



Chantier Pilote 2007-04



Transport interne : améliorer la prestation de brancardage dans les hôpitaux et cliniques

Rapport de phase 1 – Diagnostic

Octobre 2007

50, rue du faubourg St Antoine 75012 Paris

Tél.: 01 53 33 32 60 Fax. 01 53 33 32 69 www.meah.sante.gouv.fr





Ce document comporte	65 pages
Contacts	Pierre-Etienne HAAS D ^r Ayden TAJAHMADY pierre-etienne.haas@fr.oleane.com ayden.tajahmady@fr.oleane.com

Résumé

La mission

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 la prise en charge du patient, en font une activité à forte valeur ajoutée sur le fonctionnement de l'hôpital dans son ensemble.

Ainsi, le brancardage est une activité qui tend non plus à s'envisager comme de simples trajets d'un lieu vers un autre mais comme une véritable interface entre les services, dont la performance peut être évaluée et pour laquelle des objectifs peuvent être définis.

La phase 1

Sensibilisés à cette problématique, 8 établissements se sont portés volontaires pour analyser et optimiser leurs organisations dans le cadre d'une démarche impulsée par la MeaH. Grâce au soutien méthodologique de sociétés de conseil, les équipes projets ont dans un premier temps réalisé un diagnostic de leurs organisations, dont le présent rapport de phase relate les principaux constats.

Mots-clés	Brancardage, transport pédestre, transport ambulancier
-----------	--





SOMMAIRE

1. Ava	nt-propos	. 6
1.1.	Position du problème	
1.2.	Les sociétés de conseil partenaires	. 7
1.3.	Le planning d'intervention	. 7
0 1		•
	cadre de l'étude	
2.1. 2.1.1.	Les établissements volontaires	
2.1.1. 2.1.2.		
2.1.2.		
	La terminologie	
	<u> </u>	
3. Les	grands enseignements	14
3.1.	La maturité des organisations	14
3.1.1.		14
3.1.2.		
	Les modes de gestion rencontrés	
3.2.1.		
3.2.2.	yr	
3.2.3.		
3.2.4.		24
3.2.5. 3.3.		
ა.ა. 3.3.1.	Les grands arbitrages.	
3.3.1.		
3.3.2.		
	Les notions de performance.	
3.4.1.		
3.4.2.		
3.4.3.		
3.4.4.		
3.5.	Synthèse	46
4. Cor		47
	nclusion intermédiaire	
4.1.	Les grands axes d'amélioration.	
4.2.	La suite du chantier	48
5. Ann	nexes	49
5.1.	Annexe 1 : les fiches d'identité des établissements	
5.2.	Annexe 2 : la maturité des établissements	
5.3.	Annexe 3 : une veille réglementaire proposée par l'ARTH	
5.0. E 1	Annaya 4 the autility of analytication / SIMILIF LIV	



TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : terminologie	12
Figure 1 : terminologieFigure 2 : structures & organisations	16
Figure 3: répartition des types de transports	18
Figure 4 : exemple de H5, nombre de brancardiers par mode de transport	19
Figure 5 : exemple de H3, nombre de trajets en lits	20
Figure 6 : exemple de H4b, adéquation charge / ressources journalière	21
Figure 7 : exemple de H7, répartition de l'activité par services	25
Figure 8 : exemple de H4a, répartition de l'activité des brancardiers « étages », hors activité brancardiers « blocs »	26
Figure 9 : exemple de H5, répartition des transports dans la journée	
Figure 10 : exemple de H6, répartition de incidents par services	27
Figure 11 : répartition des temps (échelle des ordonnées absolue)	29
Figure 12 : répartition des temps (échelle des ordonnées relative)	
Figure 13 : exemple de H8, évolution du nombre de jours de maladie et accidents du travail	31
Figure 14 : exemple de H1, évolution du taux d'absentéisme	
Figure 15 : exemple de H2a, évolution du taux d'absentéisme	32
Figure 16 : exemple de H1, répartition des agents en fonction de leur age et leur ancienneté	33
Figure 17 : exemple de H7, arbre décisionnel d'affectation d'un transport	36
Figure 18 : exemple de H8, arbre décisionnel d'affectation d'un transport	38
Figure 19 : exemple de H1, grille de recueil mise en place	
Figure 20 : exemple de H4b, répartition des incidents	41
Figure 21 : exemple de H6, répartition des incidents	
Figure 22 : exemple de H7, répartition des incidents	42
Figure 23 : exemple de H3, l'exhaustivité de la prise en charge	
Figure 24 : exemple de H4a, processus de prise en charge de patients	
Figure 25 : exemple de H6, délais d'anticipation des services	45



GLOSSAIRE

Glossaire :	
Giossaire.	
• 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
• CLD	Congé Longue Durée
• 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
• SIH	Système d'Information Hospitalier
• SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
• UF	Unité Fonctionnelle



1. Avant-propos

1.1. Position du problème

Le transport interne : 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 médicotechniques, 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 font 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-àvis 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.

Des difficultés et des solutions d'ores et déjà identifiées lors d'un premier chantier exploratoire

Un certain nombre de problématiques concrètes ont été traitées par 16 équipes de brancardage au cours d'un premier chantier MeaH, pour lesquelles des premières solutions pratiques ont vu le jour :

- Structure mal adaptée : l'attribution d'un local dédié a permis aux équipes de réaliser leurs staffs et de prendre leurs temps de repos ailleurs que dans les couloirs de l'hôpital ;
- Problèmes liés au respect et à la confidentialité : les appels dans les couloirs ont été remplacés par des systèmes de communication portables et discrets ;
- Equipes parfois débordées, parfois inactives : les plages de présence ont été adaptées au besoin de transport de la structure (pics d'activité notamment), les sectorisations « imperméables » des brancardiers sur plusieurs zones déséquilibrées en terme de charge ont été assouplies ;
- Insuffisance de concertation en amont entre les services et l'équipe de brancardiers : une démarche commune et transversale de collaboration, voire de contractualisation avec l'ensemble des services « clients », a été entamée ;
- Lacunes en matière d'hygiène : les entrées et sorties de bloc, sans précaution particulière jusqu'alors, font dorénavant l'objet de procédures strictes ;
- Manque de gestion du matériel : les réparations d'urgences et autres « raccommodages » en tout genre ont laissé la place à un entretien courant et régulier du parc ;
- Etc.

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 d'ores et déjà été produits et capitalisés (cf. rapports de phase 1&2 et de phase 3 sur le site www.meah.sante.gouv.fr).

En revanche, un certain nombre de difficultés, tant méthodologiques que pratiques, n'ont pas rendu possible une véritable analyse commune et quantifiée de l'ensemble des organisations du panel :

- Périmètre d'appréhension du transport interne extrêmement vaste ;
- Performance de l'activité partiellement évaluée, et difficilement reliée au type d'organisation concernée ou aux méthodes utilisées.







Les orientations du chantier d'approfondissement

La démarche proposée consiste à décrire et améliorer la prestation de transport interne en s'appuyant sur les outils éprouvés lors du premier chantier, mais également sur la définition d'une nouvelle relation client/fournisseur à créer avec les services cliniques et médico-techniques. Cette ambition nécessite de promouvoir sur chacun des sites un certain nombre de méthodes :

- Recueil d'informations clés : expression de l'heure de demande de transport, heure de prise en charge effective, revue d'incidents :
- Suivi en routine de différents indicateurs de performance :
- Promotion d'une démarche de « contractualisation » avec les unités les plus consommatrices en transport, etc.

L'ambition du chantier est de mobiliser l'ensemble des acteurs intervenant au sein et en périphérie de l'activité de transport interne (brancardiers mais aussi services clients les plus « consommateurs ») autour d'actions ciblées, qui feront chacune l'objet d'une évaluation chiffrée et analysée.

1.2. Les sociétés de conseil partenaires

Sélectionnées à l'issue d'un appel d'offres, 2 sociétés de conseil accompagnent les établissements :

- **ORGA CONSULANTS**
 - o Stéphane RICQUIER, chef de projet;
 - Maria BOUDHABBAY, consultante;
 - Vincent GERVAIS, consultant.
- **REFERIS**
 - Agnès TOBIE, chef de projet ;
 - Pauyi TRAN, consultante.



1.3. Le planning d'intervention

Par ailleurs, 4 phases rythment l'intervention des consultants au sein des établissements :

Phase 1 : réalisation du diagnostic organisationnel

- Objectif: description et diagnostic de l'organisation de l'établissement, définition et évaluation d'indicateurs phares en matière de recouvrement des recettes ;
- Moyens: 12 journées d'appui conseil par établissement (incluant back office & réunions locales et nationales).

Phase 2 : élaboration des plans d'actions

- Objectif: choix par les établissements d'axes d'amélioration et élaboration de plans d'actions à mettre en œuvre. Seront privilégiées les actions à fort contenu opérationnel pouvant être mises en place et évaluées dans les délais impartis par l'étude ;
- Moyens: 3 journées d'appui conseil par établissement (incluant back office & réunions locales et nationales).

Phase 3: mise en œuvre des plans d'actions

- Objectifs: mise en œuvre des plans d'actions;
- Moyens: 20 journées d'appui conseil par établissement (incluant back office & réunions locales et nationales).

Phase 4: évaluation et capitalisation

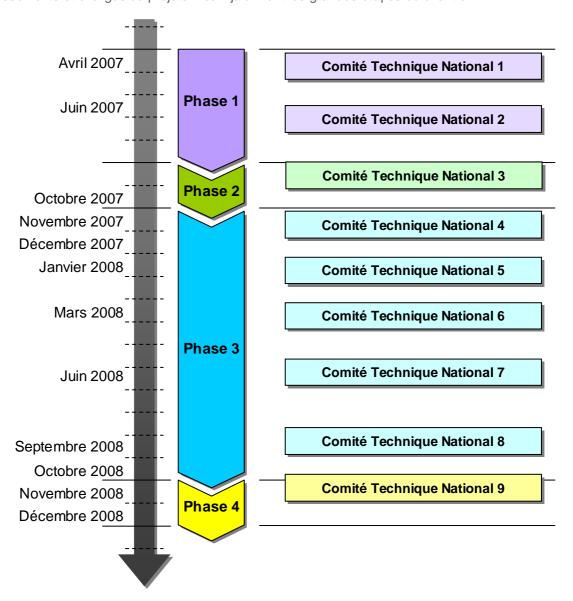
- Objectifs: évaluation des actions engagées, modélisation des organisations les plus efficientes et capitalisation sur les bonnes pratiques observées ;
- Moyens: 4 journées d'appui conseil par établissement (incluant back office & réunions locales et nationales).







Outre les réunions de travail entre sociétés de conseil et établissements, consultants et équipe MeaH, des Comités Techniques Nationaux, réunissant représentants des équipes projets locaux, consultants en lien avec les établissements et chargés de projets MeaH jalonnent les grandes étapes du chantier :



Enfin, chacune des grandes étapes de la mission donne lieu à la production de documents, internes au chantier ou à destination des professionnels :

Documents internes, produits par les consultants, pour chaque établissement

- 1 monographie de diagnostic en fin de phase 1;
- 1 plan d'actions sous forme de fiches en fin de phase 2 ;
- 1 monographie de description et d'évaluation des actions mises en œuvre en fin de phase 3.

Documents de diffusion (données anonymisées), produits par la MeaH

- 1 rapport d'étape à chaque fin de phase ;
- 1 recueil de retours d'expériences en fin de chantier.





2. Le cadre de l'étude

2.1. Les établissements volontaires

2.1.1. Les attentes de chacun

Adhérant aux orientations proposées par la MeaH, 8 établissements se sont portés volontaires pour analyser et optimiser leurs organisations :

- Clinique les Sources (06);
- CHU de Dijon (21);
- CH de Guingamp (22);
- CH de Seclin (59);
- CHRU de Strasbourg (67);
- Clinique Sainte Odile (67);
- CH Privé Claude Galien (91);
- Institut Gustave Roussy (94).

Cités anonymement dans la suite du rapport, les établissements ont exprimé des motivations diverses dans leurs dossiers de candidature. Ainsi, au-delà de analyse plus précise de chacun d'entre eux, développée dans la suite du rapport, les principaux éléments à souligner ressortant des candidatures sont les suivants :



Etablissement H1

Son contexte

- Organisation sectorisée (urgences, imagerie médicale, etc.);
- Ouverture prochaine d'un nouveau plateau technique, superficie des secteurs urgences et soins intensifs multipliée par 3.

Ses attentes par rapport au chantier

- Améliorer la qualité de la prestation ;
- Élaborer des indicateurs de performance et les suivre en routine ;
- Permettre au personnel non qualifié d'accéder à des formations institutionnelles ;
- Pouvoir faire travailler des binômes AS-ASH.

Etablissement H2

Son contexte

- Dysfonctionnements majeurs identifiés (régulation aléatoire, image dévalorisée, pas d'évaluation de l'activité ni de la performance) ;
- Dynamique impulsée, réorganisation lancée, informatisation en cours.

Ses attentes par rapport au chantier

- Soutenir la réflexion engagée ;
- Réaliser un diagnostic et mettre en place des indicateurs de performance ;
- Échanger avec les 7 autres établissements partenaires.

Etablissement H3

Son contexte

- Démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- Brancardage efficace vers les blocs, incertitudes sur d'autres secteurs (imagerie) ;
- Contraintes architecturales pénalisantes.





Ses attentes par rapport au chantier

- Optimiser l'activité de brancardage ;
- Accélérer la réflexion dans le cadre du chantier d'optimisation des prestations et de rénovations des locaux initié.

Etablissement H4

Son contexte

- Dysfonctionnements constatés : adéquation charge / ressources, pas de traçabilité, flux de patients désorganisés, gouvernance mal maîtrisée, etc. ;
- Premier groupe de travail mis en place depuis 6 mois.

Ses attentes par rapport au chantier

- Soutenir les actions lancées par le groupe de travail;
- Pérenniser de nouvelles solutions organisationnelles optimales ;
- Comparer l'organisation avec les 7 autres établissements partenaires.

Etablissement H5

Son contexte

- Transport des patients du plateau technique de consultations et de rééducation & transferts interservices;
- Difficultés à organiser de manière efficace travail, horaires et circuits des brancardiers ;
- Étude interne en 2000 : mise en place d'un planning unique & polyvalence des brancardiers.

Ses attentes par rapport au chantier

- Accompagner grâce à une expertise et un apport méthodologique ;
- Finaliser la polyvalence des agents ;
- Développer les relations « clients / fournisseur ».

Etablissement H6

Son contexte

- Augmentation constante de l'activité;
- Grande partie des transports pris en charge par les services de soins et prestataires privés ;
- Fermeture d'une structure et ouverture prochaine d'un nouvel hôpital : transports à venir majoritairement pédestres ;
- Premier audit en 2003 afin de calibrer la future organisation.

Ses attentes par rapport au chantier

- Confirmer les choix techniques retenus ;
- Vérifier les hypothèses sur le calibrage de l'organisation du nouvel hôpital ;
- Apporter un soutien sur le management et l'accompagnement du changement.

Etablissement H7

Son contexte

- Atouts : régulation efficace, missions et organisations bien définies ;
- Faiblesses : aucun protocole sécurité / qualité, problèmes de confidentialité, pas d'évaluation de performance et satisfaction des utilisateurs.

Ses attentes par rapport au chantier

- Améliorer la gestion des rendez-vous pour les brancardiers ;
- Favoriser une souplesse permettant d'adapter l'organisation en fonction des flux ;
- Stimuler la concertation entre les services et les brancardiers.





Etablissement H8

Son contexte

- Service dynamique et motivé ;
- Changement architecturaux en cours / développement de l'activité ambulatoire ;
- Besoin de forte réactivité de la part des brancardiers.

Ses attentes par rapport au chantier

- Décrire et améliorer la prestation ;
- Améliorer les relations avec les services demandeurs dans une démarche de contractualisation;
- Mettre en place et améliorer la traçabilité et le recueil d'indicateurs (délais, temps d'attente du patient).

2.1.2. Les ressources internes mobilisées

En outre, afin de mener à bien les travaux au sein des établissements, il a été demandé à chacun de constituer une équipe projet, pluridisciplinaire. Les fonctions représentées au sein de chaque équipe sont mentionnées ciaprès :

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Membres	s de l'équipe projet :								
•	Responsable brancardage	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
•	Représentant(s) des brancardiers	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
•	Plusieurs représentants des services de soins consommateurs (cadres)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
•	Plusieurs représentants des services médico- techniques consommateurs (cadres)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
•	Représentant de la direction	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ressour	ces mobilisables ponctuellement :								
•	Représentant(s) syndical(aux)						✓		
•	Représentant CHSCT								
•	EOH	1	✓				✓		
•	Représentants services de soins (médecins)								
•	Représentants services médico-techniques (médecins)								
•	Représentant de la DRH		✓						
•	Référent SIH						✓		✓
•	Référent qualité		✓						
•	Ergonome (s'il existe)								

2.1.3. Les caractéristiques générales

Un périmètre d'étude bien défini est arrêté sur chacun des établissements : notons que H2 étudie ses transports pédestres sur 1 site ainsi que ses transports motorisés inter sites, tandis que H4 différencie le brancardage général de celui dédié aux blocs :

	H1	H2a	H2b	НЗ	H4a	H4b	H5	H6	H7	H8
Périmètre :										
 Périmètre 	Branc.	Branc. sur 1 site	Ambul. inter sites	Branc.	Branc. dans les étages	Branc. pour les blocs	Branc.	Branc. & ambul.	Branc. & prélèv.	Branc. & doss.





A l'intérieur de ce périmètre peut être évalué un certain nombre de caractéristiques intrinsèques à l'établissement, caractéristiques figées qui constituent alors un cadre « contraignant » pour l'organisation du transport interne :

		H1	H2a	H2b	НЗ	H4a	H4b	H5	H6	H7	Н8
Dimensi	onnement :										
•	Lits et places	321	1056	1009	197	28	39	229	1634	517	387
•	Transports par an (x1000)	56	106	59	20	2	6	15	100	28	66
•	DMS (2006)	7,7	4,7		4,8	5	,4	9 (MCO) 31 (SSR)	5,7	6,4	6,3
Structu	re:										
•	Implantation (monobloc / pavillonnaire / multi sites)	Mon.	Mon.	Mul.	Mon.	Mo	n.	Pav.	Mul.	Mon.	Mon.
•	Sites	1	1	8	1	1		1	3	1	1
•	Bâtiments	2	1	15	1	1		3	11	4	2
•	Ascenseurs	6	43		5	1.	2	12	28	5	4

2.2. La terminologie

Au regard du vocabulaire propre à chacun, il est essentiel de s'accorder sur une terminologie commune facilitant les comparaisons inter-établissements. Prenons l'exemple d'un patient transporté d'un service A vers un service B par 1 brancardier, puis ramené vers son service d'origine A cette fois par 2 brancardiers :

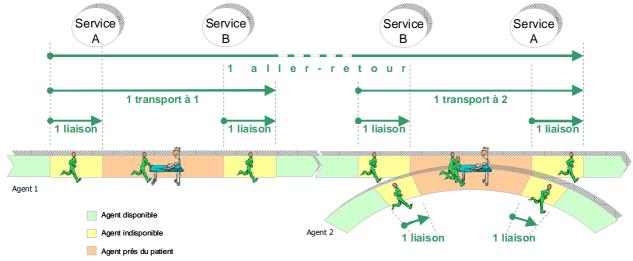


Figure 1: terminologie

Cet aller-retour se décompose alors en 2 transports : 1 « <u>transport à 1</u> » suivi d'1 « <u>transport à 2</u> ». Le transport commence à partir du moment où le (ou les) agent(s) devienne(nt) indisponible(s) pour une autre activité.

Les temps dits de « <u>liaison</u> » sont les phases pendant lesquelles les brancardiers se déplacent à vide : une liaison peut être par exemple le temps pendant lequel le brancardier rentre au local du pool pour se voir réaffecter un prochain transport.

On désignera par le terme « <u>course</u> » un transport non pas de patient mais d'objet physique (dossiers, prélèvements, etc.).





Par ailleurs, on distinguera dans l'étude les transports pédestres, ou <u>brancardage</u>, des transports motorisés, dits <u>ambulanciers</u>.

3 types majeurs d'organisation sont envisageables pour encadrer le travail des agents :

- Le « <u>pool</u> » : l'ensemble des brancardiers est regroupé au sein d'une entité indépendante des services cliniques et médico-techniques. Les agents sont polyvalents et interviennent sur toutes les courses, à la demande des services ;
- Les « <u>équipes dédiées</u> » : chaque brancardier est affecté à un poste particulier ou correspondant à un secteur d'activité. Les agents ne sont pas polyvalents, ils sont dédiés et sous la responsabilité d'un service et n'en dérogent pas ;
- Le « <u>pool mixte</u> » : il existe un pool fonctionnant selon l'organisation décrite plus haut, ainsi qu'un certain nombre d'équipes dites dédiées qui ne se concentrent que sur une ou plusieurs UF (assez souvent le bloc opératoire, etc.).

De surcroît, il existe 2 pratiques organisationnelles, rencontrées ou non au sein des établissements :

- La « <u>programmation</u> » : les transports à réaliser sont connus à l'avance (J-1) et l'activité des brancardiers est ainsi arbitrée et planifiée en amont ;
- La « <u>régulation</u> » : la répartition de la charge de transports est faite en temps réel par une fonction régulation qui affecte, en fonction des demandes, chaque transport à un brancardier.

Enfin, plusieurs notions permettent de quantifier les ressources, qu'il est important de bien distinguer :

- « ETP » : Équivalent Temps Plein = 35 heures par semaine ;
- « <u>Poste de travail</u> » : défini au planning = 1 poste de brancardier de 9h à 18h, 1 poste de régulateur de 10h à 12h, etc.;
- « <u>Agent</u> » : 1 personne physique = Maxime, Sébastien, Ayden, etc.

Ainsi, par exemple:

- Soit 1 poste de travail défini 52 semaines par an de 9h à 18h du lundi au vendredi;
- Ce poste est occupé par l'agent Maxime du lundi au jeudi et par l'agent Sébastien le vendredi ;
- Sachant que la base de travail annuelle est par exemple de 1560 heures ce poste de travail représente en termes d'ETP [(18 9) × 5 × 52] / 1560 = 1,5 ETP.

Donc ici : 1 poste de travail = 1,5 ETP = 2 agents...





3. Les grands enseignements

3.1. La maturité des organisations

3.1.1. L'outil

Un outil d'autoévaluation de la maturité des organisations, développé dans le cadre du 1 er 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, cf. annexe 2).

3.1.2. Les résultats

Renseigné par chacun des établissements du panel (H2 distingue son activité pédestre – curseur gris – de son activité motorisée – curseur bleu –), cet outil appelle entre autres les commentaires suivants.

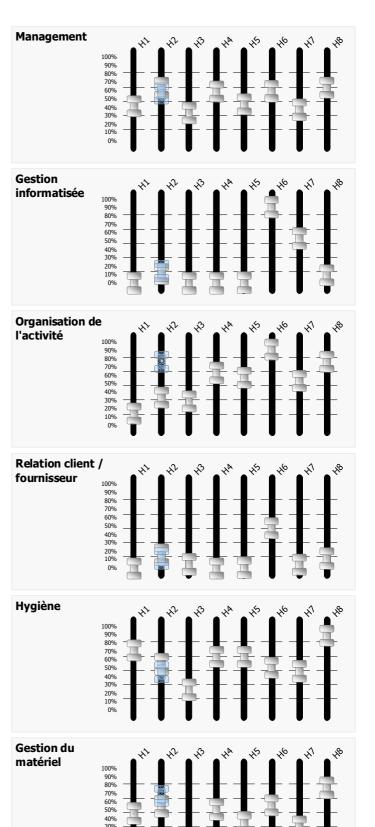
Les établissements, puisque volontaires, sont sensibilisés à la problématique du transport interne. Ainsi, en matière de *Management*, *Hygiène* et *Gestion du matériel*, certaines mesures ont déjà été mises en place.

De même, en termes d'*Organisation de l'activité*, les établissements ont réfléchi aux moyens d'optimisation des transports.

En revanche, la *Gestion informatisée* n'est développée que sur H6 et H7. Sans forcément être une bonne pratique en soi, puisque ne constituant qu'un outil et non une solution miracle pour pallier les lacunes d'une organisation défaillante, l'informatique peut constituer une assistance appréciable pour la gestion de l'activité, vraisemblablement au dessus d'un volume seuil de transports à gérer.

En outre, la *Relation clients / fournisseur* est l'axe le moins développé sur la très large majorité du panel. Délicat, induisant un dialogue actif au-delà du service de brancardage, cet axe sera privilégié tout au long du chantier car constituant vraisemblablement un fort levier d'amélioration pour le fonctionnement global de l'activité.

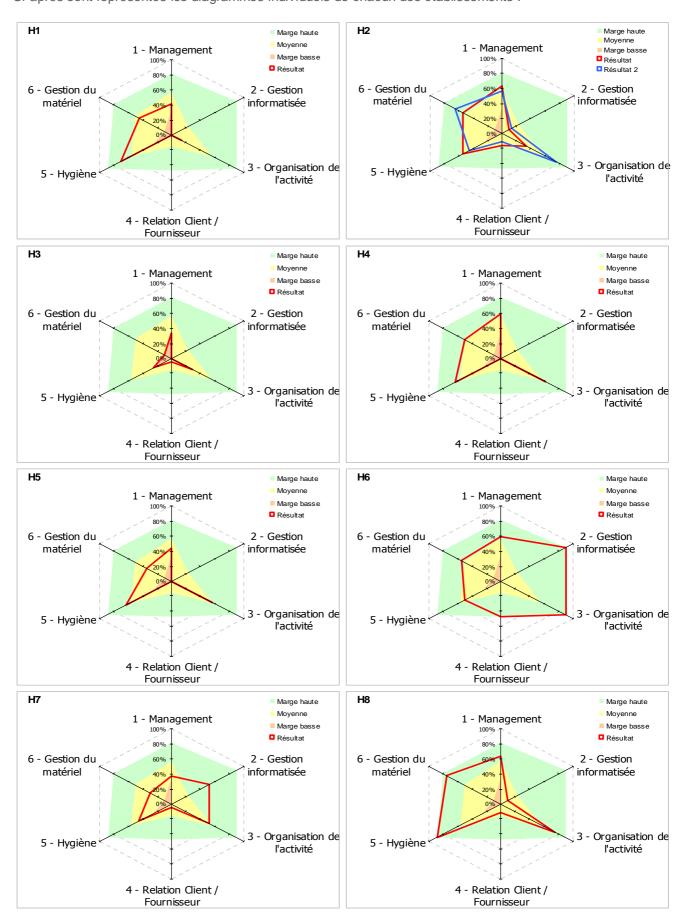
Enfin, l'établissement H6 est particulièrement intéressant puisque affichant des scores de maturité importants justement sur les axes où la majorité du panel semble peu armée.







Ci-après sont représentés les diagrammes individuels de chacun des établissements :





3.2. Les modes de gestion rencontrés

Par choix, il a été décidé de privilégier le recrutement d'établissements pour lesquels l'activité de transport interne de patients est confiée à une unité à part sous la forme d'une équipe en pool ou en pool mixte. Ainsi, la catégorie « équipes dédiées » n'est sciemment pas présente.

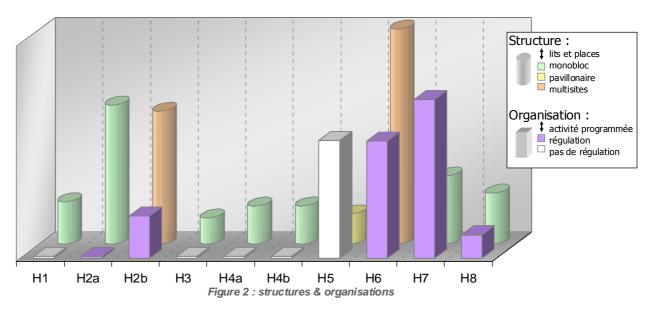
En revanche, la constitution de multiples équipes dédiées hiérarchiquement placées sous l'autorité de services cliniques doit pouvoir apporter un certain nombre d'avantages, et il conviendra à tout établissement confronté à ce choix organisationnel de le faire en toute connaissance de causes : c'est l'objet du chapitre « Les grands arbitrages : pool centralisé ou équipes dédiées ? » vers lequel nous nous permettons de renvoyer le lecteur.

3.2.1. Le pilotage de l'activité

Le transport interne de patients est une activité « support » de la production effective de soins, concept communément admis et de surcroît partagé par les 8 établissements du chantier MeaH. La mise en œuvre de cette activité est en revanche beaucoup plus disparate d'un établissement à l'autre : en effet, que ce soit au niveau de l'encadrement, des options de gestion d'activité retenues que des outils à disposition des équipes pour leur fonctionnement, chaque établissement propose un dispositif organisationnel qui lui est propre :

		H1	H2a	H2b	Н3	H4a	H4b	H5	H6	H7	H8
Organisation:											
•	Direction / hiérarchie	Soins	Soins	Adj. des cadres	Surveil.	Inf. génér.	Chef de bloc	Soins	Admin.	Soins	Soins
•	Type d'organisation (pool / pool mixte / dédiée)	Pool mixte	Pool	Pool	Pool mixte	Pool mixte	Pool	Pool mixte	Pool mixte	Pool mixte	Pool mixte
•	Programmation	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
•	% activité programmée			19%				54%	42%	50%	10%
•	Régulation	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
•	Outils de pilotage informatisé	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
•	Outils de communication	Tél.	Tél.	Radios	Tél.	Tél.	Non	Tél. & bip	Tél.	Tél. & bip	Tél.

La question se pose naturellement de savoir si les choix organisationnels faits par les établissements avaient été conditionnés par des contraintes structurelles particulières. Tentons de mettre en regard 2 critères structurels majeurs (nombre de lits et places & type d'architecture) avec les choix opérés par les établissements en termes de programmation et de régulation :







A la lecture du graphique ci-dessus, comparant les 8 établissements du chantier MeaH, quelques remarques peuvent être formulées, avec toute la prudence à laquelle le faible nombre d'établissements du panel ainsi que l'absence de toute notion de performance individuelle dans le raisonnement nous incite :

- Au-delà d'une certaine « taille », tous les établissements ont fait le choix d'une régulation formalisée ;
- En revanche, il n'apparaît pas de taille seuil en deçà de laquelle une régulation n'a plus de pertinence, comme nous le montre l'exemple de H8 ;
- Le lien entre programmation et régulation apparaît comme non exclusif : chacune de ces options peut s'envisager indépendamment, l'une avec ou sans l'autre ;
- Il n'y a pas de lien évident entre la taille d'un établissement et son choix de recourir à la programmation, H2a en est un exemple.

Ainsi, il apparaît difficile de déterminer empiriquement à partir des données présentées ici des règles permettant d'orienter les choix organisationnels d'un établissement concernant le transport interne. Fruits de savoir-faire propres à chacun, mais également de problématiques intimement liées aux pratiques et à l'histoire de chaque établissement, les organisations du transport interne de patients sont multiples. Une étude plus approfondie des différentes facettes qui entrent en jeu s'avère nécessaire : activité(s) principale(s) de l'établissement, ressources humaines et matérielles disponibles, types de transports à prendre en charge, etc.

3.2.2. Les types de transports

Un pilotage éclairé de l'activité de transport interne ne peut s'envisager sans une connaissance préalable des types de charge qui incombent au service de brancardage. En effet, un transport de patient peut s'envisager en lit, en brancard, en fauteuil, et même en simple accompagnement de patients valides. Les caractéristiques respectives de ces différents modes de transport impactent directement l'activité dans son ensemble, que ce soit en termes de confort des patients que des conditions de travail et des niveaux de charges pour les agents : un brancard est plus maniable qu'un lit, en revanche transporter en brancard implique nécessairement un transfert lit / brancard qui peut ne pas être négligeable, etc. Ainsi, l'objectivation des différents types de transport et surtout de leurs poids respectifs par rapport à l'activité globale apparaît comme incontournable. Dans cette optique, plusieurs niveaux de finesse sont possibles :

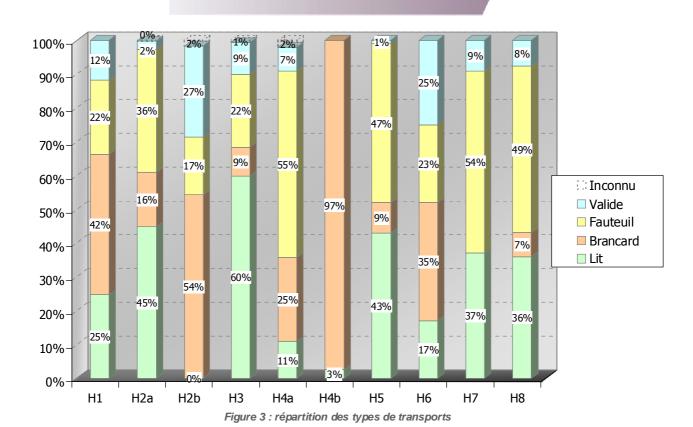
- <u>La répartition globale</u> : en moyenne et sur l'ensemble des transports assumés par le service, comment se répartissent les différents vecteurs ?
- La politique de prise en charge: au-delà de la répartition globale des différents vecteurs, y a-t-il une politique d'établissement sur les critères de prise en charge, et notamment sur le nombre de brancardiers qui doivent être impliqués lors d'un transport (on pense naturellement aux difficultés de manœuvrer seul un lit), y a-t-il à défaut des habitudes de la part des agents?
- <u>Les variations quotidiennes</u> : connaissant la répartition grossière des différents vecteurs, est-il possible d'affiner l'analyse et de connaître plus précisément quel type de transport est demandé à quel moment ?

Ces 3 niveaux de finesse sont illustrés ci-après.

La répartition globale

Les transports sont effectués en lits, en brancards, en fauteuil, ou simplement en accompagnant un patient valide. Les 8 établissements du chantier MeaH ont quantifié les parts respectives de chacun de ces vecteurs au sein de leurs structures :





A ce sujet, plusieurs remarques :

- H6 laisse la part belle aux transports de patients valides (25%): certain de ces transports, pour lesquels le patient se déplace librement et où le brancardier n'est là qu'en tant « qu'accompagnateur », peuvent-ils se faire de manière totalement autonome? Notons qu'un établissement du 1^{er} chantier transport interne a expérimenté avec succès cette pratique, sur certains trajets répétitifs bien déterminés: beaucoup de conditions doivent être remplies dans cette perspective (approbation du patient, signalisation et fléchage exhaustifs au sein de l'établissement, problématique du transport du dossier, etc.), mais cette démarche a permis de diminuer sensiblement la charge de travail du pool de brancardiers:
- H7 n'utilise pas de brancards pour ses transports internes. Plus lourds, plus encombrants, et donc moins maniables, les lits n'en demeurent pas moins plus confortables pour les patients et évitent un transfert lit / brancard parfois pénible tant pour les patients que pour les brancardiers. Ainsi, l'augmentation du nombre de transports en lit peut être une volonté affichée de l'établissement, dans un souci de bien-être du malade : dès lors, cette politique doit naturellement s'accompagner d'une gestion permettant de dégager 2 brancardiers pour chaque transport, afin de préserver le niveau de charge de travail de ces derniers;
- Si 1/4 des transports sur H1 sont effectués en lits, il semble que les pratiques diffèrent grandement selon le ou les brancardiers concernés, créant au final une forte disparité des conditions de travail des uns et des autres : ce « dommage collatéral », relevant de la politique de prise en charge mise en œuvre au sein de l'établissement, est évoqué ci-après.

La politique de la prise en charge

Au-delà des contraintes liées à la réglementation, et notamment des aspects relatifs à la sécurité relevant du code du travail (cf. annexe 3), il appartient à chaque établissement, en fonction d'un certain nombre de critères (sans exhaustivité aucune : les matériels, les types d'activités cliniques, les plus ou moins grandes facilités de manœuvre dans la structure ainsi que la qualité des revêtements de sol, l'âge moyen de agents ?...), de déterminer une politique de prise en charge, qui définirait précisément le nombre de brancardiers nécessaires pour tel type de matériel, les responsabilités de chacun (agents / soignants) lors des éventuels transferts lits / brancards, etc. Ci-après une étude du nombre de brancardiers (1 ou 2) en fonction du type de transport sur l'établissement H5 :



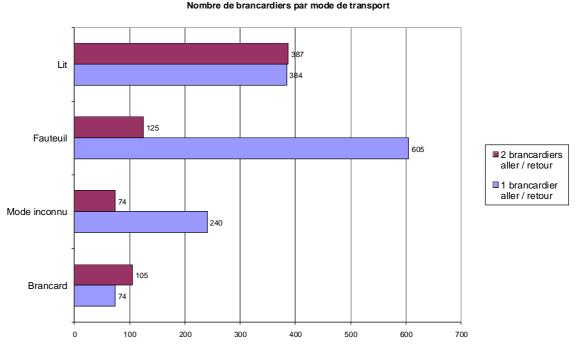


Figure 4 : exemple de H5, nombre de brancardiers par mode de transport

Il apparaît clairement sur cet établissement que la promotion des transports en fauteuil pourrait représenter un bon levier de diminution de la charge de travail globale du service, puisque ne mobilisant dans la très large majorité des cas qu'un seul agent. Bien entendu, la décision du type de prise en charge ne peut s'arrêter à ce seul aspect et doit intégrer un grand nombre de critères d'ordre sanitaire. Néanmoins, il semble indéniable qu'un progrès dans la rationalisation des modalités de transport reste envisageable : comment se fait-il, si l'on s'intéresse aux lits et aux brancards, que les proportions de « transports à 1 » / « transports à 2 » soient sensiblement les mêmes sur ces 2 vecteurs aux poids et à la manoeuvrabilité pourtant bien différents ? De surcroît, cet état de fait est vraisemblablement le fruit non pas d'une politique de prise en charge non définie mais plutôt des difficultés pour les agents de l'appliquer au quotidien, et ce bien malgré eux (cf. exemple de H3 développé ci-après).

Les variations quotidiennes

L'activité globale de transport d'un établissement est intrinsèquement dépendante des activités de soins, cliniques et médico-techniques. Dès lors, les plages d'ouverture de certains plateaux d'imagerie, les programmes opératoires, peuvent engendrer des pics de demande de tel ou tel vecteur de transport, à des moments précis de la journée : un certain nombre de dispositions (les plages d'entretiens des matériels, le renforcement des équipes sur tel ou tel créneau si le transport en lit y est privilégié, etc.) découlent directement de l'analyse de ces variations quotidiennes de types de transports.

Ci-après, l'exemple du nombre de trajets en lit sur l'établissement H3 :



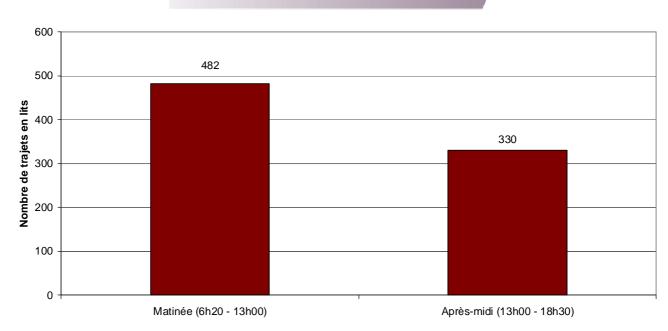


Figure 5 : exemple de H3, nombre de trajets en lits

H3 est un petit établissement à forte activité opératoire dont l'activité de transport interne est assumée par 2 brancardiers le matin et 1 brancardier l'après-midi. La majorité des trajets, près de 60%, est réalisée en lit pour plus de confort des patients : ces transports en lit, selon la politique de prise en charge de H3, induiraient la présence de 2 agents à chaque trajet. Or 40% des transports en lit sont demandés entre 13H00 et 18H30 : ainsi, près d'1/3 des trajets en lit doit être assuré sur une tranche horaire où le brancardier est seul...

Notons que cette analyse doit bien entendue être englobée dans une analyse plus large de l'adéquation charge / ressources, démarche évoquée ci-après.



3.2.3. L'adéquation charge / ressources

L'optimisation de l'adéquation charge / 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'agent est ou n'est pas suffisant, mais si le niveau de charge des agents disponibles reste homogène dans le temps. L'exemple de H4b ci-dessous illustre parfaitement cet état de fait :

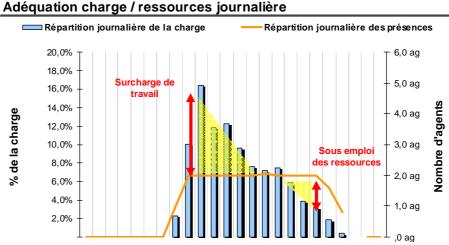


Figure 6 : exemple de H4b, adéquation charge / ressources journalière

Ainsi, sans aller sur le terrain de la réflexion qui consisterait à savoir si le nombre d'ETP de cet établissement est suffisant (décision qui relève plus de la stratégie d'établissement), il apparaît clairement que la répartition linéaire des ressources, ne tenant pas compte du profil de charge, 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? Gageons que sur cet exemple toutes les actions ne sont pas envisageables : re-répartir les présences à iso-ressources nécessiterait bien plus qu'une révision des plannings, c'est-à-dire une réduction du temps de travail de l'après-midi sur l'un des 2 postes, qui permettait le renforcement de l'équipe sur une plage horaire de début de matinée. Il est évident que les problématiques de gestion des ressources humaines et des carrières nous incitent à trouver d'autres solutions.

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 :

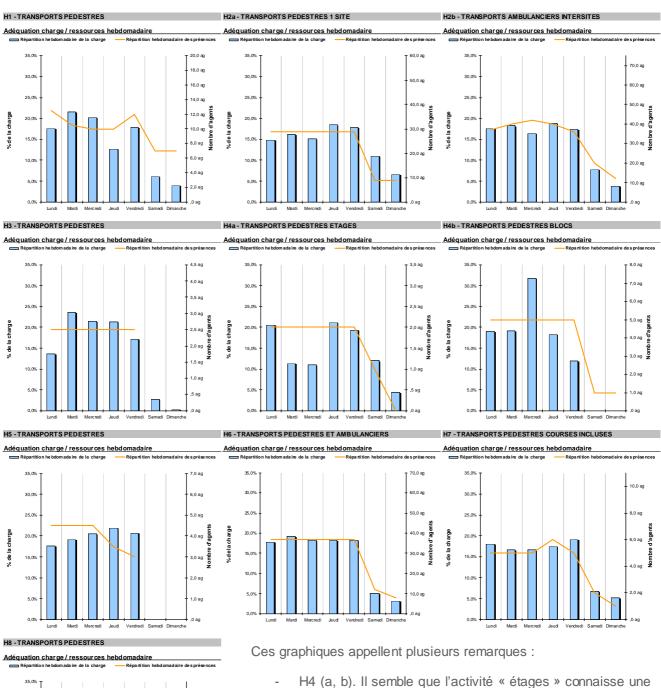
	Adéquation quotidienne	Adéquation hebdomadaire	Adéquation annuelle
La problématique :			
Relative à la charge	Pics d'activité (le matin ?) et creux en fin de journée	Baisse d'activité parfois en fin de semaine	Activité parfois fonction de la saisonnalité (station balnéaire, etc.)
Relative aux ressources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

Illustrons un certain nombre de ces phénomènes grâce au relevé qui a pu être fait au sein des 8 établissements du panel MeaH, présenté ci-après :

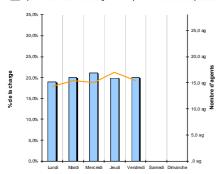
- La revue hebdomadaire : répartition moyenne de la charge et présence des agents sur la semaine ;
- <u>La revue quotidienne</u> : répartition moyenne de la charge et présence des agents sur une journée.



La revue hebdomadaire



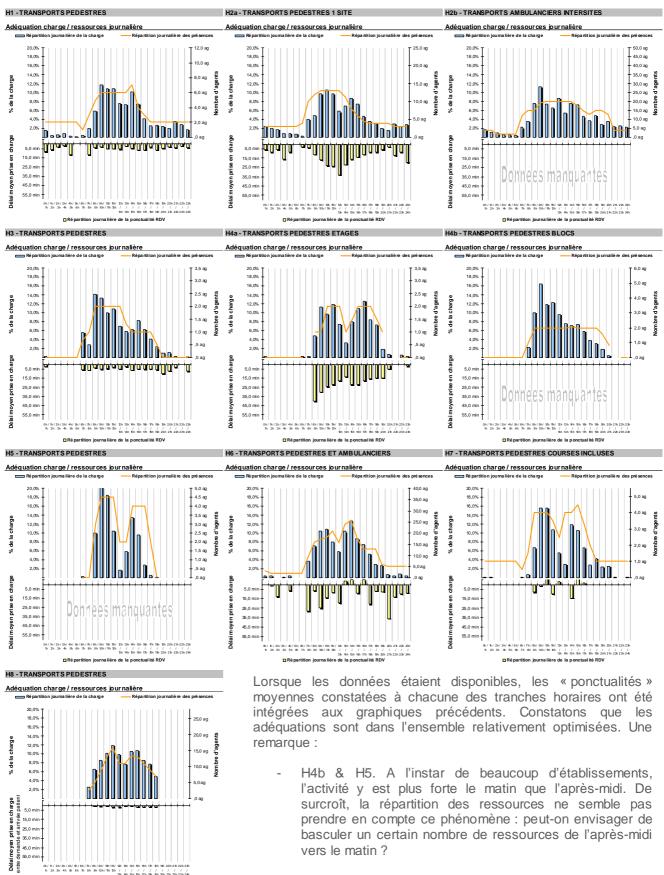
- H4 (a, b). Il semble que l'activité « étages » connaisse une baisse le mercredi tandis que l'activité « blocs » augmente ce même jour : un transfert de ressources de l'équipe « étages » vers l'équipe « blocs » est-il envisageable ?
- H1 & H3. L'activité est plus faible le lundi, sans que les ressources correspondantes n'y soient adaptées. Une réallocation de ressources du lundi au mardi peut-elle avoir lieu?
- H5. Les présences d'agent diminuent au cours de la semaine tandis que l'activité augmente : pourquoi ne pas imaginer un transfert de ressources du lundi / mardi vers le jeudi / vendredi ?







La revue quotidienne



basculer un certain nombre de ressources de l'après-midi vers le matin?



Optimiser une adéquation entre la répartition de la charge et la répartition des ressources peut se faire en agissant sur 2 facteurs : la charge et / ou les ressources. Ainsi, la suite du chantier MeaH permettra vraisemblablement de compléter la réflexion sur les différents moyens d'actions : il est néanmoins d'ores et déjà possible d'identifier quelques leviers possibles pour tout établissement souhaitant entrer dans une démarche d'optimisation :

	Adéquation quotidienne		Adéquation annuelle
Les leviers d'actions :			
Agir sur la charge	Contractualiser avec les services « clients » pour les inciter à lisser et hiérarchiser leurs demandes	Ø	Ø
Agir sur les ressources	Affiner la répartition journalière des postes de travail Mettre en place une régulation qui tenterait de répartir au mieux la charge sur les agents présents	Définir des postes de travail adaptés Mettre en place une programmation qui permettrait de mieux répartir les présences d'agents en fonction des besoins prévisionnels exprimés par les services	Mettre en place un gestion des ressources formalisant les périodes de travail et anticipant les congés

Ainsi, les principaux leviers relèvent soit d'une gestion tournée vers l'extérieur, sous forme de contractualisation, c'est-à-dire d'un dialogue avec les services amont et aval, soit d'une gestion tournée vers l'intérieur, celle des ressources humaines. Dès lors :

- Une démarche de contractualisation ne peut s'envisager de manière efficace sans que le responsable de l'unité de transport interne ait pris la peine de bien objectiver ses relations avec ses différents clients, sorte « d'analyse de marché » à l'échelle de l'établissement. Pour ce faire, il est primordial d'<u>identifier</u> <u>les principaux flux</u> afin de promouvoir un dialogue constructif avec les services « clients » : c'est l'objet du prochain chapitre;
- Le management des équipes est une problématique ô combien délicate, variable d'un établissement à l'autre en fonction de la légitimité et du leadership qui peuvent être conférés aux responsables locaux, mais qui peut néanmoins être objectivée sur un certain nombre d'aspects. La gestion des ressources humaines sera l'objet du chapitre qui suivra.

3.2.4. La hiérarchisation des flux

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 :

- <u>Selon les plus gros consommateurs</u> : quels sont les trajets qui représentent en volume la charge de travail la plus importante ?
- <u>Selon leur répartition quotidienne</u> : 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 abrs être soumis a 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 ?

Ces 3 possibilités sont illustrées ci-après.

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^{ère} vague MeaH sur le thème du transport interne :

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

Au-delà des chiffres, qui peuvent être variables d'un établissements à l'autre, cette classification, qui place les service médico-techniques tels que l'imagerie en général et les blocs comme les plus gros demandeurs, ne semble pas être remise en cause par les données du 2nd chantier. Pour exemple, ci après les situations de H7 (activité globale) et de H4a (activité « étages », qui ne prend donc pas en compte les blocs...):

Activité 2006 - Répartition par service destinataire

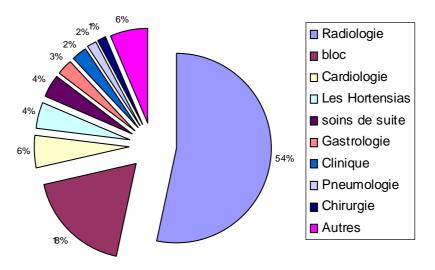


Figure 7 : exemple de H7, répartition de l'activité par services



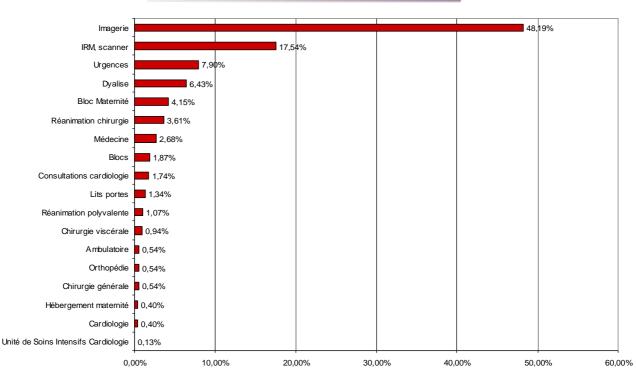


Figure 8 : exemple de H4a, répartition de l'activité des brancardiers « étages », hors activité brancardiers « blocs »

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.

Ce phénomène, notoire, doit être intégré dans une analyse plus globale des priorités des différents services, qui elles sont propres aux pratiques de chaque établissement. Ne prenons que l'exemple de H5 :

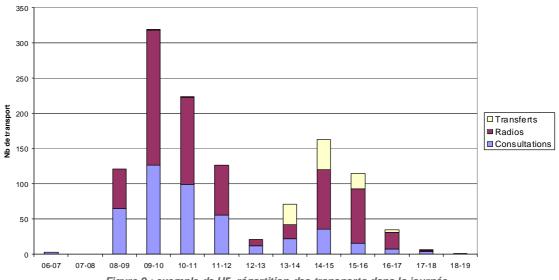


Figure 9 : exemple de H5, répartition des transports dans la journée





Si le volume de flux à destination et en provenance de la radio de cet établissement reste homogène par rapport à la courbe de charge globale, il apparaît très clairement un glissement d'activité au cours de la journée : les transports relatifs aux consultations, nombreux le matin, laissent progressivement la place aux transferts interservices, qui ont lieu l'après-midi. Ce phénomène a-t-il été subi ou maîtrisé ? En tout état de cause, un transfert n'est en général pas un transport critique et peut donc être effectué avec des aléas qui n'auront finalement que peu de conséquences : ainsi, leur prise en charge dans l'après-midi, lorsque l'activité globale est plus faible que ces transports ne viendront pas impacter une activité de consultation fortement en baisse, constitue en soi une pratique heureuse, même si l'honnêteté nous oblige à préciser qu'elle est vraisemblablement plus due à des habitudes cliniques qu'à une véritable démarche proactive de la part des brancardiers...

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 ? Ci-dessous, l'exemple de l'établissement H6 qui a pris la peine d'identifier les incidents survenus dans le cadre des transports, en fonction des services pour lesquels ils étaient destinataires, et qui lui permettra d'engager avec eux un dialogue éclairé :

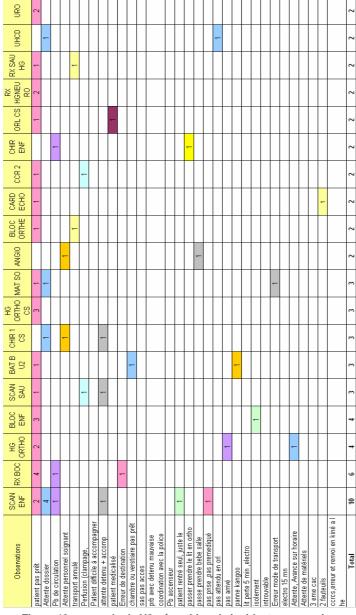


Figure 10 : exemple de H6, répartition de incidents par services





3.2.5. La gestion des ressources humaines

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, bien souvent peu valorisée au sein des établissements de santé, très partiellement encadrée par des textes (cf. annexe 3) et donc peu reconnue, la fonction de brancardier est relativement dépendante de la politique que l'établissement aura souhaité promouvoir à l'égard de ses agents, lorsque politique il y a bien entendu. Sans avoir l'ambition de couvrir l'ensemble de la problématique, 3 points saillants ont retenu l'attention du groupe de travail dans le cadre de la 1 êre phase de diagnostic du chantier MeaH:

- <u>La répartition des temps</u> : comment le temps global consacré à l'activité de transport se partage entre management, régulation, transport effectif dans les différents établissements du chantier MeaH?
- <u>Le taux d'absentéisme</u> : indicateur qui peut être interprété comme révélateur du climat social d'un établissement, comment appréhender cette notion et lui conférer une valeur de « signal » d'alerte ?
- <u>La gestion des carrières</u> : quelle valorisation et quelles perspectives pour des agents de transport ?

La répartition des temps

Les temps de travail au sein de chaque service de transport interne, exprimés en ETP, peuvent être décomposé selon leurs répartitions fonctionnelles. Ainsi, il est possible de distinguer les temps suivants :

ETP absences: il s'agit des temps où des postes sont restés vacants pour cause de maladie, d'AT, CLM, CLD. Il est à noter que les formations, congés syndicaux et congés maternités ne sont naturellement pas comptabilisés dans ces absences;

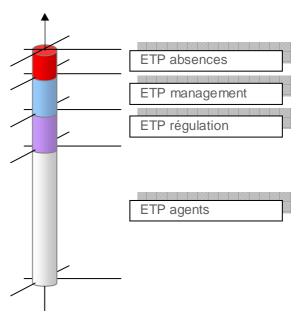
ETP management: il s'agit du temps relatif à l'encadrement des équipes. L'une des difficultés consiste à évaluer au mieux ce temps, puisque les « managers » de l'activité transport interne ont souvent la responsabilité d'autres activités (par exemple une

activité placée sous la responsabilité de la direction des soins, etc.);

<u>ETP régulation</u>: il s'agit du temps consacré à la régulation, lorsque celle-ci est assurée de manière formalisée (≠ autorégulation par les agents eux-

mêmes);

ETP agents: il s'agit du temps rémunéré correspondant aux postes d'agents dédiés au transport proprement dit. Ce temps inclus donc les temps de trajet, les temps de liaisons entre les trajets, les temps pendant lesquels les agents sont occupés à d'autres tâches collatérales (entretiens, pauses, etc.).



L'étude de cette répartition des temps, qui avait été évoquée lors du 1^{er} chantier, est relativement complexe. En effet, une lecture pertinente des données récoltées au sein de chaque établissement doit se faire en connaissance des différents paramètres structurels ainsi que de la politique d'établissement en termes d'utilisation des ressources (l'entretien des matériels entre-t-il dans le cadre de la mission des agents, les agents doivent-ils pousser un lit à 1 ou à 2, sommes-nous sur une problématique de nombreux déplacements très courts ou plutôt sur des déplacements longs, y a-t-il une régulation qui permet de minimiser les temps de transferts, etc.). Néanmoins, une première évaluation nous permet de formuler un certain nombre de constats.



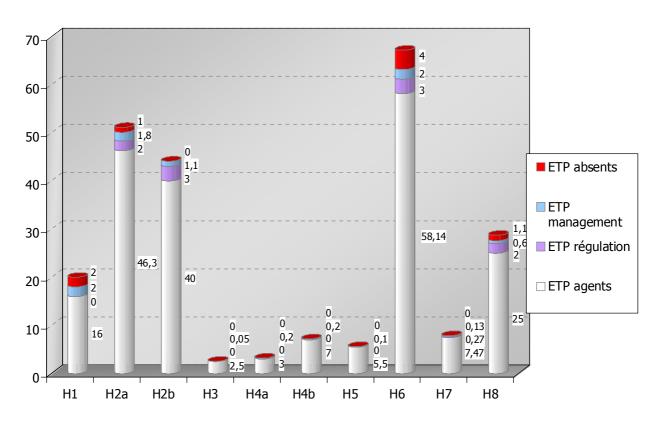


Figure 11 : répartition des temps (échelle des ordonnées absolue)

Ci-après une représentation des seuls établissements disposant d'une régulation formalisée, comparés en valeurs relatives :

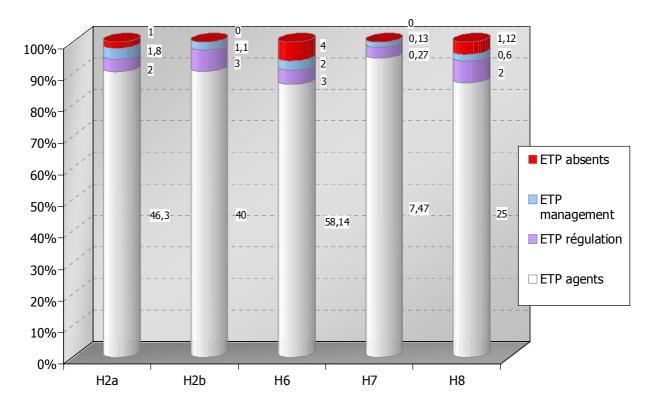
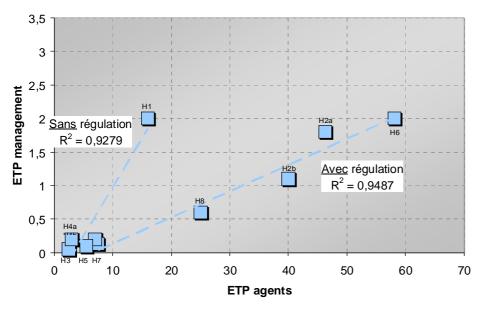
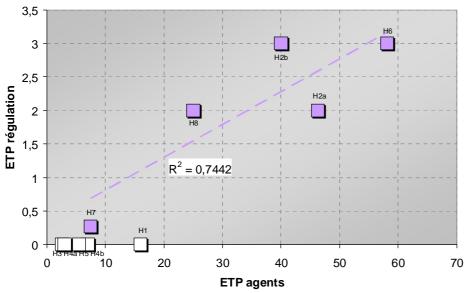
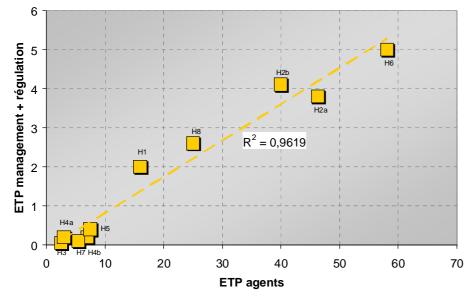


Figure 12 : répartition des temps (échelle des ordonnées relative)









A partir des données présentées ci avant, il est possible d'établir un certain nombre de ratios permettant d'identifier des corrélations éventuelles :

Management :

L'augmentation des effectifs augmentation entraîne une proportionnelle du temps management. 2 cas peuvent être distingués: l'organisation avec et sans régulation, qui se caractérisent par le fait qu'une bonne régulation doit permettre de rationaliser les charges et d'optimiser les relations entre agents, et donc en théorie nécessiter « moins » management. Notons qu'à part H1, les établissements du panel sans régulation sont trop concentrés pour pouvoir extrapoler plus loin le raisonnement.

- Régulation :

La régulation, au regard du retour d'expérience que nous proposent les 8 établissements du panel, s'impose à partir d'un certain « volume » d'effectifs à traiter. Il est intéressant de constater que la part de régulation augmente de manière proportionnelle avec les effectifs régulés. Ce type d'analyse pourrait être affiné en y intégrant le nombre de transports effectivement régulés, la politique d'établissements en termes de transports à 2, etc.

Management + régulation :

En revanche, quel que soit le type d'organisation, le temps « d'encadrement », que l'on définie comme la somme des temps de management et de régulation, est fortement corrélé au nombre d'agents « encadrés ». Ainsi, aude la segmentation management régulation, laquelle il appartient à chaque établissement de trancher fonction de son organisation cible, il semble qu'un ratio d'encadrement d'ordre de grandeur 1 pour 10 émerge.



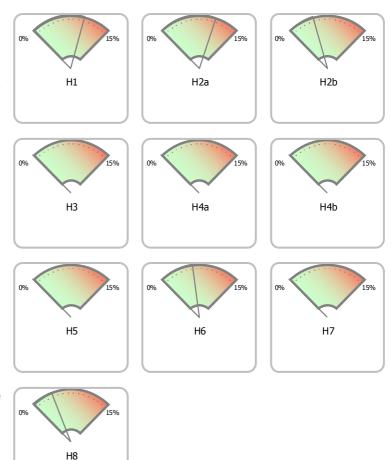


Le taux d'absentéisme

L'absentéisme des agents est un indicateur communément jugé comme fiable du climat social global régnant au sein de l'établissement. Ainsi, son amélioration ou sa dégradation peuvent constituer un véritable signal que les décideurs doivent pouvoir exploiter pour évaluer l'impact et les conséquences de leur politique de gestion des ressources humaines.

Ci-contre les données déclaratives des différents niveaux d'absentéisme des établissements du chantier MeaH. Notons que ceux-ci sont relativement bons comparé à ce qui avait pu être observé sur les 16 établissements du 1^{er} chantier. En outre, on peut s'étonner du fait que beaucoup d'établissements déclarent un taux d'absentéisme de leurs agents de 0% : il s'agit d'établissements à faible nombre d'agents, où de ce fait le suivi du taux en tant que tel n'a pas été considéré comme pertinent par les responsables concernés pour juger du climat social régnant au sein de leurs très petites équipes.

En outre, force est de constater qu'un taux d'absentéisme « absolu » n'a qu'une faible portée s'il n'est pas replacé dans le contexte évolutif de la vie d'un établissement. Ainsi, audelà d'une mesure ponctuelle, il convient de suivre cet indicateur dans le temps : plusieurs degrés de finesses sont possibles, illustrés par les exemples de H8, H1 et H2a présentés cidessous :



Evolution du nombre de jours de maladie et accidents du travail

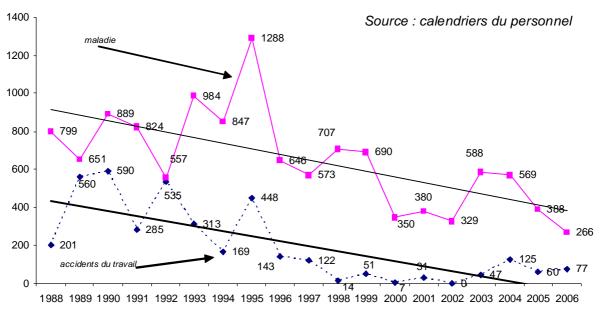


Figure 13 : exemple de H8, évolution du nombre de jours de maladie et accidents du travail





L'amélioration constante, année après année, des temps d'absence pour cause d'accidents du travail ou de maladie sur cet établissement est le fruit d'une véritable politique d'amélioration des conditions de travail des agents menée par les responsables du service depuis plusieurs décennies (formation, achat de nouveaux matériels, etc.). En revanche, tous les établissements n'ont pas la même réussite :

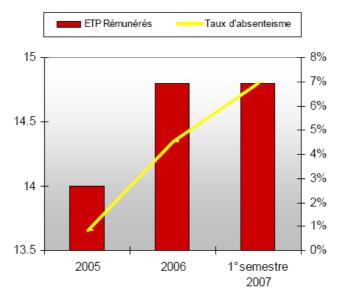


Figure 14 : exemple de H1, évolution du taux d'absentéisme

L'augmentation inquiétante du taux d'absentéisme de cet établissement fait aujourd'hui l'objet de la plus grande attention de la part des dirigeants : le passage récent de plusieurs brancardiers en statut de titulaire ne suffit pas à expliquer ce phénomène. De surcroît, les responsables souhaitant faire la lumière sur les véritables explications d'une dérive en termes d'absences peuvent analyser plus finement leur évolution mois après mois, à l'instar de H2a :

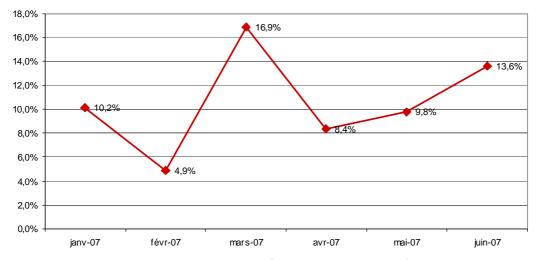


Figure 15 : exemple de H2a, évolution du taux d'absentéisme

Là encore, le pic d'absence du mois de mars n'a pu à ce jour être corrélé à une recrudescence d'incidents ou de dégradation brutale des conditions de travail.

La gestion des carrières

Au sein d'une structure de soins, accueillant par définition un certain nombre d'activités médicales, paramédicales et médico-techniques à forte valeur ajoutée, un certain nombre de fonctions dites « transverses » sont souvent peu valorisées par l'ensemble de la communauté : bureau des entrées, service





restauration, ouvriers de maintenance, etc. Les brancardiers ne font pas exception à la règle, et il est donc important, au-delà de la valorisation de l'activité proprement dite, dont nous espérons ne plus avoir à convaincre le lecteur, 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 véritable état des lieux de la situation de l'équipe en place, tant au niveau du ressenti que des aspirations de chacun. Premier pas dans cette démarche, ci-après l'exemple d'une formalisation des anciennetés des brancardiers de l'établissement H1:

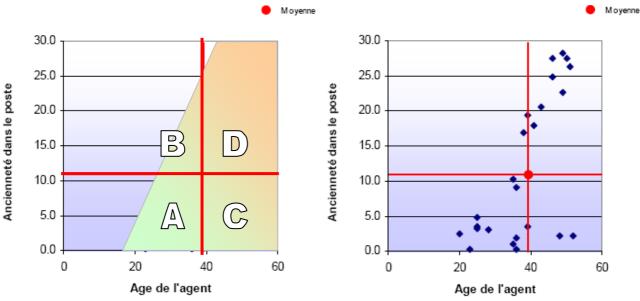


Figure 16 : exemple de H1, répartition des agents en fonction de leur age et leur ancienneté

La lecture du graphique peut s'articuler autour des 4 grandes configurations suivantes :

- A : population d'agents jeunes, récents sur leurs postes, a priori motivés ;
- B : population jeune, occupant le poste depuis un moment, dont il faut savoir valoriser l'expérience ;
- C: population plus âgée, mais récemment embauchée, dont il faut savoir conserver la motivation;
- D : population d'agents ayant une forte ancienneté sur leur poste, à qui il convient de valoriser les compétences et d'éventuellement proposer des évolutions de carrière.

Ainsi, 2 grandes catégories de populations semblent se distinguer sur H1. Il conviendra alors d'intégrer ce constat dans la définition des politiques de recrutement, de formation et d'évolutions de carrières à mettre en œuvre : là encore, la déclinaison sur le terrain de ce concept de bon sens n'est pas chose aisée.





3.3. 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 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 chapitres suivant relatifs 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.

3.3.1. Pool centralisé ou équipes dédiées ?

Tel que cela a été évoqué plus avant dans le rapport, l'orientation du 2nd chantier MeaH consacré au transport interne de patients est résolument limitée au périmètre des équipes en pool ou pool mixte :

	H1	H2a	H2b	НЗ	H4a	H4b	H5	H6	H7	H8
Organisation:										
Type d'organisation (pool / pool mixte / dédiée)	Pool mixte	Pool	Pool	Pool mixte	Pool mixte	Pool	Pool mixte	Pool mixte	Pool mixte	Pool mixte

Néanmoins, l'expérience du 1^{er} chantier, enrichie des observations qui ont pu être formulées dans le cadre des travaux engagés depuis quelques mois avec les 8 nouveaux établissements, nous permet d'en synthétiser les avantages et inconvénients dans le tableau suivant :

	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 développen 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 disfonctionnement et jalousies entre agents.				

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 1 ou plusieurs agents sont affectées 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 ?



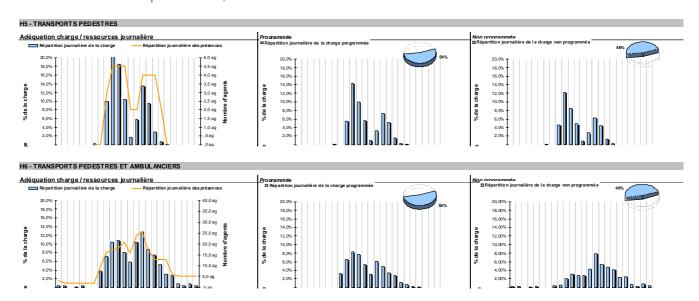


3.3.2. Activité programmée ou gérée en temps réel ?

Que ce soit un planning d'imagerie, 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%.

	H1	H2a	H2b	Н3	H4a	H4b	H5	H6	H7	H8
Organisation:										
Programmation	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
% activité programmée			19%				54%	42%	50%	10%

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 établissements H5 et H6 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. Pour exemple, ci-après l'arbre décisionnel de l'établissement H7 :



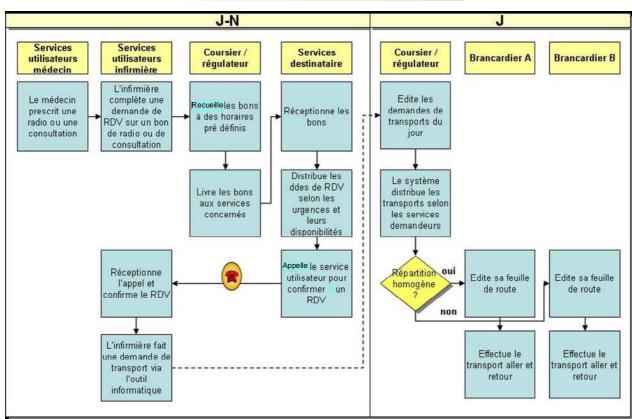


Figure 17 : exemple de H7, arbre décisionnel d'affectation d'un transport

Dès lors, tentons de synthétiser les avantages et inconvénients que confère chacune des options :

	Programmation	Temps réel
Avantages	Programmer une activité à l'avance, c'est anticiper donc maîtriser la charge de travail des brancardiers en prévoyant une répartition et une allocation de ressources pertinentes. Ça 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.)
Inconvénients	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.	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. Notons qu'une analyse rétrospective doit permettre d'atténuer ce phénomène par la connaissance (et la prévision) des fluctuations d'activité bien souvent récurrentes.

3.3.3. Autogestion ou régulation formalisée ?

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 du chantier 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 ?) : H1 est un établissement consacrant 18 ETP en termes de ressources productives, sans avoir mis en place une quelconque régulation formalisée pour assister les agents dans leurs choix de prise en charge. A l'inverse, les 7,5 ETP de H7 sont gérés avec l'assistance d'une régulation.

	H1	H2a	H2b	Н3	H4a	H4b	H5	H6	H7	H8
Ressources humaines :										
ETP agents	16	46	40	2,5	3	7	5,5	58	7,5	25
Organisation:										
Régulation	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui

Ainsi, sous un certain seuil (que le faible nombre d'établissement du panel ne nous permet pas d'établir précisément), 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 1 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 solution qu'elle ne génère de dysfonctionnements... Ci-après l'exemple de la chaîne décisionnelle relative à la fonction régulation mise en œuvre sur l'établissement H8:



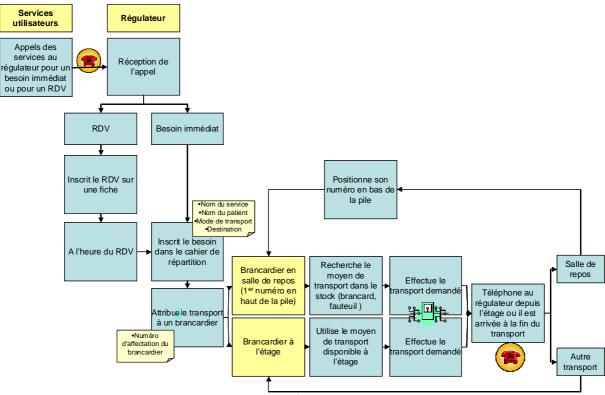


Figure 18 : exemple de H8, arbre décisionnel d'affectation d'un transport

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.	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.



3.4. Les notions de performance

Toute unité devant assumer une activité définie en tant que telle doit pouvoir mesurer l'écart entre les objectifs qu'elle se sera ou qui lui auront été fixés et sa production effective : la performance que la communauté hospitalière est en droit d'exiger de son service de transport interne peut se décliner sous plusieurs formes, en fonction des problématiques particulières et propres à chaque établissement. Ainsi, l'amélioration de la performance peut s'envisager sous plusieurs angles :

- <u>La ponctualité</u>: la capacité de mise à disposition des brancardiers au moment précis où le service demandeur en a exprimé le besoin;
- La réduction des dysfonctionnements : la capacité d'assurer une prise en charge du patient dans les meilleures conditions de sécurité, de respect des règles d'hygiène et de maîtrise des techniques de manutention :
- <u>L'exhaustivité de la prise en charge</u> : la capacité à prendre en charge l'ensemble de la demande, y compris les transports parfois assurés à défaut par les soignants ;
- <u>L'implication des services « clients »</u>: la capacité à intégrer les services amont et aval dans une démarche de prise en charge commune et concertée du patient.

Ces 4 aspects sont développés ci-après.

3.4.1. La ponctualité

Une bonne prise en charge en termes de jalonnement peut être simplement définie comme un patient prêt au départ, pris en charge par un brancardier à l'heure au rendez-vous. Si le premier item ne relève pas de la compétence des agents (cf. chapitre suivant concernant les dysfonctionnements), le second est quant à lui le fait principal de l'organisation de l'unité de transport interne.

Dès lors, se présenter en retard à la prise en charge d'un patient, au-delà de l'attente du patient et des soignants qui est en soi un facteur de dérangement non négligeable, génère perturbations sur l'ensemble des plannings et programmations des services avals. De même, se présenter en avance doit vraisemblablement plus être considéré comme de la non qualité que de la sur qualité, car générant inutilement du temps agent improductif. Ainsi, la mesure de la ponctualité, lorsqu'elle fait l'objet d'un véritable point de discorde entre le pool de brancardiers et ses services clients, permet d'objectiver un état des lieux réel de la performance en la matière, au-delà des perceptions et ressentis souvent vagues et imprécis des uns et des autres. Charge ensuite à chaque établissement de mettre en place la mesure la plus pertinente au regard de ses processus internes : dans cette optique, par exemple, H8 préférera objectiver la ponctualité du brancardier non pas au rendez-vous du service de départ mais à celui du service d'arrivée.

Notons que sa mise en œuvre peut être également déclinée différemment au sein des établissements en fonction des possibilités d'un éventuel système d'information en place. En tout état de cause, des méthodes de mesure à la main, exhaustives ou par échantillonnage, donnent satisfaction : l'absence de système d'information ne saurait être le prétexte invoqué pour renoncer à une telle démarche, comme nous le montrent H1, H3, H4a, H7 et H8 qui se sont livrés à des mesures à l'aide d'une simple grille de recueil, telle que celle présentée ci-dessous :

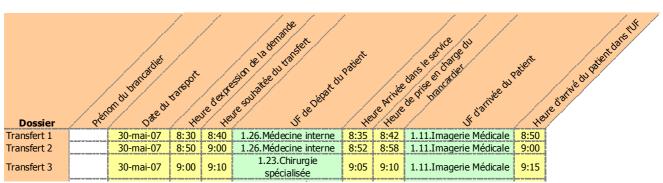


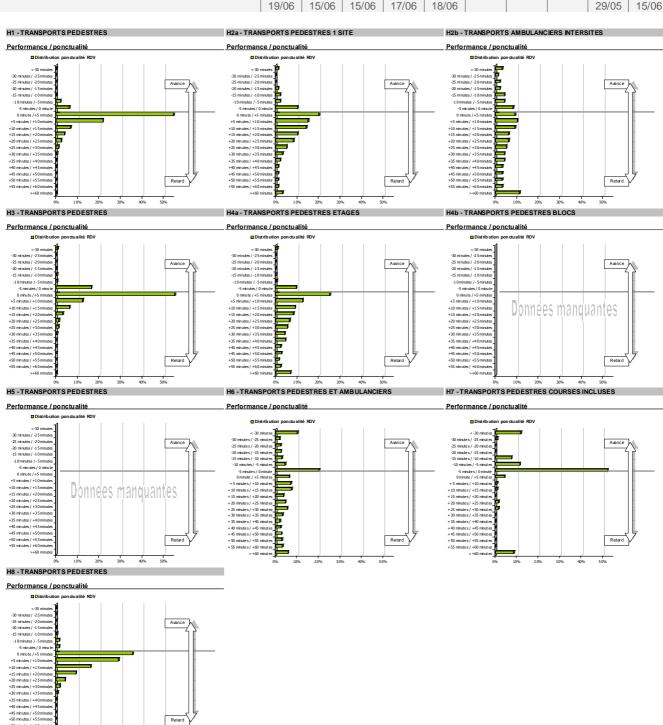
Figure 19 : exemple de H1, grille de recueil mise en place





Les résultats présentés par les établissements ayant été en capacité de se lancer dans cette démarche sont présentés ci-dessous, sous forme de distribution : % des nombres de transports pris en charge en avance et en retard par tranches de 5 minutes.









Les profils présentés par des établissements tels que H1 et H3 apparaissent comme très satisfaisants : plus de 50% des transports pris en charge dans un intervalle de + ou - 5 minutes par rapport à l'horaire de rendezvous, moins de 5% des transports pris en charge 20 minutes après l'heure du rendez-vous. A contrario, des profils tels que ceux relatifs aux établissements H4a ou H6, beaucoup plus étalés, pourraient faire l'objet d'une attention particulière : entre 20 et 30% des transports pris en charge dans un intervalle de + ou - 5 minutes par rapport à l'horaire de rendez-vous, le reste des transports étant pris en charge indifféremment dans l'heure qui suit l'horaire du rendez-vous, parfois plus...

Notons que le recueil de données, pour un certain nombre d'établissements du chantier, aura été relativement contraignant : il s'agira, pour celles et ceux qui feront le choix de tenter de s'améliorer sur cet indicateur, de mettre en place des modalités de mesure en routine peu invasives et peu chronophages (échantillonnage, tirage aléatoire, recueil 1 journée par semaine, etc.), afin d'en assurer la pérennité sur toute la durée du chantier, et même au-delà.

De surcroît, tel que cela a été évoqué plus haut, un brancardier présent à l'heure dite n'est pas forcément synonyme de prise en charge à l'heure dite : un certain nombre de disfonctionnements, relevant ou pas de la compétence des agents du transport interne, peuvent également venir perturber l'activité.

3.4.2. La réduction des dysfonctionnements

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.).

Afin d'alimenter la réflexion, ci-après quelques exemples des relevés d'incidents qui ont été effectués par les établissements du chantier MeaH:

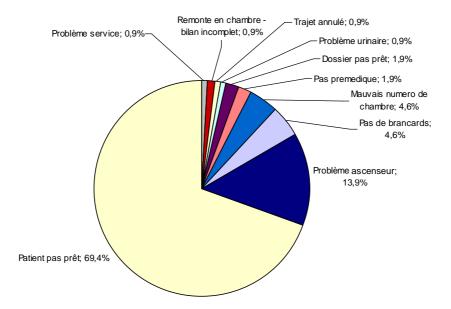


Figure 20 : exemple de H4b, répartition des incidents

La très large majorité des incidents notifiés sur H4b concerne directement les services « amont », au sein desquels une attente supplémentaire voire une annulation / report du transport est consécutif à une non préparation du patient en vue de sa prise en charge. Il en va de même pour l'établissement H6:



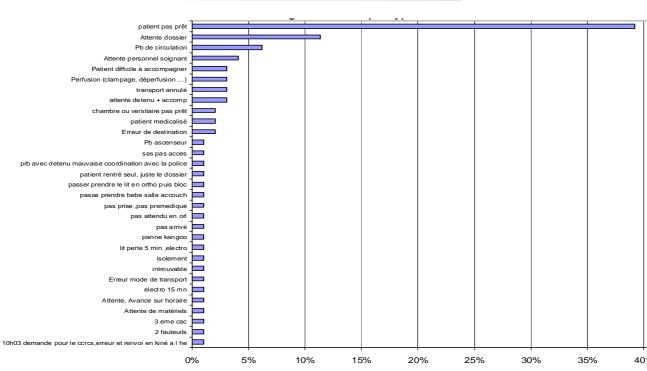


Figure 21 : exemple de H6, répartition des incidents

Dans de moins grandes proportions, le relevé effectué par H7 met également en lumière cette problématique de préparation des patients avant leur prise en charge par les brancardiers :

Les causes de perturbations du transport de patients à leurs RDV

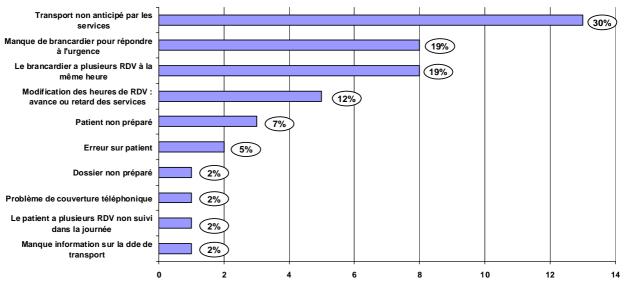


Figure 22 : exemple de H7, répartition des incidents

Ainsi, au regard de l'analyse qui peut être faite de la revue d'incidents des 8 établissements du chantier 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 rapport, 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 partie prenantes.





Il n'est pas précisé, mais cela va de soi, que l'ensemble des données présentées jusqu'ici est issu de recueils effectués sur les transports qui ont été effectivement pris en charge par le pool de brancardiers : un certain nombre d'autres transports, « invisibles », échappent à l'unité de transport interne. Cette dérive est l'objet du chapitre suivant.

3.4.3. L'exhaustivité de la prise en charge

Devant l'urgence ou par habitude, quelques fois par convention, un certain nombre de transports est pris en charge non pas par le pool de brancardiers mais par les soignants des services. Le service de transport interne peut-il se fixer comme objectif de « récupérer » ses transports dans le giron de son activité ?

Le service de transport interne est un prestataire qui, en fonction du périmètre d'activité qui lui a été assigné, peut-être aussi en fonction de son niveau de réactivité, assume pleinement ou partiellement sa fonction. Dès lors, un certain nombre de transports, donnée variable d'un établissement à l'autre, mais également à l'intérieur d'un établissement, échappe au pool de brancardiers et est assumé directement par les services de soins, pratique consommant alors du « temps soignant » et pouvant détourner ces personnels de leurs fonctions premières. Ce glissement de tâche peut être voulue, admis, voire même objectivé dans le cadre d'une contractualisation (« tout transport urgent demandant une prise en charge inférieure à 10 minutes sera assumé par le service de soins », etc.) ; il est en tout cas très mal vécu par les services lorsqu'il est subi, ces derniers y voyant alors le dysfonctionnement d'un service « prestataire » impactant directement leur propre activité. Prenons l'exemple de H3 :

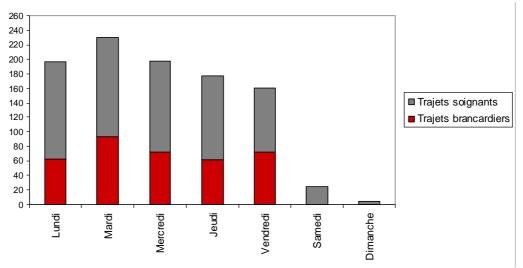


Figure 23 : exemple de H3, l'exhaustivité de la prise en charge

61% des transports sont effectués par les soignants de cet établissement : les services n'appellent pas systématiquement les brancardiers pour réaliser leurs trajets, et le fait de brancarder des patients n'est pas problématique outre mesure pour les services. En revanche, ils apprécient fortement d'être déchargés de ce travail par les brancardiers lorsque cela est possible : le ratio « transports brancardiers / transports soignants » pourrait donc être dans ce cas un bon indicateur de performance de l'unité de transports, socle d'une éventuelle contractualisation avec les services « clients ».

3.4.4. L'implication des services « clients »

A ce sujet, la stimulation des « relations clients / fournisseur », axe de travail identifié mais finalement peu exploité dans le cadre du 1^{er} chantier, trouve là toute sa pertinence : 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 :

- <u>Les responsabilités de chacun</u> : qui fait quoi, où et quand commencent et s'arrêtent les prérogatives de chacun dans la prise en charge ?
- <u>Les engagements réciproques</u> : 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 ?

Ces 2 items sont explicités ci-après.

Les responsabilités de chacun

Si la théorie voudrait 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. Pour exemple, ci-après le processus de prise en charge de patients vers les salles d'examen défini et acté par l'établissement H4a:

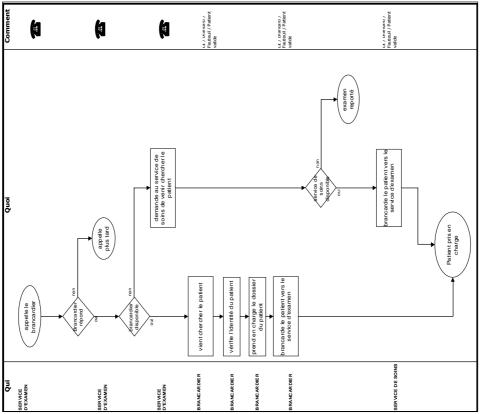


Figure 24 : exemple de H4a, processus de prise en charge de patients





Ce document, première pierre d'un dialogue établi avec les différentes parties prenantes, constitue un référentiel commun auquel chacun peut désormais se référer.

Les engagements réciproques

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

Ci-après l'exemple de H6 dont le système d'information permet de suivre précisément et de manière exhaustive le délai entre l'heure d'expression d'une demande de transport et l'heure demandée pour le transport, c'est-à-dire d'une certaine manière de niveau de souplesse sous forme de temps d'anticipation qui est accordé par le client à son prestataire « transporteur » :

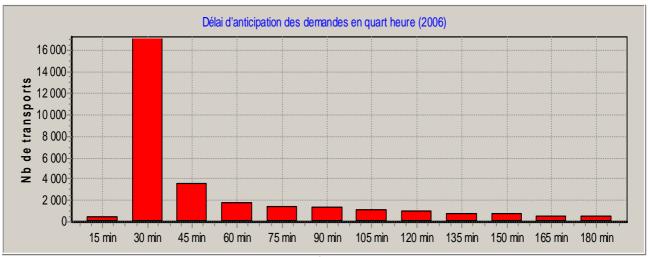


Figure 25 : exemple de H6, délais d'anticipation des services

Le suivi en routine de ce type d'indicateur doit pouvoir permettre par exemple aux services « clients » de s'engager sur un délai moyen de sollicitation en revoyant ses pratiques en conséquence, et ce afin de faciliter l'intervention des brancardiers. En contrepartie bien sûr, les brancardiers s'engageraient sur un niveau de ponctualité moyen, niveau qui reste encore à définir ?...

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. Cette méthodologie devra être pensée et étudiée lors de la phase 2 du chantier MeaH, afin d'être pleinement opérationnelle pour la phase 3 de mise en œuvre et de suivi des plans d'actions de chacun des 8 établissements.





3.5. Synthèse

Afin d'améliorer la lisibilité globale des données comparées recueillies sur le panel des 8 établissements du chantier MeaH, l'ensemble des constats et données exposés jusqu'ici dans le rapport est regroupé de manière subjective dans le tableau récapitulatif ci-dessous :

	érieur à oyenne			arge de ogressi		= Dan moy	s la enne	+	Plutôt b	on
	H1	H2a	H2b	НЗ	H4a	H4b	H5	H6	H7	H8
Equipes projets :										
Ressources internes mobilisées	\odot	0	00	\odot	(3)	\odot	00	\odot	\odot
Caractéristiques générales :						<u> </u>				
Lits et places										
Complexité architecturale	=	> ③	= 88	<	-	=	< (3)	> (3)(3)	=	=
Maturité des organisations :										
Management Caption informations	=	=	=	=		=	=	=	=	=
Gestion informatisée		_	_	_		_	_	+	=	_
Organisation de l'activité Relation client fournisseur	_	_	+			=	=	+	=	+
Hygiène	_	_	_	_				=	_	_
Gestion du matériel	=	=	=	_		=	=	=	=	+
	=	=	=	_	=	=	=	=	=	+
Pilotage de l'activité :	I				I	I				
Programmation			<u> </u>				00	00	00	<u> </u>
Régulation		©	<u></u>					©	<u> </u>	<u> </u>
Absentéisme	_	+	+	+	+	+	+	=	+	=
Types de transports :										
 Valide 	=	<	>	=	=	<	<	>	=	=
Fauteuil	<	=	<	<	>	<	>	<	>	>
Brancard	>	<	>	<	=	>	<	=	<	<
• Lit	=	>	<	>	<	<	>	<	=	=
Gestion des ressources humaines :										
Nombre d'agents à gérer	=	>	>	<	<	<	<	>	<	=
Absentéisme	_	_	=	+	+	+	+	=	+	=
Adéquation charge / ressources :										
Hebdomadaire	=	+	=	_	_	_	_	+	+	+
Quotidienne	+	+	+	+	=	_	=	_	=	+
Ponctualité :										
Quotidienne	+	=		+	=			_	+	+
Distribution	+	=	_	+	=			_	+	+





4. Conclusion intermédiaire

4.1. Les grands axes d'amélioration

A l'issue de la phase de diagnostic de ce second chantier MeaH sur le thème du transport interne de patients, le choix des grands axes d'amélioration qui avaient d'ores et déjà été identifiés avec les établissements du premier chantier se trouve conforté. Les résultats des différentes mesures qualitatives et quantitatives ainsi que l'adhésion des établissements à l'orientation du chantier en sont autant de signes. Les quatre axes principaux sont les suivants :

- Le pilotage;
- L'organisation;
- L'hygiène ;
- Les relations clients / fournisseur.

Le pilotage

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. Ce pilotage permet d'assurer une maîtrise de l'activité et de sa performance, une évaluation de la pratique en interne et une communication institutionnelle. Ce pilotage ne nécessite pas forcément l'utilisation de systèmes d'information développés (même s'ils peuvent parfois constituer une aide précieuse), mais se caractérise avant tout par le suivi en routine d'indicateurs simples, peu coûteux à générer, dont la signification opérationnelle est partagée par tous les acteurs et dont la mesure permet d'approcher l'efficacité des actions mises en œuvre.

L'organisation

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. Assurer une adéquation pertinente entre activité et ressources, arbitrer entre différents modes d'organisation, déterminer des modalités de régulation pertinentes, 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.

L'hygiène

Le brancardage est trop souvent considéré comme une activité sans valeur ajoutée dans l'hôpital. Pourtant, 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.

Les relations clients / fournisseur

L'activité de brancardage peut se concevoir comme une véritable prestation de service intra-hospitalière. La performance intrinsèque du service de brancardage joue un rôle fondamental dans la qualité globale de la prestation. Cependant, celle-ci ne peut se concevoir et s'interpréter sans inclure l'interface avec les services d'amont et d'aval (services « clients »). Ainsi, comme certains établissements du chantier en ont déjà mené l'expérimentation, une relation client / fournisseur, matérialisée sous la forme de conventions ou de contrats passés entre le service de brancardage et ses services « clients », peut avoir un impact non négligeable sur la performance globale de l'activité de brancardage.





4.2. La suite du chantier

A l'issue de sa phase de diagnostic de plus de 4 mois, la mission menée conjointement par les 2 cabinets de conseil au sein des 8 établissements partenaires a été riche en enseignements.

Un constat partagé

Contrairement au premier chantier MeaH, un consensus s'est vite développé autour de notions telles que la performance ou la productivité de l'activité de brancardage. De même, l'ensemble des services accompagnés par la MeaH ont adhéré au principe de prestation de service et ont reconnu la primauté des problèmes organisationnels sur d'autres problématiques, telles que le dimensionnement des ressources ou les systèmes d'informations. Enfin, forts de cet accord autour des principes du chantier, les huit établissements partagent les axes d'amélioration discutés plus haut.

Une volonté d'agir

Etayés par des objectifs stratégiques et opérationnels associés, ces 4 axes devront être déclinés par chacun des établissements en plans d'actions concrets et réalistes.

Portées par les équipes projets locales, soutenues par l'appui méthodologique et opérationnel des consultants, confortées par l'analyse commune et comparée du panel d'établissements en réunions nationales à la MeaH, les actions qui seront mises en œuvre devront, afin de garantir leur succès, être élaborées dans un souci de :

- Cohérence avec le diagnostic relaté par les monographies de phase 1 : au-delà des préjugés et idées préconçues, ancrés dans les esprits, les actions devront se concentrer sur les leviers d'amélioration identifiés par l'étude;
- Cohérence avec la stratégie d'établissement : loin d'être une fin en soi, la mission MeaH doit s'inscrire pleinement dans la démarche stratégique globale de la structure, que ce soit en termes d'orientation, de priorités et de ressources;
- Réalisme et faisabilité: sans aller vers des actions trop larges et ambitieuses, vouées à l'échec, les équipes devront privilégier des actions pragmatiques suscitant adhésion et volonté forte de mise en œuvre;
- Evaluation et quantification d'indicateurs associés : aussi délicat que cela puisse paraître pour certains types d'actions, les acteurs locaux devront s'attacher à définir des indicateurs qui leur permettront d'évaluer les améliorations et progrès réalisés dans le cadre de chacune des actions.

En outre, notons que la MeaH sera éventuellement amenée à arbitrer un certain nombre de plans d'actions, afin d'assurer une cohérence globale sur l'ensemble du panel mais également au regard des financements disponibles pour l'appui conseil.

Aussi, en octobre 2007, la mission MeaH entre dans sa 2^{ème} phase dite d'élaboration des plans d'actions : objectif de démarrage des actions en phase 3 dès décembre 2007.

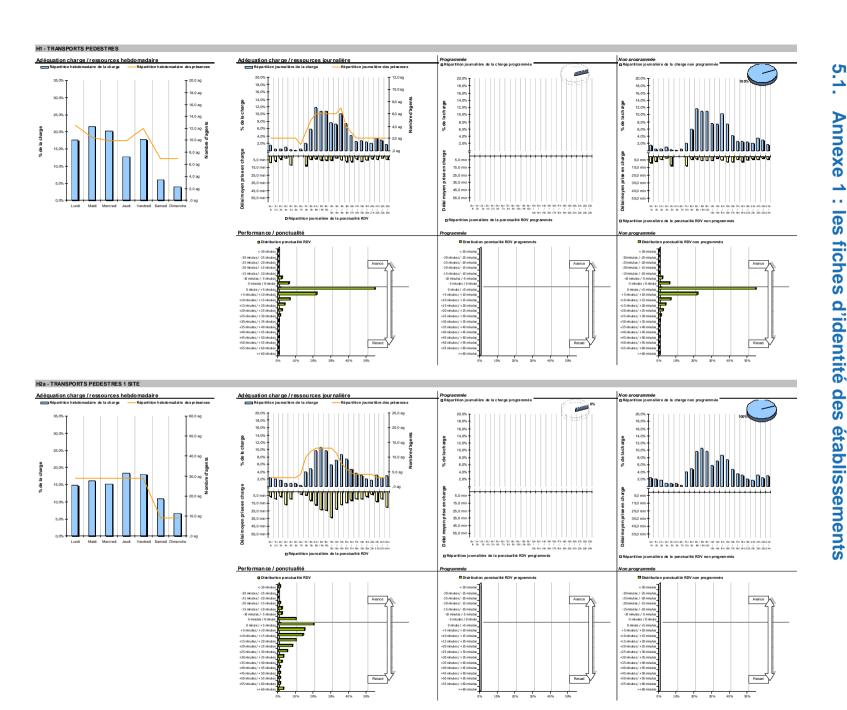
⇒ A venir : Rapport de phase 2 – Présentation des plans d'actions

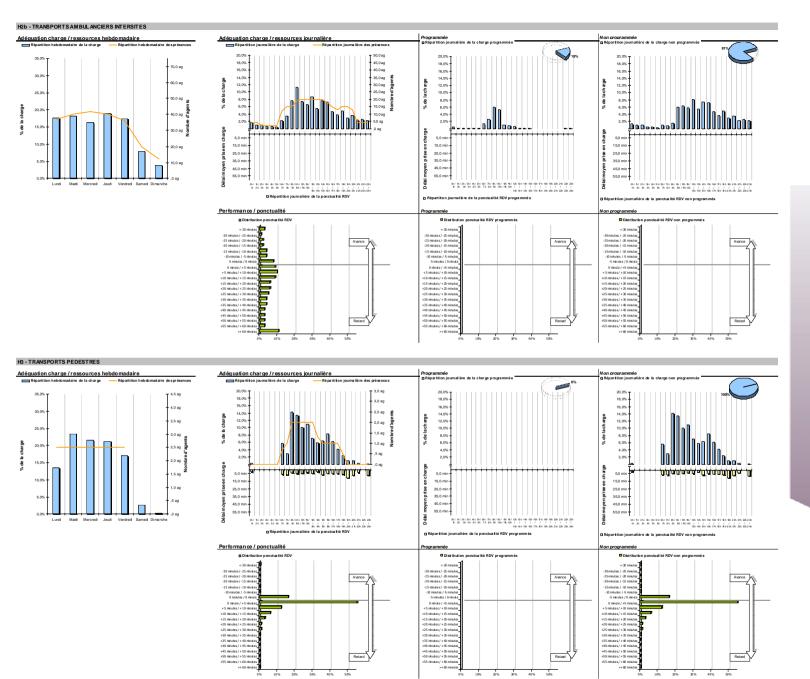


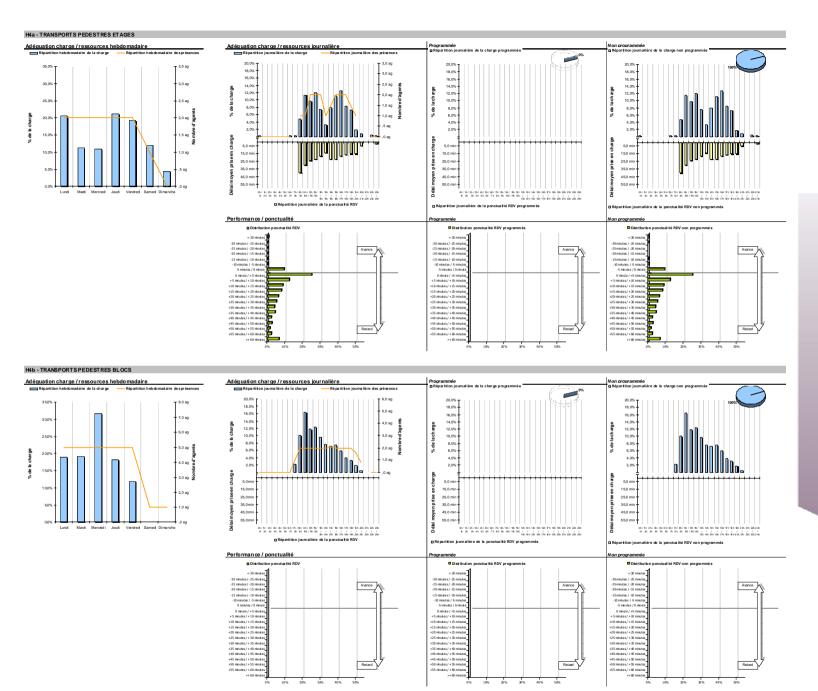


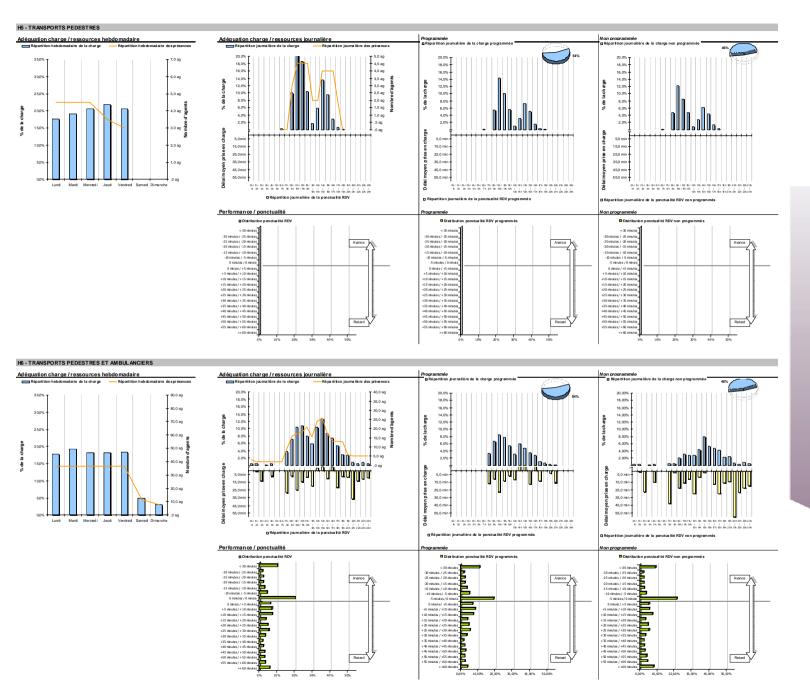
5 **Annexes**

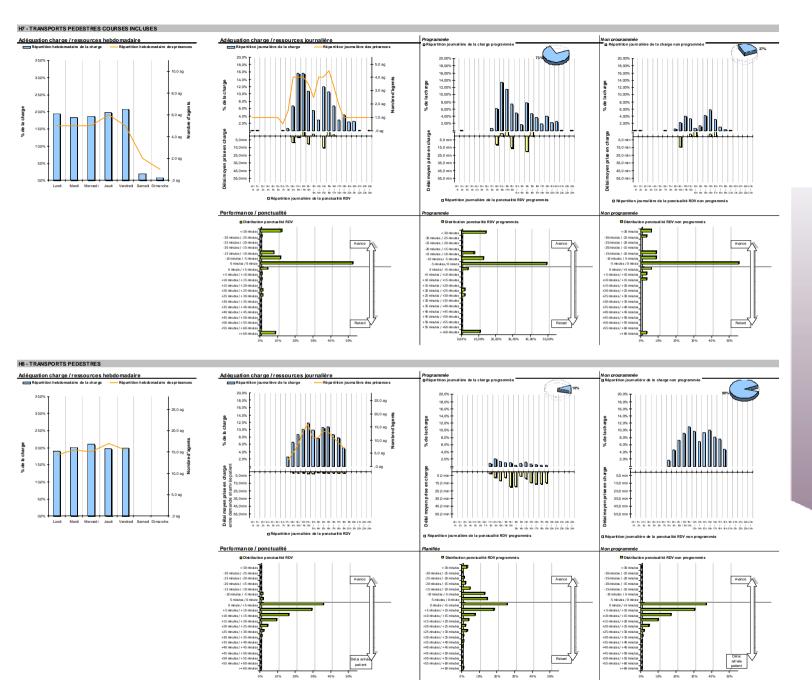
5.1. Annexe _ . . les fiches













5.2. Annexe 2 : la maturité des établissements

MeaH - QUICKSCAN Transport Interne v1.1

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA MATURITE DES ORGANISATIONS DE TRANSPORT DES PATIENTS

La MEAH appuyée par les consultants de VECTOR SERVICES, du CNEH et d'ADOPALE, a préparé un questionnaire dont l'objectif est d'évaluer la MATURITE des différentes organisations de transports de

La maturité d'une organisation peut s'appréhender comme la mesure de la relation entre le degré d'organisation d'une structure et la performance qu'elle produit.

Ainsi, plus une organisation est mature, plus elle produit de la performance et/ou est susceptible d'évoluer

Le travail déjà réalisé par les groupes a permis de définir, comme référentiel de mesure de la maturité des organisations de transport de patients, les bonnes pratiques constatées et/ou énoncées comme telles par les membres des groupes de travail. Un questionnaire a été ordonné selon 6 groupes de bonnes pratiques :

- 1 Management 2 Gestion informatisée
- 3 Organisation de l'activité
- 4 Relation Client / Fournisseur 5 Hygiène
- 6 Gestion du matériel

La réponse à chaque question est obligatoirement OUI ou NON. Une réponse OUI vaut une bonne pratique. En cas d'incertitude sur une réponse (exemple: mise en place partielle d'une bonne pratique...), on s'orientera vers OUI ou NON selon la tendance de la situation que vous apprécierez.

Le cadre, accompagné éventuellement d'une personne de terrain (brancardier chef ou régulateur), doit pourvoir renseigner les champs en 15 minutes, soit environ 10 secondes par question. La réponse doit donc être immédiate.

Evolutions par rapport à la v1.0

- Ouelques questions modifiées et/ou prédsées Réponses onglet RCF affinées Moyennes de l'onglet synthèse intégrant les 8 établissements de la 2nde vague

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

	1 - MANAGEMENT	Oui / Non
1	Avez-vous un suivi temps réel fiable de la présence des personnels du transport ?	
2	Avez-vous connaissance de la courbe d'activité de votre service ?	
3	Avez-vous réalisé des actions pour mettre en adéquation les ressources humaines nécessaires avec l'activité quotidienne ?	
4	En cas de dysfonctionnement, le brancardier peut il facilement solliciter un cadre?	
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 régulièrement des réunions avec votre service ?	
8	Prenez-vous à ces occasions des décisions d'action avec les personnels ?	
9	Ces actions font-elles l'objet d'un suivi et d'une information lors des prochaines réunions de travail ?	
10	Utilisez-vous un tableau de bord de synthèse de l'activité mis à jour chaque mois et affiché dans le local du transport ?	
11	Ce tableau de bord contient-il d'autres informations que l'activité (délai, respect des engagements, hygiène)?	
12	Les personnels participent-ils à la synthèse des informations sur ce tableau de bord ?	
13	Utilisez-vous les modes de communication institutionnelle du site pour parler du transport sanitaire au moins une fois par an ?	
14	Avez-vous établi un livret d'accueil pour les nouveaux personnels rejoignant votre équipe ?	
15	Faites-vous des entretiens annuels d'évaluation ?	
16	Y a-t-il des critères de sélection à l'embauche ?	
17	Les nouveaux agents suivent-ils une formation rapide (hygiène, manutention, prise en charge, découverte du site) avant de transporter leur premier patient ?	
18	Y a-t-il une formation à la manutention des patients dans les premiers mois de la prise de fonction (à l'exclusion des AS) ?	
19	Y a-t-il une formation aux gestes d'urgence dans les premiers mois ?	
20	Y a-t-il une évaluation après le premier mois d'essai ?	
21	Existe-t-il un plan de formation pour chacun des personnels au regard des entretiens annuels d'évaluation?	
22	Organisez-vous, au moins 1 fois par an, un jour de formation pour chaque agent du transport sur la manutention?	
23	La profession de brancardier est-elle reconnue et valorisée comme activité de soin (ex: pour entrer à l'école d'aide-soignant) ?	
24	Existe-t-il des fiches de postes?	
25	Tenez-vous à jour au moins 1 fois par an les fiches de postes du transport?	

	3 - ORGANISATION DE L'ACTIVITE	Oui / Nor
1	Avez-vous une ou plusieurs personnes chargées de centraliser les demandes (téléphone, mail, fax)?	
2	Savez-vous prévoir avec une bonne approximation (à 10% près) les transports du jour?	
3	Savez-vous prévoir avec une bonne approximation (à 10% près) les transports du jour par secteur d'activité (bloc, imagerie, échographie, scan)?	
4	Savez-vous prévoir d'heure en heure la charge de transport globale?	
5	Savez-vous prévoir d'heure en heure la charge de transport par secteur d'activité (bloc, imagerie, échographie, scan)?	
6	Etes-vous informé de manière anticipée des baisses prévues d'activité des plateaux techniques en période de vacances?	
7	Etes-vous associé de manière anticipée aux évolutions de l'activité du site (nouveau scanner, nouveaux praticiens)?	
8	Etes-vous associé de manière anticipée aux évolutions structurelles du site impactant sur les distances ou les circuits de transport?	
9	Existe-t-il une demande de transport formalisée?	
10	La demande de transport comporte-t-elle toujours les informations suivantes : identité patient, jour, heure, origine, destination, spécificité du transport (brancard, lit, fauteuil, oxygène, perf)?	
11	Jugez-vous que les informations contenues dans la demande de transport sont globalement fiables?	
12	Les brancardiers sont-ils joignables à tout moment suivant un mode préservant la confidentialité?	
13	Les brancardiers peuvent-ils appeler à tout moment à partir de leur appareil mobile?	
14	La procédure d'appel d'un brancardier est-elle formalisée et diffusée?	
15	Le nombre quotidien de transports réalisés est-il comptabilisé par agent pour équilibrer les charges de travail?	
16	Connaissez-vous la durée moyenne de transport?	
17	Existe-t-il des règles de priorisation des transports?	
18	Les procédures de prise en charge par les brancardiers sont-elles formalisées et diffusées aux brancardiers et aux services concernés?	
19	Une procédure de prise en charge des transports multiples (enchaînement d'examens pour un même patient) est-elle formalisée et diffusée aux brancardiers et aux services concernés?	
20	Disposez-vous au moins la veille dans l'après-midi des programmes des plateaux techniques et/ou autres activités programmées?	
21	Disposez-vous au plus tard le lendemain dans la matinée d'un bilan de l'activité (forme et quantité) de transport de la veille?	





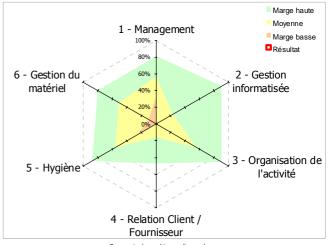
		4 - RELATION CLIENT / FOURNISSEUR	Tous / Une pa / 1 ou / Aucu
	1	Connaissez-vous les prestations de transport attendues par les UFs et les plateaux techniques?	
	2	Rencontrez-vous régulièrement (au moins 1 fois par trimestre au niveau décideur) vos "clients" pour suivre l'évolution de leurs attentes?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

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

	5 - HYGIENE	Oui / No
1	Vous assurez-vous de la qualité du local qui sert de base aux personnels de transport?	
2	Vous assurez-vous de la qualité, de l'adaptation et de la disponibilité des tenues du transport?	
3	Existe-t-il un dasseur hygiène accessible pour l'équipe de transport interne?	
4	Existe-t-il un protocole de prise en charge de chaque type de patient?	
5	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
6	Existe-t-il un protocole sur le lavage des mains?	
7	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
8	Existe-t-il un protocole sur la tenue du personnel?	
9	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
10	Existe-t-il un protocole sur la désinfection du matériel?	
11	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
12	Existe-t-il un protocole sur l'utilisation des Solutions Hydro Alcoolique?	
13	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
14	Existe-t-il un protocole sur le tri du linge?	
15	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
16	Existe-t-il un protocole sur le tri des déchets?	
17	L'application de ce protocole est-elle évaluée formellement et régulièrement (chaque année)?	
18	Les protocoles de ce classeur sont-ils connus de tous (émargement individuel obligatoire)?	
19	Les protocoles sont-ils revus au moins une fois par an?	
20	Existe-t-il un référent hygiène au sein de l'équipe de brancardiers?	
21	La mission du référent hygiène est-elle connue de tous?	
22	Y a-t-il une formation à l'hygiène dans les premiers mois de la prise de fonction (à l'exclusion des AS)?	
23	Organisez-vous, au moins $1{\rm fois}$ par an, un jour de formation pour chaque agent du transport sur l'hygiène?	
24	Les Solutions Hydro Alcooliques sont-elles en permanence facilement accessibles aux agents?	
25	Avez-vous menée avec le CLIN une réflexion sur la politique de prélèvements sur le matériel de transport?	

SYNTHESE

	Résultat	Vagues 1 & 2 MeaH (22 établissement			
	Resultat	Marge haute	Moyenne	Marge basse	
1 - Management	0%	81%	57%	33%	
2 - Gestion informatisée	0%	90%	24%	0%	
3 - Organisation de l'activité	0%	90%	56%	14%	
4 - Relation Client / Fournisseur	0%	47%	16%	0%	
5 - Hygiène	0%	88%	56%	25%	
6 - Gestion du matériel	0%	80%	51%	10%	



Pour copier le graphique, -diquer- dessus.





5.3. Annexe 3 : une veille réglementaire proposée par l'ARTH

L'Association nationale des Responsables des Transports Hospitaliers, sollicitée par la MeaH, propose un certain nombre d'éclairages réglementaires sur des points techniques liés au brancardage.



MANAGEMENT:

1. Quels sont les prérequis à l'embauche?

<u>Texte de référence</u>: Fiche métier Aptitude au port de charges Expérience auprès des patients AFPS

2. Quel type de formation doit-il suivre?

Texte de référence :

Annexe Arrêté du 22 Octobre 2005 relatif au DPAS : Module 4 ergonomie - Module 2 l'état clinique - Module 3 les soins

De préférence l'agent doit posséderle diplôme d'aide-soignant (DEAS) : compétences du métier acquises Si l'agent n'est pas AS il faut au minimum : Hygiène

Manutention des charges et gestes de posture (obligatoire)

3. De quelle organisation doit dépendre le brancardage ?

Texte de référence : Fiche métier 1A106

La fiche métier DHOS le place dans la famille soins et activités médicales et sous famille assistance aux soins.

Le brancardier doit faire partie de l'organisation qui gère les transports de patients avec un encadrement issu des métiers soignants ou ambulanciers.

4. Quelles sont les normes de manutention?

Les textes de références :

Arrêté du 15 juin 1993 et du 24 juillet 1998 relatifs à la manutention manuelle des charges.

Norme ISO 11228-1 manutention verticale et manutention horizontale

INRS ED 862 Méthode d'analyse des manutentions manuelles (manutention de patients)

INRS ED 776 Méthode d'analyse des manutentions manuelles (support technique : équipes techniques, cuisine, lingerie)

Classification de la pénibilité des manutentions de patients (ED 862):

Une manutention est:

- Pondérale lorsque le patient est soulevé complètement : passage du lit au siège
- Sub-pondérale lorsque le soulèvement n'intéresse qu'une partie du poids : redressement
- Non pondérale lorsque le patient n'est pas soulevé : glissement, utilisation d'aide à la manutention





du patient	modifiée avec	Dépendance partielle, aide nécessaire	'	Dépendance totale, patient n'apporte aucune aide
Cotation	0	*	**	* * *

Manutention à 1 :	Poids du patient (kg)				
Pondérale	Pondérale		15-30	30-50	>50
Sub-pondérale		<30	30-60	60-100	>100
Non pondérale		<50	50-80	80-120	>120
	* * *	++	+++	+++	+++
Autonomie/dépendance	* *	++	++	+++	+++
Autonomie/dependance	*	+	++	++	+++
	0	0	0	0	0

Manutention à 2 ou 3 :		Poids du patient (kg)			
Pondérale		<30	30-60	60-100	>100
Sub-pondérale		<50	50-80	80-120	>120
Autonomie/dépendance	* * *	++	+++	+++	+++
	**	++	++	++	+++
	*	+	+	+	++
	0	0	0	0	0

Les manutentions non pondérales à 2 ou 3 sont classées 0

Toutes les manutentions réalisées par plus de 3 sont notées +++ car impliquent attention et maintien prolongé d'une posture pénible.

GESTION INFORMATISEE

1. Quelle est la procédure de déclaration CNIL ?

Textes de référence :

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Procédure:

- Envoi par l'établissement de la demande d'avis du traitement automatisé d'informations nominatives (formulaire + annexes)
- L'avis de la CNIL est réputé favorable au terme d'un délai de 2 mois à compter de l'accusé de réception de la demande d'avis (art 28 oi 78-17)
- Au terme du délai, il y a obligation de publication dans le recueil des actes administration de l'acte réglementaire portant création de celui-ci. (art 29 loi 78-17)

ORGANISATION DE L'ACTIVITE

1. Le brancardier peut-il pousser seul un lit?

Les textes de références :

Arrêté du 15 juin 1993 et du 24 juillet 1998 relatifs à la manutention manuelle des charges.

Norme ISO 11228-1 manutention verticale et manutention horizontale

INRS ED 862 Méthode d'analyse des manutentions manuelles (manutention de patients)

La pénibilité s'évalue en prenant en compte les critères suivants :





- poids du lit
- poids du patient
- environnement (sol, dénivelé)
- homme, femme
- distance à parcourir ...

RELATION CLIENT FOURNISSEUR

1. Y a-t-il une législation concernant les transports médicalisés, notamment dans la répartition des tâches entre personnel soignant et brancardiers ?

Non pour le brancardage. Ces transports font appel aux référentiels des compétences des métiers concernés (IDE-AS-Médecin)

2. Compte tenu de la compétence, jusqu'où doit aller la surveillance pendant le transport ? Texte de référence :

Annexe Arrêté du 22 Octobre 2005 relatif au DPAS : Module 2 l'état clinique - Module 3 les soins

La compétence est bien définie et donne les limites de la fonction :

Module 2

Compétence: apprécier l'état clinique d'une personne.

Objectifs de formation :

Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, être capable de :

- observer la personne et apprécier les changements de son état clinique ;
- identifier les signes de détresse et de douleur ;
- mesurer les paramètres vitaux en utilisant les outils spécifiques et réaliser les courbes de surveillance ;
- identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie ;
- identifier les risques liés à la situation de la personne ;
- discerner le caractère urgent d'une situation et alerter.

Savoirs associés :

Mesure des paramètres vitaux chez l'adulte et chez l'enfant : pulsations, température, pression artérielle, rythme respiratoire, mensurations, conscience, volume urinaire.

Surveillance des signes cliniques : couleur de la peau et des téguments, vomissements, selles, urines.

Observation de la douleur et du comportement.

Evaluation:

Critères de résultat :

- la mesure des différents paramètres (température, diurèse, rythme cardiaque, tension artérielle, fréquence respiratoire, poids, taille) est effectuée avec fiabilité;
- les changements d'état et les situations à risque sont repérés et les interlocuteurs compétents sont alertés en fonction du degré de risque.

3. Le brancardier peut-il brancher et débrancher l'oxygène?

La compétence est bien définie et donne les limites de la fonction :

Module 3. - Les soins

Prise en charge d'un opéré :

- observation du patient en assistance respiratoire ;
- oxygénothérapie : montage et entretien du matériel, surveillance du patient ;

HYGIENE & CONFIDENTIALITE

1. Confidentialité : quelle est la législation en terme d'étiquette à apposer sur le lit, de bracelet pour le patient ?

Texte de référence : Loi 2002-3003 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients

L'identification du patient reste indispensable dans le cadre de l'identitovigilance, mais se doit de respecter la confidentialité : pas de bracelet visible lors du transport.





Il suffit de le cacher sous le vêtement du patient ou de le tourner vers l'intérieur du bras.

GESTION DU MATERIEL

1. Y a-t-il des obligations concernant les barrières, les freins (organes de sécurité)?

Lits électriques : Norme NF EN 60601-2-38 (Décembre 1999) Appareils électromédicaux - Partie 2 :

règles particulières de sécurité des lits d'hôpital électriques

Norme NF EN 60601-2-38 / A1 (Février 2006) Appareils électromédicaux - Partie

2 : règles particulières de sécurité des lits d'hôpital électriques

Lit réglables : Norme NF EN 1970 (2000) Lits réglables pour les personnes handicapées -

Exigences et méthodes d'essai

DI 93/42 01/06/1993 Directive relative aux dispositifs médicaux.

Norme NF EN 1970/A1 (2005) Lits réglables pour les personnes handicapées -

Exigences et méthodes d'essai

DI 93/42 01/06/1993 Directive relative aux dispositifs médicaux.

NF S90-312 (Mars 1984) Matériel médico-chirurgical - Lits en milieu hospitalier

Brancards: Norme NF EN 1789 (Aout 2007): Véhicules de transport sanitaire et leurs

équipements - Ambulances routières

DI 93/44 01/06/1993 Directive modifiant la directive 89/392/CEE concernant le

rapprochement des législations des états membres relatives aux machines.

Norme NF EN 1865 (Décembre 1999): Spécifications des brancards et

équipements d'ambulances pour le transport des patients

DI 93/42 01/06/1993 Directive relative aux dispositifs médicaux.

Barrières: Idem lits électriques et réglables, brancards

Freins: Idem lits électriques et réglables, fauteuils roulants, brancards

Fauteuils roulants: Norme XP R18-804 (Août 2007) Véhicules routiers - Véhicules de moins de neuf

places destinés au transport d'au moins une personne à mobilité réduite - TPMR

Norme NF R18-805 (Juillet 2007) Véhicules routiers - Accessibilité des taxis pour

au moins un passager à mobilité réduite

Norme NF 590-600 (Septembre 1978) Véhicules et fauteuils roulants pour

handicapés - Définitions et classification.

Listes de matériels autorisés (CERAH)

2. Y a-t-il des normes pour fixer les brancards, les lits?

Brancards: Norme NF EN 1789 (Août 2007): Véhicules de transport sanitaire et leurs

équipements - Ambulances routières

DI 93/44 01/06/1993 Directive modifiant la directive 89/392/CEE concernant le

rapprochement des législations des états membres relatives aux machines.





Norme NF EN 1865 (Décembre 1999): Spécifications des brancards et équipements d'ambulances pour le transport des patients DI 93/42 01/06/1993 Directive relative aux dispositifs médicaux.

Fauteuils:

Norme NF 590-605 (Avril 1982) Véhicules et fauteuils roulants pour handicapés -Structure d'essais

ISO 10542-1:2001 (Juillet 2001) Assistances et aides techniques pour les personnes invalides ou handicapées - Systèmes d'attache du fauteuil roulant et de retenue de l'occupant - Partie 1 : exigences générales et méthodes d'essai pour tous les systèmes

ISO 10542-2:2001 (Juillet 2001) Assistances et aides techniques pour les personnes invalides ou handicapées - Systèmes d'attache du fauteuil roulant et de retenue de l'occupant - Partie 2 : systèmes de sangles d'attache à quatre points

ISO 10542-3:2005 (Février 2005) Assistances et aides techniques pour les personnes invalides ou handicapées - Systèmes d'attache du fauteuil roulant et de retenue de l'occupant - Partie 3 : systèmes de fixation par arrimage

ISO 10542-4:2004 (Septembre 2004) Assistances et aides techniques pour les personnes invalides ou handicapées - Systèmes d'attache du fauteuil roulant et de retenue de l'occupant - Partie 4 : systèmes de fixation par crampon

ISO 10542-5:2004 (Avril 2004) Assistances et aides techniques pour les personnes invalides ou handicapées - Systèmes d'attache du fauteuil roulant et de retenue de l'occupant - Partie 5 : systèmes pour fauteuils roulants particuliers

Lits: Aucune norme trouvée

3. Y a-t-il des normes concernant le nettoyage?

Textes de référence :

Pas de normes trouvées Référentiels CCLIN Hygiène des dispositifs médicaux Référentiels CCLIN Hygiène et Transport





5.4. Annexe 4: un outil de sensibilisation / SIMULFLUX

L'analyse du transport interne peut s'articuler autour de quelques problématiques principales, notamment :

- L'optimisation des flux physiques de patients ;
- La mesure de la ponctualité des brancardiers ;
- Le calcul des coûts de fonctionnement d'un pool ;
- L'évaluation des coûts induits par les dysfonctionnements ;
- Etc.

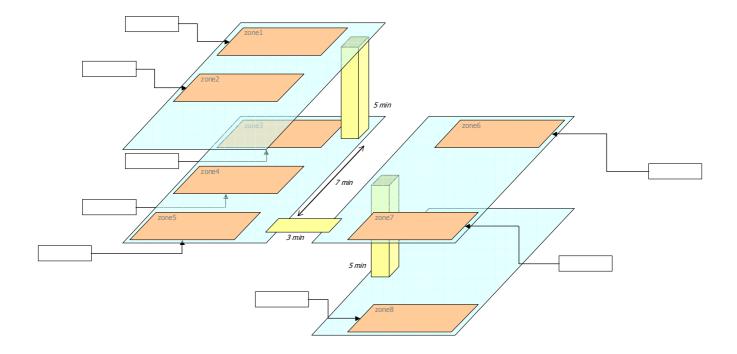
Les études et apports de la littérature sur le sujet, outre les publications MeaH, sont relativement maigres. Ainsi, l'ambition de la démarche, au delà des retours d'expériences issus de la capitalisation des actions en fin de chantier, est de sensibiliser les professionnels à la gestion de flux ainsi qu'aux différents facteurs structurels et périphériques influant sur la performance globale d'une organisation. En somme, la formalisation d'une analyse plus théorique et « scientifique » du brancardage a conduit la MeaH à développer un outil de simulation de l'activité, SIMULFLUX, outil simplifié aux vertus purement pédagogiques. Cet outil est présenté aux professionnels dans un cadre ludique de « travaux pratiques ».

Mise en situation

Un établissement souhaite développer une activité opératoire intense, et pour ce faire agrandit ses locaux. La nouvelle structure est composée de 4 plates-formes, reliées entre elles par 2 ascenseurs et une passerelle. Au sein de cette structure, 8 zones sont définies, destinées à accueillir <u>5 services de soins, 2 blocs opératoires</u> ainsi qu'<u>1 pool de brancardiers</u>. L'équipe de brancardiers, en cours de recrutement, pourra être dimensionnée de <u>2 à 5 agents</u>.

Chaque « joueur » doit déterminer deux éléments :

- La disposition des services de soins, bloc opératoire et pool de brancardier au sein de 8 zones
- La dimension de l'équipe de brancardage (en nombre entier d'ETP compris entre 1 et 5).



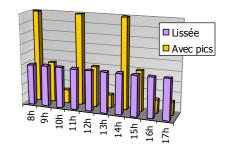




Hypothèses de simulation

Des hypothèses simplificatrices de fonctionnement sont établies :

- Les demandes de transport :
 - Elles sont générées aléatoirement à mesure de 1 demande toutes les 30 minutes;
 - La distribution temporelle des demandes est générée de deux façons :
 - Soit selon une distribution uniforme au cours du temps;
 - Soit en incluant des pics d'activité en début et fin de matinée et en début d'après-midi.



- Les transports :

- Un transport est assuré par un brancardier ;
- Les transports sont affectés aux brancardiers par ordre de demande, lorsque tous les brancardiers sont occupés, le transport est mis en attente;
- Les transports se font uniquement entre les services et les blocs (trajet « aller »), le trajet
 « retour » étant assuré par les soignants des blocs, hors du champ de la simulation;
- Aucune régulation et/ou planification ne sera en place : les brancardiers ne peuvent anticiper les transports à venir, et sont obligés de repasser par le pool avant de prendre en charge un nouveau transport ;
- o Un transport comprend 3 temps:
 - Temps 1 : du pool vers le service demandeur ;
 - Temps 2 : du service demandeur vers le bloc ;
 - Temps 3 : du bloc vers le pool.
- o La durée d'un transport est la somme de la durée de ces trois temps.
- La « performance :
 - Ponctualité : le retard est calculé comme le temps s'écoulant entre la demande de transport et la réalisation du transport ;
 - o Les coûts : une valorisation financière de l'activité est réalisée avec les éléments qui suivent :
 - Chaque brancardier « coûte » 190 € par jour ouvré;
 - Lorsque le patient arrive en retard au boc, celui-ci est considéré comme inutilisé. Chaque minute d'immobilisation du bloc est valorisée à 0,35 €.

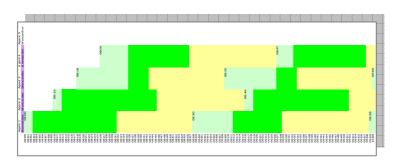
Le principe de la simulation

3 éléments, corrélés ensemble, permettent à la simulation de fonctionner :

- L'agencement géographique : dans quelles zones sont disposés les 5 services, les 2 blocs et le pool ?
- Le nombre de brancardiers (entre 2 et 5) : combien d'agents assurent les transports ?
- La demande journalière en transports : soit lissée, soit en pics d'activité, une nouvelle demande journalière est générée aléatoirement à chaque tirage :

	Date	Départ	Arrivée
Aller 1	8:00	Service 1	Bloc 2
Aller 2	8:10	Service 3	Bloc 2
Aller 3	8:13	Service 1	Bloc 2
Aller 4	8:22	Service 5	Bloc 2
Aller 5	8:49	Service 5	Bloc 2
Aller 6	8:59	Service 1	Bloc 1
Aller 7	9:13	Service 2	Bloc 1
Aller 8	9:18	Service 2	Bloc 1
Aller 9	9:37	Service 1	Bloc 1
Aller 10	9:49	Service 1	Bloc 2
Aller 11	10:08	Service 1	Bloc 1
Aller 12	10:32	Service 1	Bloc 2
Aller 13	10:43	Service 2	Bloc 1
Aller 14	10:59	Service 4	Bloc 2
Aller 15	11:16	Service 1	Bloc 1

A partir de ces 3 éléments, l'outil de simulation SIMULFLUX est capable de recréer automatiquement l'activité des brancardiers sous forme d'un planning rétroactif :



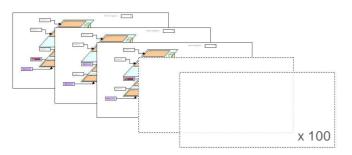


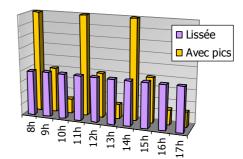


La réalisation d'une « campagne d'essais »

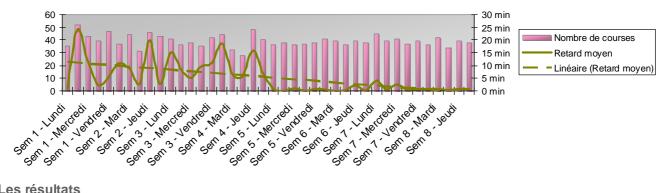
Une campagne d'essai de 200 tirages est effectuée, selon les modalités suivantes :

- 100 couples [agencement géographique aléatoire ; nombre de brancardiers aléatoire] générés ;
- Chacun de ces couples testé sous 1 demande lissé + 1 demande avec pics d'activités (3 pics à 8h, 11h et 14h / 3 creux à 10h, 13h et 16-17h).





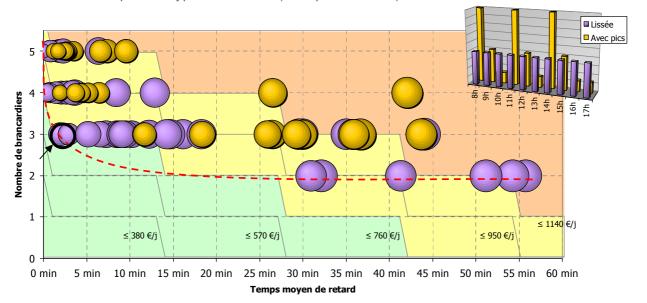
1 test correspond à 20 journées simulées (semaines 1 à 4 : avec pics / semaines 5 à 8 : lissée) :



Les résultats

Les résultats des 200 tirages aléatoires peuvent être lus sur le graphique à multiples dimensions ci-dessous :

- Axe des x: temps moyen de retard par transport sur 4 semaines;
- Axe des y : nombre de brancardiers mobilisés ;
- Taille des sphères : taux de charge des brancardiers ;
- Couleur des sphères : type de demande (avec pics ou lissée).







Les courbes isocoûts

La conversion tant des rémunérations des brancardiers que des retards blocs en coûts journaliers nous permet de représenter sur le graphique des courbes « iscocoûts », zones d'équilibre ou l'arbitrage entre nombre de brancardiers et impact des retards n'a aucune incidence financière. Très concrètement, au regard des hypothèses présentées, une configuration employant 4 brancardiers et générant un retard moyen de 0 minute aura le même coût que par exemple une configuration employant 2 brancardiers et générant un retard moyen de 27 minutes.

La frontière d'efficience

Le grand nombre de tirages nous permet de constituer, de manière totalement empirique, une frontière d'efficience, c'est-à-dire une zone en deçà de laquelle il n'est vraisemblablement pas possible de se trouver (pointillés rouges). En d'autres termes, toutes les configurations n'apparaissant pas sur la frontière d'efficience doivent pouvoir s'en rapprocher en progressant de front sur les 2 axes que sont performance (temps de retard moyen) et productivité (nombre de brancardiers pour une charge donnée, ici ~40 transports / jour).

Les grands enseignements

De l'analyse des résultats présentés ci avant peuvent être formalisés un certain nombre de recommandations, peut-être évidentes, mais avec au moins l'avantage d'avoir été objectivées par la simulation :

Les facteurs structurels sont décisifs :

Peu malléables et très engageantes pour le bon fonctionnement d'une activité, il y a une nécessité absolue de réflexion approfondie sur les structures en projet avant toute prise de décision. En effet, est-il envisageable de déplacer des blocs opératoires une fois achevés, ou encore de se séparer de personnel une fois embauché ? Pourtant, les écarts de performance observés entre chacun des tirages ne sont dus uniquement qu'à des problématiques d'agencement, à considérer donc avec attention... Au-delà du transport interne, l'impact des architectures et dimensionnements sur la performance globale de l'hôpital doit être au cœur des préoccupations : les bureaux des entrées seront-ils placés sur le parcours « naturel » du patient ? L'augmentation du nombre de salles de blocs correspond-elle à une augmentation significative et proportionnelle d'activité ? Etc.

L'arbitrage entre performance et productivité n'est pas forcément nécessaire :

La seule zone où progresser dans un domaine ne peut se faire qu'au détriment de l'autre est la frontière d'efficience : très peu d'établissements peuvent affirmer être dans cette situation d'excellence et de maturité. Nous constatons que pour la très large majorité des cas, il est possible d'améliorer sa performance, tout en maîtrisant voire en améliorant sa productivité. Dès lors, un certain nombre d'écueil sont à éviter :

- Attention aux « fausses » économies : moins d'agents = économies ? = surcoûts aux blocs !... ;
- Danger de la sur qualité : objectif retard moyen = 0 min ⇒ beaucoup d'agents, périodes de sous activité, dispersion et difficultés de management ?
- Équilibre à trouver pour un fonctionnement optimal : fonction de la stratégie d'établissement et des priorités qui auront été définies (pour un coût équivalent, préfère-t-on des retards aux blocs ou des équipes renforcées ?) ...

La maîtrise de l'adéquation charge / ressources est un fort levier d'amélioration :

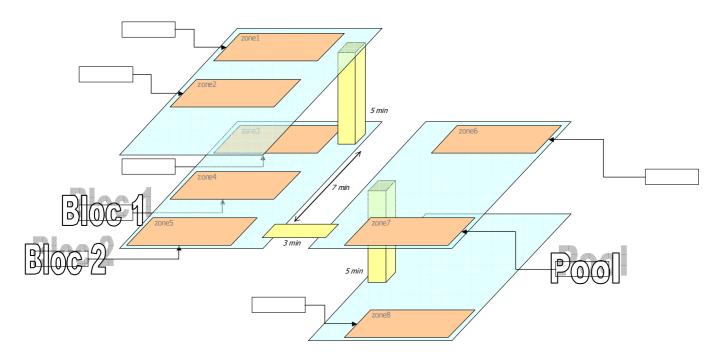
L'ensemble des tirages effectués sous demande « lissée » obtient de meilleurs résultats que ceux sous demande « avec pics ». Ceci est une illustration de l'impact sur la performance d'une bonne adéquation charge / ressources. En effet, si l'outil de simulation ne nous permet d'agir que sur la demande (brancardiers présents de manière homogène et continue de 8h à 18h...), 2 méthodes complémentaires peuvent être mises en œuvre pour affiner cette adéquation : augmenter la souplesse du pool et lisser la demande de transports dans le cadre d'un développement relations clients / fournisseur, éventuellement sur base de contractualisation.





Une bonne solution?

Enfin, la campagne d'essais a permis de tester « virtuellement » différents agencements. La configuration qui semble être la plus performante, marquée par le signe » sur le graphique de résultats, est présentée ci-après.



Ainsi, il semblerait que les flux soient facilités lorsque parties « communes » et plateaux techniques sont au centre de la structure, avec services cliniques répartis de manière homogène tout autour (notons qu'une régulation efficace doit pour le transport interne permettre d'atténuer les désagréments d'une configuration non optimisée). Ce principe d'hôpital « en étoile », en contradiction totale avec la conception très « sectorisée » d'une certaine époque (1 bâtiment de médecine, 1 bâtiment pour l'imagerie, 1 bâtiment administratif, etc.) serat-elle retenue par les architectes de nos hôpitaux du XXI ème siècle ?

