir).

### Description de la phase opérationnelle

- dans l'unité de départ (hospitalisation ou consultation) :
  - le patient est préparé et informé de son transfert par le personnel de soins,
  - le dossier patient éventuel est préparé avant la prise en charge,
  - le patient est pris en charge dans sa chambre par l'équipe de brancardage,
  - la prise en charge s'effectue en collaboration avec le personnel de l'unité,
  - le patient peut être cheminé dans son fauteuil de chambre ou dans son lit repéré à son nom lorsque ce dernier matériel passe ensuite en SSPI (confort du patient et réduction des manipulations),

- l'identification du patient par l'équipe de transport doit être effective et sécurisée à la prise en charge : le STP recommande le **port systématique du bracelet d'identification** qui reste le moyen le plus fiable pour la garantir,
- l'équipe de transport assure la manutention, la sécurité et la surveillance du patient, la pérennité des prescriptions en cours (fonctionnement des voies d'abord, oxygénothérapie, drainages, appareillages) ; elle ne peut réaliser des actes paramédicaux ou médicaux),
- arrivée au bloc opératoire :
  - l'équipe de transport s'arrête à l'entrée du bloc (sauf à la demande du personnel soignant qualifié),
  - l'équipe de transport informe l'équipe de soins de l'arrivée du patient,
  - l'équipe de transport est accueillie par le personnel du bloc, **l'identité du patient** est vérifiée,
  - à l'entrée du bloc, le patient est installé directement sur le brancard du service (lieu de transfert défini par l'encadrement du bloc) par l'équipe de brancardage en collaboration avec le personnel de soins (confort du patient et réduction des manipulations)
  - l'équipe de transport transfère le lit inoccupé vers la SSPI ou le réintègre dans l'unité d'origine selon le souhait exprimé par le personnel du bloc opératoire (les fauteuils sont systématiquement réintégrés dans la chambre du patient par l'équipe de brancardage),
  - l'équipe de transport rapporte le lit dans l'UF de départ si le patient ne retourne pas dans celle-ci à l'issue de l'intervention,
- au départ du plateau technique :
  - lorsque le patient ne retourne pas dans son unité d'origine à l'issue de l'intervention, l'équipe de transport va chercher son lit (à signaler par le personnel de soins qui effectue la demande de retour informatique),
  - pour la SSPI, l'équipe de transport prend en charge le patient et son dossier en salle de réveil et **vérifie l'identité du patient**.

#### Type de transport

- Transport à destination du bloc : l'équipe de transport assure seule le brancardage du patient (sauf cas particulier nécessitant une surveillance médicale ou paramédicale permanente),
- Transport à la sortie de SSPI : l'équipe de transport assure seule le brancardage du patient (sauf cas particulier nécessitant une surveillance médicale ou paramédicale permanente).

#### Mode de transport

- il est défini par l'unité demandeuse,
- 5 modes de transports sont possibles : M (patient valide), F (patient en fauteuil pouvant se mobiliser avec de l'aide), F+F (patient en fauteuil personnel ou en fauteuil de chambre), B (patient allongé en brancard), L (patient allongé en lit),
- les transports des patients en lit adulte ou brancard sont réalisés à deux personnes, les autres transports par un seul agent,
- les transports allongés à destination du bloc sont demandés en lit (L),
- il n'y a pas lieu de systématiser le transport allongé qui doit répondre à un besoin ou une nécessité et non à un choix maximaliste par défaut.

## 3.2. Définir des engagements réciproques

Comme certains établissements du chantier l'ont déjà expérimenté, une relation « utilisateurs / fournisseur », matérialisée sous la forme de simples échanges ou de conventions et contrats passés entre le service de brancardage et ses services « utilisateur » peut avoir un impact important sur la performance globale de l'activité de brancardage. Pour mener à bien cette démarche, il convient pour chacune des parties de faire preuve d'empathie vis à vis des contraintes de l'autre : nous développerons cette notion dans la suite du guide à travers les 2 fiches suivantes :

- **Fiche 15 : partager.**

☞ Page 121

- **Fiche 16 : contractualiser.**

☞ Page 130

## Fiche 15. Partager

Au regard de l'analyse qui peut être faite de la revue d'incidents des établissements des chantiers MeaH, il apparaît clairement que les défaillances internes et les aléas imprévisibles restent finalement à la marge au regard du volume global de dysfonctionnements. En effet, si l'on exclut la problématique de la ponctualité des brancardiers, largement évoquée plus haut dans le guide, et si l'on convient que l'imprévisible ne peut, par définition, être anticipé, il semble qu'un véritable levier d'amélioration de la prestation globale soit l'amélioration de la coordination entre les agents de transport et les services demandeurs. « *Patients pas prêts* », « *attentes des dossiers* », « *attente du personnel soignant* » : autant de perturbations qui pourraient être évitées par une meilleure collaboration de l'ensemble des parties prenantes.

Ci-après quelques illustrations d'établissements sensibilisés à cette démarche :

- **Exemple 46 : harmonisation des demandes de transports aux Hôpitaux Civils de Lyon.** ☞ Page 121
- **Exemple 47 : rapprochement avec l'imagerie pour un suivi d'activité au CH de Dunkerque.** ☞ Page 124
- **Exemple 48 : optimisation de la relation entre la radiologie et les services à la Clinique Sainte Odile.** ☞ Page 126
- **Exemple 49 : évaluation de la prestation de transport interne au CH de Seclin.** ☞ Page 128

### 46. Harmonisation des demandes de transport aux Hôpitaux Civils de Lyon

#### Le contexte

Les transports de patients pour les plateaux techniques d'imagerie lourde n'étaient pas traités en priorité par rapport aux autres transports aux Hôpitaux Civils de Lyon. Des délais d'attente inacceptables au regard du coût horaire d'exploitation de ces installations médico-techniques ont ainsi parfois été observés. Par ailleurs, un changement de chef de service de l'imagerie a été vu comme une opportunité de remettre à plat l'ensemble des processus de prise en charge de ces patients.

#### Les objectifs

L'objectif a été de 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.

#### La mise en œuvre

La première étape a consisté 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 a pu commencer :

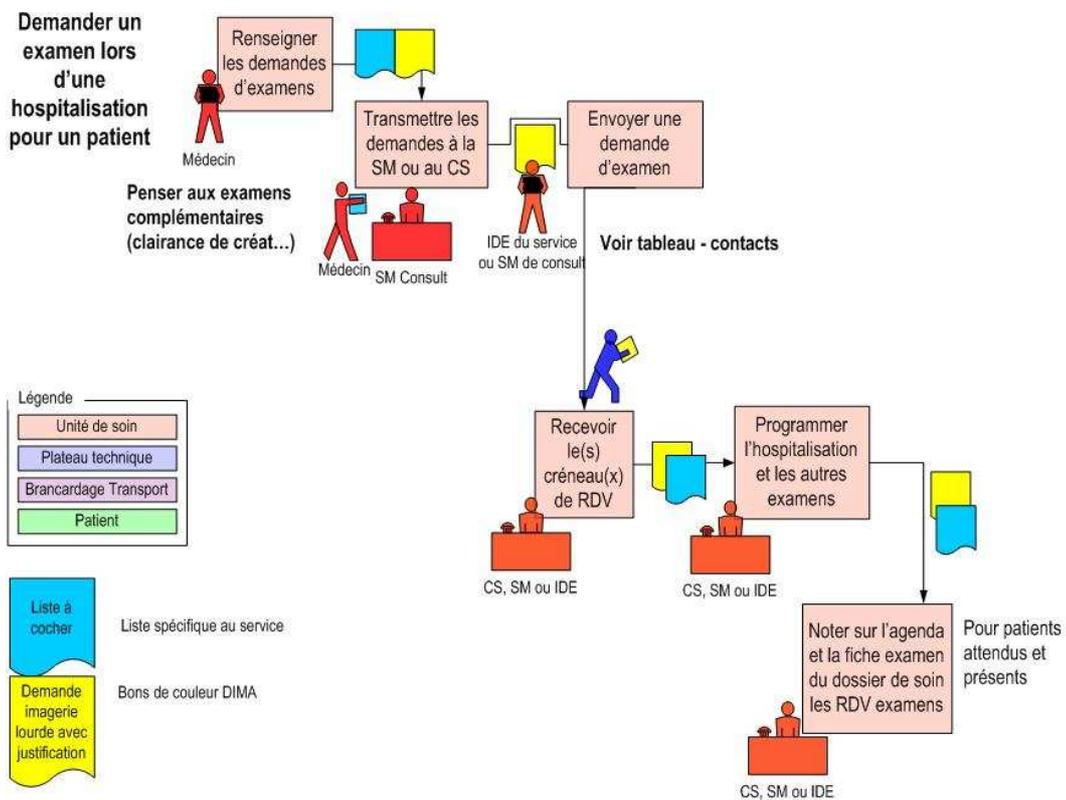
- Identification des bonnes pratiques à partir de l'observation de quelques unités de soins représentatives ;

- 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.

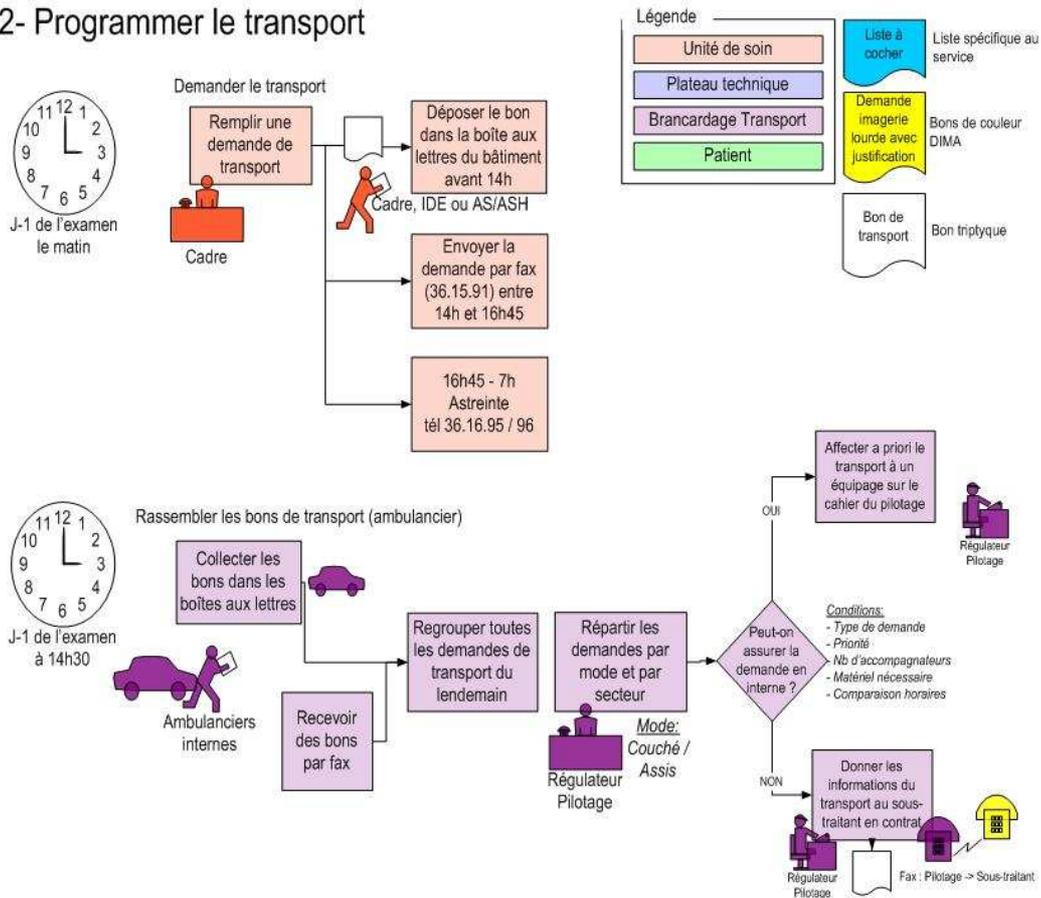
## Les résultats

La campagne de communication a permis aux acteurs de se reposer un certain nombre de questions et d'harmoniser des pratiques bien souvent hétérogènes. L'amélioration des délais d'attente, notamment relatifs aux plateaux techniques, est indéniable : le ressenti et la satisfaction des professionnels sont au rendez-vous.

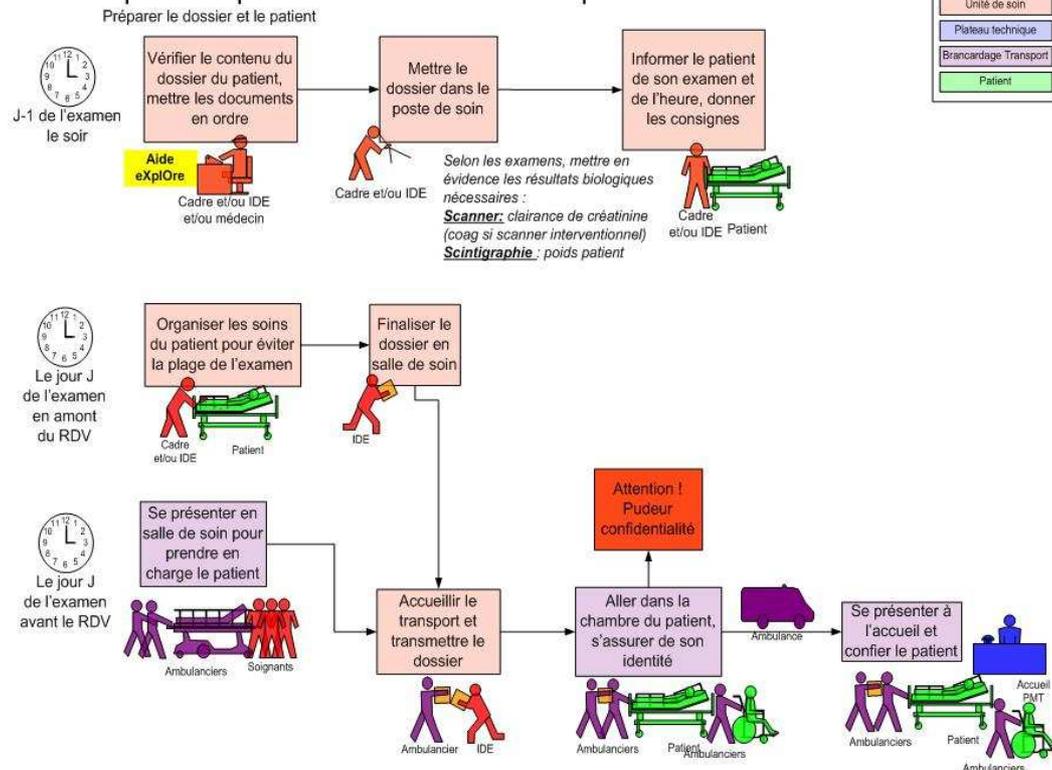
### 1- Demander et programmer un examen



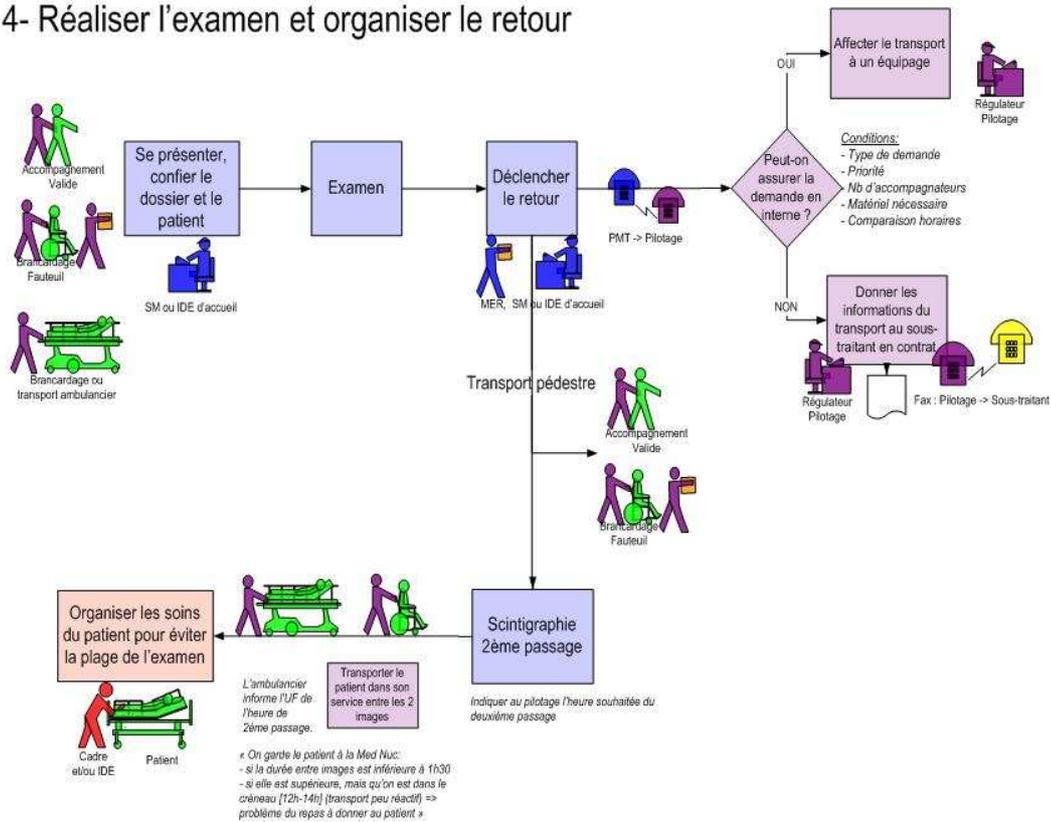
## 2- Programmer le transport



## 3- Préparer le patient et réaliser le transport



#### 4- Réaliser l'examen et organiser le retour



#### 47. Rapprochement avec l'imagerie pour un suivi d'activité du CH de Dunkerque

##### Le contexte

Un dispositif informatique pour le plateau d'imagerie conventionnelle et lourde a été déployé au CH de Dunkerque. Ce dernier s'est substitué 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.

##### Les objectifs

La volonté des responsables du transport interne a été de saisir l'opportunité de cette 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.

##### La mise en œuvre

La mise en œuvre s'est déroulée en 4 étapes :

- 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.

## Les résultats

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.

## Le 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**

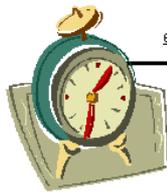
Activité de l'imagerie - Salles A à D

**1 155** patients au total

au **dimanche 10/12/2006**

dont **520** patients avec transport soit **45%**

**DUREES  
ENTRE LES  
ETAPES DE LA  
PRISE EN  
CHARGE R.I.S.**



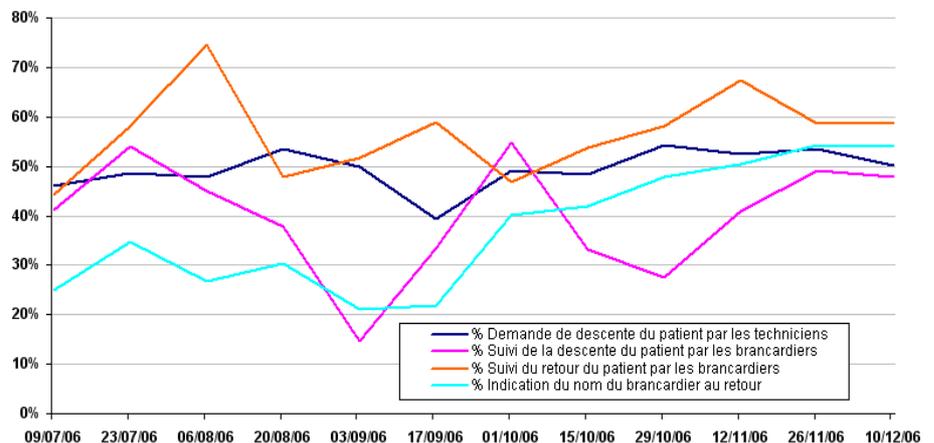
moyenne en minutes	24.1	moyenne 12.8	moyenne 15.8	moyenne 32.1
Délai moyen entre la demande de descente et le départ du BC		Durée moyenne du brancardage à la descente	Durée moyenne entre l'arrivée du BC et la demande de retour	Délai moyen entre la demande de retour et le départ du BC
<b>0.15</b> mini				<b>1.17</b> mini

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



<b>50%</b>	<b>48%</b>	<b>97%</b>	<b>59%</b>	<b>96%</b>	<b>54%</b>
% Demande de descente du patient par les techniciens	% Suivi de la descente du patient par les brancardiers	% Demande de retour du patient par les techniciens	% Suivi du retour du patient par les brancardiers	% Indication du nom du brancardier à la descente	% Indication du nom du brancardier au retour

Suivi des évolutions de 4 indicateurs sur les 6 derniers mois



#### 48. Optimisation de la relation entre la radiologie et les services à la Clinique Sainte Odile

##### Le contexte

Avec 15 % des demandes de trajets, l'imagerie de la Clinique Sainte Odile est le troisième service le plus demandeur de transport de patients. Signalons qu'il s'agit d'un prestataire externe de la clinique. En pleine croissance à la suite à l'ouverture du service des Urgences, le service de radiologie ainsi que les services de soins de la Clinique Sainte Odile n'avaient pu prendre le temps d'évoquer les dysfonctionnements relevés dans le transport des patients. Les problématiques concernaient :

- Les horaires d'ouverture du service de radiologie ;
- Les délais d'attente ;
- L'organisation même entre le service de radiologie et les services de soins.

Le taux de ponctualité (heure d'arrivée dans le service destinataire – heure souhaitée < 10 minutes) était de 59 %, soit près de 2 courses sur 5 qui pouvaient être considérées comme prises en charge « en retard ».

##### Les objectifs

L'objectif a alors été de comprendre les pratiques et difficultés des 2 « parties » afin de tendre vers un service optimal pour les patients de radiologie, les services de soins et le service de radiologie.

### La mise en œuvre

Les échanges entre le service de radiologie et les services de soins ont été réalisés lors d'ateliers de travail spécifiques. Cette action était considérée par tous comme un projet à part entière au sein de l'étude MeaH. Afin de préparer au mieux ces séances de travail, la responsable du service de brancardage a recueilli auprès des autres cadres de services les dysfonctionnements rencontrés.

L'ordre du jour des ateliers était le suivant :

- Retour sur les données chiffrées du transport des patients, issu d'un recueil des transports en routine ;
- Attentes du service de radiologie et des services de soins ;
- Actions d'amélioration à mettre en place : actions « flash » et actions dans la durée.

Ci-dessous la trame des ateliers de travail avec le service de radiologie :

Attentes		Actions	
<b>SERVICE DE RADIOLOGIE</b>			
Les services de soins pourraient programmer davantage de rendez vous	1. Renvoyer les info sur les bons: - Consolidé un n et le faire valider 2. Comptabiliser le dans une journée hospitalisés		
Entre 8h et 9h, il n'y a pas assez de patients hospitalisés	Un point d'inform de services va être sur ce sujet: act		
<b>SERVICES DE SOINS</b>			
Ouverture du service de radiologie entre 12h et 14h (Demande approuvée par la direction de la clinique)			
Possibilité de faire des radios de contrôle PTG/PTH entre 10h et 11h à J 4	<b>Cf. action n°1</b>		

Les actions d'amélioration à mettre en place ■			
Attentes	Actions « flash »	Actions dans la durée	Sans action possible
<b>SERVICES DE SOINS (suite)</b>			
Possibilité de faire des radios de contrôle du thorax après 8h30		Descendre les bons le soir à <b>16h30</b> et en « contrepartie » le service de radiologie téléphone aux services concernés afin de pouvoir prendre 1 à 2 patients le lendemain matin	Contrainte avec les petits déjeuners et la localisation du service
Diminuer le temps d'attente des malades qui sont convoqués à 13h30 (PTG/PTH)	Un point d'information va être effectué au service d'admission sur ce sujet ( <b>à revoir avec le bureau d'admission</b> )		
Diminuer le temps d'attente trop long de certains examens programmés		<b>A surveiller</b>	Ce constat est en relation avec la période d'essai de programmation
Respecter les horaires des rendez vous pour les patients d'ambulatorio	Attente à remonter à l'équipe projet <b>MeaH Ambulatoire</b>		
Possibilité pour les patients de remonter avec leurs clichés			Pas souhaitable d'un point de vue médicaux légal
Prioriser les examens lors de suspicions de phlébite		<b>Comptabiliser le nombre de cas puis prioriser</b>	
Dans le cas d'une chute d'un opéré faire les examens dans les meilleurs délais	Ajout sur le bon de commande de l'intitulé " <b>chute</b> "		
Etre vigilant aux problèmes liés aux patients sous oxygène	Ajout sur le bon de commande de l'intitulé " <b>oxygène</b> "		

### Les résultats

Les différents ateliers de travail ont permis :

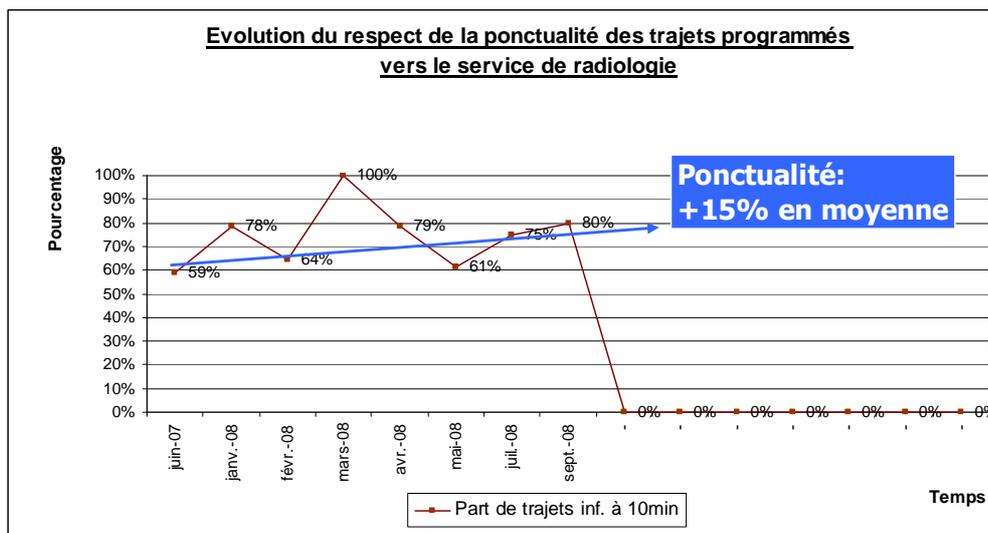
- De créer un lieu d'échange entre les services et le service de radiologie ;
- De comprendre les modes de fonctionnement de chacun des services ;
- D'analyser les dysfonctionnements.

Les 2 actions d'amélioration majeures ont été :

- La descente des bons de radiologie la veille de l'intervention pour les radios programmés ;
- La mise en place d'un cahier de rendez vous pour les radios de contrôle post opératoire.

La réalisation de ces actions a donné lieu à une amélioration nette du taux de ponctualité des trajets vers le service de radiologie. En moyenne, la ponctualité a augmenté de 15 % par rapport au lancement de l'étude (juin 2007). Aujourd'hui, en moyenne 3 courses sur 4 sont « à l'heure ».

Ci-dessous l'évolution de la ponctualité des trajets vers le service de radiologie :



#### 49. Evaluation de la prestation de transport interne au CH de Seclin

##### Les contexte et objectifs

Au regard des actions de réorganisation ayant été mises en œuvre au CH de Seclin, il a paru important de faire un point formel sur la satisfaction des services de soins. L'objectif était alors de :

- Valoriser l'activité des agents vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres donneurs d'ordres ;
- Objectiver un certain nombre de remarques orales.

##### Les résultats

Un questionnaire a été rédigé, les réponses des soignants ayant été recueillies au cours d'une action « coup de poing » sur une seule journée : 50 questionnaires ont ainsi été collectés.

## Questionnaire satisfaction des services / prestation brancardage

*Il y a 1 an que le « chantier MEAH » / à l'organisation du travail des brancardiers est en cours, nous souhaiterions faire un bilan d'étape.*

*Pourriez vous svp répondre à ce questionnaire merci*

**Selon vous, la prestation brancardage s'est elle améliorée ?**

**Coter de 1 (TB) à 4 (MÉDIOCRE)**

**1    2    3    4**

*Entourer le chiffre*

**Citez les points qui se sont améliorés**

**Citez les points qui se sont dégradés**

**Citez des propositions  
d'améliorations**

A la question « selon vous la prestation brancardage s'est elle améliorée ? », les réponses furent :

- 12 % de réponse 1 ;
- 69 % de réponse 2 ;
- 16 % de réponse 3 ;
- 2 % de réponse 4.

Les commentaires les plus fréquents concernant les points qui se sont améliorés furent :

- La bonne prise en charge des mamans et des bébés ;
- L'utilisation des pochettes bleues pour respecter la confidentialité des patients ;
- La réinstallation du patient ;
- L'attention portée à la pudeur des patients ;
- L'adaptation du matériel (brancard plus confortable, etc.).

Les commentaires les plus fréquents concernant les points qui se sont dégradés furent :

- Le manque de temps pour bien installer le patient et ranger la chambre après l'installation ;
- Les lits non bloqués et prises non rebranchées après transport ;
- Retour de radio prises non remises ;
- Personnel soignant non averti du retour ;
- Horaires parfois non respectés.

## Fiche 16. Contractualiser

Il s'agit tant pour les services de soins et médico-techniques que pour l'unité de transport interne de définir ensemble périmètre de collaboration, droits et devoirs de chacun et engagements réciproques.

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 prise en charge globale des patients. C'est sous-estimer grandement l'impact de cette activité transverse sur la bonne articulation entre services de médecine et plateaux techniques, ainsi que ses implications dans les problématiques de confort physique et psychologique des malades.

Dès lors, à l'heure où la notion de contractualisation se développe à l'hôpital, il s'agit de considérer l'activité de brancardage non plus comme de simples courses d'un lieu vers un autre mais comme une véritable interface entre les services, délivrant une prestation pour laquelle peuvent être définis des objectifs, ainsi que des engagements respectifs tel que cela peut être perçu entre un prestataire et ses « clients » : la réussite de l'activité de transport ne pourra être envisagée sans un rapprochement du service de brancardage de ses partenaires. Afin d'entrer dans un dialogue proactif et ainsi sceller les bases d'une relation clients / fournisseur entre le service de brancardage et les différentes unités, un certain nombre de thèmes doit être abordé de manière formelle. Parmi eux, signalons :

- Les responsabilités de chacun : qui fait quoi, où et quand commencent et s'arrêtent les prérogatives de chacun dans la prise en charge ?
- Les engagements réciproques : quelles sont les orientations et actions sur lesquelles s'engagent chacune des parties afin tant de faciliter le travail de l'autre que de veiller à la qualité de prise en charge du patient ?

### Les responsabilités de chacun

Si la théorie veut que les rôles tant des soignants que des brancardiers soient clairement définis et connus de tous, il en va tout autrement sur le terrain où les pratiques des uns et des autres diffèrent largement d'un établissement à l'autre, et bien souvent d'un service à l'autre au sein du même établissement. Dès lors, il convient de mettre à plat un certain nombre de ces pratiques, formellement, afin de rationaliser et d'homogénéiser la prise en charge

### Les engagements réciproques

Toute activité nécessitant l'intervention de 2 entités différentes est forcément sujette à tiraillement entre les intérêts propres de chacune d'elle, bien souvent divergents. Très naturellement, une prestation idéale pour un service de soin serait une disponibilité immédiate et sans faille du pool de brancardier au moindre besoin (« *1 transport pour tout de suite, et rapidement* »...), tandis qu'une sollicitation idéale pour les agents de transport interne serait non pas une heure de rendez-vous mais un créneau de possibilités de rendez-vous, si possible commandé bien à l'avance pour avoir la possibilité de s'organiser au mieux (« *1 transport pour demain matin, entre 10h et 12h* »...). Dans cette optique, la définition d'engagements formalisés (et chiffrés ?), partagés par chacune des parties, constitue un bon moyen de trouver des compromis acceptables par tous. Par exemple :

- Les services s'engagent sur un objectif :
  - o Ex 1 : « *80 % de nos demandes effectuées au moins 2 heures à l'avance* » ;
  - o Ex 2 : « *Retard toléré du brancardier si demande effectuée moins de 30 minutes à l'avance* ».
- Les brancardiers s'engagent sur un objectif :
  - o Ex 1 : « *90 % des courses prises en charge sans retard excédant 10 minutes* » ;
  - o Ex 2 : « *Moins de 5 % des courses demandées au moins 1 heure à l'avance non prises en charge* ».

En tout état de cause, 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 (objectifs

réalistes) et définition d'indicateurs partagés afin de procéder régulièrement à l'évaluation des améliorations générées.

Plusieurs établissements se sont lancés avec succès dans cette démarche :

- **Exemple 50 : engagements réciproques avec un service de radiologie / échographie au CHU de Strasbourg.** ☞ Page 131
- **Exemple 51 : contrats avec différents services au CHU de Dijon.** ☞ Page 132
- **Exemple 52 : contrats avec le service de radiologie au CH de Guingamp.** ☞ Page 133
- **Exemple 53 : contractualisation avec les services de médecine au CH de Guingamp.** ☞ Page 135

## 50. Engagements réciproques avec un service de radiologie / échographie du CHU de Strasbourg

### Le contexte

Le service d'échographie du CHU de Strasbourg est le 2<sup>ème</sup> service le plus demandeur de transports. Les dysfonctionnements initialement relevés étaient :

- Un engorgement de l'attente patient en échographie à certains moments ;
- Des délais d'attente pour le retour d'échographie vers les services de soins pouvant atteindre plusieurs heures ;
- Un trop grand nombre de demandes, pour amener les patients en écho, concentrées sur certaines plages horaires ;
- Une incapacité du service de brancardage à pouvoir assurer le transport de plusieurs patients pour l'échographie sur des créneaux horaires déjà chargés.

### Les objectifs

Il s'est agi de réduire les temps d'attente pour les demandes de brancardage des patients issus de l'échographie, mais également d'assurer le transport de patients en échographie dans le respect des rendez vous fixés.

### Les mise en œuvre

Des points avec le service de radiologie ont permis d'identifier :

- Le mode d'organisation de l'échographie ;
- Les points de dysfonctionnement ;
- Les actions d'amélioration à mettre en place.

Une note a ainsi été rédigée conjointement visant à diminuer les tranches horaires :

ORGANISATION DE LA GESTION DES DEMANDES DE TRANSPORT POUR LES PATIENTS D'ECHOGRAPHIE - HAUTEPIERRE			
QUI	QUOI	QUAND	REQUES
Secrétariat echo	Rempli le tableau de bord (nom des patients, tranche horaire de RDV)	La veille	
Accueil radio	Indique sur le tableau la mobilité du patient (Lit – Fauteuil- Marche – Accompagné)	Le matin dès 7h00	Fait les fiches en T
Accueil radio	Transmet par mail à l'adresse outlook : <a href="mailto:Regulation.branca@laposte.fr">Regulation.branca@laposte.fr</a>	Le matin à 8h	
Accueil radio	Transmet le tableau à l'IDE en echo et garde un exemplaire.	Le matin à 8h	
Régulateur/ Chef de poste	Attend l'appel de l'IDE d'écho pour faire chercher les 3 ou 4 premiers patients	A partir de 8h00	
L'IDE en echo	Présente le régulateur ou chef de poste pour commander les mouvements suivants (aller) et y adjoint les demandes de retours à faire pour les patients qui ont terminé leurs examens echo	Au lit et à mesure de l'avancée du planning et en fonction du médecin opérateur	
Le chef de poste	Fait chercher le patient suivant et prépare <u>un billet de transport pour un retour d'écho</u>	Dès qu'il est informé de la prise en charge d'un patient	
Le brancardier	Amène le patient désigné dans les délais donnés et <u>procède à un retour</u> (priorité à l'écho, sinon retour de radio ou scanner)	Dès qu'il ramène un patient en echo	Complète le ordre de transport avec les données nécessaires

NB : Faire remonter très rapidement les difficultés afin que l'on puisse ajuster dans la phase d'essai des 15 jours (Sylvie, Patrick, Jean, Alain, Wlodek et Mireille Philippe)

V3 Pour mise en œuvre immédiate, le 28/11/07

S. Duguet  
CSS, branca@laposte.fr

## Les résultats

La mise en place du nouveau protocole a permis de stabiliser les temps de transports :

- 25 minutes pour les trajets « aller » (vers le service de Radiologie/échographie) ;
- 35 minutes pour les trajets « retour » (depuis ce service).

Une nette amélioration des relations entre la régulation et le service d'échographie a également permis d'éviter dans la mesure du possible les reports d'examens.

## 51. Contrats avec différents services au CHU de Dijon

### Le contexte

Un contrat avec le pôle Mère – Enfant au CHU de Dijon est entériné : ce contrat très détaillé permet de distinguer les activités des brancardiers de celles des soignants. En l'attente d'un futur déménagement vers le site du Bocage Central, et d'une remise en cause des pratiques actuelles, cette pratique n'a pu être réitérée qu'avec l'unité de chirurgie ambulatoire.

## La mise en œuvre

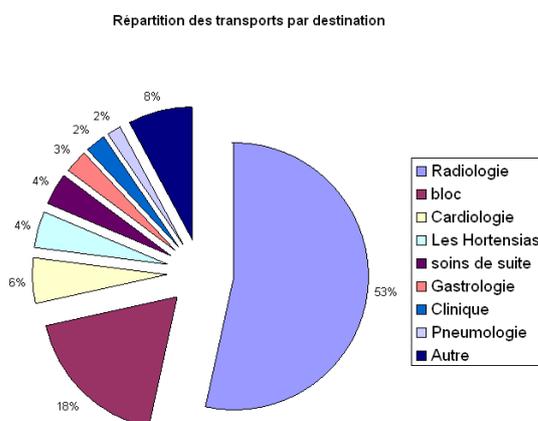
La mise en œuvre d'un contrat se déroule de la manière suivante :

- Définitions des modalités avec les services concernés et retro-planning pour la prise en charge des transports ;
- 2 réunions de préparation réalisées en 4 semaines avec l'équipe et le cadre du service concerné ;
- Contacts quotidiens pendant la mise en place ;
- 1 réunion 1 mois après le démarrage du projet
- 1 réunion 6 mois après.

## 52. Contrats avec le service de radiologie au CH de Guingamp

### Le contexte

La radiologie représente le flux le plus important et la destination la plus fréquente pour les brancardiers (53 %) au CH de Guingamp.



Ainsi, toute désorganisation du service de radiologie a un impact important sur le service de brancardage. Lors d'une 1<sup>ère</sup> phase de diagnostic, 2 problèmes majeurs ont été identifiés :

- Le nombre de rendez-vous pris à la même heure ;
- Le manque de visibilité dans les process entre radios urgentes et non urgentes.

### Les objectifs

Les objectifs fixés étaient d'anticiper la prise de rendez-vous le lundi matin et d'établir des processus clairs avec le service de radiologie pour les rendez-vous urgents et non urgents.

### La mise en œuvre

Plusieurs réunions avec le service de radiologie ont été menées pour aborder les dysfonctionnements constatés : pour les rendez-vous à la même heure, le constat était que les manipulateurs et les assistantes de la radiologie prenaient des rendez-vous et ne se concertaient pas. En collaboration avec les personnes concernées, un plan d'actions a été établi et une réunion a permis de définir les protocoles sur les rendez-vous urgents et non urgents.

## Les résultats

2 procédures ont été réalisées : celle pour les examens urgents et celle pour les examens non urgents. A titre d'illustration, ci-après la procédure pour examen urgent :

Données d'entrées			
<ul style="list-style-type: none"> <li>LE MEDECIN REDIGE UNE DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE EN URGENCE</li> </ul>			
N°	Acteurs	Actions - Lieu	Méthode et documents associés
1	LE MEDECIN	PRESCRIT UN EXAMEN RADIOLOGIQUE	BON DE RADIO (prescription)
2	L'INFIRMIERE DU SERVICE	APPELLE LE SERVICE DE RADIOLOGIE (Secrétaire ou manipulateur) TRANSMET LE BON PAR FAX	INSCRIRE LA MENTION BON TRANSMIS PAR FAX LE :
3	LE MANIPULATEUR OU LA SECRETAIRE DE RADIOLOGIE	GERE LA DEMANDE DU SERVICE DE SOINS PAR TELEPHONE (disponibilité et validation) LUI COMMUNIQUE L'HEURE DU RDV	CAHIER DE RDV
4	L'INFIRMIERE	APPELLE LE REGULATEUR ET LUI COMMUNIQUE LE MODE DE TRANSPORT MET A JOUR L'APPLICATION	LOGICIEL BRANCARDAGE
5	LE REGULATEUR	APPELLE UN BRANCARDIER POUR FAIRE LE TRANSPORT VALIDE LA DEMANDE DE TRANSPORT	LOGICIEL BRANCARDAGE

6	LE BRANCARDIER	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                 CONTROLE LE MODE DE TRANSPORT AUPRES DE L'IDE ET PREND EN CHARGE LE PATIENT             </div>	BON DE RADIO LOGICIEL BRANCARDAGE
<b>Résultat du processus</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'EXAMEN D'IMAGERIE MEDICALE EST REALISE</li> </ul>			

### 53. Contractualisation avec les services de médecine au CH de Guingamp

#### Les contexte et objectif

Le CH de Guingamp ne disposait d'aucun contrat avec les services de soins. Cependant, un certain nombre de points semblaient pouvoir faire l'objet d'une contractualisation entre le service de brancardage et les services de soins. Les premiers se déclarant intéressés par cette démarche furent les services de médecine : il fut convenu d'améliorer la qualité du service par la mise en place d'une contractualisation utilisant des actions simples, claires et faciles à mettre en place.

#### La mise en œuvre

Une réunion entre les représentants des services de médecine interne et le service de brancardage fut l'occasion d'un brainstorming sur les points qui devraient être abordés dans le contrat. L'une des préoccupations fut l'équilibre du nombre d'engagements entre chaque partie, ainsi que le nécessaire suivi de chaque action par des indicateurs à mettre en place.

#### Les résultats

Le CH de Guingamp a privilégié des engagements réciproques simples plutôt que la rédaction d'un contrat complet. Ainsi, les services de médecine se sont engagés à ranger les chariots dans les couloirs pour faciliter le passage des lits. En contrepartie, le service de brancardage s'est engagé à mettre à disposition des casiers pour le retour des dossiers et à respecter l'utilisation des casiers. Deux grilles de relevés ont été établies pour pointer respectivement les types de chariots qui ne sont pas rangés et le nombre de dossiers qui ne sont pas retournés dans le casier du service.

SEMAINE 22  
Indicateur : accès dans les couloirs de Médecine

Service	Jour/ Chariot	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Chariot
		Gastro	8h00				
10h30							
12h15							
14h00							
PNO	8h00						
	10h30						
	12h15						
	14h00						
Cardio	8h00						
	10h30						
	12h15						
	14h00						
Med Int	8h00						
	10h30						
	12h15						
	14h00						

Indicateur : Suivi des restitutions des dossiers par les  
brancardiers

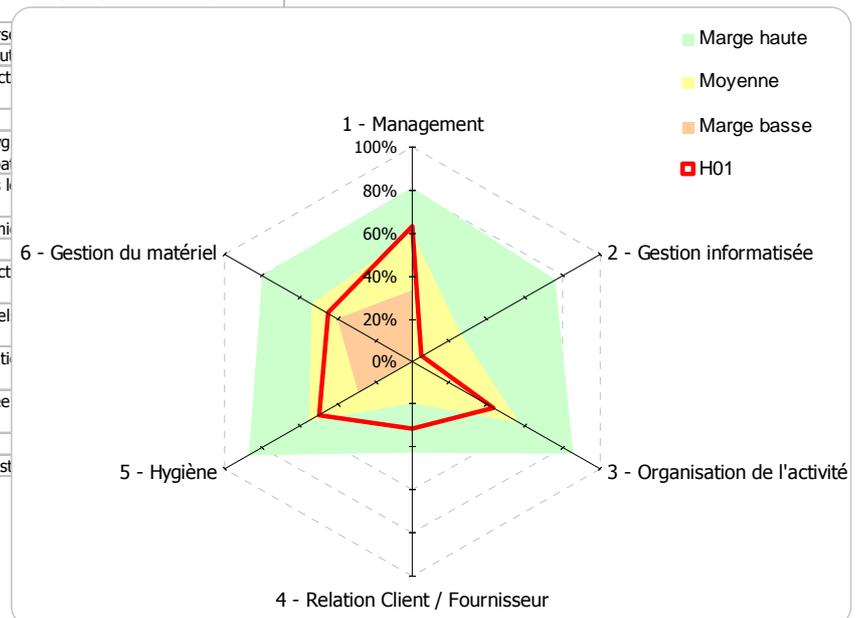
Nb de dossiers mal restitués	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Semaine 22					
Semaine 23					
Semaine 24					
Semaine 25					
Semaine 26					

## Annexes

## Annexe 1 : évaluer son organisation (QuickScan)

Un outil d'autoévaluation de la maturité des organisations, développé dans le cadre du 1<sup>er</sup> chantier puis remis à jour par les 8 membres du chantier d'approfondissement, permet d'avoir rapidement une vue synthétique des degrés de maturité des organisations du transport interne en place (≈ 20 questions simples relatives à chaque grand axe d'analyse). Notons que cet outil peut être utilisé de manière autonome par tout établissement souhaitant entamer une réflexion sur sa propre activité de transport interne (QuickScan\_Transport\_Interne.xls sur [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)).

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 ?	
15 Le transport du patient est-il intégralement placé sous l'autorité du service ?	
16 Les entretiens annuels d'évaluation intègrent-ils des objectifs 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, découverte du site...) avant de transporter leur premier patient ?	
19 Y a-t-il une formation à la manutention des patients dans le service (à l'exclusion des AS) ?	
20 Y a-t-il une formation aux gestes d'urgence dans les premiers jours ?	
21 Y a-t-il une évaluation après le premier mois d'essai ?	
22 Les entretiens annuels d'évaluation intègrent-ils des objectifs dont vous mesurez l'atteinte ?	
23 Existe-t-il un plan de formation pour chacun des personnels ?	
24 Organisez-vous, au moins 1 fois par an, un jour de formation sur la manutention ?	
25 La profession de brancardier est-elle reconnue et valorisée (entrée 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 ?	



## Annexe 2 : mesurer en routine des indicateurs (DiagCourse)

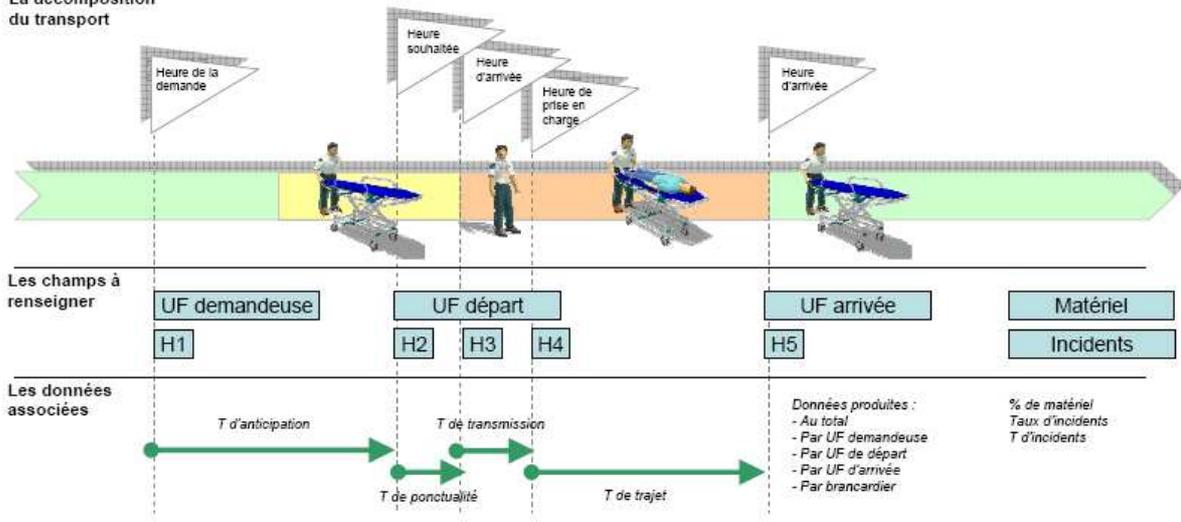


### Transport interne de patients Tableau de bord DIAGCOURSE v2.0 – Indicateurs

- DIAGCOURSE est un outil à destination des responsables du transport interne de patients permettant de :
- Recueillir les transports réalisés par les brancardiers ou le personnel soignant ;
  - Analyser les données et suivre des indicateurs en routine ;
  - Synthétiser et communiquer à l'aide d'un tableau de bord prédéfini.



#### La décomposition du transport



#### L'exploitation des indicateurs

Le type d'activité	L'environnement	La performance
<p><b>Matériels utilisés</b></p> <p>Illustre les pratiques en termes d'utilisation des matériels (% de transports en brancards, lits, chaises, etc.).</p>	<p><b>T moyen d'anticipation</b></p> <p>Illustre le temps laissé aux brancardiers par les services pour organiser le transport.</p>	<p><b>T moyen de ponctualité</b></p> <p>Permet d'évaluer le respect des horaires prévus pour la prise en charge par les brancardiers.</p>
<p><b>Origines / destinations</b></p> <p>Permet d'identifier les flux principaux au sein de l'établissement.</p>	<p><b>T moyen de transmission</b></p> <p>Révéléateur de la qualité de l'accueil par les services (pas d'accueil, patient pas prêt, etc.).</p>	<p><b>Ponctualité</b></p> <p>Permet d'évaluer le respect de la ponctualité par les brancardiers, selon des critères préfinis (-5 minutes &lt; arrivée &lt; +10 minutes).</p>
<p><b>T moyen de trajet</b></p> <p>Relatifs aux temps de parcours, donc à l'architecture des locaux. Peut être significatif d'une dérive (travaux, panne d'ascenseur, etc.).</p>	<p><b>Types d'incidents</b></p> <p>Fait état des incidents ayant perturbés de manière significative les transports.</p>	<p><b>Transports forains</b></p> <p>Montre la part de transports réalisés directement par les soignants, activité qui « échappe » alors au service de brancardage.</p>
<p><b>Σ T moyens</b></p> <p>Reconstitue le profil moyen des transports de l'établissement.</p>		

## Annexe 3 : échanger pour apprendre (« vis ma vie de brancardier »)

**MeaH** Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

### « Vis ma vie de brancardier » Journées d'échanges IGR & CHU de Dijon

Dans le cadre des travaux sur l'optimisation du transport interne de patients dans les hôpitaux et cliniques, 2 journées d'échanges entre l'IGR et le CHU de Dijon ont permis aux brancardiers de comparer leurs pratiques et d'apprendre les uns des autres. Retours d'expérience.



CLCC  
Monobloc, 15 étages  
400 transports / jour  
30 brancardiers

CHU  
Multi site & pavillonnaire  
450 transports / jour  
54 ASH & ambulanciers



#### La régulation

Le régulateur est sous-chef d'équipe, donc encadrant. Les demandes sont consignées sur un cahier : à chaque transport est attribué un brancardier, reconnu par son numéro d'identification. A l'issue du transport, le brancardier appelle le régulateur pour connaître sa nouvelle affectation.



#### Les affectations

Un code d'affectation ainsi qu'un téléphone sont attribués à chaque agent en début de journée. La gestion de l'activité est intégralement informatisée, et réactive : toute modification est intégrée et prise en compte en temps réel sur le logiciel.

#### Le livret d'accueil

Un livret, remis à chaque brancardier, fait état de la conduite à tenir en matière d'hygiène. Validé par la direction des soins et le cadre hygiéniste, le livret est revu tous les ans. Il intègre également des recommandations concernant les patients en isolement.



#### Les transferts

Les transferts patients des infirmières aux brancardiers peuvent être améliorés : accueil et accompagnement des infirmières lors de l'arrivée des brancardiers, mais aussi transmission d'informations sensibles liées aux patients (infections, tractions, etc.).

#### L'hygiène

Tous les samedis matins, un brancardier est en charge du nettoyage et de la désinfection du matériel roulant. En outre, les couvertures et draps sont changés systématiquement. Chaque transport fait l'objet d'un lavage préalable des mains avec une solution hydro-alcoolique. Enfin, les éventuels types d'isolement et précautions à prendre lors du transport sont indiqués sur les portes des chambres des patients concernés.



#### L'hygiène

Le dernier utilisateur d'un brancard le décontamine et le réarme pour un nouveau transport. Les brancards dédiés aux urgences y sont systématiquement ramenés, tandis que les brancards d'ambulance sont rassemblés en plusieurs lieux de dépôt et laissés en libre service.

#### La douleur

Une évaluation des facteurs de risques de douleurs provoquées par le transport a été réalisée, à l'aide d'un auto-questionnaire conçu avec le CLUD et le service des statistiques. Plusieurs actions d'amélioration ont alors été mises en œuvre. Parmi elles : administration systématique d'antalgiques en préventif et mise au point d'une grille d'affectation du moyen de transport combinant autonomie et EVA du patient.



#### La douleur

Les transports en ambulance, nombreux, fatiguent les patients. Afin d'en minimiser les effets, les patients sont transportés à même le lit, ce qui diminue les manutentions directes de la personne alitée, inconfortables, douloureuses, et parfois génératrices de lombalgies. La contrepartie de ce dispositif, pour les agents, est la manipulation de lits relativement lourds qui réclament toute leur attention afin d'éviter les accidents de travail.

#### Le bilan

Hormis les manipulations et transferts lits-brancards, plus limitées qu'au CHU (beaucoup de transports en chaises et lits, patients autonomes), un grand nombre de similitudes apparaissent entre les activités des deux établissements : la principale distinction demeure les architectures différentes des deux structures.



#### Le bilan

Le fonctionnement de l'activité au CHU de Dijon est tout à fait satisfaisant. Pour parfaire le dispositif, des bonnes pratiques, notamment en matière de transferts infirmières-brancardiers, pourraient être importées de l'IGR.



Les retours issus des 2 journées d'échanges se révèlent enrichissants. En effet, au-delà des pratiques et savoir-faire locaux, les agents de l'IGR et du CHU de Dijon impliqués dans la démarche auront montrés qu'ils savaient et pouvaient s'adapter à d'autres fonctionnements, tout en analysant les caractéristiques et particularités. Ainsi, plus que de simples « transporteurs », les agents sont conscients de ce qu'ils peuvent apporter en termes de qualité des prestations offertes aux patients, comme aux services.

A voir : le film (16 minutes)

En partenariat avec les sociétés

**Referis** & **Orga**  
Management Consulting Consultants  
a Sopra Group company

Pour plus d'informations : [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

## Annexe 4 : intégrer un système d'information

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 ;
- Traçabilité : il est primordial que le système informatique conserve la trace de chaque transport (horaires, identité du ou des brancardiers qui l'a effectué, etc.) ;
- Évaluation 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.

Ci-après un exemple de réalisation issu des travaux MeaH :

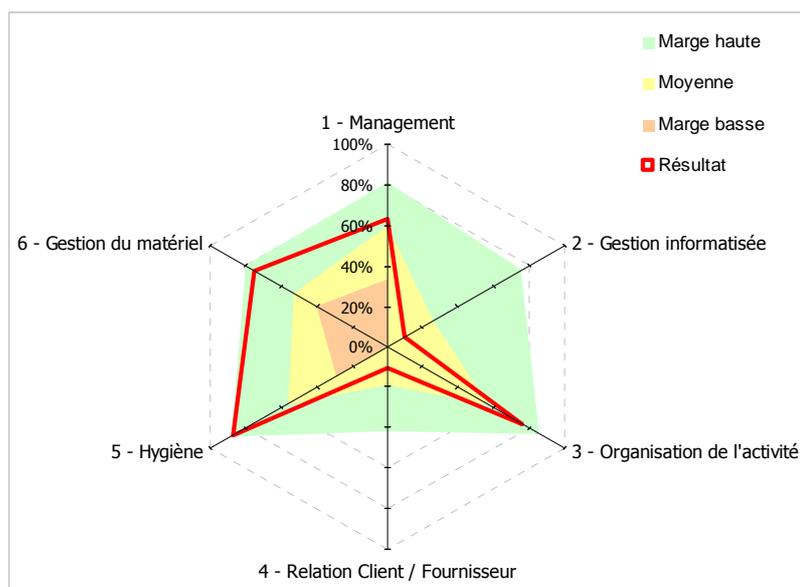
- **Exemple 54 : intégration d'un système d'information à l'IGR.**

☞ Page 141

### 54. Intégration d'un système d'information à l'IGR

#### Les contexte et objectif

Une analyse de la maturité de l'organisation de l'IGR, à l'aide de l'outil QuickScan, avait montré que les 2 axes les plus faibles sont la gestion informatisée et les relations clients/fournisseur. Les transports, au nombre de 400 par jour, étaient tous saisis manuellement. Afin de progresser sur l'organisation de l'activité et son pilotage, il est apparu nécessaire de franchir l'étape de l'informatisation.



## La mise en œuvre

La réalisation d'un cahier des charges s'est faite en collaboration avec les soignants. En parallèle, des présentations par différents éditeurs ont eu lieu, permettant de rendre concrètes les demandes et d'ajuster les différents chapitres du cahier des charges. Dans la même optique, des visites dans des hôpitaux déjà équipés ont été réalisées.

Un fois le cahier des charges finalisé, celui-ci a été transmis aux éditeurs. Le périmètre fonctionnel était le suivant :

- Saisie des demandes par les services de soin sur l'outil informatique : ordre spécifique demandé sur l'affectation des moyens de transport ;
- Gestion des transports avec visualisation du planning : tabulaire avec la liste des transports et aperçu visuel du planning des brancardiers ;
- Régulation manuelle et communication avec les brancardiers par téléphone ou en direct ;
- Tableaux de bord et traitement des statistiques ;
- Interfaçage avec le système local.

Etant donné la configuration de l'établissement en monobloc et la possibilité laissée aux brancardiers de téléphoner au niveau des circuits TAD (Transport Automatisé des Dossiers), il a été choisi de ne pas utiliser de DECT. Une grille comparative a également été transmise et les réponses ont été dépouillées. La synthèse des thèmes abordés est présentée ci-dessous :

	Description contenu	Proposition 1	Proposition 2
<b>Description prestataire</b>	Description de l'entreprise (+ ou - de détail description de la structure)		
<b>taille de l'entreprise et ou chiffre d'affaires</b>			
<b>date création</b>			
<b>références dans le milieu hospitalier</b>			
<b>Outil</b>			
<b>Ecran demande de transport</b>	Est ce que les éléments de réponse apportés sur les aspects fonctionnels décrits dans le cahier de charges répondent aux attentes?		
<b>Grille de transport</b>			
<b>Régulation</b>			
<b>Indicateurs</b>			

<b>Evaluation visite (établissements ayant le même logiciel)</b>	évaluation d'aspects plus qualitatifs identifiés lors de la visite sur site: relation du fournisseur/utilisateurs, vécu dans la mise en place (impacts résistances) aspects ergonomiques, utilisation des fonctionnalités, évolutions apportées		
<b>Aspects techniques</b>	fiabilité technique, architecture du logiciel, interfaces avec logiciel de l'établissement, sécurité		
<b>Mise en place</b>			
<b>Investissement nécessaire</b>	cout, postes informatiques, autre matériel		
<b>Accompagnement déploiement</b>	aspects prévus dans la mise en place (formation, communication etc.)		
<b>Synthèse globale</b>			
<b>Points forts et opportunités</b>			
<b>Points faibles et risques</b>			

Une comparaison des coûts suivant différentes rubriques a permis également de guider le choix des responsables de l'établissement :

<b>Licence</b>
<b>Mise en place</b>
installation , accompagnement
parametrage
formation
assitance au demarrage
<b>total mise en place</b>
<b>interfaces</b>
interface identité
interface structure
interface LDAP
<b>total interfaces de base</b>
<b>total</b>
<b>maintenance/ support entretien annuelle</b>
<b>autres</b>

## Le résultat

Un logiciel a finalement été choisi, avec la volonté d'intégrer au maximum cet outil dans les outils déjà présents à l'IGR : sa mise en place est prévue pour le premier trimestre 2009.

## Annexe 5 : les productions MeaH sur le transport interne

Afin de rendre compte à l'ensemble de la communauté hospitalière de l'avancée de ses travaux, mais également dans l'espoir d'apporter une aide concrète et pragmatique aux professionnels de terrain, la MeaH a diffusé et publié un certain nombre de documents. L'ensemble de ses documents, présenté ci-après, est disponible sur le portail de la MeaH ([www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)).

	Parution	
<b>Les rapports d'étapes du 1<sup>er</sup> chantier :</b>		
Rapports des phases 1 & 2 – Constats	✓	
Rapport de phase 3 – Fiches actions	✓	
<b>Les rapports d'étapes du 2<sup>nd</sup> chantier :</b>		
Rapport de phase 1 – Diagnostic	✓	
Rapport de phase 2 – Plans d'actions	✓	
Rapport des phases 3 & 4 – Bilan des plans d'actions et résultats	✓	
<b>Les outils :</b>		
QuickScan : autodiagnostic de la maturité des organisations	✓	
DiagCourse : suivi en routine d'indicateurs de performance	✓	
<b>Les supports de communication :</b>		
Poster SimulFlux : simulation et enseignements théoriques	✓	
Poster « Vis ma vie » : journées d'échanges entre l'IGR et le CHU de Dijon	✓	
Film « Vis ma vie » : journées d'échanges entre l'IGR et le CHU de Dijon	✓	
<b>Les ouvrages :</b>		
Recueil de « bonnes » pratiques organisationnelles	✓	

## Table des matières complète

---

Préface .....	2
Remerciements .....	3
Table des matières simplifiée.....	5
Charte éthique des projets d'amélioration des organisations conduits par la MeaH.....	6
Glossaire .....	7
Introduction .....	8
<b>1. Chapitre 1 : les options organisationnelles .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Les grands arbitrages.....</b>	<b>11</b>
Fiche 1. Centraliser ou déconcentrer ses équipes ?.....	12
1. Refonte de l'activité par la création d'un pool régulé au CH de Chambéry.....	13
2. Création d'un poste dédié à la chirurgie ambulatoire à la Clinique Ambroise Paré.....	14
Fiche 2. Réguler ou pratiquer l'autogestion ?.....	16
3. Amélioration de la réactivité sans régulation centrale au CH de l'Arrondissement de Montreuil Sur Mer.....	17
4. Autorégulation des brancardiers à la Clinique Les Sources .....	18
Fiche 3. Programmer ou privilégier le temps réel ? .....	20
5. Programmation des demandes : l'expérience du CHU de Dijon.....	21
<b>1.2. La qualité / gestion des risques.....</b>	<b>24</b>
Fiche 4. Prendre en charge la douleur .....	25
6. Enquête douleur à l'IGR.....	25
7. Adaptation des pratiques en termes d'utilisation du matériel au CHU de Dijon.....	28
Fiche 5. Garantir l'hygiène.....	30
8. Mise en place d'une politique de nettoyage des brancards à l'hôpital privé d'Antony .....	31
9. Evaluation des pratiques d'hygiène à l'Hôpital Européen Georges Pompidou.....	32
10. Amélioration de l'hygiène sur le site de Hautepierre au CHU de Strasbourg .....	34
11. Hygiène et sécurité à l'IGR .....	36
12. Traçage des opérations d'hygiène au CH de Seclin .....	38
13. Traçabilité du nettoyage du matériel au CH Privé Claude Galien.....	40
Fiche 6. Respecter pudeur et confidentialité.....	42
14. Amélioration de la confidentialité des dossiers au CH de Guingamp.....	42
15. Respect de la pudeur en transports en fauteuils au CH Privé Claude Galien .....	42
16. Enquête de satisfaction patients au CH de Guingamp.....	43
Fiche 7. Garantir la sécurité .....	45
17. Suppression des risques d'erreurs sur patient au CH de Guingamp.....	45
18. Traçabilité de la maintenance des matériels à la Clinique Les Sources.....	46
19. Mise à disposition d'obus O2 au CH Privé Claude Galien .....	47
<b>2. Chapitre 2 : le pilotage d'activité .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1. Manager son équipe .....</b>	<b>50</b>
Fiche 8. Former ses agents.....	51
20. Plan de professionnalisation à l'IGR.....	52
21. Formation continue des brancardiers à la Clinique Les Sources .....	54
22. Formation continue des brancardiers au CHU de Dijon.....	54
Fiche 9. Clarifier les rôles et responsabilités de chacun.....	57
23. Ecriture d'un livret d'accueil au CH de l'Arrondissement de Montreuil Sur Mer.....	57
24. Fiches de poste à la Clinique Les Sources.....	58
25. Recentrage des brancardiers sur leur activité à la Clinique Sainte Odile.....	60
26. Recentrage des brancardiers sur leur métier au CH de Seclin.....	61
Fiche 10. Animer les équipes.....	64
27. Brief de 15 minutes au CH de Seclin.....	64
28. Animation et implication des équipes à l'IGR.....	65

<b>2.2. Gérer son activité</b> .....	<b>68</b>
Fiche 11. Suivre des indicateurs de performance.....	69
29. Mise en place d'un tableau de bord de pilotage de l'activité à l'hôpital privé d'Antony.....	75
30. Mise en place d'un pilotage d'activité informatisé au CHU de Strasbourg.....	76
31. Mise en place d'un pilotage d'activité à la clinique Sainte Odile.....	80
32. Mise en place d'un pilotage d'activité au CH Privé Claude Galien.....	82
33. Pilotage par les indicateurs à la Clinique Les Sources.....	84
34. Mise en place et suivi d'indicateurs au CH de Guingamp.....	88
35. Evaluation quantitative et qualitative de la prestation au CH de Seclin.....	91
Fiche 12. Veiller à une bonne adéquation activité / ressources.....	93
36. Simulation de l'ouverture d'un nouveau bâtiment aux Hôpitaux Civils de Lyon.....	95
37. Optimisation de la gestion des fauteuils roulants au CH du Mans.....	96
38. Démarrage d'une activité au CHU de Strasbourg.....	98
<b>3. Chapitre 3 : l'interface avec les services « utilisateurs »</b> .....	<b>101</b>
<b>3.1. Comprendre &amp; s'adapter à l'environnement</b> .....	<b>102</b>
Fiche 13. Cibler les flux sensibles.....	103
39. Autonomisation du déplacement de certains patients valides au Centre Chirurgical Marie Lannelongue.....	104
40. Amélioration des trajets vers la clinique au CH de Guingamp.....	105
Fiche 14. Identifier les dysfonctionnements majeurs.....	107
41. Réduction des temps d'attente aux ascenseurs au CH de Seclin.....	107
42. Anticipation des appels venant de l'endoscopie à la Clinique Sainte Odile.....	108
43. Diminution de l'attente en sortie des salles de réveil à la Clinique Sainte Odile.....	109
44. Amélioration de la rotation des dossiers à l'IGR.....	112
45. Identification des dysfonctionnements au CHU de Dijon.....	115
<b>3.2. Définir des engagements réciproques</b> .....	<b>120</b>
Fiche 15. Partager.....	121
46. Harmonisation des demandes de transport aux Hôpitaux Civils de Lyon.....	121
47. Rapprochement avec l'imagerie pour un suivi d'activité du CH de Dunkerque.....	124
48. Optimisation de la relation entre la radiologie et les services à la Clinique Sainte Odile.....	126
49. Evaluation de la prestation de transport interne au CH de Seclin.....	128
Fiche 16. Contractualiser.....	130
50. Engagements réciproques avec un service de radiologie / échographie du CHU de Strasbourg.....	131
51. Contrats avec différents services au CHU de Dijon.....	132
52. Contrats avec le service de radiologie au CH de Guingamp.....	133
53. Contractualisation avec les services de médecine au CH de Guingamp.....	135
<b>Annexes</b> .....	<b>137</b>
Annexe 1 : évaluer son organisation (QuickScan).....	138
Annexe 2 : mesurer en routine des indicateurs (DiagCourse).....	139
Annexe 3 : échanger pour apprendre (« vis ma vie de brancardier »).....	140
Annexe 4 : intégrer un système d'information.....	141
54. Intégration d'un système d'information à l'IGR.....	141
Annexe 5 : les productions MeaH sur le transport interne.....	144
Table des matières complète.....	145

Ce recueil s'adresse en premier lieu aux professionnels hospitaliers responsables du transport interne de patients au sein de leur établissement. D'autres professionnels y trouveront également matière à réflexion, qu'il s'agisse de soignants, médecins, professionnels administratifs, curieux des modalités d'optimisation de cette activité essentielle relative au bon fonctionnement de la structure au sein de laquelle ils évoluent.

Plus qu'un recueil de bonnes pratiques, cet ouvrage présente des retours d'expérience dont chaque lecteur peut s'inspirer librement pour les adapter aux spécificités de son établissement, sans prétendre à l'exhaustivité. Les actions présentées ici sont le fruit des travaux de vingt-quatre établissements engagés, avec le concours de la MeaH, dans des démarches d'optimisation du transport interne de patients :

- Clinique les Sources (06) ;
- Centre Hospitalier Universitaire de Dijon (21) ;
- Centre Hospitalier de Guingamp (22) ;
- Clinique Ambroise Paré (31) ;
- Centre Hospitalier de Blois (41) ;
- Centre Hospitalier de Dunkerque (59) ;
- Centre Hospitalier de Seclin (59) ;
- Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil (62) ;
- Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (67) ;
- Clinique Sainte Odile de Strasbourg (67) ;
- Centre Hospitalier Lyon Sud (69) ;
- Clinique Saint Joseph Saint Luc (69) ;
- Centre Hospitalier Le Mans (72) ;
- Centre Hospitalier de Chambéry (73) ;
- Hôpital Européen Georges Pompidou (75) ;
- Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan les Mureaux (78) ;
- Hôpital Privé de l'Ouest Parisien (78) ;
- Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus Saint Raphaël (83) ;
- Centre Hospitalier Privé Claude Galien (91) ;
- Centre Chirurgical Marie Lannelongue (92) ;
- Centre Hospitalier Ambroise Paré (92) ;
- Hôpital Privé d'Antony (92) ;
- Institut Gustave Roussy (94) ;
- Centre Hospitalier d'Argenteuil (95).

Lors de ces travaux, les équipes des établissements ont reçu le soutien de cinq cabinets de conseil : Adopale, le CNEH, Orga Consultants, Referis et Vector Services.

En espérant que ce recueil permettra au plus grand nombre de trouver des idées simples et opérationnelles pour améliorer l'organisation du transport interne de patients ou, à défaut, d'avoir une vision plus concrète des problématiques liées à cette activité à part entière, les auteurs vous en souhaitent une bonne lecture.

Pierre-Etienne HAAS (Chargé de projet MeaH)  
Dr Ayden TAJAHMADY (Chargé de projet MeaH)



**MeaH** Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

L'organisation au service de la qualité et de l'efficacité dans les hôpitaux et les cliniques