



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : *décembre 2002*

**La gestion des transports inter-sites :
réflexion à partir du cas du Centre
hospitalier de Saint-Dié des Vosges**

Sylvie JACQUEMOT

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	8
<u>1^{ÈRE} PARTIE : L'IMPORTANCE STRATÉGIQUE DE LA FONCTION TRANSPORT À L'HÔPITAL</u>	10
<u>I – 1 Les enjeux d'une fonction transversale</u>	10
<u>I – 1 – 1 La fonction transport : une fonction-clé de la logistique hospitalière</u>	10
<u>I – 1 – 2 Les missions de la fonction transport à l'hôpital</u>	11
<u>I – 1 – 3 L'importance des transports inter-sites</u>	12
<u>I – 1 – 3 – 1 La nature des transports inter-sites</u>	12
<u>I – 1 – 3 – 2 Le développement des transports inter-sites</u>	13
<u>I – 2 Une fonction soumise à de fortes contraintes</u>	14
<u>I – 2 – 1 La diversité des flux</u>	15
<u>I – 2 – 1 – 1 Le volume et la variété des flux</u>	15
<u>I – 2 – 1 – 2 Les flux de patients</u>	15
<u>I – 2 – 1 – 3 Les flux de personnel</u>	17
<u>I – 2 – 1 – 4 Les flux logistiques</u>	17
<u>I – 2 – 1 – 5 Les flux « parallèles »</u>	19
<u>I – 2 – 2 Un encadrement juridique complexe</u>	19
<u>I – 2 – 3 Un positionnement périlleux à l'interface des secteurs d'activité</u>	20
<u>I – 2 – 4 La tyrannie du facteur temps</u>	21
<u>I – 3 Une fonction confrontée à des impératifs astreignants</u>	22
<u>I – 3 – 1 La sécurité</u>	22
<u>I – 3 – 1 – 1 La sécurité, une exigence incontournable en matière de transport</u>	22
<u>I – 3 – 1 – 2 La gestion des risques liés aux opérations de transport</u>	23
<u>I – 3 – 2 Les coûts</u>	24
<u>I – 3 – 2 – 1 La nécessaire maîtrise des coûts</u>	24
<u>I – 3 – 2 – 2 La diversité des coûts liés à la fonction transport</u>	25
<u>I – 3 – 3 La qualité</u>	27
<u>I – 3 – 3 – 1 Les enjeux de la qualité à l'hôpital</u>	27
<u>I – 3 – 3 – 2 Les incidences de la qualité ou de la non qualité des transports</u>	27

<u>2^{ÈME} PARTIE : LA MISE EN ŒUVRE DES TRANSPORTS INTER-SITES À L'HÔPITAL : UNE FONCTION ENCORE MAL MAÎTRISÉE – ANALYSE DE LA SITUATION DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIÉ DES VOSGES</u>	30
<u>II – 1 Les conditions de mise en œuvre des transports inter-sites au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges</u>	30
<u>II – 1 – 1 Le poids de l'histoire</u>	31
<u>II – 1 – 1 – 1 De la fondation de l'hôpital à la deuxième guerre mondiale</u>	31
<u>II – 1 – 1 – 2 Les évolutions depuis 1945</u>	32
<u>II – 1 – 2 La configuration actuelle du Centre hospitalier</u>	33
<u>I – 1 – 2 – 1 Le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges</u>	33
<u>II – 1 – 2 – 2 Deux sites, deux réalités</u>	34
<u>II – 1 – 2 – 3 Les embûches du trajet inter-sites</u>	35
<u>II – 1 – 2 – 4 L'intensification des transports inter-sites</u>	36
<u>II – 2 Les moyens de la fonction transport</u>	37
<u>II – 2 – 1 Les moyens internes</u>	37
<u>II – 2 – 1 – 1 Le « garage »</u>	38
<u>II – 2 – 1 – 2 Le vaguemestre</u>	39
<u>II – 2 – 1 – 3 Les autres moyens internes</u>	39
<u>II – 2 – 2 Les moyens ne relevant pas de l'établissement</u>	40
<u>II – 3 La gestion des flux inter-sites au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges</u>	42
<u>II – 3 – 1 Les flux de patients</u>	42
<u>II – 3 – 1 – 1 Les flux concernés</u>	42
<u>II – 3 – 1 – 2 Les modalités de transport</u>	44
<u>II – 3 – 1 – 3 Analyse critique de cette organisation</u>	45
<u>II – 3 – 2 Les déplacements du personnel hospitalier</u>	46
<u>II – 3 – 2 – 1 Le personnel concerné</u>	46
<u>II – 3 – 2 – 2 Les modalités de transport</u>	47
<u>II – 3 – 2 – 3 Analyse critique de cette organisation</u>	48
<u>II – 3 – 3 Les flux logistiques</u>	49
<u>II – 3 – 3 – 1 Les flux concernés</u>	49
<u>II – 3 – 3 – 2 Les modalités de transport</u>	49
<u>II – 3 – 3 – 3 Analyse critique de cette organisation</u>	53

<u>3^{ÈME} PARTIE : QUELLES PERSPECTIVES D'OPTIMISATION POSSIBLES DE LA GESTION DES FLUX INTER-SITES ?</u>	56
<u>III – 1 Adopter une approche globale</u>	56
<u>III – 1 – 1 Resituer la fonction transport dans l'hôpital</u>	56
<u>III – 1 – 1 – 1 Une fonction logistique au service des activités de soins</u>	57
<u>III – 1 – 1 – 2 Une fonction soumise aux obligations du service public hospitalier</u>	58
<u>III – 1 – 2 Envisager les transports comme système</u>	59
<u>III – 1 – 2 – 1 Un système de flux</u>	59
<u>III – 1 – 2 – 2 Un système d'acteurs</u>	59
<u>III – 1 – 2 – 3 Un système aux multiples interfaces avec l'extérieur</u>	60
<u>III – 1 – 3 Une problématique dépassant l'hôpital</u>	61
<u>III – 1 – 3 – 1 Le bassin de santé</u>	61
<u>III – 1 – 3 – 2 La coopération inter-établissements</u>	62
<u>III – 2 Aménager les conditions favorables à une meilleure gestion des transports</u>	63
<u>III – 2 – 1 Les conditions liées aux infrastructures et à l'organisation des activités hospitalières</u>	63
<u>III – 2 – 1 – 1 La structuration des activités sanitaires et médico-sociales</u>	64
<u>III – 2 – 1 – 2 L'organisation des activités logistiques</u>	65
<u>III – 2 – 2 Promouvoir la communication</u>	66
<u>III – 2 – 2 – 1 Le constat : la divergence d'identité des sites</u>	66
<u>III – 2 – 2 – 2 Conforter l'unité de l'établissement</u>	67
<u>III – 2 – 2 – 3 Améliorer les échanges au quotidien</u>	69
<u>III – 2 – 3 Revaloriser les missions de transport</u>	70
<u>III – 2 – 3 – 1 Le constat : des missions peu considérées</u>	70
<u>III – 2 – 3 – 2 Renforcer les compétences et la participation des agents chargés des transports</u>	71
<u>III – 3 Comment perfectionner les organisations de transport ?</u>	72
<u>III – 3 – 1 Choisir les options les plus adaptées</u>	72
<u>III – 3 – 1 – 1 Gérer soi-même ou déléguer ?</u>	73
<u>III – 3 – 1 – 2 Les modalités techniques et organisationnelles</u>	75
<u>III – 3 – 2 Optimiser le système par la mise en œuvre d'une gestion globale</u>	76
<u>III – 3 – 2 – 1 Coordonner les responsabilités en matière de transport</u>	76
<u>III – 3 – 2 – 2 Instaurer une gestion globale de la fonction transport</u>	78

<u>III – 3 – 3 Inscrire la fonction transport dans une démarche d'amélioration continue de la qualité</u>	79
<u>III – 3 – 3 – 1 L'engagement dans un processus d'amélioration de la qualité</u>	79
<u>III – 3 – 3 – 2 Les objectifs et les moyens au service de la démarche qualité en matière de transport</u>	81
<u>III – 3 – 3 – 3 La mise en œuvre de la démarche qualité en matière de transport</u>	83
<u>CONCLUSION</u>	85

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de longue durée
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ASLOG : Association française pour la logistique
ASSU : Ambulance de secours et de soins d'urgence
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCMLS : Centre de cure médicale et de long séjour
CEC : Contrat emploi consolidé
CES : Contrat emploi solidarité
CHI : Centre hospitalier inter-communal
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CMP : Centre médico-psychologique
COM : Contrat d'objectifs et de moyens
DIM : Département d'information médicale
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point (en français : Analyse des risques, maîtrise des points critiques)
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
ISA : Indice synthétique d'activité
ISO : International standard organisation
MAS : Maison d'accueil spécialisé
MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique
PMSI : Programme médicalisé d'information médicale
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UPATOU : Unité de proximité, d'accueil et de traitement des urgences
USLD : Unité de soins de longue durée
VSL : Véhicule sanitaire léger

Remerciements

Je remercie tout particulièrement mon encadrante mémoire, Mademoiselle Céline Cosson, Directeur adjoint au Centre hospitalier régional de Metz, qui s'est rendue très disponible et m'a aiguillé tout au long de ce travail.

Je remercie également mon maître de stage, Monsieur Bernard Dupont, Directeur général du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, ainsi que Monsieur Jean-François Taillard, responsable des enseignements de logistique à l'École nationale de la Santé publique, et Monsieur François Bisch, Directeur des services logistiques au Centre hospitalier universitaire de Dijon, pour l'aide et les conseils qu'ils m'ont apportés.

Enfin, je remercie l'ensemble des personnels du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges qui ont accepté de me faire part de leur expérience des transports inter-sites.

Introduction

Du fait de la diversité de ses missions et de la complexité de son fonctionnement, l'hôpital moderne concentre une multiplicité d'acteurs, de métiers et d'activités qui le font parfois comparer à « une ville dans la ville »¹. La spécialisation croissante et l'interdépendance corrélative des professionnels rendent les échanges plus nécessaires. Il en résulte une circulation incessante de flux les plus divers qui se croisent, se rencontrent et parfois s'affrontent.

L'agencement de ces échanges et notamment l'organisation des transports intra-hospitaliers constituent un défi pour les établissements. En effet, leur maîtrise est une condition du bon fonctionnement de l'hôpital et un facteur essentiel d'efficacité et de qualité des prestations fournies aux usagers.

La difficulté de la fonction transport réside dans son caractère transversal. Elle se situe à l'interface des unités de soins, des services logistiques et des partenaires extérieurs, qui la sollicitent pour des demandes parfois divergentes. La répartition de l'activité sur plusieurs sites vient complexifier cette mission, la distance créant des contraintes supplémentaires. Les nombreuses opérations de fusion, coopération et restructuration menées les années récentes concourent à la multiplication des sites, si bien que beaucoup d'établissements sont aujourd'hui confrontés à cette problématique.

Or, si le secteur industriel a pris en compte cet enjeu et s'efforce d'optimiser son système de transports, la manière dont le monde hospitalier l'appréhende apparaît très contrastée. Alors qu'il s'agit d'une fonction stratégique, active pour la mise en œuvre des missions de l'hôpital, la question des transports reste peu analysée. Les lacunes que présentent fréquemment l'organisation, la qualification du personnel ou les moyens matériels qui y ont trait, mettent en évidence le délaissement de la fonction transport par les gestionnaires. Dans les établissements de santé, la question n'est souvent envisagée que de manière segmentée et ponctuelle, lorsqu'un problème se présente sur une liaison particulière.

Ce mémoire se veut au contraire une tentative d'approche globale des transports existants entre les sites d'un établissement hospitalier. Il s'agit d'étudier comment s'organisent, se

¹ Observatoire régional de la santé de Rhône-Alpes (ORSRA), *Flux de personnes et de marchandises à l'hôpital Edouard Herriot*, fiche technique, juin 2001

juxtaposent ou interagissent les différents types de flux physiques (personnes, biens, produits) circulant entre les sites d'un même hôpital. Par ailleurs, au-delà des aspects purement logistiques, l'étude sera élargie à l'ensemble des implications dans les différents domaines de la gestion hospitalière. Une telle analyse permettra de mesurer l'étendue des enjeux que présente le transport pour l'hôpital moderne et mettra en évidence qu'il s'agit d'un domaine à réformer.

Le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges est un établissement de taille moyenne (cinq cents lits et places autorisés) dont les activités sont réparties sur deux sites. Sa situation et les organisations qu'il met en œuvre apparaissent globalement représentatives de celles des hôpitaux français. Aussi est-ce sur la base des observations effectuées dans cet établissement, mises en perspective par des données théoriques et des enquêtes menées auprès d'autres structures, que sera conduite la réflexion.

La problématique se pose dès lors en ces termes : comment la mise en œuvre de la fonction transport entre les deux sites du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges peut-elle être optimisée ?

Pour ce faire, la méthode appliquée a consisté à réaliser un état des lieux et une analyse du système mis en œuvre au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, à partir d'entretiens avec de nombreux acteurs de terrain ainsi que par des observations directes. La recherche du cadre juridique applicable, d'apports théoriques diversifiés (ouvrages, colloque, articles), ainsi que de la pratique d'autres établissements hospitaliers (entretiens, enquête nationale, questionnaire) a été effectuée de manière parallèle.

Une première partie analysera, à travers les enjeux, les contraintes et les impératifs qui y sont attachés, les raisons du positionnement stratégique de la fonction transport à l'hôpital. Une seconde partie étudiera les conditions, les moyens et les difficultés de sa mise en œuvre, au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, pour la prise en charge des flux inter-sites. Une troisième partie proposera des pistes de résolution et envisagera la manière dont une gestion globale de la fonction transport pourrait être mise en place afin que l'ensemble de la prestation hospitalière soit améliorée.

1^{ère} partie : L'importance stratégique de la fonction transport à l'hôpital

La gestion des flux intervenant entre les sites d'un établissement hospitalier relève de la « fonction transport ». Préalablement à l'étude de sa mise en œuvre concrète, il importe de définir ce que recouvre ce concept, puis d'identifier les conditions dans lesquelles cette fonction peut se déployer pour remplir les missions qui lui sont confiées à l'hôpital.

I – 1 Les enjeux d'une fonction transversale

Sa place au cœur de la logistique hospitalière tout comme l'ampleur des missions qui lui sont confiées mettent en évidence le caractère transversal de la fonction transport, ainsi que les enjeux qui y sont attachés.

I – 1 – 1 La fonction transport : une fonction-clé de la logistique hospitalière

Le terme « logistique » trouve son origine dans l'institution militaire. Il y désigne l'ensemble des opérations destinées à assurer le ravitaillement des troupes et l'évacuation des blessés pendant les combats. Ce concept est adopté par le monde de l'entreprise dans les années 1960, avant d'être repris par le secteur hospitalier dans les années 1980.

Si les définitions apportées au terme « logistique » varient quelque peu selon les auteurs, il est remarquable de constater que l'idée de « gestion de flux » est quasiment toujours présente ou omniprésente.

Ainsi, pour Nathalie Sampieri², « *La logistique hospitalière peut se définir comme la technologie de la maîtrise des flux physiques (hôteliers, de médicaments, d'autres matériels médicaux et de personnels) par les flux d'informations (médicaux et administratifs)* ».

² SAMPIERI N., Le développement potentiel de la logistique hospitalière – Des enjeux pour l'amélioration de la qualité, *Gestions hospitalières*, Juin-juillet 1999, n°387, pp 449-453

L'Association française pour la logistique (ASLOG) regroupe des logisticiens de différents secteurs, et notamment des hospitaliers qui ont constitué en son sein la Commission logistique hospitalière. Celle-ci donne de son objet la définition suivante : il s'agit de la « *gestion des flux de patients, produits, matières, des services et informations qui s'y rapportent, du fournisseur jusqu'au bénéficiaire, à un niveau défini de performance au service de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients* »³. Au-delà de la simple description d'une activité, cette interprétation vise à en dégager la finalité. Elle montre les implications de la logistique sur les prestations de soins. Ce n'est pas un hasard si la logistique a « surgi » dans le monde hospitalier au cours des années 1980, au moment où la nécessité de réaliser des économies et la notion de « politique qualité » se sont elles-mêmes imposées à lui.

Au regard de cette compréhension de la logistique hospitalière, la fonction transport ne peut pas être considérée comme constituant une branche parmi d'autres, au même titre que les fonctions linge et restauration par exemple. En effet, elle est transversale même aux autres activités de logistique hospitalière. L'art de gérer les flux est au cœur de la logistique et la fonction transport en est l'instrument privilégié.

I – 1 – 2 Les missions de la fonction transport à l'hôpital

La finalité de la fonction transport est de faire en sorte que la bonne personne ou le bon produit arrive au bon endroit, au bon moment, dans de bonnes conditions, en bon état, afin que les soins puissent être réalisés.

La fonction transport regroupe ainsi l'ensemble des moyens d'un établissement hospitalier, qui concourent directement à assurer l'ensemble des prestations, internes ou externes, visant un tel acheminement.

Il est difficile de proposer une définition générale plus précise, tant la fonction transport à l'hôpital recouvre de réalités.

Ainsi prend-elle en charge :

- les transports de personnes : patients, personnels, autres catégories d'utilisateurs...

³ Colloque *L'hôpital et la fonction logistique*, Hôpital Expo, 21 mai 2002

- les transports de biens : repas, linge, médicaments, prélèvements, matériel médical, courrier, fluides, fournitures et matériels divers...

Et selon une autre typologie :

- les transports externes, à savoir les flux qui entrent et qui sortent de l'établissement
- les transports internes qui ont lieu au sein d'un même site ou entre différents sites de l'établissement

L'organisation des hôpitaux ne rassemble pas ces différentes prestations dans un même « service », et celles-ci ne donnent lieu à aucun encadrement juridique commun.

Le choix a été fait dans ce mémoire d'analyser toutes les catégories de flux, quelle que soit la nature de ce qui est transporté, mais de ne retenir qu'un type particulier de destination : les transports internes à l'établissement réalisés entre les différents sites qui le composent. L'étude porte donc sur les seuls transports inter-sites, mais sur tous les transports inter-sites.

L'attention portée à ces flux apparaît d'autant plus pertinente qu'ils prennent une importance grandissante dans les établissements hospitaliers français.

I – 1 – 3 L'importance des transports inter-sites

I – 1 – 3 – 1 La nature des transports inter-sites

Les flux inter-sites sont constitués par l'ensemble des déplacements, échanges et acheminements existants entre les différents sites constitutifs d'un même établissement.

Il s'agit donc de flux intra-hospitaliers : ils sont réalisés au sein d'une même entité juridique, quoiqu'ils traversent physiquement des territoires qui n'en relèvent pas. De ce fait, les personnes et les biens sont le plus souvent transportés sous la responsabilité de l'établissement.

La distance qui sépare les différents sites d'un même hôpital est généralement comprise entre quelques centaines de mètres et quelques dizaines de kilomètres. Il en résulte que ceux-ci sont généralement effectués par voie routière, la nature du véhicule étant fonction de ce qu'il transporte.

I – 1 – 3 – 2 Le développement des transports inter-sites

La multiplication des établissements de santé comprenant plusieurs sites est une conséquence des profondes mutations qui affectent les structures hospitalières depuis environ deux décennies.

Les transformations les plus importantes concernent les établissements de santé mentale. La remise en cause de la prise en charge asilaire, la sectorisation, la volonté de maintenir le malade dans son environnement habituel, l'ouverture sur la ville, ont conduit à l'éclatement des Centres hospitaliers spécialisés (CHS). La taille des structures d'hospitalisation à temps complet a été considérablement réduite, tandis que des modes de prise en charge alternative ont été développés dans les secteurs. Les Centres médico-psychologiques (CMP), les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou encore les hôpitaux de jour sont implantés au plus près du lieu de vie des malades, afin qu'ils puissent bénéficier de soins en ambulatoire. Ces structures de proximité constituent autant de sites relevant du Centre hospitalier spécialisé et occasionnent de multiples flux de personnes (patients, médecins, soignants...) et de biens (matériels, médicaments...)⁴.

Les hôpitaux généraux ne sont pas aussi morcelés, mais nombreux sont ceux qui comportent plusieurs sites.

Tout d'abord, beaucoup d'entre eux gèrent des structures médico-sociales qu'ils ont héritées de l'histoire ou bien qu'ils créent pour répondre à un besoin. De nombreux Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mais aussi des Maisons d'accueil spécialisées (MAS) destinées à la prise en charge de personnes handicapées, des centres de rééducation ou encore des structures spécialisées dans le traitement de conduites addictives, sont gérés par des Centres hospitaliers.

La nécessité de réaliser une extension peut également être à l'origine de la création d'un site supplémentaire. La réduction du nombre de lits par chambre, la création de nouvelles

⁴ Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ; Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ; Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents

activités, ou encore des problèmes liés au stationnement, soulèvent la question de l'espace disponible. De nombreux établissements implantés en centre-ville sont ainsi confrontés à l'étroitesse de leur domaine et choisissent de transférer une partie de leurs activités en périphérie.

Enfin, la recrudescence actuelle des opérations de fusion constitue un facteur essentiel de multiplication des établissements « pluri-sites ». Ainsi l'appellation « Centre hospitalier intercommunal » (CHI) est-elle utilisée de manière fréquente pour désigner les établissements issus de la fusion de plusieurs hôpitaux, fréquemment implantés en zone rurale ou semi-rurale. Par exemple, dans le Finistère (29), la fusion des hôpitaux de Quimper et de Concarneau a donné naissance au « Centre hospitalier intercommunal de Cornouaille » (CHIC). Dans le Tarn-et-Garonne (82), le Centre hospitalier intercommunal de Castelsarrasin-Moissac procède de la fusion de ces deux établissements. De la même manière, les multiples expériences de coopération entre établissements, éventuellement public-privé, entraînent la constitution de structures pluri-sites aux statuts divers. Par exemple, le « Pôle de Santé Langrois » (Haute-Marne) est un groupement d'intérêt économique (GIE) qui lie étroitement le Centre hospitalier de Langres avec une clinique privée. Il gère le plateau technique et un certain nombre d'activités. Les établissements publics de santé inter-hospitaliers, dont les modalités sont précisées par un décret du 2 septembre 2002⁵, sont susceptibles de présenter des configurations similaires.

L'ensemble de ces évolutions structurelles a concouru à faire de l'hôpital « pluri-sites » une figure commune du paysage hospitalier français. Il est essentiel pour ce type d'établissement de disposer d'un système de transports performant afin d'assurer l'exercice normal des activités de soins, en dépit de contraintes supplémentaires liées à la distance.

I – 2 Une fonction soumise à de fortes contraintes

La diversité des flux, la complexité de l'encadrement juridique, sa position d'interface et le facteur temps constituent autant de contraintes auxquelles doit faire face la fonction transport pour l'accomplissement de ses missions.

⁵ Décret n°2002-1122 du 2 septembre 2002 portant diverses dispositions relatives aux Etablissements publics de santé et aux Syndicats inter-hospitaliers – *JO du 4 septembre 2002*

I – 2 – 1 La diversité des flux

Les différents aspects de l'activité hospitalière induisent de multiples flux de nature, de forme et d'importance extrêmement variées, auxquels le mode de transport doit être adapté.

I – 2 – 1 – 1 Le volume et la variété des flux

L'Observatoire régional des transports et l'Observatoire régional de la santé de Rhône-Alpes (ORSRA) ont mené conjointement une étude⁶ sur les flux circulant dans l'enceinte de l'hôpital Edouard Herriot. Cet établissement, ouvert en 1933, est implanté au cœur de la ville de Lyon. Il présente une architecture de type pavillonnaire.

Ce travail met en évidence à la fois la diversité de ces flux, leur importance en volume et la complexité des circuits qu'ils empruntent. Ainsi, en 1999, 5 869 personnes travaillant sur le site (personnel médical et non médical), 2 903 patients (nombre d'entrées moyen par journée) et 2 400 visiteurs se sont croisés chaque jour dans l'enceinte de l'hôpital Edouard Herriot, qui compte 1 076 lits. Parallèlement, d'énormes volumes de marchandises circulent sur les voies et dans le réseau souterrain qui leur sont réservés. Le rapport estime ainsi que 954 tonnes de petit matériel de toutes natures (matériel médical, de laboratoire, hôtelier, articles de droguerie, fournitures de bureau...), 1 500 tonnes de linge propre, autant de linge sale, ou encore 2 100 tonnes de déchets (infectieux et ménagers) y ont transité durant l'année 1999.

Dans le cas des établissements comportant plusieurs sites, des flux semblables empruntent les routes. Le mode de transport doit dès lors être adapté à la nature et aux caractéristiques propres à chacun de ces flux.

I – 2 – 1 – 2 Les flux de patients

Le transport d'un patient entre deux sites peut intervenir pour diverses raisons : transfert d'un service vers un autre, urgence, consultation, réalisation d'examen (radiologiques, par exemple), suivi d'un traitement... Les modalités dépendent alors essentiellement de l'état du malade.

⁶ Op. cit. référence n°1

Les différents types de transports possibles sont précisément définis par le droit⁷. La principale distinction concerne le caractère sanitaire ou non.

Les transports non sanitaires sont destinés aux personnes pour lesquelles l'usage d'un véhicule ordinaire, en position assise, ne soulève pas de difficultés particulières au regard de leur état.

Au contraire, dès lors qu'il s'avère nécessaire de recourir à un véhicule spécifiquement aménagé, autorisant par exemple le maintien en position couchée, ou lorsqu'une surveillance médicale ou soignante particulière est requise, le transport revêt un caractère sanitaire. L'article L 51.1 du Code de la Santé publique (Loi n°86-11 du 6 janvier 1986) définit le transport sanitaire comme : « *Tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens terrestres, maritimes ou aériens, spécialement adaptés à cet effet* ».

En outre, un transport sanitaire peut être médicalisé. Les transports médicalisés « *s'adressent à des malades atteints d'une détresse vitale ou potentielle, ou dont le pronostic fonctionnel est gravement menacé. Ils sont motivés par l'admission dans un service ou une unité de réanimation, un transfert postopératoire immédiat, la pratique d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques non réalisables sur place* »⁸

Le choix du mode de transport relève de la responsabilité du médecin prescripteur, qui doit respecter « *le principe de la plus stricte économie compatible avec l'état du malade* »⁹.

Par ailleurs, il peut être nécessaire de transporter les corps de personnes décédées. Cette nécessité se pose en particulier pour les établissements dont tous les sites ne sont pas pourvus d'une chambre mortuaire.

⁷ VIDELA-HAIDIK M-H, Le transport des malades dans le milieu hospitalier, *Gestions hospitalières*, Janvier 1997, n°362, pp71-80

⁸ Société française d'anesthésie et de réanimation - SFAR : Recommandations concernant les transferts inter-hospitaliers médicalisés, *Cahiers d'anesthésiologie*, tome 41, n°6, 1993, cité par M-H Videla-Haidik, Op. cit. référence n°7

⁹ Articles R.322-10,2 et R.322-11,2 du Code de la Sécurité sociale

I – 2 – 1 – 3 Les flux de personnel

Les personnels médicaux et non médicaux de l'établissement peuvent être amenés à se déplacer d'un site à l'autre, de manière régulière, dans le cadre de leur activité habituelle, ou de manière ponctuelle, pour répondre à un besoin particulier.

Les agents effectuant le plus fréquemment le trajet sont bien évidemment ceux dont la fonction est directement liée à l'activité transport : conducteurs, vague mestres...

Les autres types de déplacements usuels concernent essentiellement les agents travaillant dans le cadre d'un service dont les locaux sont implantés sur l'un des sites, mais dont la compétence couvre l'ensemble de l'établissement. Ce peut être par exemple le cas des agents techniques dont les ateliers ont une localisation bien précise, mais qui sont amenés à se déplacer pour intervenir dans tous les services, en transportant leur matériel éventuellement. Ce peut être également le cas d'un médecin ophtalmologiste qui effectue périodiquement des consultations dans les locaux de la maison de retraite qui fait partie de l'établissement. Dans les hôpitaux de petite et moyenne taille, les directeurs, les médecins du travail, les psychologues, les diététiciens, les chargés de communication ou encore les assistants de service social exercent fréquemment leurs activités pour l'ensemble des sites et sont, de ce fait, amenés à se rendre sur chacun d'entre eux.

Les déplacements ponctuels peuvent intervenir dans le cadre d'un remplacement, d'une formation ou d'un rendez-vous à la Direction des Ressources humaines ou à la médecine du travail. Certains établissements ont mis en place des « pools de remplacement », le plus souvent pour le personnel soignant, qui interviennent parfois sur l'ensemble des sites.

Selon la politique de l'établissement et la nature du déplacement, les agents effectuent ces trajets soit avec un véhicule de service, soit par des moyens personnels.

I – 2 – 1 – 4 Les flux logistiques

Le fonctionnement d'un hôpital induit la consommation quotidienne de matériels, de fournitures et de marchandises extrêmement variées, en quantités considérables. Les services de soins s'appuient sur des unités logistiques et techniques qui réceptionnent,

traitent, transforment et distribuent ces produits. Les déchets rejetés sont collectés et acheminés vers des centres de traitement.

Dans le cas d'établissements « pluri-sites », la réalisation de ces prestations occasionne souvent de nombreux transports entre les sites. En effet, la plupart des établissements « pluri-sites » choisissent une organisation centralisée des activités logistiques, afin de réaliser des économies d'échelle. Ainsi, le modèle de la cuisine « centrale » est-il le plus commun. Cette organisation implique que les repas soient acheminés de l'unité de production vers les services consommateurs des différents sites. Il en va de même si la réalisation de la prestation est confiée à une structure extérieure, un syndicat inter-hospitalier, par exemple. Outre la cuisine, la pharmacie, la stérilisation, la blanchisserie, ou encore le magasin relèvent le plus souvent d'une organisation centralisée.

Les transports logistiques inter-sites concernent des biens et des marchandises de natures très variées, directement ou indirectement liés aux activités de soins. Cinq grandes catégories peuvent être identifiées :

- 1) Les biens et marchandises directement nécessaires à la réalisation des activités de soins : médicaments et stupéfiants, dispositifs stériles, prélèvements, poches de sang, matériel médical, fournitures stériles et non stériles, matériel de rééducation ;
- 2) Les biens et marchandises liés aux activités hôtelières : repas, linge, produits alimentaires, petits matériels hôteliers : cette catégorie est la plus importante en volume ;
- 3) Les biens et marchandises liés aux activités administratives et aux échanges d'informations : courriers, dossiers des patients, matériels et fournitures de bureau, formulaires et imprimés ;
- 4) Les biens et marchandises liés aux activités techniques, de maintenance et d'entretien : déchets, consommables, produits d'entretien, matériels techniques ;
- 5) Les biens et marchandises liés aux infrastructures : mobiliers et équipements.

Le transport de ces différents types de biens et de marchandises ne peut pas, de toute évidence, être réalisé de manière indifférenciée. Le conditionnement et les modalités du transport doivent être adaptés aux caractéristiques de chacun d'entre eux : poids, volume,

forme, fragilité, mode de conservation, température, délai de consommation, dangerosité, confidentialité... Par ailleurs, ils doivent être effectués dans le respect de la législation.

I – 2 – 1 – 5 Les flux « parallèles »

L'activité de l'hôpital est à l'origine d'un certain nombre de flux de personnes et de marchandises, éventuellement entre ses différents sites, qui ne sont pas de son fait, ni de sa responsabilité. Il s'agit des déplacements de personnes extérieures à l'établissement : visiteurs, bénévoles, membres d'associations, représentants médicaux, prestataires de services (par exemple, les taxis). Par ailleurs, des flux de produits liés à des activités annexes telles que les cafétérias et les points presse peuvent avoir lieu entre les sites.

I – 2 – 2 Un encadrement juridique complexe

Il n'existe aucun texte juridique unique traitant des transports intra-hospitaliers. En revanche, la plupart des normes légales et réglementaires « sectorielles », c'est-à-dire régissant les différentes activités à l'origine des flux répertoriés ci-dessus, comportent un volet « transport ». Il en va de même des guides de bonnes pratiques, tel que le guide HACCP pour la restauration collective.

Les règles les plus contraignantes sont celles qui sont applicables aux transports sanitaires de malades¹⁰, ainsi que celles relatives aux transports de produits dangereux, comme les stupéfiants¹¹, ou « sensibles », comme le sang. Le transport des « prélèvements, produits et échantillons issus du sang humain » est ainsi le seul à faire l'objet d'un texte spécifique¹², du reste très récent.

Les véhicules de transport sanitaire sont classés par la législation¹³ en quatre catégories, du véhicule sanitaire léger (VSL – catégorie D) à l'ambulance de secours et de soins d'urgence (ASSU – catégorie A). A chacune de ces catégories s'appliquent des normes spécifiques,

¹⁰ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991; Décret n°87-965 du 30 novembre 1987; Arrêté du 25 novembre 1985

¹¹ Arrêté du 31 mars 1999 ; Arrêté du 8 août 1991

¹² Arrêté du 24 avril 2002

¹³ Arrêté du 22 février 1988

qui concernent en particulier le matériel que doit comporter le véhicule. En cas de médicalisation, les obligations essentielles concernent la composition de l'équipage¹⁴.

Quoique figurant dans des textes différents, les principales règles applicables aux transports logistiques relèvent des mêmes préoccupations et visent à assurer :

- la sécurité : par exemple, le transport des médicaments et des stupéfiants doit être effectué dans des conteneurs verrouillés¹⁵ ;
- l'hygiène : par exemple, le nettoyage régulier des camions et des chariots servant au transport des repas¹⁶ est obligatoire, de même que la séparation des circuits propre et sale ;
- l'intégrité des produits transportés : elle se traduit en particulier par l'obligation de respect des « couples temps-température » pour les repas¹⁷, le sang¹⁸, ou encore les prélèvements destinés au laboratoire¹⁹ ;
- la traçabilité : des prescriptions imposent notamment l'étiquetage des prélèvements destinés au laboratoire²⁰.

La fonction transport se situe ainsi à la croisée de plusieurs systèmes de normes qu'il lui faut tenter de concilier, chacun de ses partenaires lui demandant de respecter le sien.

I – 2 – 3 Un positionnement périlleux à l'interface des secteurs d'activité

Les activités hospitalières peuvent être envisagées en termes de processus. La norme ISO 8402 en donne la définition suivante : « *Ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants. Ces moyens peuvent inclure le personnel, les installations, les équipements, les techniques et les méthodes* ».

¹⁴ Arrêté du 25 novembre 1985

¹⁵ Arrêté du 31 mars 1999 ; Arrêté du 8 août 1991

¹⁶ Décret n°91-409 du 26 avril 1991 ; Arrêté du 29 septembre 1997

¹⁷ Décret n°91-409 du 26 avril 1991 ; Arrêté du 29 septembre 1997

¹⁸ Décret n°94-68 du 24 janvier 1994 ; Arrêté du 4 août 1994 ; Arrêté du 24 avril 2002

¹⁹ Arrêté du 26 novembre 1999

²⁰ Arrêté du 26 novembre 1999

La fonction transport se situe à l'interface. Son rôle est d'assurer la continuité dans les processus, de relier les « maillons de la chaîne ». Sa position d'intermédiaire lui impose de sans cesse ajuster, adapter les demandes des services les unes aux autres. Sa capacité à remplir ses missions dépend de ses partenaires. Elle subit les négligences et les dysfonctionnements survenus en amont et doit s'efforcer de ne pas les répercuter en aval. Ce problème se pose particulièrement en matière d'horaire. Il peut arriver, par exemple, que l'on demande aux agents chargés du transport des repas de rattraper le retard avec lequel la cuisine a confectionné les plateaux.

Parce qu'elle dépend en permanence des autres acteurs de l'hôpital, la fonction transport dispose de très peu d'autonomie dans sa propre organisation. Au contraire, il lui faut être capable de l'adapter aux évolutions des infrastructures, de l'activité ou encore aux changements de méthodes de travail de ses partenaires.

La tendance récurrente au cloisonnement des différents secteurs de l'hôpital constitue une difficulté majeure pour la fonction transport à qui échoit le rôle difficile de « médiateur ». De fait, la fonction transport constitue un lien essentiel entre les différents secteurs de l'hôpital, toujours enclins au repli sur eux-même. L'intervention des acteurs du transport leur rappelle qu'ils s'inscrivent dans une entité plus large, l'hôpital, au sein de laquelle ils sont interdépendants. La fonction transport joue ainsi un rôle de lien, non seulement en tant que vecteur d'informations, mais également parce qu'elle produit du « lien social ».

I – 2 – 4 La tyrannie du facteur temps

Le facteur temps apparaît comme un défi permanent pour les agents chargés des transports, à qui l'on demande tout particulièrement de respecter des horaires ou des délais, le plus souvent assez stricts. En effet, les activités des services de soins sont organisées en fonction d'horaires précis que tout retard de livraison vient contrarier. Dans ce domaine particulièrement la fonction transport est à la merci des dysfonctionnements qui peuvent survenir en amont.

La seule maîtrise de ces contraintes n'est pas satisfaisante. Dans un établissement de santé, la fonction transport n'est véritablement performante que si elle tend vers ce qui constitue des impératifs pour l'hôpital moderne : la sécurité, la maîtrise de coûts et la qualité de la prestation.

I – 3 Une fonction confrontée à des impératifs astreignants

Son champ d'intervention et ses caractéristiques font du transport une fonction tout à fait stratégique dans les établissements de santé. Parce qu'elle concourt à de multiples missions et que son intervention se situe à des moments-clés des processus, la fonction transport est incontournable pour faire face aux impératifs enjointés à l'hôpital moderne : la sécurité, la maîtrise des coûts et la qualité de la prestation.

I – 3 – 1 La sécurité

La sécurité est une préoccupation majeure de la société contemporaine. Le grand public est désormais sensibilisé aux risques entourant les soins et il attend que toutes les mesures soient prises afin de les limiter au maximum.

I – 3 – 1 – 1 La sécurité, une exigence incontournable en matière de transport

L'amélioration de la sécurité des soins constitue ainsi l'un des objets de la démarche d'accréditation engagée auprès des établissements de santé. En effet, comme le souligne l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), « *la sécurité est une des dimensions majeures de la qualité des soins et correspond à l'une des attentes principales des patients vis-à-vis du système de santé ; les soins hospitaliers, dont l'efficacité et la complexité ont crû lors des dernières décennies, s'accompagnent en contrepartie de risques pour les personnes.* »²¹ Et, de fait, l'exigence de sécurité est transversale aux référentiels du manuel d'accréditation.

De même, conformément à l'article L.6114-2 du Code de la santé publique (Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000), l'amélioration de la sécurité compte parmi les éléments qui doivent figurer dans les contrats d'objectifs et de moyens (COM) pluriannuels conclus entre les établissements publics de santé (EPS) et l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) : « *[Les contrats] définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins (...)* »

²¹ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, février 1999, p.13

Alors que la sécurité maximale est recherchée pour la réalisation des actes de soins, de manière à éviter autant que possible les accidents liés à des gestes toujours sensibles, il apparaît tout à fait inacceptable aux usagers qu'elle puisse être mise en cause par des activités logistiques, par exemple lors d'une opération de transport entre deux sites d'un établissement. Cela étant, dans ce domaine comme dans les autres, le « risque zéro » est impossible à atteindre.

De fait, la gestion des risques concerne la totalité de la chaîne que constitue la prise en charge hospitalière. Bien plus, il s'avère que les dysfonctionnements à l'origine d'accidents surviennent très fréquemment à l'interface des étapes. L'intérêt porté à la fonction transport dans le cadre de la politique de sécurité globale apparaît dès lors d'autant plus pertinent.

I – 3 – 1 – 2 La gestion des risques liés aux opérations de transport

La gestion des risques comporte deux grands volets : la prévention, d'une part, et la protection, d'autre part. La prévention est constituée par l'ensemble des actions qui visent à réduire la probabilité de réalisation d'un risque. Les actions relevant de la protection ont pour but de réduire la gravité des accidents quand ils surviennent. Les mesures prises au niveau de la fonction transport doivent relever de ces deux catégories pour que la politique de sécurité soit véritablement efficace.

Transversale, la fonction transport intervient dans des aspects très variés de l'activité hospitalière. Il en résulte que la politique de sécurité menée au niveau des transports est susceptible de concerner une pluralité de secteurs et donc de risques. De fait, l'ensemble des textes relatifs aux vigilances²², notamment, comportent un volet transport. Le but poursuivi est la sécurité des personnes transportées, ou destinataires de ce qui est acheminé, mais aussi la sécurité de l'environnement.

²² Par exemple le décret n°94-68 du 24 janvier 1994 qui énonce les règles d'hémovigilance

En matière de transport inter-sites, il s'agit principalement d'assurer :

- 1) La sécurité physique des personnes et des biens transportés, ainsi que des autres utilisateurs de la voie publique. Cette exigence concerne tout d'abord les personnes, qu'il s'agit de protéger des risques d'accident, de dégradation de l'état de santé et d'agression, ce qui intègre la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les agents chargés du transport. Elle concerne également les biens à l'encontre des risques de perte, de vol ou de dégradation.
- 2) L'intégrité des produits transportés : il s'agit de prévenir les risques de contamination et de dégradation.
- 3) La traçabilité, c'est-à-dire « *l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité au moyen d'identifications enregistrées* » (définition de la Norme ISO 8402).
- 4) La confidentialité. Cette exigence concerne en particulier le transport du courrier, des examens et des dossiers liés à la prise en charge des patients.

I – 3 – 2 Les coûts

I – 3 – 2 – 1 La nécessaire maîtrise des coûts

Dans un contexte de contrainte budgétaire, les sources d'économie sont recherchées prioritairement dans les secteurs non directement liés aux soins, et en particulier ceux qui sont chargés de la gestion logistique. Il s'avère que d'importants efforts en termes de rationalisation de ces activités ont été réalisés depuis deux décennies. Ils ont permis de dégager des économies et d'éviter une restriction trop sévère des moyens alloués aux activités médicales et soignantes.

Cet effort de maîtrise des coûts et de recherche d'une optimisation des moyens existants est ainsi exigée de la fonction transport. En effet, aux yeux des gestionnaires hospitaliers, les opérations liées aux flux logistiques sont les plus susceptibles de rationalisation. La réalisation de gains nécessite, au préalable, d'identifier précisément les coûts que représente l'exercice de l'activité de transport.

I – 3 – 2 – 2 La diversité des coûts liés à la fonction transport

Leur détermination nécessite de prendre en compte l'ensemble des activités qui concourent à la réalisation des opérations de transport.

Les auteurs de l'ouvrage *Management industriel et logistique*²³ répertorient quatre catégories de coûts induits par tout véhicule pour l'entreprise (ou toute autre structure) qui le possède et l'exploite :

- 1) Les coûts fixes : ce poste correspond aux charges supportées par l'établissement indépendamment de l'activité du véhicule, qu'il roule ou ne roule pas. Son montant est fixe sur longue période (l'année par exemple). Il comprend les coûts suivants : amortissement, frais de financement, taxes, assurances.
- 2) Les coûts variables : ils représentent des dépenses engagées par l'établissement uniquement lorsque le véhicule est utilisé, à savoir : carburant, pneumatiques, entretien et réparations. Le montant annuel de ce poste dépend uniquement du niveau d'activité.
- 3) Les frais de personnel de conduite : bien que fixes dans leur majorité, les frais de personnel sont comptabilisés à part, permettant ainsi une comparaison plus aisée avec le coût d'une location sans chauffeur. Les frais de personnel regroupent la rémunération de base, la rémunération des heures supplémentaires, les primes, les charges sociales et éventuellement les coûts du personnel de remplacement pour les périodes de congé.
- 4) Les frais généraux : il s'agit de l'ensemble des frais administratifs nécessaires au fonctionnement du système de transport.

Cela étant, les différentes catégories de frais répertoriées ci-dessus ne rendent compte que de l'usage du véhicule effectuant les trajets inter-sites.

²³ BAGLIN G., BRUEL O., GARREAU A. et al., *Management industriel et logistique*. Paris : Economica, 1996. Chapitre 14.

Or, le périmètre de la fonction transport est plus large : il inclut, en amont et en aval, un certain nombre d'opérations dont le coût n'est pas négligeable. Des éléments spécifiques à l'activité hospitalière doivent également être pris en compte :

- pour les transports de patients : le personnel d'accompagnement (en particulier s'il s'agit d'un transport sanitaire médicalisé), le matériel médical embarqué, les actes de préparation du malade, l'aménagement du véhicule, l'acheminement du patient jusqu'au véhicule et du véhicule vers sa destination ultime (par exemple le cabinet de consultation) ;
- pour les transports logistiques : les opérations de préparation et de contrôle, le conditionnement et le déconditionnement, le chargement et le déchargement du véhicule, l'acheminement vers le service destinataire, le stockage et le déstockage.

Au-delà, la réalisation d'une opération de transport suppose l'échange d'informations au préalable, mais aussi tout au long de son déroulement.

Ces différentes interventions requièrent la participation de multiples acteurs et la mobilisation de moyens adaptés, dont le coût est difficilement évaluable, mais est intégré à l'ensemble des charges qui incombent à l'hôpital.

Ainsi la livraison de produits stockés, destinés à un service situé sur un autre site que le magasin, engage des coûts à chacune de ses étapes:

- les opérations en amont du magasin (déstockage, préparation, conditionnement...)
- le chargement du véhicule
- le transport vers l'autre site
- le déchargement
- l'acheminement du quai de déchargement vers le service destinataire
- les opérations en aval dans le service (réception, déconditionnement-reconditionnement, stockage...)
- le retour du véhicule vers le premier site
- les échanges d'informations tout au long de l'opération.

A chacune des étapes peuvent apparaître des dysfonctionnements générateurs de coûts supplémentaires.

L'ensemble des coûts constitutifs d'une opération de transport ne peut pas être déterminé précisément. Cela ne s'oppose pas à ce que chacun d'entre eux puisse faire l'objet d'une analyse méthodique, dans le cadre d'une réflexion visant la maîtrise du coût global, par la correction des dysfonctionnements et la rationalisation du processus.

I – 3 – 3 La qualité

Au cours de la décennie 1990, l'exigence de qualité s'est peu à peu imposée dans le monde hospitalier, sous l'impulsion décisive de la démarche d'accréditation que doivent engager tous les établissements de santé français.

I – 3 – 3 – 1 Les enjeux de la qualité à l'hôpital

La norme ISO 8402 donne de la qualité la définition suivante : « *Ensemble de propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites d'un client.* »

Au-delà de la perspective de l'accréditation, la qualité présente des enjeux essentiels pour les établissements hospitaliers : le respect des règles éthiques, la satisfaction des besoins des usagers, l'amélioration des organisations et des pratiques, la bonne image de l'établissement fondée sur une qualité prouvée, la maîtrise accrue des coûts financiers liés à la non-qualité ou encore l'amélioration de la gestion des ressources humaines.

I – 3 – 3 – 2 Les incidences de la qualité ou de la non qualité des transports

La fonction transport étant partie prenante à de nombreux processus, les éléments de qualité ou de non qualité de son organisation ont des répercussions sur l'ensemble des activités hospitalières.

Tout dysfonctionnement de la fonction transport est susceptible d'avoir des conséquences graves sur les opérations en aval. Dans *L'accréditation des services hospitaliers*²⁴, Hervé

²⁴ LETEURTRE H., VANDENMERSCH V., *L'accréditation des services hospitaliers, Médico-techniques, techniques et logistiques*. Paris : Berger-Levrault, 1997. 289 p.

Leteurtre et Virginie Vandenmersch répertorient pour chacune des grandes activités hospitalières les principaux risques. Il apparaît que les étapes de transport sont particulièrement génératrices de dysfonctionnements.

Par exemple, pour les transports inter-sites liés à l'activité du laboratoire (acheminement des prélèvements vers le laboratoire, acheminement des résultats vers le service demandeur), les principaux risques présentés par la non qualité du circuit sont les suivants :

Etape où a lieu le dysfonctionnement	Dysfonctionnement	Risque
Préparation du tube	Echantillon mal identifié	Pas de traçabilité Absence de renseignements cliniques Erreur de résultat
Acheminement du tube au laboratoire	Délai d'acheminement trop long	Résultat erroné
	Perte de tube	2 ^{ème} prélèvement à effectuer Perte de temps Surcoût Absence de résultats
	Mauvaise orientation du tube	Perte de temps
Compte-rendu de résultat	Envoi des examens sous pli non cacheté	Manque de confidentialité

Un dysfonctionnement survenant dans le circuit du transport des échantillons à analyser, ou du résultat, peut avoir des conséquences potentiellement graves. Les étapes de préparation et de réception, en amont et en aval du transport proprement dit, sont particulièrement sujettes à la non qualité.

Concernant le transport des patients, la fonction apparaît comme une prestation de service que l'utilisateur peut directement évaluer, ou du moins ressentir. La notion de qualité est alors plus relative, elle dépend en partie des attentes de l'utilisateur. C'est le rapport « client »/service qui détermine s'il y a qualité ou non²⁵. La problématique est semblable à celle qui se pose aux entreprises de services.

²⁵ GUILLAUME J-P., *La performance logistique*. Paris : Nathan, 1993, p.82

De fait, la littérature qui traite des transports (qu'il s'agisse de transports externes ou internes) est beaucoup plus abondante à propos du secteur industriel que du monde hospitalier. En effet, les entreprises ont su tirer les conséquences du caractère stratégique de cette fonction et mettre en œuvre des organisations et des procédures afin de l'optimiser. Cette maîtrise reste pour une grande part à conquérir à l'hôpital.

Dans quelles conditions et de quelle manière les exigences et les défis que comporte la fonction transport sont-ils assumés dans la pratique par les établissements de santé français pour la prise en charge des flux inter-sites ? La deuxième partie s'attachera à analyser les organisations concrètes mises en œuvre par le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges.

2^{ème} partie : La mise en œuvre des transports inter-sites à l'hôpital : une fonction encore mal maîtrisée – Analyse de la situation du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

La revalorisation générale de la logistique à l'hôpital depuis les années 1980 a bénéficié notamment à la fonction transport, dont le rôle stratégique est mieux connu et reconnu par les gestionnaires hospitaliers. Il n'en demeure pas moins que sa maîtrise est loin d'être acquise. En effet, par ses déterminants et ses implications, comme par l'agencement de ses circuits, la fonction transport est étroitement imbriquée et dépendante de l'organisation globale des différents secteurs de l'hôpital. Il en résulte que toute modification de ses méthodes et de ses circuits est particulièrement délicate. Sa complexité rend la fonction transport difficilement maîtrisable.

L'exemple de Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, mis en perspective par la comparaison avec d'autres établissements, permettra de mettre en évidence le fonctionnement concret d'un système de transports inter-sites : quelles demandes lui sont adressées, dans quelles conditions peut-il se déployer, quelles organisations sont mises en œuvre, quelles sont les difficultés rencontrées ?

II – 1 Les conditions de mise en œuvre des transports inter-sites au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

La configuration des structures de l'établissement de santé détermine le cadre dans lequel la fonction transport doit se déployer pour assurer ses missions. Dans le cas des transports inter-sites, les modalités du dispositif sont conditionnées par la disposition des deux sites au sein de la ville ou du bassin de santé. Elles dépendent également de l'organisation globale du Centre hospitalier et des logiques internes à chacune des composantes.

II – 1 – 1 Le poids de l'histoire

La configuration actuelle du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges est le produit de l'histoire particulièrement mouvementée de cette ville²⁶.

II – 1 – 1 – 1 De la fondation de l'hôpital à la deuxième guerre mondiale

En 1720, Charles d'Autriche fonde l'hôpital Saint-Charles à La Rochatte (qui est aujourd'hui un quartier de Saint-Dié proche du centre-ville). Il comprend alors trente et un lits répartis en quatre salles communes et quelques chambres. Le nom de Saint-Charles vient de la congrégation des Sœurs de Saint-Charles qui le gèrent. En 1756, il devient un hôpital civil et militaire. Des militaires malades y sont envoyés par les garnisons des Vosges et d'Alsace. Cette nouvelle activité permet à l'établissement de bénéficier de subsides royaux.

Au cours du temps, l'hôpital s'agrandit : en 1785, le nombre de lits est de quarante et un. En 1781, on y reçoit trois cent soixante et un malades ; quatre cent cinquante en 1785 ; cinq cent trente cinq en 1789.

En 1910, la caserne Dérivaux, située à Foucharupt, en périphérie de la ville, est transformée en hospice.

En 1939, en prévision de la guerre imminente, l'autorité militaire réquisitionne l'hospice de Foucharupt. Les trois cent cinquante vieillards sont alors évacués. L'hôpital Saint-Charles, le Préventorium d'Ormont, ainsi qu'un grand hôtel de Saint-Dié s'organisent pour les accueillir. En septembre 1939, les militaires prennent possession de l'établissement de Foucharupt, tandis que Saint-Charles, déjà surpeuplé, doit faire face à de nouvelles nécessités : Saint-Dié, passage des Alsaciens émigrant vers l'intérieur de la France, voit passer plus de vingt mille personnes par jour.

La ville de Saint-Dié des Vosges paye un lourd tribut à la seconde guerre mondiale. Les bombardements alliés de l'automne 1944 et le gigantesque incendie allumé par les nazis avant leur départ, détruisent une grande partie de la ville. Le 9 novembre 1944, l'hôpital Saint-Charles, privé d'électricité et endommagé, est évacué. Il est entièrement détruit par les

²⁶ CAPPELLI D., THOMAS M-T., BAUDOIN J-M. et al., Dossier spécial : Au fil de l'histoire : de 1291 à 1994, *Journal du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges*, Juillet 1995, n°9, pp 2-33

Allemands le 13 novembre. L'hospice de Foucharupt, où de nombreux réfugiés sont déjà entassés, reçoit les malades, les blessés et les vieillards.

La situation est alors extrêmement critique. L'hôpital de Foucharupt qui, normalement, peut accueillir trois cents personnes, en héberge plus de deux mille, dans des conditions matérielles indescriptibles. L'arrivée des premiers soldats américains, le 19 novembre 1944, permet d'éviter la famine. Après la Libération, l'établissement de Foucharupt, aménagé et équipé grâce à des dons et des subventions, continue de faire fonction d'hôpital, dans l'attente d'un nouvel édifice.

II – 1 – 1 – 2 Les évolutions depuis 1945

Dès la fin de la guerre, plusieurs projets de reconstruction de l'hôpital Saint-Charles sont à l'étude. En 1948, les plans définitifs reçoivent l'accord du ministère. Dans l'intervalle, son ancien emplacement a été retenu pour y édifier un lycée. Le choix est fait de bâtir l'hôpital sur les pentes d'un plateau surplombant la ville. Les travaux de construction sont engagés en septembre 1952 et durent huit années.

Malgré certaines difficultés financières qui engendrent un retard dans les travaux, le nouvel hôpital ouvre ses portes le 1^{er} septembre 1960. Il est considéré à l'époque comme l'un des plus modernes d'Europe. Il comporte sept étages et une capacité d'hébergement de 312 lits. L'établissement de Foucharupt retrouve sa vocation de prise en charge des personnes âgées, mais il demeure lié à l'hôpital avec lequel il forme une seule et même entité juridique.

Les deux structures vont l'une et l'autre voir leurs activités se développer. L'hôpital Saint-Charles fait l'objet de nombreuses restructurations au rythme des évolutions des pratiques de soins et des demandes qui lui sont adressées. L'espace disponible sur le site permet d'installer de nouvelles activités, notamment un laboratoire (1965), une école d'infirmières (1975), un service d'accueil des urgences (1981), deux unités de réanimation (1981 et 1985), un pavillon administratif (1993). En 1983, un nouveau bâtiment est construit sur le site de Foucharupt où est installée une maison de retraite. Cette opération constitue l'aboutissement de la démarche d'« humanisation » engagée vingt ans plus tôt.

En 1994, alors que l'avenir de l'activité chirurgicale du Centre hospitalier est menacé par les prétentions d'un établissement de santé privé de la ville, la Clinique de Robache, la direction fait le pari d'entreprendre la construction d'un nouveau bâtiment destiné à abriter un plateau technique et des services de chirurgie modernisés. Le contexte de tension dans lequel se

déroulent les opérations ne permet pas d'envisager son installation sur un autre site que celui de Saint-Charles, alors qu'il présente des difficultés d'accès. Le « pavillon chirurgical », contigu au bâtiment de 1960, est inauguré en 1997. Le Centre hospitalier peut développer ses activités, d'autant que la Clinique de Robache, acculée par des difficultés financières, ferme ses portes en 2000.

Les étapes successives de l'histoire du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges permettent d'expliquer sa physionomie actuelle et notamment la coexistence de ses deux sites. Chacun d'eux a hérité d'une identité propre, marquée par la personnalité des professionnels qui s'y sont succédés et par les événements forts qui s'y sont déroulés.

II – 1 – 2 La configuration actuelle du Centre hospitalier

I – 1 – 2 – 1 Le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

Le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges se présente aujourd'hui comme un établissement de taille moyenne : sa capacité d'hébergement autorisée s'élève à cinq cents lits et places. Quatre cents cinquante huit sont installés. Environ sept cents agents y exercent une activité. En 2001, l'établissement a réalisé près de 17 106 entrées et 143 183 journées. Le nombre d'accouchements à la maternité s'est élevé à sept cent quatorze. Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) indique que 15 659 216 points ISA ont été générés par l'activité MCO en 2000²⁷.

Il dessert un bassin de près de quatre-vingt trois mille habitants²⁸: au-delà de la ville de Saint-Dié des Vosges (vingt-trois mille habitants environ), il couvre une zone géographique très large, dont certains secteurs sont particulièrement isolés et défavorisés. Un certain nombre d'hôpitaux locaux constituent toutefois des relais. D'une manière plus générale, l'établissement doit gérer le vieillissement de la population, ainsi que sa situation de relatif enclavement : le bassin est entouré par des chaînes de montagne et il faut près d'une heure pour rejoindre les grands centres, tels que les Centres hospitaliers universitaires (CHU) de Nancy et de Strasbourg.

Le Centre hospitalier exerce une activité de soins semblable à celle des autres établissements de santé MCO de taille comparable, mais aussi une activité médico-sociale

²⁷ Données du rapport administratif 2001 du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

²⁸ Donnée du Projet d'établissement 2002-2007 du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

(personnes âgées) particulièrement importante, ainsi que quelques missions annexes, telles que la formation de personnel soignant réalisée par l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Les services qui en ont la charge sont répartis sur les deux sites : Saint-Charles et Foucharupt²⁹.

II – 1 – 2 – 2 Deux sites, deux réalités

L'hôpital Saint-Charles compte deux cent soixante treize lits et places autorisés. Deux cent vingt neuf sont installés. Il regroupe la plupart des activités de médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que le service d'accueil des urgences et le plateau technique : bloc opératoire, pharmacie, laboratoire, imagerie médicale, stérilisation centrale... L'administration, les services techniques et la cuisine centrale y sont localisés. De plus, un Syndicat inter-hospitalier, qui gère en particulier la blanchisserie et l'élimination des déchets, est implanté sur le site Saint-Charles.

L'hôpital de Foucharupt compte deux cent vingt neuf lits installés. Il regroupe une maison de retraite, une unité de soins de longue durée (USLD), un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) et, depuis février 2001, quatorze lits de médecine.

La comparaison avec d'autres établissements fait apparaître que la situation du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, quant à la répartition des activités entre les sites, n'est que partiellement représentative de celle des hôpitaux français.

Comme c'est le cas à Saint-Dié des Vosges, la plupart des hôpitaux qui comportent plusieurs sites tendent à les « spécialiser ». Ceci est vrai pour les établissements de taille moyenne en particulier. La centralisation des activités administratives, techniques et logistiques est également largement prédominante. Ainsi est-il fréquent que des hôpitaux comportent un site regroupant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, et un deuxième, voire un troisième site consacré aux activités relevant du secteur médico-social.

Cela étant, la situation du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges présente une spécificité : les deux sites qui le composent sont de taille presque équivalente. En effet, le « deuxième » site, celui qui réunit essentiellement des activités de prise en charge des personnes âgées, a une capacité en lits identique au site « principal », qui regroupe des

²⁹ Cf. annexe n°4 : Tableau des capacités d'accueil 2002 du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

activités essentiellement sanitaires. Ainsi, à la différence de nombreux établissements, le site de Foucharupt peut difficilement être assimilé à une simple « annexe » de l'hôpital Saint-Charles.

II – 1 – 2 – 3 Les embûches du trajet inter-sites

Les deux composantes du Centre hospitalier sont implantées dans deux quartiers de la ville de Saint-Dié des Vosges.

L'hôpital Saint-Charles est construit sur une pente du Haudicot, un plateau qui surplombe la ville. Cette localisation pose des difficultés d'accès à l'hôpital. En effet, la rue « du Nouvel hôpital » qui le relie le plus directement au centre est une pente étroite et de dénivelé important. Sur ses cinq cents mètres, cette voie est dangereuse : la visibilité y est mauvaise et les trottoirs étroits. Les poids lourds ont l'interdiction de l'emprunter. Il leur faut effectuer l'ascension du plateau par un autre versant, puis redescendre vers l'hôpital. Par ailleurs, aucun service de transport en commun n'est assuré.

L'hôpital de Foucharupt est implanté dans le quartier du même nom. Il ne connaît pas des problèmes semblables : les routes qui le rejoignent sont aisément praticables. De plus, il bénéficie d'une desserte par le réseau de transports en commun de la ville de Saint-Dié des Vosges.

La distance qui sépare les deux sites est d'environ trois kilomètres pour l'itinéraire le plus direct, six kilomètres pour les véhicules qui doivent effectuer le détour. Le temps de trajet varie de cinq à vingt minutes selon l'itinéraire emprunté et les conditions de trafic. L'encombrement des routes reliant Foucharupt et Saint-Charles est très variable selon les moments de la journée et les jours de la semaine, en raison de la présence d'établissements scolaires sur le parcours : deux lycées sont implantés à proximité de l'hôpital Saint-Charles et deux écoles à côté de celui de Foucharupt. En outre, le trajet comporte la traversée du centre-ville, les deux sites étant situés de part et d'autre de celui-ci.

L'organisation des transports inter-sites implique de prendre en compte ces données, en particulier pour ceux qui sont soumis à des horaires ou des délais précis.

II – 1 – 2 – 4 L'intensification des transports inter-sites

Les déplacements entre les deux sites se sont multipliés au cours des années, consécutivement aux mutations intervenues dans l'organisation du Centre hospitalier.

La volonté de rationaliser les activités logistiques constitue une première explication. En effet, dans le but de réaliser des économies d'échelle, elles ont fait l'objet d'une centralisation sur le site Saint-Charles. Par exemple, chacune des deux structures disposait de sa propre cuisine jusqu'en 1979, année de leur fusion en une « unité centrale » implantée dans des locaux adaptés à la production industrielle des repas, en conformité avec les normes en vigueur. Cette centralisation induit des transports supplémentaires vers Foucharupt pour acheminer les produits nécessaires au bon fonctionnement des services.

L'extension des unités de soins est également à l'origine de flux supplémentaires, parce que cette extension s'est en partie réalisée de Saint-Charles vers Foucharupt. Lors de l'ouverture du nouvel hôpital Saint-Charles, en 1960, il était prévu que l'établissement de Foucharupt serait réservé aux activités d'hébergement de personnes âgées. Cependant, au fil des années, les besoins en locaux ont crû de manière très importante, en raison de la réduction du nombre de lits par chambre, de l'accroissement des capacités et de la mise en place d'activités nouvelles. Les constructions supplémentaires sur le site Saint-Charles n'ont pas suffi à les absorber.

Le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) a été implanté à l'hôpital de Foucharupt, faute de place disponible sur le site Saint-Charles. Plus récemment, la fermeture de la Clinique de Robache a entraîné un accroissement de l'activité du Centre hospitalier. Ainsi, le nombre d'entrées réalisées en 2001 pour l'ensemble de l'entité juridique était supérieur de 11,14 % à celui de 1999. La progression s'élève à 21,59 % pour la chirurgie au cours de la même période³⁰. Confrontée à la nécessité d'installer rapidement des lits de chirurgie supplémentaires, la direction a pris la décision de délocaliser quatorze lits de médecine sur le site de Foucharupt en février 2001. Il s'agit de la moitié des capacités du service de Médecine B (médecine interne). Le chef de service a accepté d'orienter vers ces lits les patients dont la pathologie a déjà fait l'objet d'un diagnostic et ne nécessite pas la proximité immédiate du plateau technique. Il s'agit essentiellement de maladies infectieuses

³⁰ Données du rapport administratif 2001 du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

courantes (immuno-déficience, hépatite C), ainsi que des pathologies mentales ou liées à des conduites addictives.

Le transfert de ces lits a entraîné un accroissement important des déplacements inter-sites, qui concernent en particulier une partie du personnel du service de Médecine B, ainsi que des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. L'activité de ces derniers s'exerce pour une part importante dans le cadre du service de soins de suite et de réadaptation (SSR), alors que le service de rééducation fonctionnelle est à Saint-Charles. Les transports de patients de et vers ces secteurs de court et moyen séjour sont également bien plus nombreux, ainsi que les flux logistiques nécessaires à leur fonctionnement.

Il apparaît que ces flux se sont ajoutés les uns aux autres, relevant de prises en charge diversifiées, sans que le système de transport ne soit analysé, ni remis en cause dans sa globalité. Cela étant, la prise en compte des contraintes liées à l'éclatement de l'activité de l'hôpital sur plusieurs sites a conduit la direction, lors de la fermeture de la clinique de Robache, à refuser de reprendre les locaux de celle-ci. En effet, la gestion des flux entre deux sites s'en serait trouvée complexifiée.

II – 2 Les moyens de la fonction transport

La prise en charge des flux induits par l'existence de plusieurs sites s'appuie sur une pluralité d'acteurs et de moyens, internes et externes à l'établissement.

II – 2 – 1 Les moyens internes

L'accroissement des flux qui circulent dans un hôpital et la complexification de leurs circuits ont conduit à l'émergence, au sein des établissements de santé, d'acteurs spécialisés dans la prise en charge des transports. Au sein d'un même site, les brancardiers et les coursiers assurent l'essentiel des transports de patients, pour les premiers, et de biens, pour les seconds. Les transports inter-sites nécessitent de disposer de véhicules adéquats. Les services chargés de les gérer relèvent en général de la Direction des affaires logistiques ou de la Direction des services techniques.

Au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, les acteurs spécialisés dans la réalisation de transports par véhicule, notamment entre les deux sites que comporte l'établissement, sont d'une part le garage, et d'autre part le vagemestre, qui en l'occurrence relèvent de la Direction des affaires économiques et logistiques.

II – 2 – 1 – 1 Le « garage »

Le garage fait partie des « services intérieurs » qui dépendent de la Direction des affaires économiques et logistiques du Centre hospitalier. Il comprend trois agents chargés d'entretenir les véhicules de l'établissement et de réaliser des transports.

Le Centre hospitalier possède onze véhicules, à savoir :

- deux camions, dont un poids-lourd destiné au transport des repas ;
- huit véhicules légers, dont un utilisé par le vagemestre, deux « véhicules de service », les autres relevant des services techniques et de sécurité ;
- un minibus destiné au transport de patients, et éventuellement de personnes en fauteuil roulant.

Le planning des agents est réalisé de manière à ce que deux d'entre eux, au moins, soient présents chaque jour. Ils sont chargés de réaliser trois types de transport :

- 1) Le transport des repas vers Foucharupt, mais également vers d'autres structures sanitaires et sociales qui ont fait appel aux prestations de la cuisine du Centre hospitalier, à savoir le Centre médico-psychologique (CMP) de secteur et un institut accueillant des personnes handicapées. Cette mission mobilise un agent à plein temps, tous les jours de la semaine.
- 2) Des « courses » de tous ordres à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, parmi lesquelles figurent des opérations de transport de marchandises et de biens divers entre les deux sites. Par exemple, les opérations de réaménagement de locaux, ou encore l'organisation d'animations particulières à la Maison de retraite, peuvent nécessiter l'acheminement de matériel vers l'hôpital de Foucharupt .
- 3) Le transport de patients, essentiellement hospitalisés ou résidents de Foucharupt qui se rendent à l'hôpital Saint-Charles ou auprès de praticiens de ville pour des consultations médicales.

II – 2 – 1 – 2 Le vagemestre

La mission première du vagemestre est le transport du courrier. Malgré le développement des moyens modernes de communication, le volume de documents papier échangés au sein d'un établissement de soins n'a fait que s'accroître au fil des années.

Au cours de son service, cet agent effectue des circuits reliant différents points du Centre hospitalier et de la ville de Saint-Dié (Trésor public, Services de l'Hôtel de ville...) ³¹. Il effectue ainsi huit fois le trajet reliant Saint-Charles et Foucharupt (soit quatre aller-retours) au cours de la journée. Cette liaison est essentielle et structure l'ensemble de son activité.

Etant quasiment le seul à effectuer ces trajets de manière régulière et selon des horaires fixes et connus, le vagemestre a été sollicité pour de nouvelles missions. Outre le courrier et les colis, il s'est vu confier :

- le transport des stupéfiants entre la pharmacie centrale de Saint-Charles et Foucharupt ;
- l'acheminement des prélèvements de Foucharupt au laboratoire situé à Saint-Charles.

Selon les besoins, il transporte également l'argent des régies au Trésor public, des médicaments urgents, ou encore les objets personnels de patients.

II – 2 – 1 – 3 Les autres moyens internes

D'autres agents hospitaliers exercent des activités liées à la fonction transport. Ils sont susceptibles d'intervenir dans la réalisation des flux inter-sites en prenant en charge certaines opérations en amont et en aval du trajet. Il s'agit principalement des brancardiers, des coursiers et des magasiniers.

Au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, une unité de brancardage a été créée il y a environ dix ans. Elle est composée de douze agents et placée sous la responsabilité d'un

³¹ Cf. annexe n°8 : emploi du temps type du vagemestre du Centre hospitalier

cadre de santé. Elle relève donc hiérarchiquement de la Direction des soins. Un brancardier est affecté de manière permanente à l'hôpital de Fouchaupt, où il assure l'ensemble des transports de patients. Les autres exercent leurs fonctions de manière alternée dans six « secteurs » de l'hôpital Saint-Charles. Ceux-ci correspondent aux différentes composantes du plateau technique dont les activités génèrent des flux de patients : le bloc opératoire, l'unité d'endoscopie, le service d'imagerie médicale, le secteur des explorations fonctionnelles cardiologiques, le service des urgences et le service de rééducation fonctionnelle.

Les coursiers, les magasiniers, les standardistes et les agents de salubrité appartiennent aux « services intérieurs », qui relèvent de la Direction des affaires économiques et logistiques. Le magasin est situé sur le site Saint-Charles. Trois agents y sont affectés : un agent administratif à mi-temps gère les approvisionnements et les stocks, tandis que deux magasiniers sont chargés des opérations ayant trait à la réception des marchandises et à leur expédition vers les différents secteurs des deux sites. Les trois coursiers (2,5 équivalents temps plein) effectuent des transports logistiques à l'intérieur de l'hôpital Saint-Charles: chariots-repas, fournitures et marchandises diverses, documents, analyses destinées au laboratoire... La distribution des armoires à linge à l'intérieur de l'hôpital est assurée par les agents de salubrité. Cette activité requiert un agent à mi-temps chaque jour. Par ailleurs, deux agents polyvalents assurent le remplacement des magasiniers, des coursiers et des agents de salubrité lorsqu'ils sont absents.

Il apparaît que seuls quatre agents de l'établissement (les trois conducteurs et le vaguemestre) sont spécialisés dans la réalisation de transports entre les sites et vers l'extérieur. Cependant, d'autres acteurs, internes et externes à l'établissement, sont susceptibles d'y participer.

II – 2 – 2 Les moyens ne relevant pas de l'établissement

Les opérations de transport inter-sites peuvent être effectuées par des moyens qui n'appartiennent pas à l'hôpital, soit parce qu'il sollicite un prestataire extérieur pour les réaliser, soit parce qu'elles ne relèvent pas de sa responsabilité.

Les principaux acteurs externes à l'établissement susceptibles d'effectuer des transports inter-sites sont les suivants :

- les spécialistes du transport : l'établissement achète la prestation de transport en tant que telle. Par exemple, le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges fait appel à des ambulances privées pour réaliser les transports sanitaires de malades ;
- les fournisseurs et prestataires de services de l'hôpital : dans ce cas, le transport est une composante de la prestation sous-traitée par l'établissement. Par exemple, au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, la collecte du linge sale et la livraison du linge propre aux services de Foucharupt est assurée par le Syndicat inter-hospitalier qui gère la blanchisserie (installée sur le site Saint-Charles) à laquelle l'établissement a confié l'ensemble de la gestion du linge ;
- d'autres services publics, par exemple les pompiers, qui réalisent certains transports en urgence, ou encore le service de la commune dont relève la gestion des transports en commun ;
- les personnes qui se déplacent d'un site à l'autre peuvent utiliser des moyens personnels. Par exemple les professionnels de l'établissement peuvent être amenés à effectuer les trajets inter-sites avec leur propre véhicule, pour les besoins du service.

L'ensemble des moyens internes et externes décrits ci-dessus sont susceptibles de participer à la réalisation des transports inter-sites. Il appartient à l'établissement de déterminer les modalités les plus adaptées à la prise en charge des flux qu'il doit gérer, compte tenu de leurs caractéristiques, ainsi que des contraintes et des impératifs généraux et particuliers qui s'imposent à lui.

II – 3 La gestion des flux inter-sites au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

Les flux circulant entre les sites d'un établissement hospitalier présentent des caractéristiques extrêmement variées. Trois grands types peuvent néanmoins être distingués au regard de leur nature : les flux de patients et, plus largement, d'usagers ; les déplacements de certains personnels hospitaliers ; les flux liés aux activités logistiques de l'établissement. Au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, comme dans la plupart des établissements publics de santé, la responsabilité et les modalités de leur prise en charge sont diversifiées.

II – 3 – 1 Les flux de patients

Les flux de patients entre les différents sites d'un établissement de santé peuvent avoir de multiples objets. Ils dépendent de son organisation interne, et en particulier des missions confiées à chacune des structures qui le composent. Toutes les hypothèses ne pouvant être envisagées, la réflexion sera engagée sur la base de la situation observée au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges.

II – 3 – 1 – 1 Les flux concernés

La répartition des activités de l'hôpital sur deux sites a pour corollaire la nécessité de transporter des malades de l'un à l'autre pour assurer la poursuite de la prise en charge.

Le transport d'un patient d'un site à l'autre peut avoir un caractère définitif ou temporaire.

Dans la première hypothèse, le patient effectue un « aller simple » d'un site vers l'autre. Le plus souvent, ce type de flux s'effectue de Saint-Charles vers Foucharupt, c'est-à-dire des secteurs de court séjour vers le moyen et le long séjour. Ce transfert correspond à un changement de prise en charge du malade. Par exemple, un patient peut être transféré d'un service de chirurgie vers l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR), pour y poursuivre sa convalescence après une intervention. Ou encore, une personne âgée hospitalisée dans un service de médecine peut faire l'objet d'un transfert vers un secteur de prise en charge de

longue durée à Foucharupt. Le transfert peut également intervenir au sein du service de Médecine B, celui-ci étant scindé en deux unités réparties sur les deux sites.

Le transport a un caractère temporaire lorsque la personne effectue un « aller-retour » entre les deux sites, généralement dans la même journée. Le plus fréquemment, une personne prise en charge à Foucharupt est transportée à Saint-Charles pour y subir des examens ou afin de consulter un praticien. Par exemple, un résident de la maison de retraite peut être amené à se déplacer à l'hôpital Saint-Charles pour une consultation auprès d'un spécialiste de l'établissement. Dans le cadre du service de médecine B, des patients se déplacent pour participer à un groupe de parole animé par un médecin. Il a lieu deux fois par semaine, le mardi à Foucharupt et le samedi à Saint-Charles, et il réunit des patients hospitalisés dans les deux parties du service, ainsi que des participants externes.

Les différentes hypothèses décrites ci-dessus correspondent aux cas de transports inter-sites de patients les plus fréquents au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges. Cela étant, d'autres circonstances peuvent justifier le transport d'un patient d'un site à l'autre. Par exemple, il arrive de manière exceptionnelle qu'il soit nécessaire d'acheminer en urgence une personne faisant l'objet d'une prise en charge à Foucharupt, vers l'Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) de l'hôpital Saint-Charles.

Les transports inter-sites concernent également d'autres catégories de patients et, plus largement, d'usagers. En effet, l'activité de l'hôpital occasionne les déplacements de nombreuses personnes qui ne font pas l'objet d'une prise en charge à temps complet par le Centre hospitalier. Il s'agit des consultants externes, des visiteurs, des membres d'associations liées à l'hôpital, ou encore de personnes effectuant une activité professionnelle en relation avec le secteur hospitalier, par exemple des représentants d'entreprises ou de laboratoires. La responsabilité de ces déplacements n'incombe pas à l'établissement et ils ne s'effectuent pas le plus fréquemment entre les sites qui le composent. Pour ces raisons, ils ne relèvent qu'à la marge de la problématique de ce mémoire.

II – 3 – 1 – 2 Les modalités de transport

Les transports de patients, notamment entre les deux sites de l'établissement, ont fait l'objet d'une réflexion au cours de l'année 2001 au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges. Une réorganisation de l'ensemble du dispositif en est issue. Le choix des modalités de transport dépend de l'état de santé du patient et du mode de prise en charge applicable³².

Les transports inter-sites de patients hospitalisés sont à la charge de l'établissement quelle qu'en soit la raison : transfert, réalisation d'examen, consultation, groupe de parole. Si un transport sanitaire est nécessaire, il est fait appel à l'une des sociétés locales d'ambulances. Si l'état du patient ne nécessite pas l'usage d'un véhicule spécifique, l'utilisation du minibus de l'hôpital est privilégiée, pour autant qu'il soit disponible. En effet, cette solution représente une économie conséquente par rapport au recours à une société privée. Un système de bons de transports a été mis en place et permet d'organiser le planning d'utilisation du minibus. Au-delà du transport proprement dit, le conducteur prend en charge le patient depuis son service d'origine jusqu'à sa destination à l'intérieur de l'hôpital (cabinet de consultation, service médico-technique où sont réalisés les examens, salle du groupe de parole...) et inversement au moment du retour.

Les résidents de la maison de retraite de Foucharupt ne bénéficient plus, depuis la réorganisation de 2001, de la même prise en charge. En effet, ils ne sont pas considérés comme étant hospitalisés, la maison de retraite est assimilée à leur domicile. Par conséquent, la prise en charge des transports réalisés par ambulance ou par véhicule sanitaire léger (VSL) n'est plus assurée par le Centre hospitalier. Les personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée (ALD) peuvent bénéficier d'une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale, si le médecin prescripteur estime que le transport est en rapport avec cette affection. Si ce n'est pas le cas, les frais sont à la charge du résident ou de sa famille. Le coût d'un aller-retour entre Foucharupt et Saint-Charles s'élève à soixante euros environ. Cela étant, pour les transports non sanitaires, le service des admissions s'efforce d'avoir recours au minibus de l'hôpital, qui n'est pas facturé au résident. En outre, il arrive fréquemment que la famille de celui-ci choisisse de le véhiculer elle-même.

Au cours de l'année 2001, deux cent trente quatre transferts ont été réalisés de l'hôpital Saint-Charles vers l'une des unités de Foucharupt, essentiellement les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la médecine B. Par ailleurs, quatre cent neuf transports non sanitaires

³² Cf. annexe n°9 : notes de service n°2001/06 et 2001/07 relatives au transport des patients au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

ont été réalisés au départ du site de Foucharupt par le moyen du véhicule du Centre hospitalier³³.

II – 3 – 1 – 3 Analyse critique de cette organisation

Les modalités choisies au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges pour la gestion des flux inter-sites de patients consistent donc à assurer autant que possible les transports non sanitaires par des moyens internes, et à confier aux sociétés privées les transports sanitaires.

L'organisation des transports non sanitaires, en particulier, ne donne pas satisfaction. En effet, les moyens mis en œuvre pour les prendre en charge apparaissent insuffisants au regard des besoins : trois conducteurs chargés de plusieurs missions, un seul véhicule ne pouvant transporter au maximum que quatre personnes, dont deux en fauteuil roulant.

Cette lacune n'est pas sans conséquences pour la qualité des soins. Le groupe de parole du service de médecine B, en particulier, subit les carences de ce mode de transport. En effet, le minibus doit effectuer deux trajets pour amener l'ensemble des patients de l'autre site. Il en résulte des retards fréquents d'une partie des participants, qui perturbent le groupe. Par ailleurs, lorsque la séance est terminée, les patients du deuxième convoi sont livrés à eux-mêmes dans le hall de l'hôpital, en attendant le retour de la navette. Les capacités et la disponibilité réduites de ce moyen de transport posent également des problèmes en termes d'accès aux soins des personnes âgées de Foucharupt. Il n'est pas acceptable qu'une mauvaise prise en charge dentaire ou ophtalmologique soit liée à des difficultés de transport vers l'hôpital Saint-Charles comme vers les praticiens de ville.

L'utilisation du véhicule du Centre hospitalier pour effectuer les transports programmés non sanitaires, essentiellement de patients de Foucharupt, est ancienne. Elle apparaît pertinente dans la mesure où il s'agit d'un mode de transport adapté aux personnes prises en charge (quoique le véhicule utilisé soit vieillissant) et qu'il s'avère peu coûteux. Le problème est que les capacités de ce service n'ont pas été réévaluées alors que les demandes qui lui sont adressées se sont accrues, du fait, d'une part, du transfert d'une partie du service de médecine B vers Foucharupt et, d'autre part, de l'abandon des consultations ophtalmologiques et dentaires effectuées dans cette structure par des praticiens extérieurs.

³³ Cf. annexe n°10 : tableaux statistiques des transports inter-sites de patients en 2001 au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

Concernant le transport sanitaire, il apparaît que le nombre de transports à effectuer entre les sites, aussi bien que vers d'autres destinations, est insuffisant pour qu'il puisse être envisagé de créer un dispositif en interne. Cela étant, le fait de facturer aux résidents de la maison de retraite les transports par ambulance et VSL, alors qu'ils n'avaient pas à le faire jusqu'en 2001, amoindrit la prestation qui leur est offerte. Cette réforme a suscité l'indignation d'un certain nombre de résidents et de familles.

II – 3 – 2 Les déplacements du personnel hospitalier

L'éclatement d'un établissement de soins en plusieurs sites entraîne inévitablement l'obligation pour un certain nombre de professionnels hospitaliers d'effectuer des déplacements plus ou moins réguliers entre eux. Au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, ce type de flux a pris des proportions croissantes ces dernières années, consécutivement à des modifications intervenues dans l'organisation et la gestion de l'établissement.

II – 3 – 2 – 1 Le personnel concerné

Tant que l'hôpital de Foucharupt était une structure consacrée à la prise en charge de personnes âgées dépendantes, les flux de personnel avec le site Saint-Charles sont restés limités. L'installation d'activités sanitaires dans ce qui s'appelait alors le « Centre de cure médicale et de long séjour » (CCMLS) a changé la donne. En effet, les trajets les plus nombreux et les plus fréquents entre les sites sont effectués par des professionnels qui exercent leurs compétences dans le cadre de ces nouvelles unités. Le médecin orthopédiste ainsi que les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes du Centre hospitalier relèvent du service de rééducation fonctionnelle, situé à Saint-Charles, mais ils effectuent de nombreuses interventions auprès des patients de l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR), installée à Foucharupt. De même, le praticien chef de service, la psychologue, la secrétaire médicale et les internes de médecine B doivent effectuer très fréquemment le trajet, depuis que la moitié des lits de ce service a été transférée sur le site de Foucharupt.

Une autre réforme, qui concerne cette fois la gestion du Centre hospitalier, a également contribué à accroître quelque peu les déplacements inter-sites. Il s'agit de la décision prise par le nouveau chef d'établissement, fin 2001, de supprimer la direction de site qui existait jusqu'alors à Foucharupt. Cette mesure signe la volonté d'affirmer l'unité du Centre

hospitalier, par-delà la distance qui sépare ses deux composantes. Désormais, chaque direction fonctionnelle gère pleinement l'ensemble des activités qui relèvent de son champ de compétence. Par exemple, les agents administratifs qui réalisent les entrées à l'hôpital de Foucharupt ont été rattachés au service des admissions du Centre hospitalier, placé sous la responsabilité de la Direction des affaires financières. Cette réforme oblige l'ensemble des membres de l'équipe de direction à effectuer de manière plus fréquente le déplacement vers le site de Foucharupt.

D'autres services exercent des missions pour l'ensemble du Centre hospitalier, alors que leurs locaux sont implantés sur l'un des sites, à savoir Saint-Charles, ce qui leur impose d'effectuer fréquemment des déplacements vers Foucharupt. Il s'agit en particulier de la chargée de communication, des assistantes de service social, du médecin du travail, ainsi que de l'ensemble des agents des services techniques et de sécurité. Cela étant, la fréquence des déplacements de ces derniers a été réduite par l'affectation d'un agent technique polyvalent à plein temps sur le site de Foucharupt. Cela permet d'apporter plus rapidement des solutions aux besoins qui ne nécessitent pas de moyens d'intervention très spécifiques.

Enfin, les professionnels qui travaillent sur le site de Foucharupt sont amenés à effectuer des déplacements vers le site Saint-Charles. Les médecins et les cadres de santé, en particulier, doivent fréquemment rencontrer d'autres acteurs de l'hôpital et participer à diverses réunions et instances, qui se déroulent toujours à Saint-Charles.

II – 3 – 2 – 2 Les modalités de transport

Les services techniques, de sécurité et les agents chargés de l'entretien des espaces verts utilisent, pour effectuer les déplacements inter-sites et le transport de leur matériel, les véhicules mis à leur disposition à cet effet par le Centre hospitalier.

Les autres véhicules de service étant en nombre très restreint (il n'y en a que deux), leur usage est réservé prioritairement aux déplacements de longue distance. Aussi, les agents utilisent-ils le plus souvent leur véhicule personnel pour effectuer les trajets inter-sites, parfois en co-voiturage. Le Centre hospitalier a souscrit une assurance couvrant l'ensemble des risques liés à ces trajets. En revanche, aucune indemnisation n'est versée aux agents en contre-partie de l'utilisation de leur véhicule pour les besoins du service.

II – 3 – 2 – 3 Analyse critique de cette organisation

Les modalités selon lesquelles s'organisent ou doivent s'organiser les déplacements inter-sites du personnel n'ont fait l'objet d'aucune formalisation. Les agents qui se trouvent confrontés à la nécessité d'effectuer des trajets inter-sites ne reçoivent pas d'informations spécifiques, ils ne connaissent ni leurs droits, ni leurs obligations.

Deux voitures de service demeurent théoriquement à la disposition du personnel pour effectuer les déplacements nécessaires à l'exercice de leurs fonctions, ce qui peut laisser penser a priori que les agents choisissent librement d'utiliser leur véhicule personnel. Or, il apparaît que ce dispositif est devenu largement insuffisant, les déplacements s'étant multipliés sans que le parc automobile de l'établissement ait été renforcé. Les agents sont confrontés à l'obligation de trouver eux-mêmes les moyens d'effectuer ces trajets. Dans ces conditions, il apparaît qu'ils devraient bénéficier d'une indemnisation, conformément aux dispositions du décret n°92-566 du 25 juin 1992. En effet, l'article 30 de ce texte prévoit que « *Les agents sont remboursés de tous les frais occasionnés par l'utilisation de leur automobile personnelle pour les besoins du service par des indemnités kilométriques...* » (il en va différemment pour d'autres catégories de véhicules). La comparaison avec d'autres établissements fait apparaître des pratiques diversifiées à cet égard, en particulier, la compréhension de l'expression « *tous les frais* » est inégale.

L'exercice d'une activité professionnelle sur plusieurs sites présente un certain nombre de contraintes pour l'agent qui l'assume. Les principales difficultés qu'évoquent les intéressés sont le sentiment de perdre du temps en effectuant ces trajets, et le manque de souplesse dans l'organisation de leur travail. Par exemple, l'assistante sociale, ou la psychologue, ne peuvent pas prendre en charge rapidement, « entre deux rendez-vous », un problème qui se présente inopinément sur le site où elles ne sont pas présentes à ce moment-là. Les agents qui travaillent dans deux structures, mais aussi leurs interlocuteurs, doivent faire preuve d'une capacité d'organisation particulièrement rigoureuse.

La manière dont s'organisent les déplacements inter-sites des professionnels hospitaliers a des implications sur le coût et la qualité des prestations. En effet, il importe d'éviter qu'ils ne perdent inutilement du temps (et de l'énergie) à effectuer des trajets trop nombreux. Par ailleurs, il n'est pas acceptable que les patients puissent avoir à subir les conséquences d'une organisation défailante (temps d'attente allongés, rendez-vous manqués...). Les enjeux de la maîtrise de ce type de flux apparaissent d'autant plus grands qu'ils devraient encore être amplifiés par la mise en place prochaine de nouvelles activités, transversales à l'ensemble du Centre hospitalier. Ainsi les projets, actuellement en cours d'étude, de lutte

contre la douleur et de développement des soins palliatifs, prévoient la création d'équipes mobiles susceptibles d'intervenir pour apporter leur aide à la prise en charge de patients dans les deux structures.

II – 3 – 3 Les flux logistiques

Les besoins et les exigences des services hospitaliers en termes de prestations logistiques dépendent en partie de la nature de leur activité. En particulier, les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ne sont pas demandeurs des mêmes biens et services que les unités accueillant des personnes âgées dépendantes. De ce fait, l'installation d'activités sanitaires dans une structure jusque-là consacrée à des prises en charge de longue durée a des répercussions aussi sur les flux logistiques.

II – 3 – 3 – 1 Les flux concernés

L'agencement des flux logistiques inter-sites dépend de la manière dont sont organisées les activités logistiques dans l'établissement, et en particulier de la localisation des unités qui en ont la charge. Le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges a choisi de procéder à une centralisation relativement poussée de ces activités sur le site Saint-Charles. Il en résulte que les flux logistiques inter-sites correspondent en fait globalement à un acheminement des produits et prestations du site Saint-Charles vers celui de Foucharupt.

L'installation sur le site de Foucharupt de l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la moitié du service de médecine B a particulièrement affecté les flux de la catégorie « biens et marchandises directement nécessaires à la réalisation des activités de soins » (pour reprendre la typologie exposée dans la première partie), tant quantitativement que qualitativement. La quantité de déchets hospitaliers produits à Foucharupt a également crû du fait de ces nouvelles activités.

II – 3 – 3 – 2 Les modalités de transport

Les transports de biens et marchandises entre les deux sites du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges sont effectués quasiment exclusivement par des moyens internes. Trois acteurs ou types d'acteurs interviennent pour réaliser ces opérations : le « garage », c'est-à-

dire le service transport de l'établissement ; le vaguemestre ; des prestataires de service extérieurs, à savoir essentiellement le Syndicat inter-hospitalier.

1) Les agents du « **garage** » prennent en charge les flux suivants :

- les repas : la cuisine centrale est installée sur le site Saint-Charles. La conservation et la distribution des repas sont effectuées en « liaison froide » : après la cuisson, les mets sont rapidement réfrigérés, ils sont remis en température avant la consommation, dans les offices des services de soins. Le transport doit donc garantir le maintien d'une température comprise entre zéro et trois degrés³⁴. Pour chaque repas, quatorze chariots contenant deux cent trente plateaux doivent être livrés aux services de Foucharupt. Ils sont transportés à l'intérieur d'un camion appartenant à l'hôpital. Au total, sept aller-retour sont nécessaires pour acheminer les repas et pour récupérer les chariots vides. En dépit du système de liaison froide, les livraisons sont effectuées tous les jours de la semaine, parce que l'hôpital de Foucharupt ne comporte pas de local permettant le stockage à basse température. Le véhicule utilisé a été acquis en 2001 par l'établissement pour répondre aux normes d'hygiène et de sécurité. Contrairement à celui qui était utilisé précédemment, il entre dans la catégorie des poids-lourds. De ce fait, il lui est interdit d'emprunter la rue « du Nouvel hôpital ». Un nouvel itinéraire a été défini en conséquence, qui comporte trois kilomètres supplémentaires par rapport au précédent ;
- les déchets hospitaliers : ils sont transportés vers un local appartenant au Syndicat inter-hospitalier, installé à côté de l'hôpital Saint-Charles. Ce syndicat compte parmi ses missions celle de collecter et de stocker les déchets hospitaliers de l'ensemble des établissements qui relèvent de sa compétence, avant de les orienter vers un centre de traitement spécialisé. Cependant, le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges a choisi d'assurer lui-même le transport de ses déchets hospitaliers vers le local du Syndicat inter-hospitalier : il est effectué tous les deux jours au moyen d'un camion et d'une remorque appartenant à l'établissement ;
- les fournitures et les produits stockés : les produits d'entretien, le petit matériel hôtelier, les fournitures médicales non stériles, les produits alimentaires, les fournitures de bureau et les imprimés sont livrés aux services selon des

³⁴ Arrêté du 29 septembre 1997

périodicités pré-définies. Les demandes des services sont adressées à des agents relevant de la Direction des affaires économiques et logistiques, chargés de gérer les commandes et l'approvisionnement. Les colis sont préparés par le magasin (par l'imprimerie pour les imprimés) puis livrés aux services. Les unités de Foucharupt relèvent du même système que celles de Saint-Charles, si ce n'est qu'elles sont livrées par le « garage » et non par les coursiers ;

- des produits et du matériel directement liés aux soins : les médicaments et les dispositifs stériles sont livrés chaque jour, à l'occasion du premier trajet effectué par le camion-repas. L'approvisionnement en matériel médical est géré par le service médico-technique compétent, qui fait appel aux conducteurs pour effectuer les transports vers Foucharupt. Ainsi le laboratoire assure la gestion du matériel nécessaire aux prélèvements, et le service de rééducation fonctionnelle gère le matériel utilisé par les professionnels de la rééducation. Enfin, le dépôt de sang de l'hôpital sollicite parfois le garage pour le transport d'une poche de sang destinée à un patient de Foucharupt. Dix poches de sang ont fait l'objet d'un tel acheminement en 2001 ;
- du mobilier et des équipements : il est fait appel au garage qui organise le transport au moyen d'un de ses véhicules.

2) Le **vaguemestre** effectue quotidiennement quatre aller-retour entre le site Saint-Charles et celui de Foucharupt, au cours desquels il assure les transports suivants :

- le courrier externe et interne ;
- les stupéfiants : ils sont transportés deux fois par semaine dans une mallette verrouillée, de la pharmacie centrale vers le stock situé dans le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) de Foucharupt. Un protocole établi en 1997 prévoit les modalités de cet acheminement de manière à ce que la réglementation soit respectée³⁵;
- les prélèvements destinés au laboratoire et les résultats des analyses. Lors de son premier trajet de la journée, le vaguemestre ramasse et achemine vers le laboratoire les tubes contenant les prélèvements à analyser. Ils sont conditionnés dans des pochettes comprenant deux compartiments : un pour le support papier,

³⁵ Arrêté du 8 août 1991

c'est-à-dire la demande d'analyse, et un pour le tube étiqueté, qui peut être plongé dans de la glace si nécessaire. Une bande rouge signale les analyses à effectuer en urgence. Ils sont transportés dans une valise. En fin d'après-midi, le vaguemestre apporte les résultats des analyses aux services de Foucharupt.

3) Les **fournisseurs** de l'établissement effectuent généralement la livraison de leurs produits directement vers le site concerné. Le Syndicat inter-hospitalier auquel adhère le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges est l'un de ses plus importants prestataires de services. Il lui a confié en particulier le traitement du linge et la gestion des déchets hospitaliers. La plupart des activités du Syndicat inter-hospitalier sont réalisées dans des locaux implantés sur le site Saint-Charles, à côté de l'hôpital. Dès lors, les transports que cette structure effectue vers Foucharupt constituent des transports inter-sites. Si le Centre hospitalier a choisi d'assurer lui-même l'acheminement des déchets de l'hôpital de Foucharupt vers le local du Syndicat inter-hospitalier destiné à les recevoir, il en va différemment des transports de linge. En effet, la collecte du linge sale et la livraison du linge propre font partie intégrante de la prestation achetée par le Centre hospitalier.

Pour l'hôpital de Foucharupt, le Syndicat inter-hospitalier assure le traitement du linge hospitalier (draps, tenues du personnel, chemises de malades...), mais aussi celui du « linge personnalisé », c'est-à-dire des effets personnels des résidents de la maison de retraite. Il possède plusieurs camions qui lui permettent d'acheminer du linge vers les établissements qui bénéficient de ses prestations à travers le département des Vosges. Les transports de linge pour l'hôpital de Foucharupt sont effectués au moyen d'un véhicule léger de type Master, qui peut emprunter la rue « du Nouvel hôpital », conduit par un chauffeur employé par le Syndicat inter-hospitalier. Ce véhicule comprend deux compartiments, ce qui permet d'assurer la séparation du sale et du propre. Le linge est rangé dans des armoires munies de roulettes. Deux transports sont effectués chaque jour, du lundi au vendredi, entre la blanchisserie et l'hôpital de Foucharupt. Le chauffeur dépose les armoires de linge propre dans la lingerie-relais, où les agents des services de soins viennent les chercher, puis il récupère les armoires vides qui s'y trouvent pour les rapporter à la blanchisserie. Dans un autre local, il ramasse les sacs de linge sale.

Les trois acteurs énumérés ci-dessus effectuent l'essentiel des transports logistiques inter-sites au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges. Cela étant, d'autres modalités interviennent également de manière plus ponctuelle et/ou moins formalisée. Ainsi, les membres du personnel de l'établissement sont parfois amenés, lors d'un déplacement inter-sites, à transporter des biens de natures diverses avec eux. Par exemple, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes transportent souvent eux-mêmes du matériel

nécessaire à leurs activités. De même, lorsqu'un patient est transféré d'un site à l'autre, son dossier est généralement transporté avec lui. Cependant, dans le cadre de la médecine B, la secrétaire médicale du service se charge fréquemment d'acheminer des dossiers qui n'étaient pas prêts au moment du transfert.

Par ailleurs, pour les transports urgents ou non prévus, les services doivent faire preuve d'esprit d'initiative. Le vagemestre, mais aussi les jardiniers et le conducteur du camion-repas sont sollicités. La nuit, ce sont les agents de sécurité, qui effectuent des rondes sur les deux sites. Les médecins et les soignants choisissent parfois de se déplacer spécialement pour effectuer un transport particulièrement urgent. Par exemple, il arrive que la cadre de santé d'un service de l'hôpital de Foucharupt aille elle-même chercher une poche de sang au dépôt, situé à Saint-Charles.

II – 3 – 3 – 3 Analyse critique de cette organisation

L'essentiel des transports logistiques inter-sites est effectué par des acteurs bien identifiés et selon des circuits étudiés. Il apparaît que cette organisation est éprouvée et que, globalement, elle fonctionne.

La distance qui sépare les deux structures et le temps nécessaire pour la parcourir ne posent pas de difficultés particulières au regard des délais exigés pour l'acheminement de certains produits, tels que le sang ou les prélèvements destinés au laboratoire. Au contraire, les agents des services de Foucharupt étant conscients de ces contraintes, ils sont d'autant plus attentifs aux délais et, de ce fait, prennent souvent plus de précautions que les personnels de l'hôpital Saint-Charles. Le temps de transport peut être aussi long au sein d'une même structure qu'entre deux sites. Il en résulte que le laboratoire reçoit moins de prélèvements altérés provenant de Foucharupt que des services de Saint-Charles.

Cependant, pour certains circuits, il existe une divergence entre la procédure prévue et les conditions concrètes de sa mise en œuvre. Il en résulte des difficultés à respecter des horaires et des procédés prescrits.

La difficulté à respecter des horaires concerne en particulier la livraison des repas de midi à Foucharupt. Les retards sont fréquents, particulièrement le week-end, et perturbent le fonctionnement des services. En effet, les patients et les résidents sont mécontents parce qu'ils doivent attendre, ou parce que les repas servis ne sont pas chauds, la phase de remise en température ayant été abrégée dans un souci de gain de temps. D'autre part, les

aides-soignantes ne peuvent pas terminer leur travail à l'horaire prévu, ce qui impose de leur faire effectuer des heures supplémentaires.

Cela étant, la responsabilité n'incombe pas forcément au dispositif de transport, qui subit lui-même des dysfonctionnements survenus en amont, notamment les retards pris par la cuisine dans l'élaboration des repas. La perte de temps peut également survenir lors de l'étape suivante : l'acheminement des chariots de la cuisine vers le quai de chargement du camion. En effet, le monte-charge par lequel ils transitent connaît d'autres utilisations (notamment l'acheminement des armoires de linge) et il peut être indisponible lorsque les chariots-repas se présentent. Cet exemple montre que la problématique des transports ne se limite pas à la prise en charge par un véhicule, mais que la maîtrise des étapes en amont et en aval est tout aussi décisive. Enfin, certaines difficultés sont liées aux conditions d'utilisation du nouveau camion : le temps de trajet s'est trouvé allongé par la nécessité d'emprunter un itinéraire plus long, et le maniement de la plate-forme de chargement et de déchargement complique la réalisation de ces opérations.

La difficulté à respecter des procédés prescrits concerne par exemple le transport des stupéfiants. Celui-ci a donné lieu en 1997 à l'élaboration d'une procédure³⁶, qui formalise les modalités et les précautions selon lesquelles il doit être effectué par le vaguemestre. Elle prévoit notamment qu'« *en aucun cas le vaguemestre ne doit quitter son véhicule pour effectuer une quelconque course lors du transfert vers l'hôpital de Foucharupt* ». Le respect de cette obligation s'avère malaisé, parce que l'accomplissement des diverses missions qui lui sont confiées par ailleurs requiert qu'il effectue des étapes sur son parcours entre les deux sites. Par exemple, il lui est demandé de porter les convocations et les documents afférents aux membres des instances du Centre hospitalier, avant que celles-ci soient réunies.

Ces difficultés, liées à l'apparition de divergences entre des procédures prévues et les conditions de leur mise en œuvre pratique, démontrent la nécessité pour chaque transport d'être adapté aux évolutions de son champ d'intervention.

Globalement, en dépit de quelques écarts, le dispositif de prise en charge des flux « ordinaires » fonctionne. En revanche, les transports effectués hors de ce cadre présentent un caractère d'improvisation qui n'est pas satisfaisant. Du fait de la distance qui les séparent des unités logistiques, et notamment du magasin, centralisées sur le site Saint-Charles, les

³⁶ Cf. annexe n°11 : Procédure de transport inter-sites des stupéfiants au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

services de l'hôpital de Foucharupt peuvent plus difficilement faire réparer les oublis et les erreurs de commande ou de livraison. Cette situation leur impose, ainsi qu'aux agents chargés de gérer les approvisionnements, d'être particulièrement vigilants et rigoureux.

La perspective de la mise en œuvre du système de dispensation nominative des médicaments nécessitera ainsi de mener une réflexion, de manière à définir les modalités de transport les mieux à même de répondre aux enjeux que comporte ce projet.

Il apparaît ainsi que la gestion des flux inter-sites ne peut se limiter à la mise en place, à un moment donné, de dispositifs de prise en charge des flux « ordinaires ». La maîtrise de la fonction transport, et cela est vrai en particulier des transports inter-sites, implique la prise en compte de l'ensemble des hypothèses de besoin de transport, même exceptionnelles, et de toutes les étapes que sa réalisation comporte. Elle suppose également une attention et une capacité d'adaptation permanentes aux évolutions de la structure et des activités hospitalières.

Cette deuxième partie s'est attachée à effectuer une étude globale des organisations mises en œuvre au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges pour assurer les transports entre les sites qui le composent. Sur la base de cette analyse, la troisième partie exposera des pistes de résolutions, qui concerneront tant l'appréhension que la gestion concrète des flux, afin d'optimiser la fonction transport à l'hôpital.

3^{ème} partie : Quelles perspectives d'optimisation possibles de la gestion des flux inter-sites ?

La complexité qui entoure l'accomplissement des missions de la fonction transport au sein de l'hôpital, rend nécessaire l'engagement d'une véritable politique de gestion des flux. Celle-ci repose sur une appréhension globale de cette fonction et des cadres dans lesquels elle s'inscrit. De même, son action concerne à la fois les facteurs et les dispositifs de prise en charge des flux.

III – 1 Adopter une approche globale

La fonction transport est transversale : elle intervient dans de multiples processus, aux interfaces, et, de ce fait, elle se trouve en situation d'interdépendance avec l'ensemble des secteurs de l'hôpital, mais aussi avec un certain nombre d'activités extra-hospitalières. L'intensité et la complexité des déterminants et des implications des transports hospitaliers, et notamment des transports inter-sites, rendent nécessaire l'adoption d'une approche globale de cette fonction. Les opérations de transport sont trop souvent appréhendées de manière cloisonnée ; il s'agit au contraire de les envisager par rapport à l'ensemble de l'hôpital, de mesurer les diverses réalités qu'elles recouvrent et impliquent, et de les replacer par rapport aux enjeux et aux réseaux au-delà de l'hôpital.

III – 1 – 1 Resituer la fonction transport dans l'hôpital

La fonction transport se déploie dans l'hôpital. Elle y joue un rôle bien particulier, qu'il est important de resituer parce que c'est en fonction de lui qu'elle doit être orientée.

Engager une restructuration de la fonction transport sans avoir au préalable défini quel en est le but, comporte le risque de passer à côté de la cible, c'est-à-dire de construire un système qui sera peut-être performant en soi, mais qui ne remplira pas son rôle. La fonction transport n'a de sens que par rapport à l'ensemble de l'hôpital. Elle doit concourir, avec les autres acteurs hospitaliers, à l'accomplissement des activités de soins, même si elle le fait de manière indirecte, comme l'ensemble des prestations logistiques.

Dans ce cadre, et comme indiqué en première partie, la mission spécifique de la fonction transport est de faire en sorte que la bonne personne ou le bon produit arrive au bon endroit, au bon moment, et dans de bonnes conditions, afin que les soins puissent être réalisés. Autrement dit, le but de la fonction transport est de faire en sorte que les flux soient optimisés pour les unités de soins.

Il s'agit d'éviter de mettre en place des systèmes de transport, éventuellement performants, mais qui perturbent les soins, par exemple parce qu'ils imposent des tâches et des contraintes supplémentaires aux unités de soins. Les résultats de l'enquête³⁷ menée par l'Association française de logistique hospitalière en 2001 montrent que des activités telles que les transports, la manutention ou la gestion des approvisionnements, occupent une part non négligeable du temps de travail des soignants. Ces pratiques sont regrettables, particulièrement dans le contexte de pénurie de personnel para-médical. Il convient de leur retirer ces tâches afin de libérer du temps pour les activités de soins. Il en va de même de certaines obligations excessives qui peuvent être imposées aux services, dans le but de respecter les normes et les bonnes pratiques relatives aux diverses activités logistiques (référentiel HACCP pour la restauration, référentiel «Gestion des fonctions logistiques » (GFL) de l'ANAES...).

Les services de soins ne doivent pas s'adapter aux exigences des organisations logistiques, mais bien l'inverse. Cette conception est affirmée dans la Charte logistique de l'Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) : « *La performance de cette chaîne logistique sera définie comme la conformité de la prestation logistique finale aux besoins des professionnels de santé.* »³⁸. Eventuellement, il peut être pertinent d'accepter de désorganiser quelque peu les systèmes logistiques, si la fonction soins, mais aussi plus largement la qualité de la

³⁷ Cf. annexe n°6

³⁸ DORNIER P.-P., FENDER M., *La logistique globale, Enjeux-Principes-Exemples*. Paris : Editions d'Organisation, 2001, p.84

prestation hospitalière, y trouvent un bénéfice. Cela vaut par exemple pour les horaires des repas, souvent servis très tôt le soir dans les établissements de santé, pour des raisons essentiellement d'ordre pratique.

L'Association française pour la logistique (ASLOG) voit dans son objet « *une démarche qui découle de la demande du client* »³⁹. La conception d'une relation client-fournisseur, développée dans le secteur industriel, peut être transposée au monde de la santé. Les services logistiques, et notamment ceux qui sont chargés des transports, peuvent ainsi être considérés comme les fournisseurs des services de soins. Le client final étant, par-delà ces unités, le patient, puisqu'il s'agit de le satisfaire en dernier ressort.

III – 1 – 1 – 2 Une fonction soumise aux obligations du service public hospitalier

Les transports participent à la mise en œuvre des missions de l'hôpital et, notamment, aux obligations qui lui incombent en tant que participant au service public de la santé.

Selon l'article L.6112-2 du Code de la Santé publique, les établissements qui assurent le service public de la santé « *garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement* ». En outre, ils « *veillent à la continuité des soins* ».

Les transports doivent dès lors être organisés de manière à concourir à cet accès et cette continuité. Il s'agit d'assurer l'acheminement des patients, à tout moment, vers la structure la mieux à même de leur apporter les soins nécessaires ou de poursuivre la prise en charge. Le rôle des autres types de transport est tout aussi décisif en ce qu'ils permettent l'acheminement à l'hôpital, ou vers le lieu de détresse, des moyens humains et matériels nécessaires à l'exécution des soins.

Outre ces grands principes, la fonction transport se doit de concourir à la mise en œuvre des missions et au respect des normes qui s'appliquent aux différentes activités auxquelles elle collabore plus particulièrement.

³⁹ Op. cit. référence n°25, p.22

III – 1 – 2 Envisager les transports comme système

Younès Benanteur⁴⁰ définit ainsi la notion de système : « *ensemble d'éléments matériels, logiciels et humains en interaction, organisés pour remplir une mission déterminée dans un environnement défini.* »

La transversalité qui caractérise la fonction transport justifie le recours à une approche systémique. En effet, « *la systémique a pour but l'appréhension des systèmes dans tous les domaines où se posent des problèmes de frontière, d'interdépendance, de cohérence, d'organisation, de structure...* »⁴¹. Cette approche exige d'opérer un travail de décloisonnement, de manière à intégrer à la réflexion sur la fonction transport l'ensemble des flux et des opérations qui forment le système.

III – 1 – 2 – 1 Un système de flux

L'organisation des transports dans les établissements de santé tend à cloisonner les systèmes de prise en charge des différents types de flux. Or, ils relèvent d'une problématique commune. L'ensemble des flux décrits et analysés par les première et deuxième parties doivent être intégrés à la réflexion, sans que leur diversité soit niée.

III – 1 – 2 – 2 Un système d'acteurs

Une opération de transport inter-sites en milieu hospitalier ne se limite pas à la prise en charge d'une personne ou d'une marchandise par un véhicule, et son acheminement par celui-ci d'un point à un autre de l'établissement. La construction d'une organisation à partir de cette conception réductrice l'expose à des déboires. En effet, il ne s'agit là que d'une étape, centrale il est vrai. La réussite d'une opération de transport repose sur la mise en place, en amont et en aval, de multiples actes et interventions.

D'abord, les deux transferts de la personne ou du bien, de son lieu d'origine au véhicule, puis du véhicule au lieu de sa destination finale, font partie intégrante de l'opération de transport. En outre, un certain nombre d'actions sont nécessaires à la préparation et au bon

⁴⁰ BENANTEUR Y., ROLLINGER R., SAILLOUR J-L., *Organisation logistique et technique à l'hôpital*. Rennes : Editions ENSP, 2000. 189 p.

⁴¹ Op. cit. référence n°40

déroulement de ces phases. Par exemple, pour les flux logistiques : le déstockage, le contrôle, le conditionnement et le chargement de la marchandise ; puis, le déchargement, le déconditionnement, le contrôle et le stockage. Les brancardiers, les magasiniers et les coursiers apparaissent ainsi comme des acteurs à part entière du transport inter-sites. Enfin, au-delà de ces actes matériels constitutifs de l'opération de transport proprement dit, sa réussite dépend de la réalisation de tâches administratives et techniques (la maintenance des véhicules, par exemple). Le rôle décisif de la communication doit être souligné. En effet, l'échange d'informations entre les différents acteurs intervenant dans le transport, et avec ceux qui en bénéficient, est déterminant pour son bon déroulement.

L'ensemble de ces éléments doit être inclus dans la réflexion sur la fonction transport. Chacun d'entre eux peut éventuellement faire l'objet d'une étude spécifique, mais ils doivent constamment être considérés à travers le système qu'ils constituent. En effet, l'optimisation logistique globale n'est pas forcément la résultante de l'optimisation de chaque opération. Il s'agit d'avoir une approche systémique plutôt que de considérer le transport comme une juxtaposition d'activités.

Par ses différents aspects, la fonction transport implique l'ensemble des composantes de la gestion hospitalière. L'approche systémique est donc nécessairement pluridisciplinaire. Les logisticiens du secteur industriel l'ont adoptée pour optimiser la prise en charge des flux. Dans leur ouvrage *La logistique globale*⁴², Philippe-Pierre Dornier et Michel Fender préconisent « *la recherche d'une coordination d'un ensemble de moyens (infrastructures, vecteurs de transport, ressources humaines, système d'information) pour optimiser non plus un ensemble d'opérations prises successivement et indépendamment, mais le flux qui parcourt l'entreprise* ».

III– 1 – 2 – 3 Un système aux multiples interfaces avec l'extérieur

Les transports intra-hospitaliers s'exercent au sein de l'établissement, dans la limite de ses murs. Pourtant, le système n'est pas clos, il comporte au contraire de multiples liaisons avec l'extérieur. Il est alimenté par les flux entrants, par exemple les entrées de patients, ou encore les livraisons effectuées par les fournisseurs. En sens inverse, les flux sortants, par exemple les transferts de patients vers d'autres établissements, constituent en quelque sorte des prolongements vers l'extérieur. Les partenaires de l'hôpital (autres structures de soins,

⁴² Op. cit. Référence n°38 p.60

administrations, fournisseurs...) suscitent constamment des flux en son sein, mais ils lui fournissent également les moyens de les prendre en charge.

Par exemple, la déclinaison de cette approche pour les flux de malades consiste à adopter un raisonnement portant sur l'ensemble de la « trajectoire du patient ». Il s'agit d'acquérir « *une vision cohérente de l'ensemble des déplacements de chaque patient, à l'intérieur d'un même hôpital, et entre différentes structures de soins.* »⁴³ Les opérations de transport sont à replacer au sein de la trajectoire complète du patient dans le système de soins. Cette approche vise à faciliter la régulation et la canalisation des flux, l'information des personnes concernées, et la continuité de la prise en charge. Un tel pilotage requiert nécessairement une concertation entre les différents acteurs intervenant dans cet itinéraire.

L'hôpital est pris dans un réseau d'activités plus large, si bien que la problématique des transports qu'il met en jeu concerne des acteurs extérieurs.

III – 1 – 3 Une problématique dépassant l'hôpital

Les enjeux de santé publique liés à la fonction transport, en particulier l'accès aux soins et la continuité des soins, concernent une pluralité d'acteurs dans un bassin de santé. Il apparaît dès lors pertinent que la réflexion soit effectuée en concertation avec les différentes collectivités et structures de soins qui ont des responsabilités en la matière.

III – 1 – 3 – 1 Le bassin de santé

Certains transports susceptibles de favoriser l'accès aux soins et leur continuité ne relèvent pas de la responsabilité de l'hôpital. L'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et les collectivités territoriales ont la mission de mettre en place des réseaux d'infrastructures et de moyens de communication, permettant à l'ensemble de la population d'un bassin de santé de bénéficier de possibilités de prises en charge sanitaires et médico-sociales. Ainsi, sur le bassin de Saint-Dié des Vosges, un Syndicat mixte de pays (« Le Pays de la Déodatie ») a été créé récemment. L'organisation de l'accès aux soins compte parmi les missions que lui ont confiées les communes. Cette problématique se pose avec une acuité particulière dans les Vosges, du fait du relief et de l'isolement de certains secteurs, ainsi que du vieillissement de la population. Selon des statistiques de l'Institut national de la statistique et des études

⁴³ Op. cit. Référence n°2

économiques (INSEE), dans le département, 60% des femmes âgées de soixante ans et plus n'ont pas la possibilité de se déplacer avec un véhicule motorisé, soit qu'elles n'en possèdent pas, soit qu'elles ne soient pas titulaires d'un permis de conduire.

Les réseaux de transports en commun, en particulier, sont susceptibles de favoriser l'accès aux structures de soins pour les malades, mais aussi pour les membres du personnel et les visiteurs. De même, ils peuvent contribuer à la prise en charge de flux inter-sites. La concertation entre l'établissement de santé et la collectivité (en général la commune ou un établissement de coopération inter-communale – EPCI) chargée de la gestion de ces transports, apparaît pertinente pour la création d'une ligne reliant les sites hospitaliers entre eux, et avec des points névralgiques, tels que la gare ou le centre-ville.

A Saint-Dié des Vosges, une desserte de l'hôpital Saint-Charles fait cruellement défaut. Il apparaît que le manque de concertation, et peut-être une mésentente, entre le Centre hospitalier et la commune est en cause. En effet, un système de navette était assuré jusqu'au milieu des années 1990 par les services de l'hôpital : un petit bus reliait deux fois par jour les deux sites, la gare et le centre-ville. Il apparaît que ce service n'était pas réalisé de manière régulière, les conducteurs de l'hôpital étant parfois appelés à d'autres tâches. Il a finalement été abandonné. Les services de la commune justifient l'absence de desserte de l'hôpital Saint-Charles par le fait que la rue «du Nouvel hôpital » est trop étroite pour permettre le passage d'un autobus. L'autre accès n'est pas envisageable non plus, les autobus se trouvant cette fois dans l'impossibilité de faire demi-tour... Cependant, depuis quelques mois, la municipalité affiche son intention de mettre en place une nouvelle liaison vers l'hôpital. Une enquête est réalisée auprès des usagers à ce sujet. Quoiqu'il en soit, cette situation illustre combien l'insuffisance de communication et de coopération entre des acteurs aussi importants peut être dommageable. La gestion des flux entre les sites, notamment, manque d'un appui important.

III – 1 – 3 – 2 La coopération inter-établissements

Avec le développement de la coopération des acteurs de santé, et en particulier des structures de soins, une problématique proche de celle des transports inter-sites réapparaît, à la différence près que plusieurs entités sont impliquées. Ici encore, la concertation est nécessaire.

Dans le bassin de Saint-Dié des Vosges, une convention de direction commune au Centre hospitalier et à deux hôpitaux locaux a été signée récemment. Une équipe de direction

unique assure désormais la gestion de l'ensemble de ces établissements. L'un de ses membres est plus particulièrement chargé des activités médico-sociales, c'est-à-dire, pour l'essentiel, les secteurs de prise en charge de personnes âgées dépendantes de Foucharupt et des hôpitaux locaux. Cela étant, chaque établissement demeure indépendant, il ne s'agit pas d'une fusion. Chacun d'eux conserve notamment ses propres unités logistiques. Il est néanmoins évident que les liens entre eux vont s'en trouver renforcés et les échanges accrus. Cette évolution soulève la question de l'organisation des transports. Elle relève de la responsabilité de plusieurs entités. L'existence d'une direction commune devrait cependant en faciliter la gestion et il est probable qu'elle s'appuiera sur le dispositif du Centre hospitalier.

L'adoption d'une approche globale met en évidence les acteurs, internes et externes, qu'il convient d'associer à l'organisation des transports. De plus, la connaissance des mécanismes et des interactions propres au système est nécessaire pour pouvoir évaluer les conséquences que peut avoir une action sur un circuit particulier.

III – 2 Aménager les conditions favorables à une meilleure gestion des transports

Préalablement à un travail sur les dispositifs de transports, l'amélioration de la prise en charge des flux peut passer par une action sur les conditions dans lesquelles elle s'effectue. Il s'agit, dans la mesure du possible, de desserrer les contraintes et de renforcer les facteurs de réussite, autrement dit de faciliter la réalisation des missions de la fonction transport.

III – 2 – 1 Les conditions liées aux infrastructures et à l'organisation des activités hospitalières

L'exposé des contraintes liées à l'existence de plusieurs sites dans un établissement hospitalier fait apparaître a contrario la fonctionnalité d'une structure unique, plus encore si elle présente une architecture monobloc. Certaines contraintes induites par la distance sont tout simplement insolubles, par exemple l'impossibilité pour les professionnels spécialisés de prendre immédiatement en charge un problème qui surgit sur le site où ils ne sont pas présents.

III – 2 – 1 – 1 La structuration des activités sanitaires et médico-sociales

Incontestablement, l'existence de plusieurs sites se justifie le plus souvent. Elle peut être liée à des contingences qui ne peuvent pas facilement être écartées, par exemple le manque de place sur le site principal pour accueillir l'ensemble des activités de l'établissement. Elle peut aussi résulter d'un choix, par exemple dans le but d'offrir des structures de prise en charge de proximité à la population, particulièrement en milieu rural où sont constitués des Centres hospitaliers inter-communaux (CHI) ; ou encore parce qu'une structure unique aurait une dimension gigantesque, c'est vrai cette fois surtout des grands centres. En particulier, le choix d'éloigner du reste de l'hôpital les structures de prise en charge des personnes âgées dépendantes apparaît pertinent. Cette organisation n'a jamais été remise en cause au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges. En effet, les pensionnaires de la maison de retraite et de l'Unité de soins de longue durée (USLD) bénéficient sur le site de Foucharupt d'un environnement calme et modérément médicalisé. C'est d'autant plus appréciable qu'il s'agit de leur lieu de vie.

Quoi qu'il en soit, la plupart des flux ne sont pas générés par les unités de prise en charge des personnes âgées dépendantes, mais par les lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ceux-ci n'ont été installés sur le site de Foucharupt qu'en raison du manque d'espace disponible à l'hôpital Saint-Charles. D'ailleurs, dès sa mise en place, cette organisation a été présentée par la direction de l'établissement comme temporaire, et la volonté de « faire remonter » ces activités sur le site Saint-Charles est toujours affirmée. Il apparaît effectivement souhaitable que le projet de construction d'un nouveau bâtiment sur ce site soit réalisé. En effet, les patients de ces deux unités reçoivent des soins relativement techniques, qui nécessitent l'intervention de professionnels et la consommation de produits et de matériels. Leur éloignement du plateau technique impose de nombreux déplacements et transports inter-sites de toutes natures. Il arrive d'ailleurs qu'un patient de soins de suite et de réadaptation (SSR) soit (re)transféré dans un service de l'hôpital Saint-Charles uniquement pour bénéficier de l'environnement hospitalier, en particulier de la proximité des services médico-techniques. Ces déplacements présentent des désagréments pour les personnes concernées, ainsi qu'une charge financière non négligeable.

III – 2 – 1 – 2 L'organisation des activités logistiques

La centralisation des activités logistiques a entraîné un accroissement des flux inter-sites. Cependant, la rationalisation apportée par cette organisation présente généralement trop d'intérêts, particulièrement en terme de coûts, pour être remise en cause pour des raisons tenant aux transports. Du reste, il apparaît que cette obligation de gérer les flux inter-sites qui en découlent, constitue quasiment le seul inconvénient de cette organisation.

En fait, il apparaît que les modalités de structure doivent être étudiées au cas par cas pour chaque activité. Il s'agit d'effectuer une comparaison des coûts et des avantages de toutes natures, qui intègre en particulier la question des transports. Par exemple, un décret publié en août 2002⁴⁴ prévoit la possibilité pour les établissements de santé pluri-sites de créer une chambre mortuaire unique. Cette option est envisagée au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges. En effet, le local de l'hôpital Saint-Charles où sont déposés les corps des patients décédés n'est pas conforme à la réglementation, alors que celui de Foucharupt est spacieux et adapté. Il est possible d'aménager celui-ci de manière à ce qu'il assure sa fonction pour l'ensemble de l'établissement. Cela étant, l'instauration d'une chambre mortuaire unique implique que soit organisé l'acheminement des corps vers celle-ci. A l'hôpital Saint-Charles, environ trois cents décès surviennent chaque année, tandis que leur nombre s'élève à soixante-dix à Foucharupt. Ce type de transport doit être réalisé avec un véhicule et du matériel adaptés et nécessite l'intervention de deux personnes. L'établissement a la possibilité de confier l'exécution de cette prestation à une société spécialisée, ou de l'assurer lui-même. Dans cette dernière hypothèse, le recrutement d'un agent et l'acquisition de moyens matériels adaptés seraient nécessaires. Par ailleurs, il convient d'envisager quelle sera la réaction suscitée par ces transferts pour les familles de patients décédés à l'hôpital Saint-Charles. La décision de procéder à la rénovation de la chambre mortuaire de l'hôpital Saint-Charles, ou d'organiser les transports inter-sites de corps, devra s'appuyer sur une étude comparée des coûts et des avantages de chacune des options possibles.

Par ailleurs, lorsque la centralisation apparaît globalement pertinente, il est possible de la tempérer quelque peu, en installant sur le deuxième site des annexes ou des relais des unités logistiques et techniques. Il s'agit de redonner un peu d'autonomie à cette structure et d'éviter des transports et des contre-temps. Ainsi, nous l'avons souligné, au Centre

⁴⁴ Décret n°2002-1065 du 5 août 2002

hospitalier de Saint-Dié des Vosges, l'affectation d'un agent technique polyvalent à plein temps à l'hôpital de Foucharupt est jugée positive.

La structure d'un établissement de santé et l'organisation spatiale de ses missions conditionnent la circulation des flux. Si ces données s'imposent pour l'essentiel au logisticien, il n'en demeure pas moins que quelques aménagements sont parfois possibles et permettent de simplifier la gestion des flux, et en particulier des flux inter-sites. D'une manière générale, il apparaît que l'unité est à rechercher : l'unité de lieu si c'est possible, mais aussi l'unité de l'établissement au-delà de la distance.

III – 2 – 2 Promouvoir la communication

La communication constitue un rouage essentiel de l'organisation du système de transport. La maîtrise des flux physiques passe par celle des flux d'informations. Or il apparaît que la qualité de la communication dépend non seulement des moyens techniques, mais également des relations qui se sont instaurées entre les différentes structures.

III – 2 – 2 – 1 Le constat : la divergence d'identité des sites

Les difficultés rencontrées dans la gestion des transports peuvent constituer une manifestation d'une coupure entre les sites, qui va au-delà de la distance physique qui les sépare. En effet, les différentes structures constitutives d'un établissement de santé ont souvent hérité de leur histoire, ou développent du fait de la spécificité de leurs activités, des identités distinctes et parfois antagonistes. Ce phénomène constitue même la principale cause d'échec des opérations de fusion hospitalières.

L'histoire et la nature de leurs missions respectives expliquent que les deux sites du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges possèdent chacun une identité bien distincte. La différence de culture professionnelle des équipes soignantes et de rythme de vie est particulièrement perceptible. Un système de représentations existe et il est difficile de le corriger. Ce phénomène est naturel, mais il devient problématique lorsqu'il se double d'une méfiance ou d'un mépris à l'égard de l'autre structure. A l'hôpital de Foucharupt est ainsi associé une image peu valorisante, liée à son passé d'hospice, et il est parfois mal considéré des services de Saint-Charles effectuant des activités jugées plus « nobles » que la gériatrie. La mobilité inter-sites du personnel est peu développée et s'effectue principalement dans le

« sens descendant » (de Saint-Charles vers Foucharupt), ce qui accentue la méconnaissance mutuelle.

La situation du service de médecine B illustre cette logique de différenciation. En fait, tout se passe comme s'il existait désormais deux services. Les appellations « médecine BF » (pour les lits de Foucharupt) et « médecine B7 » (désignant les lits situés au septième étage de l'hôpital Saint-Charles) sont rapidement apparues. De fait, les deux équipes sont bien distinctes, et la mobilité des agents s'effectue prioritairement avec d'autres unités de la même structure, plutôt qu'au sein de ce service. Des pratiques propres à l'hôpital de Foucharupt sont appliquées en médecine « BF ». Par exemple, les patients sont réunis dans une salle à manger pour les repas (comme les pensionnaires des unités de prise en charge des personnes âgées). Finalement, seul le chef de service, sa secrétaire et la psychologue font le lien entre les deux.

Le service de rééducation fonctionnelle est parvenu au contraire à conserver son unité, alors même qu'une partie des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes doit travailler à l'hôpital de Foucharupt, essentiellement auprès des patients de l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR). C'est qu'aucun professionnel n'y est affecté à temps complet, ils s'y rendent à tour de rôle. De même, plusieurs agents de la cuisine assument de manière alternée la responsabilité de la cuisine-relais de Foucharupt.

En définitive, il apparaît que le système de transport inter-sites joue un rôle essentiel pour l'union des deux structures. Il est le principal lien matériel entre elles et il produit la démonstration quotidienne de leur appartenance commune. Cela étant, il n'est pas suffisant, d'autant qu'il a besoin lui-même de s'appuyer sur un système de communication solide et cohérent.

III – 2 – 2 – 2 Conforter l'unité de l'établissement

L'unité du Centre hospitalier justifie et sert d'appui aux transports inter-sites. Installer des conditions favorables à la gestion des flux entre les structures qui le composent nécessite donc de conforter cette unité. Il s'agit d'un travail de long terme qui passe essentiellement par l'affermissement de la connaissance et de la compréhension mutuelles, et, dans le cas particulier du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, par la revalorisation de l'image de l'hôpital de Foucharupt.

L'organisation des fonctions administratives et de gestion est déterminante, ne serait-ce que symboliquement. Ainsi, au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, la décision de supprimer la direction de site, qui était chargée des affaires propres à l'hôpital de Foucharupt, a-t-elle été diversement ressentie. L'absence de directeur confère à la fois plus d'autonomie et plus de responsabilités aux agents sur place. Cette réforme est de nature à renforcer l'unité du Centre hospitalier, à moins que le sentiment d'abandon ne l'emporte chez les patients et les membres du personnel du site. Finalement, il apparaît que le but recherché ne peut être atteint que si cette décision est assumée dans ses conséquences, c'est-à-dire à condition que l'équipe de direction manifeste son égal intérêt pour l'ensemble de l'établissement, par des signes concrets tels que des déplacements fréquents vers le deuxième site. Par exemple, il serait pertinent que les réunions qui ont trait à la prise en charge des personnes âgées se déroulent de manière systématique à l'hôpital de Foucharupt.

L'ensemble des professionnels de l'établissement qui exercent des activités sur les deux sites permettent les échanges d'expériences. Le service de rééducation fonctionnelle et la cuisine ont fait le choix de faire travailler certains de leurs agents sur les deux sites de manière alternée. La cohésion de ces secteurs d'activité, et par là-même l'unité du Centre hospitalier, sont assurément confortées par cette organisation. Cependant, si elle est envisageable dans le cadre d'un service médico-technique ou d'une fonction logistique, elle apparaît plus difficilement applicable à une unité de soins. En revanche, l'encouragement de la mobilité professionnelle inter-sites concerne au premier chef les soignants, ainsi que certains personnels administratifs, tels que les secrétaires médicales et les agents chargés de réaliser les admissions.

Par ailleurs, un certain nombre d'actions menées auprès du personnel du Centre hospitalier sont de nature à favoriser la compréhension et la reconnaissance des missions des équipes des deux structures. Un journal interne commun peut constituer un instrument privilégié d'une telle démarche. Au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, quelques numéros d'une publication sont parus dans la première moitié de la décennie 1990, avant de disparaître lorsque la personne qui en était responsable a quitté l'établissement. Une réflexion est actuellement engagée afin de créer un nouveau journal. Ce projet apparaît d'autant plus positif que la direction manifeste la volonté d'y affecter des moyens spécialisés et stables. Une chargée de communication a d'ores et déjà été recrutée et travaille en ce sens. De la même manière, l'organisation de journées de formation rassemblant des agents des deux sites, ou tout autre événement vécu en commun (par exemple la remise de médailles du travail), ne peuvent que nourrir le sentiment d'appartenance commune, et donc la disposition à communiquer des personnels des deux sites.

III – 2 – 2 – 3 Améliorer les échanges au quotidien

Les moyens de communication modernes sont de nature à améliorer considérablement les échanges d'informations entre les agents des sites, et éventuellement à éviter des déplacements.

L'installation d'un réseau informatisé reliant les sites offre une multitude de possibilités nouvelles. Au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, deux systèmes sont exploités. Le premier, « Atalante », relie les services de soins au Département d'informations médicales (DIM), il permet la mise en œuvre du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). Le second, « C.page », est exploité pour la transmission des données administratives relatives aux patients et pour la facturation. Un projet de création d'un réseau de type intranet est en cours d'étude. Il s'agit de connecter les services de soins des deux sites au « réseau santé social », qui relie différents établissements de santé et des praticiens libéraux de la région. Outre les échanges d'informations, cet outil pourrait permettre l'exercice de la télémédecine. Par ailleurs, tous les bureaux des cadres de santé et les secrétariats vont être raccordés à l'internet. Les services de Foucharupt en bénéficieront en priorité en raison des difficultés particulières qu'ils rencontrent pour communiquer avec leurs interlocuteurs localisés à Saint-Charles. Les applications des futurs systèmes ne sont pas encore définies, mais ils pourraient faciliter l'exécution de certaines tâches. Par exemple, les plannings des services pourraient être transmis directement à la Direction des ressources humaines. Concernant l'organisation des transports, les applications pourraient concerner par exemple les demandes d'approvisionnement des services, ou encore le planning d'utilisation des véhicules de l'établissement, pour tous les types de transports qui en relèvent.

Cela étant, il s'agit de prendre garde à ne pas mettre en place un mode de gestion à distance. La présence sur place des responsables est importante et constitue la véritable preuve de leur intérêt. Ainsi, au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, la tendance des administrateurs et des cadres de santé à éviter au maximum de se déplacer sur le site de Foucharupt lorsqu'ils sont d'astreinte, en utilisant plutôt le téléphone, est mal ressentie. Il serait mal venu que les nouveaux moyens de communication viennent alimenter un sentiment d'abandon toujours latent.

Par ailleurs, il serait bon de clarifier la situation des agents qui utilisent leur véhicule personnel pour effectuer des déplacements inter-sites, en leur faisant signer un ordre de

mission qui précise leurs droits et obligations. En outre, le versement d'indemnités kilométriques permettrait une mise en conformité avec la réglementation. Le coût de ces mesures n'est pas excessivement élevé, alors qu'elles présentent un intérêt certain. Elles marqueraient la considération de l'établissement à l'égard de ces agents qui acceptent de faire usage de leur véhicule personnel pour les besoins du service, tout en les responsabilisant. En même temps, les déplacements inter-sites seraient moins ressentis comme une charge.

Les systèmes d'information du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges sont perfectibles. Les potentialités portent sur les aspects techniques, mais également au moins autant sur la production de l'information, son recueil et son traitement. Par ailleurs, le développement de la communication institutionnelle, tant interne que vers l'extérieur, est susceptible de favoriser les échanges de toutes natures au sein du Centre hospitalier et avec ses partenaires.

III – 2 – 3 Revaloriser les missions de transport

Alors que le rôle des fonctions restauration et blanchisserie pour la prise en charge hospitalière est désormais largement reconnu, notamment en termes d'hygiène et de qualité des prestations, le transport reste perçu comme étranger aux activités de soins (à l'exception du transport sanitaire). L'optimisation de cette fonction nécessite au préalable que son rôle au sein des processus de soins soit revalorisé.

III – 2 – 3 – 1 Le constat : des missions peu considérées

L'examen des grades des agents participant à la réalisation des transports logistiques au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges (conducteurs du « garage », vaguemestre, coursiers, magasiniers) fait apparaître un niveau de qualification globalement faible. Ils sont pour la plupart ouvriers professionnels spécialisés (OPS) ou agents d'entretien. Parmi le personnel du « garage », seul un agent a le grade de « conducteur automobile ». Ce constat ne s'applique pas en revanche à l'unité de brancardage, dont l'effectif comporte un tiers d'aides-soignants. La direction envisage cependant de réorienter ces professionnels vers des activités plus directement liées aux soins, en raison des difficultés que rencontre actuellement l'établissement pour recruter des personnels soignants. L'ensemble des secteurs ayant trait aux transports comptent un nombre important de personnes bénéficiant d'un contrat aidé, essentiellement des contrats emploi-solidarité (CES) et des contrats

emploi-consolidés (CEC). La mise en application de la réduction de la durée du travail n'a donné lieu à aucun recrutement supplémentaire dans ces unités. Par ailleurs, le plan de formation 2002 ne prévoit aucune action particulière destinée aux agents des services de transports.

Cette situation met en évidence le peu d'intérêt porté à ces missions. Or, la réalisation de celles-ci ne repose pas seulement sur une quantité donnée de moyens, elle présente également un aspect qualitatif non négligeable lié aux gestes des professionnels. L'enjeu de la qualification des agents chargés des transports est essentiel : il s'agit de revaloriser une fonction qui touche directement à la prise en charge du patient et à l'image de l'établissement.

III – 2 – 3 – 2 Renforcer les compétences et la participation des agents chargés des transports

Le renforcement des compétences des agents chargés des transports peut intervenir à deux niveaux : le recrutement et la formation continue. Il est souhaitable que ces actions s'appuient sur des fiches de postes, qui formalisent de manière explicite les missions, les compétences requises pour les exercer et les responsabilités qui s'y attachent. De tels documents sont actuellement inexistantes pour les activités de transport au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges. Leur réalisation requiert la définition préalable d'un niveau de prise en charge souhaitable, et elle doit associer les agents concernés.

Les opérations de transport interviennent en continuité des actes de soins et sont partie prenante de la prestation hospitalière. C'est pourquoi les formations proposées aux agents ne devraient pas se limiter aux seuls aspects techniques de leur travail (permis poids-lourd, manutention...), mais comporter des actions qui leur permettent d'assumer les spécificités du transport hospitalier. Les formations suivantes peuvent ainsi s'avérer pertinentes : apprentissage des gestes de premier secours, connaissance des obligations juridiques liées au transport hospitalier, notamment en termes de secret médical et de confidentialité, pratiques d'hygiène, accueil des usagers, gestion des situations de stress.

La culture du management apparaît insuffisamment développée au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges. Un fonctionnement directif, efficace, permet certes une efficacité immédiate, mais est porteur de déresponsabilisation et ne suscite pas toujours motivation et dynamisme. Aussi, le projet d'établissement prévoit-il la mise en œuvre d'une «direction participative par objectifs ». Il s'agit de permettre à chacun de connaître les buts à atteindre,

les moyens disponibles pour le faire, et de situer ses objectifs dans ceux, prioritaires, de l'institution. Cette démarche doit s'accompagner d'évaluations de l'action menée. La responsabilisation que cette dynamique entraîne est de nature à renforcer l'intérêt au travail, le sentiment d'appartenance, le constat d'une reconnaissance réelle de chacun. Elle est porteuse de conséquences positives pour les évolutions individuelles comme pour celle des groupes professionnels. Ce mode de management apparaît particulièrement pertinent pour susciter une revalorisation des missions de transport.

L'élévation des qualifications des agents et l'élargissement des responsabilités qui leur sont confiées sont propices pour accroître la motivation des équipes. Par ailleurs, la professionnalisation et la dynamisation de ces missions ne peuvent que susciter un renouvellement de leur image auprès de leurs partenaires et revaloriser leur rôle au sein de l'établissement. L'enrichissement attendu des prestations concerne la sécurité et la qualité, mais également la maîtrise des coûts, associée à une utilisation plus rationnelle des moyens.

Les améliorations apportées en matière de structure, de communication et de management sont de nature à faciliter la prise en charge des flux inter-sites. Il n'en demeure pas moins que la maîtrise de la fonction transport dépend au premier chef des dispositifs chargés de la mettre en œuvre, une réflexion à leur niveau est incontournable.

III – 3 Comment perfectionner les organisations de transport ?

La gestion des flux consiste d'une part à mettre en place le système de transport le mieux adapté au flux qu'il doit prendre en charge, et d'autre part à mener une démarche d'amélioration constante de son action au moyen d'outils appropriés. Les propositions énoncées préconisent une appréhension de la problématique des transports dans sa globalité, au sein de laquelle la question des flux inter-sites doit être replacée.

III – 3 – 1 Choisir les options les plus adaptées

Des choix décisifs sont à opérer lors de la mise en place d'un dispositif de transport. Tout d'abord, il s'agit de déterminer le mode de gestion : faut-il assurer cette activité par des moyens appartenant à l'établissement, ou bien faut-il en confier l'exécution à un prestataire

externe ? Par ailleurs, il convient de choisir la technologie de transport la plus à même d'assurer la prise en charge des flux, compte tenu de leurs caractéristiques et du cadre dans lequel ils circulent.

III – 3 – 1 – 1 Gérer soi-même ou déléguer ?

La décision de «faire » ou de « faire faire » les transports inter-sites doit être prise en fonction d'un certain nombre de critères. Cette réflexion est à mener pour chaque catégorie de flux.

Les critères à prendre en compte se rapportent aux flux et aux exigences liées à leur prise en charge, au coût et au contenu des différentes solutions envisageables, ainsi qu'aux capacités de contrôle que possède l'établissement.

Les critères relatifs aux flux concernent leurs caractéristiques techniques, ainsi que les conditions dans lesquelles ils doivent être pris en charge, par exemple en termes d'horaires. Leur volume est également une donnée qu'il est important de prendre en compte. Il se peut par exemple qu'il soit insuffisant pour justifier le développement d'une solution interne, parce que le retour sur investissement ne serait pas intéressant. Par exemple, au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, les transports sanitaires relevant de la responsabilité de l'établissement ne sont pas suffisamment nombreux pour que la mise en place d'un système en interne soit envisageable.

La comparaison des solutions possibles concerne non seulement les coûts, mais également le service rendu. En effet, il convient de prendre garde au fait que les différentes options ne recouvrent pas forcément des prestations identiques. En particulier, les charges d'une gestion en interne sont difficiles à évaluer. Les auteurs de *Management industriel et logistique*⁴⁵ citent les éléments suivants, à ne pas négliger :

- « *l'immobilisation du capital investi dans le matériel roulant,*
- *le remplacement du matériel en panne,*
- *les problèmes de gestion (de matériel mais aussi de personnel),*
- *l'adaptation aux variations du trafic,*
- *la responsabilité des marchandises (et des personnes) transportées. »*

⁴⁵ Op. cit. Référence n°23

Quoiqu'il en soit, il est essentiel pour les établissements de ne sous-traiter une activité qu'à partir du moment où ils sont capables de contrôler la prestation qui leur est fournie. Le risque est grand d'une dérive des coûts dans le cas contraire.

Si ces critères permettent d'évaluer la pertinence des modes de gestion, chacun d'entre eux présente des avantages et des inconvénients.

	Gérer soi-même	Déléguer
Avantages	L'établissement maîtrise l'ensemble des opérations.	L'établissement est dégagé de la gestion directe. Il peut trouver à l'extérieur des compétences qu'il n'a pas.
Inconvénients	L'établissement doit prendre en charge la gestion du personnel et du matériel.	L'établissement doit assumer la charge des contrats qui ont été conclus et le contrôle des prestations. Perte de compétences internes.

Toutefois, d'autres considérations interviennent dans le choix du mode de gestion, qui tiennent notamment aux missions « annexes » confiées à l'hôpital. L'exemple des transports sanitaires relevant de la responsabilité du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges fournira une nouvelle illustration. Actuellement ils sont tous réalisés par des ambulanciers du secteur privé. Le choix du prestataire revient au patient ou à sa famille. En l'absence de vœu exprimé, les agents du service des admissions et de l'accueil font appel aux différentes sociétés locales à tour de rôle. La question se pose de savoir s'il ne serait pas plus intéressant de confier la réalisation de la totalité de ces transports à un prestataire unique, sélectionné au terme d'une procédure de mise en concurrence. Un tel contrat permettrait certainement au Centre hospitalier de bénéficier de tarifs plus avantageux. Cela étant, les conséquences pour les petites compagnies familiales seraient certainement redoutables, l'établissement étant la principale structure de soins du bassin de santé. Or, leur disparition, et par conséquent la réduction de l'offre disponible sur le marché, ne sont souhaitables ni pour l'économie locale, ni, à plus long terme, pour le coût et la qualité des transports réalisés pour l'hôpital. Une solution consiste à engager une procédure de marché comportant plusieurs lots, qui pourraient être définis en fonction de la destination des flux : les transports inter-sites, les transports effectués vers des structures extérieures pour la réalisation d'examens spécialisés, les transports réalisés dans le cadre des missions du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)...

Par ailleurs, les aspects sociaux et managériaux du projet doivent être pris en compte dès lors qu'une modification du mode de gestion est envisagée. Dans l'hypothèse d'une externalisation, il s'agit de préparer le devenir professionnel des agents qui étaient jusqu'alors chargés des opérations de transport concernées.

III – 3 – 1 – 2 Les modalités techniques et organisationnelles

La gestion des flux hospitaliers est tributaire au premier chef des outils qui sont mis à sa disposition. La rédaction d'un cahier des charges, explicitant les besoins et les caractéristiques auxquels le dispositif doit répondre, apparaît pertinente, non seulement dans le cadre d'une passation de marché avec un prestataire extérieur, mais également pour choisir une option technique qui sera mise en œuvre en interne. En effet, l'efficacité d'un système de transport dépend de son adéquation avec les flux qu'il doit prendre en charge.

Les véhicules utilisés pour la réalisation des transports inter-sites de patients, en particulier, doivent être adaptés à l'état de ces personnes. Si les conditions que doivent remplir les transports sanitaires sont définies d'une manière relativement précise par la réglementation⁴⁶, il n'en va pas de même des transports non sanitaires. Or, il apparaît que beaucoup de personnes prises en charge ont une mobilité réduite. Aussi, le parc automobile d'un établissement de santé doit-il intégrer des véhicules aménagés pour recevoir des fauteuils roulants, par exemple.

Les choix à opérer ne concernent pas seulement les moyens de transport au sens strict, mais également les modalités selon lesquelles ils sont utilisés. Les transports inter-sites posent en particulier la question du caractère centralisé ou non de leur gestion. Les moyens de communication modernes, et en particulier les réseaux informatiques, sont susceptibles de faciliter l'organisation de l'utilisation des véhicules de l'établissement. En effet, les demandes émanant de l'ensemble des services peuvent être recensées et agencées de manière à optimiser le dispositif. Cependant, il peut être pertinent de soustraire certains véhicules à ce mode de gestion centralisée.

Ainsi, dans le cas du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, la mise à la disposition de l'hôpital de Foucharupt d'un moyen de transport lui conférerait une autonomie susceptible de remédier à certaines difficultés. En effet, il pourrait être utilisé pour emmener les personnes âgées en consultation, auprès de médecins de ville ou auprès de praticiens de l'hôpital

⁴⁶ Décret n°87-965 du 30 novembre 1987 ; Arrêté du 25 novembre 1985

Saint-Charles, et éventuellement dans le cadre de sorties de loisirs. En effet, le manque de disponibilité des moyens de l'hôpital restreint les possibilités en l'état actuel. Cela étant, il n'est pas suffisant d'affecter un véhicule à Foucharupt, encore faut-il qu'un agent le conduise. Or ni les personnels de Foucharupt, ni ceux du «garage » situé sur le site de Saint-Charles, ne sont disponibles pour effectuer ce travail.

L'évolution des systèmes de gestion des flux hospitaliers s'effectue selon une centralisation de plus en plus poussée. Cela est vrai particulièrement des flux logistiques. Un certain nombre d'établissements, essentiellement des Centres hospitaliers universitaires (CHU)⁴⁷ ont mis en place des « pôles » ou des « plates-formes » logistiques, qui assurent l'approvisionnement et la distribution de tout ou partie des fournitures, des consommables et des produits utilisés de manière courante par l'établissement. Les outils informatiques et robotiques, par exemple les codes-barres, sont exploités dans un objectif de rationalisation des flux, de suivi des stocks et des consommations. La traçabilité et l'exercice des vigilances s'en trouvent facilités. Le bilan de ces expériences apparaît positif, mais il requiert une maîtrise technologique et des moyens que tous les établissements de santé français ne sont pas en mesure de déployer.

III – 3 – 2 Optimiser le système par la mise en œuvre d'une gestion globale

Lorsque les modalités du système de transport ont été déterminées, sa mise en œuvre requiert l'attention et les soins constants du logisticien pour être optimisée. L'approche globale trouve ici son application principale.

III – 3 – 2 – 1 Coordonner les responsabilités en matière de transport

La réalité de la fonction transport est extrêmement complexe. Aussi est-il proposé d'organiser une coordination des responsabilités en la matière, permettant d'en avoir une vision globale. Le but est d'apporter de la clarté et de proposer des organisations.

Cette fonction de coordination peut être confiée à une personne ou à une cellule réunissant les principaux acteurs du transport. Les modalités dépendent de la taille et de la structuration des activités logistiques et de gestion propres à chaque établissement. Quoi qu'il en soit, il

⁴⁷ GALTIER M., Création d'un pôle logistique au CHU de Montpellier, *Revue hospitalière de France*, septembre-octobre 1996, n°5, pp 558-561

importe qu'elle maintienne une relation constante avec l'ensemble des secteurs de gestion hospitalière, et qu'elle intègre leurs compétences.

Le profil du logisticien, tel que décrit par Jean-Philippe Guillaume dans *La Performance logistique*, constitue l'idéal type. En effet, pour cet auteur, « *La fonction logistique apparaît comme transversale dans l'organigramme de l'entreprise, et son responsable agira comme coordinateur des interfaces le long de la chaîne logistique.* » « *Le rôle du logisticien consiste donc à harmoniser l'ensemble, de façon à éviter les contradictions inhérentes à une morcellisation du processus. Sa vision globale doit permettre de prendre en compte l'ensemble des contraintes.* »⁴⁸ Par ailleurs, il insiste sur le fait qu'il doit être « *le médiateur, le coordinateur des fonctions de l'entreprise touchées par la chaîne logistique.* »⁴⁹ Finalement, il est nécessaire qu'il soit « *un homme de terrain* », « *c'est-à-dire quelqu'un qui aurait une forte dominante opérationnelle, pourvu d'une formation susceptible de l'aider à mener à bien un projet qualité.* »⁵⁰

Au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges, les responsabilités en matière de transport apparaissent relativement disjointes. Un agent relevant de la Direction des affaires économiques et logistiques est chargé de la gestion des « services intérieurs », qui rassemblent différentes unités logistiques, notamment le « garage », le service du vaguemestre, celui des coursiers, ainsi que le standard et la salubrité. En outre, il est chargé de la gestion du personnel du magasin. L'existence d'une unité de brancardage, dépendant de la Direction des soins, permet une gestion transversale de cette fonction. Ces regroupements apparaissent pertinents, mais leur périmètre demeure limité. De plus, les modalités de coordination de ces différents secteurs entre eux et avec les prestataires extérieurs sont mal définies.

La nature très variée des flux exclut toute uniformisation de leur mode de gestion. En revanche, la création d'une cellule réunissant périodiquement les responsables, mais aussi des agents « de terrain », est envisageable. L'organisation de ces rencontres et la mission de coordination au quotidien pourraient être confiées à un logisticien référent, ayant un profil proche de celui décrit ci-dessus, donc appartenant de préférence à la Direction des affaires économiques et logistiques.

Le rôle de ces instances de coordination ne saurait se limiter à la gestion des moyens de l'établissement. Il s'agit, grâce à la vision globale conférée par une telle organisation,

⁴⁸ Op. cit. référence n°25, p.24

⁴⁹ Op. cit. référence n°25, p.33

⁵⁰ Op. cit. référence n°25, p.83

d'engager une réflexion sur l'agencement et les modes de prise en charge des flux, et d'anticiper les évolutions.

III – 3 – 2 – 2 Instaurer une gestion globale de la fonction transport

L'instauration d'une concertation en matière de transport a pour but d'apporter de la clarté dans la complexité des systèmes et de proposer des organisations. L'accomplissement de ces missions requiert les tâches suivantes :

- hiérarchiser les différents types de flux et définir des priorités ; par exemple pour le planning des conducteurs et l'utilisation des véhicules de l'établissement, ou encore celle des montes-charge et des ascenseurs. En effet, leur usage est revendiqué de manière concurrente par plusieurs acteurs : personnel médical et para-médical, patients, flux logistiques divers... Il importe de dépasser ces rivalités et d'arrêter une organisation ;
- coordonner et harmoniser, notamment les normes et les référentiels qui s'appliquent aux différents aspects de la fonction transport et font peser sur elle des exigences parfois contradictoires. La Commission logistique hospitalière plaide pour la création d'un standard unique applicable à l'ensemble des flux logistiques. Il s'agit de « *réduire la diversité à la variété utile.* »⁵¹ Dans l'attente qu'une telle mesure soit prise à l'échelle nationale, voire internationale, une réflexion peut d'ores et déjà être menée au sein des établissements afin de rechercher de manière pratique comment harmoniser la mise en œuvre des différents systèmes de normes ;
- adapter les circuits, les organisations, les méthodes, les infrastructures, les moyens... aux évolutions de l'activité hospitalière et à leurs conséquences en termes de flux ;
- intégrer la question de la circulation et de la gestion des flux dans les projets de constructions, restructurations ou de transformations d'activités, et apporter les compétences techniques qui s'y rapportent ;
- effectuer une veille technologique ;

⁵¹ Op. cit. référence n°3

- piloter ou participer à la démarche d'amélioration de la qualité en matière de transports.

III – 3 – 3 Inscrire la fonction transport dans une démarche d'amélioration continue de la qualité

Pour l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), « *Le concept d'amélioration continue de la qualité regroupe un ensemble de méthodes dynamiques de gestion de projets et d'évaluation qui permet d'intégrer la recherche de la qualité dans les activités de tous les professionnels d'un établissement, et ceci à tous les niveaux de l'organisation.* »⁵² Répondre à l'exigence de qualité, exposée en première partie, nécessite que soit mis en place un système d'assurance qualité intégrant la logistique du transport.

III – 3 – 3 – 1 L'engagement dans un processus d'amélioration de la qualité

La mise en place d'un système d'assurance qualité peut s'appuyer sur l'engagement de la procédure d'accréditation, ou sur une démarche de certification.

L'accréditation est réalisée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Celle-ci la définit ainsi : « *L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.* »⁵³ Le référentiel « Gestion de fonctions logistiques » (GFL) comporte une référence consacrée à la fonction transport. Mais celle-ci est concernée à plusieurs autres titres, du fait de son caractère transversal⁵⁴. L'accréditation est effectuée par un groupe d'experts au cours d'une visite. Toutefois, celle-ci n'est que l'aboutissement d'une procédure interne, qui comporte notamment une phase d'auto-évaluation. L'accréditation est obligatoire

⁵² Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation – Un guide pratique*, juin 1999, p.71

⁵³ Op. cit. référence n°21, p.11

⁵⁴ Cf. annexe n°2 : liste des référentiels ANAES applicables aux transports inter-sites

pour tous les établissements de santé français, publics et privés, et elle concerne l'ensemble de leurs activités.

A l'inverse, la certification est facultative, elle est le résultat d'une démarche volontaire de la part d'un établissement. De plus, elle peut ne concerner qu'une branche d'activités particulière de l'hôpital. Les fonctions de nature logistique, comme le transport, sont celles qui donnent généralement lieu à certification.

La certification d'un dispositif de transport signifie que le système d'assurance qualité qu'il met en œuvre est attesté conforme à des standards, par un organisme indépendant de l'établissement. L'Association française pour l'assurance de la qualité (AFAQ) est le principal organisme habilité en France. ISO 9000 (International Standard Organisation) a été créée en 1986 pour rationaliser l'ensemble des références touchant à la qualité⁵⁵. Les normes sont éditées dans des ouvrages qui expliquent comment construire un système qualité. La certification se borne à confirmer qu'un établissement de santé (ou toute entreprise) applique les recommandations ISO 9000, elle ne démontre pas la qualité intrinsèque de la prestation de transport. La démarche à engager pour obtenir la certification d'un processus est généralement longue. Des procédures conformes aux documents de la norme doivent être mises en place. Elle aboutit à l'attribution d'un certificat valable trois ans.

Le Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges s'est engagé dans la procédure d'accréditation dès 2000 et a procédé à une auto-évaluation en 2001. Celle-ci a mis en évidence un certain nombre d'axes de progrès possibles, dont certains concernent les fonctions logistiques, et notamment les transports. Les conclusions soulignent en particulier la nécessité d'améliorer l'articulation entre les unités de prise en charge sanitaire et les services de long et moyen séjour, situés à l'hôpital de Foucharupt. La visite des experts est programmée au début de l'année 2003.

Ni la certification, ni l'accréditation ne constituent des fins en soi. En effet, « *la qualité ne peut jamais être considérée comme définitive.* »⁵⁶ La démarche d'amélioration de la qualité doit au contraire être considérée comme un processus continu, les objectifs de « labellisation » s'y inscrivent comme des étapes, généralement motrices il est vrai. « *La procédure d'accréditation constitue un temps particulier d'appréciation réalisé entre professionnels de santé au sein d'un processus continu d'amélioration de la qualité.* »⁵⁷ Les projets de labellisation représentent des opportunités pour un établissement de soins de

⁵⁵ Op. cit. référence n°23

⁵⁶ Op. cit. référence n°25, p.85

⁵⁷ Op. cit. référence n°52, p.9

s'engager dans une telle dynamique. C'est d'ailleurs là l'ambition avouée de l'accréditation : « *L'objectif principal de l'accréditation est d'inciter à la mise en place de démarches continues d'amélioration par l'établissement.* »⁵⁸

La mise en œuvre d'une telle politique repose ainsi sur l'engagement fort et sur le long terme de la direction de l'établissement. Mais elle requiert également la participation de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Des actions de communication internes sont donc nécessaires pour susciter la mobilisation de chacun. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) formule les recommandations suivantes aux établissements de santé qui s'y engagent : « *Les démarches d'amélioration de la qualité des soins sont initialement centrées sur l'amélioration d'un ou de quelques processus particuliers (par exemple à haut risque, ou faisant l'objet de difficultés organisationnelles particulières). Des priorités sont établies. Le périmètre des démarches doit être réaliste, afin de permettre des améliorations rapidement visibles et d'entretenir la motivation des professionnels. La diffusion des démarches est progressive. Cette politique suppose donc un engagement de l'établissement sur le long terme.* »⁵⁹

III – 3 – 3 – 2 Les objectifs et les moyens au service de la démarche qualité en matière de transport

1) L'arrêté du 24 avril 2002 répertorie un certain nombre **d'objectifs** opérationnels participant à la démarche d'amélioration continue de la qualité. Quoique ce texte ait pour objet le transport des produits sanguins en particulier, ses préconisations peuvent être appliquées à l'ensemble des activités de transport hospitalier :

« *La maîtrise de la qualité des transports repose notamment sur :*

- *la description de l'organisation de l'activité de transport dans les procédures ;*
- *l'application des bonnes pratiques ;*
- *l'élaboration d'un organigramme qui précise la place de la logistique de transport dans l'organisation de l'établissement, qui désigne un responsable et les personnels chargés des transports ;*
- *l'adéquation de la qualification des personnels aux fonctions qu'ils occupent ;*
- *la formation, régulièrement évaluée et enregistrée, des personnels chargés du transport ;*

⁵⁸ Op. cit. référence n°52, p.73

⁵⁹ Op. cit. référence n°52, p.73

- *le choix des équipements de transport, l'adaptation et l'entretien des matériels et locaux à l'activité de transport, aux conditions de conservation des produits à transporter, aux durées de transport et aux conditions de température extérieure ;*
- *la qualification des emballages extérieurs et la validation des équipements de transport, dans différentes conditions de température ;*
- *le respect des règles d'hygiène et de sécurité ;*
- *le respect des règles d'élimination des déchets ;*
- *l'élaboration d'un cahier des charges lorsqu'une ou plusieurs des opérations de transport sont confiées à une personne effectuant le transport ;*
- *le contrôle de conformité du transport ;*
- *la réalisation d'audits en vue de s'assurer de la mise en œuvre et du respect des procédures ;*
- *la gestion des non-conformités ;*
- *la mise en œuvre et le suivi des actions correctives en cas de non-conformité ;*
- *le suivi des opérations de transport »⁶⁰*

2) Les **moyens** au service de cette démarche sont les suivants :

- la documentation : le système d'assurance qualité doit pouvoir s'appuyer sur une documentation « *préalable, structurée, tenue à jour et mise à la disposition du personnel* »⁶¹. Il s'agit de disposer et de porter à la connaissance de chacun des acteurs, des documents qui concernent les matériels, les normes, et d'autres instructions, relatifs à l'exécution des transports ;
- l'archivage de certains documents entourant les opérations de transport. Le but est d'assurer la traçabilité. Cette exigence s'applique évidemment avec une intensité variable selon la nature des flux. Les produits sanguins font l'objet d'un suivi particulier ;
- les actions dirigées vers le personnel. Elles consistent en particulier à assurer le niveau des effectifs, l'hygiène et la sécurité, la définition des tâches, ainsi que la formation et l'information des agents chargés des transports ;

⁶⁰ Arrêté du 24 avril 2002, article 2.1

⁶¹ Arrêté du 24 avril 2002, article 2.2

- les locaux et le matériel : l'attention porte ici aussi bien sur la maintenance des équipements, et en particulier des véhicules, que sur l'emballage des produits ou les conditions de stockage et d'acheminement.

3) Parmi ces moyens participant à la démarche d'assurance qualité, la **politique de maintenance** constitue un élément tout à fait essentiel. En effet, garantir le bon fonctionnement de l'outil utilisé pour effectuer les prestations est primordial.

La maintenance se définit comme « *l'ensemble des actions destinées à maintenir ou rétablir une entité dans un état spécifié ou en mesure d'assurer un service déterminé* » (NF X60-010). Deux types d'interventions sont à distinguer. D'abord celles qui relèvent de la « maintenance curative », c'est-à-dire les dépannages. « *Le dépannage est une opération qui permet de remettre un équipement en état de fonctionnement, et qui s'opère après qu'il y ait eu arrêt pour cause de panne.* »⁶² L'inconvénient est que l'arrêt des équipements suscite des perturbations des activités de transport. Afin de les limiter autant que possible, il convient de mener par ailleurs une « maintenance préventive ». Il s'agit cette fois d'anticiper la panne et de procéder à une intervention, qui peut donc être planifiée, avant qu'elle survienne.

4) L'arrêté du 24 avril 2002 énumère par ailleurs⁶³ un certain nombre d'aspects de la fonction transport qui méritent une attention particulière de la part du qualicien. Une fois encore, cela est vrai pour l'ensemble des flux hospitaliers. Ces thèmes sont les suivants : la responsabilité de l'acheminement, l'étiquetage, les documents afférents au transport, l'hygiène, les délais et les circuits de transport, les conditions de transport (le texte insiste sur la température pour les produits sanguins), les opérations de réception. Afin de tenir compte des transports de personnes (qui n'entrent pas dans le champ de l'arrêté), la liste peut être complétée par : l'accueil et l'orientation des usagers, ainsi que les temps d'attente qui leur sont imposés.

III – 3 – 3 – 3 La mise en œuvre de la démarche qualité en matière de transport

Les orientations et les moyens répertoriés participent à la mise en œuvre de l'assurance qualité. La norme X50-120 donne de celle-ci la définition suivante : « *Ensemble des actions*

⁶² Op. cit. référence n°23, p.514

⁶³ Arrêté du 24 avril 2002, section V

pré-établies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfasse aux exigences données relatives à la qualité. »

Ce système d'assurance qualité peut être inscrit dans le cadre d'une relation de type client-fournisseur, les services de soins étant regardés comme les clients des acteurs du transport. La logique de cette démarche consiste à partir systématiquement de la demande du client pour en déduire une organisation permettant de la satisfaire de la manière la plus efficace.

Dans cette perspective, les modalités de la relation client/fournisseur gagnent à être formalisées dans un contrat, ou au moins dans un cahier des charges engageant le prestataire. D'après les auteurs de *La logistique globale*⁶⁴, « *Le cahier des charges établit les objectifs de service auxquels le fournisseur doit se conformer. Il définit les composantes du service dans un premier temps et fixe la performance à atteindre pour chacune d'entre elles.* » Les engagements du transporteur portent en particulier sur les délais, la disponibilité, c'est-à-dire la « *capacité à livrer le besoin exprimé en une seule fois, dans les délais et conditions prévus* »⁶⁵, ainsi que l'information et la qualité (par exemple le respect de la chaîne du froid). Il est souhaitable que le service client prenne également des engagements, par exemple en matière d'information ou de délais.

La démarche qualité suppose la réalisation d'évaluations. En effet, selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), « *toute démarche d'amélioration de la qualité implique le recueil et l'analyse de critères et/ou d'indicateurs variés : on ne peut gérer ce que l'on ne mesure pas. Des données objectives doivent donc être utilisées pour confirmer l'existence de problèmes, identifier les possibilités d'amélioration entreprises et conforter l'engagement des professionnels.* »⁶⁶ Selon le Mouvement français pour la qualité, « *Il doit y avoir un lien entre l'indicateur et l'objectif à atteindre, on cherche à mesurer le progrès réalisé.* »⁶⁷ En matière de transport, le choix des indicateurs dépend du type de flux et des exigences qui lui sont adressées. Par exemple, pour les transports de patients, ils peuvent porter sur les six grands thèmes suivants : l'accessibilité, la coordination entre les services, l'accueil, les moyens mis en œuvre pour la dispensation du service (par exemple, le temps consacré à la prise en charge du patient), la sécurité, l'efficacité.⁶⁸

⁶⁴ Op. cit. référence n°38, p.106

⁶⁵ Op. cit. référence n°38, p.106

⁶⁶ Op. cit. référence n°52, p.74

⁶⁷ Sur son site internet : <<http://www.mfq.asso.fr/>>

⁶⁸ Op. cit. référence n°2

Les évaluations réalisées constituent des points de repères qui permettent de constater la progression vers le but défini : la qualité des prestations de transports, et par là des prestations hospitalières.

L'assurance qualité est une entreprise de long terme. De son application à l'ensemble de la fonction transport, dans une logique systémique, dépend l'instauration d'un dispositif fiable et réalisant des prestations de qualité, sur lequel les professionnels de santé peuvent s'appuyer pour l'accomplissement de leurs missions.

Conclusion

La fonction transport est transversale à l'ensemble des activités hospitalières, elle intervient dans de nombreux processus pour y jouer un rôle-clé. Aussi la performance et la qualité des dispositifs qu'elle met en oeuvre sont-ils porteurs d'enjeux particulièrement étendus. Dans le cas des flux inter-sites, elle assure la continuité de la prise en charge, ou sa possibilité même, en permettant de passer outre les contraintes de la distance. En définitive, il est demandé à la fonction transport de résoudre les contradictions d'une organisation pluri-sites, de concilier les atouts des structures de proximité et la rationalité des grandes organisations.

Ces propriétés et les attentes qui lui sont adressées justifient que la fonction transport fasse l'objet d'une attention toute particulière. Or, la maîtrise des flux inter-sites en milieu hospitalier n'est pas acquise, comme l'illustre l'analyse des organisations mises en oeuvre au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges. La dispersion des moyens et des responsabilités, les lacunes des systèmes de communication, le faible intérêt porté aux missions de transport constituent autant d'entraves à la bonne réalisation de ces prestations.

La maîtrise de la fonction transport implique de la considérer dans sa complexité et dans ses interactions, internes et externes, jusqu'en des champs étrangers à la logistique. Les

transports inter-sites doivent être replacés et appréhendés au sein de ce vaste système d'acteurs et de flux. Cette approche globale s'avère pertinente tant pour concevoir que pour faire évoluer les dispositifs de transport.

Le partage de cette approche est nécessaire à sa mise en œuvre pratique, parce que celle-ci requiert la participation de l'ensemble des acteurs. L'engagement volontariste d'une démarche d'amélioration de la qualité associant les secteurs de manière transversale, est susceptible d'inverser leur tendance au cloisonnement, en proposant un projet fédérateur.

Bibliographie

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, février 1999. 134 p. Disponible sur internet : <<http://www.anaes.fr>>

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation – Un guide pratique*, juin 1999. 114 p. Disponible sur internet : <<http://www.anaes.fr>>

BAGLIN G., BRUEL O., GARREAU A. et al., *Management industriel et logistique*. Paris : Economica, 1996. 726 p.

BARGIELA C., Le transport du patient à l'intérieur de l'hôpital : une prestation de soins, *Objectif soins*, Décembre 2001, n°101, pp 12-13

BENANTEUR Y., ROLLINGER R., SAILLOUR J-L., *Organisation logistique et technique à l'hôpital*. Rennes : éditions ENSP, 2000. 189 p.

CAPPELLI D., THOMAS M-T., BAUDOIN J-M. et al., Dossier spécial : Au fil de l'histoire : de 1291 à 1994, *Journal du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges*, Juillet 1995, n°9, pp 2-33

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIE DES VOSGES, *Projet d'établissement 2002-2007*

Colloque *L'hôpital et la fonction logistique*, Hôpital Expo, 21 mai 2002, Paris Porte de Versailles. Disponible sur internet : <http://www.eannet-france.org/fille/d/d312n_hexpo.htm>

DEVAUX F., DEFFARGES D., Dispensation des médicaments dans les maisons de retraite de l'hôpital d'Eaubonne : de la prescription manuelle à la prescription informatisée, *Revue hospitalière de France*, Septembre-Octobre 1996, n°5, pp 568-572

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS), *La fonction linge dans les établissements de santé – Éléments d'approche méthodologique*, septembre 2001. 174 p.

DORNIER P-P., FENDER M., *La logistique globale, Enjeux-Principes-Exemples*. Paris : Editions d'Organisation, 2001. 463 p.

FOUCHET F., *L'organisation des transports secondaires médicalisés du secteur sanitaire n°6 de Bretagne*. Mémoire de Directeur d'hôpital : ENSP, 1997. 89 p.

GALTIER M., Création d'un pôle logistique au CHU de Montpellier, *Revue Hospitalière de France*, Septembre-Octobre 1996, n°5, pp 558-561

GOT C., *Le transport des patients à l'hôpital : propositions pour réhabiliter une fonction délaissée*. Mémoire de Directeur d'hôpital : ENSP, 1994. 106 p.

GUILLAUME J-P., *La performance logistique*. Paris : Nathan, 1993. 169 p.

LETEURTRE H., VANDENMERSCH V., *L'accréditation des services hospitaliers, Médico-techniques, techniques et logistiques*. Paris : Berger-Levrault, 1997. 289 p.

MEROUZE R., TONDUSSON O., *Bonnes pratiques d'hygiène et plans de nettoyage – HACCP et guide de bonnes pratiques : aide à la mise en application en restauration collective*. Paris : éditions BPI, 1997

MISTRETTA P., L'utilisation du véhicule personnel dans le cadre des fonctions : quel cadre juridique ?, *Sham contact*, Juin 2000, n°27, pp 1-2

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE RHONE-ALPES (ORSRA), *Flux de personnes et de marchandises à l'hôpital Edouard Herriot*, fiche technique, juin 2001, 4 p.

SAMPIERI N., Le développement potentiel de la logistique hospitalière – Des enjeux pour l'amélioration de la qualité, *Gestions hospitalières*, Juin-Juillet 1999, n°387, pp 449-453

VIDELA-HAIDIK M-H., Le transport de malades dans le milieu hospitalier, *Gestions hospitalières*, Janvier 1997, n°362, pp 71-80

Sites Internet

Association française des instituts de transport et de logistique :

<http://www.afil.com/>

Association française pour la logistique :

<http://www.aslog.org/>

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé :

<http://www.anaes.fr/>

Association française de normalisation :

<http://www.afnor.fr/>

e-logisticien.com :

<http://www.e-logisticien.com/>

Gencod EAN France :

<http://www.eannet-france.org/>

Institut pédagogique du transport et de la logistique :

<http://www.aft-iftim.asso.fr/>

Institut supérieur de logistique industrielle :

<http://www.isli.esc-bordeaux.fr/>

Légifrance :

<http://www.legifrance.org/>

Logistique.com :

<http://www.logistique.com/>

Mouvement français pour la qualité :

<http://www.mfq.asso.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des textes législatifs et réglementaires applicables aux transports hospitaliers

Annexe 2 : Référentiels ANAES applicables aux transports inter-sites

Annexe 3 : Plan de la ville de Saint-Dié des Vosges et itinéraires inter-sites - **(non publiée)**

Annexe 4 : Tableau des capacités par service du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges en 2002

Annexe 5 : Liste des entretiens réalisés avec des acteurs du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

Annexe 6 : Enquête nationale réalisée par la commission logistique hospitalière

Annexe 7 : Questionnaire sur les transports inter-sites en milieu hospitalier

Annexe 8 : Emploi du temps du vagemestre du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges - **(non publiée)**

Annexe 9 : Notes de service n°2001/06 et 2001/07 relatives au transport des patients du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges - **(non publiée)**

Annexe 10 : Tableaux statistiques des transports inter-sites de patients réalisés en 2001 au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

Annexe 11 : Procédure de transport inter-sites des stupéfiants au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges - **(non publiée)**

Annexe 1 : Liste des textes législatifs et réglementaires applicables aux transports hospitaliers

Patients :

Arrêté du 25 novembre 1985 déterminant la nature et les conditions d'utilisation des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence dont doivent disposer certains Centres hospitaliers
(JO du 6 décembre 1985)

Décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
(JO n°179 du 2 août 1991)

Patients décédés :

Annexe à l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 modifiant le code de la santé publique (partie législative)
(JO n°143 du 22 juin 2000)

Décret n°2002-1065 du 5 août 2002 relatif au transport de corps avant mise en bière et modifiant le code général des collectivités territoriales (partie réglementaire)
(JO du 9 août 2002)

Personnel :

Décret n°92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la Fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France
(JO n°150 du 30 juin 1992)

Restauration :

Décret n°91-409 du 26 avril 1991 fixant les prescriptions en matière d'hygiène concernant les denrées, produits ou boissons destinés à l'alimentation humaine, à l'exclusion de ceux mentionnés aux articles 258, 259 et 262 du code rural, des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux minérales naturelles
(JO n°105 du 4 mai 1991)

Arrêté ministériel du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social
(JO n°247 du 23 octobre 1997)

Produits sanguins :

Arrêté du 4 août 1994 portant homologation du règlement de l'Agence française du sang relatif aux bonnes pratiques de distribution et pris en application de l'article 1223 du code de la santé publique
(JO n°197 du 26 août 1994)

Décret n°94-68 du 24 janvier 1994 relatif aux règles d'hémovigilance pris pour l'application de l'article L.666-12 du code de la santé publique et modifiant ce code
(JO n°21 du 26 janvier 1994)

Arrêté du 24 avril 2002 portant homologation du règlement relatif aux bonnes pratiques de transport des prélèvements, produits et échantillons issus du sang humain
(JO du 5 mai 2002)

Prélèvements :

Arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale
(JO du 11 décembre 1999)

Médicaments et stupéfiants :

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter-hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique
(JO n°77 du 1^{er} avril 1999)

Arrêté du 8 août 1991 relatif à l'usage et à la distribution de stupéfiants

Dossiers des patients :

Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique
(JO n°78 du 1^{er} avril 1992)

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
(JO du 5 mars 2002)

Déchets :

Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique
(JO n°267 du 18 novembre 1997)

Annexe 2 : Référentiels ANAES applicables aux transports inter-sites

Référentiel « Droits et information du patient » (DIP)

DIP 2 : L'établissement assure à tous l'accès aux soins.

DIP 2.b L'établissement dispose d'aménagements permettant l'accès et l'accueil des personnes handicapées.

Référentiel « Dossier du patient » (DPA)

DPA 1 : L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité.

DPA 1.c Une politique vise à assurer la protection de la confidentialité des dossiers et informations concernant le patient, notamment lors de la circulation des informations nominatives liées aux nécessités diagnostiques et thérapeutiques.

DPA 2 : La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

DPA 2.b La direction, la CME [Commission médicale d'établissement] et la DSSI [Direction des services de soins infirmiers] mettent en place et maintiennent l'organisation du circuit du dossier et de l'archivage des dossiers.

Référentiel « Organisation de la prise en charge des patients » (OPC)

OPC 1 : L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients.

OPC 1.a Le projet médical et le projet de soins élaborés avec les professionnels, définissent les modalités d'organisation de la prise en charge des patients.

OPC 2 : L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire.

OPC 2.b L'accès au service des urgences est signalé clairement à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

OPC 2.c Selon les spécificités, les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en compte dans leur organisation les attentes du public.

OPC 2.d Les secteurs d'activité sont signalés clairement à l'intérieur de l'établissement afin de faciliter la circulation de tous.

OPC 3 : L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage.

OPC 3.a Une permanence de l'accueil est assurée.

OPC 3.b L'accueil administratif est assuré pour une prise en charge rapide et fiable du patient.

OPC 3.c L'établissement organise sans délai la prise en charge de toute personne se présentant pour une urgence, en tenant compte du degré d'urgence.

OPC 3.d Si la situation du patient ne relève pas de ses compétences, l'établissement l'adresse à une structure appropriée.

OPC 3.e Des dispositions sont prises pour réduire les délais d'attente.

OPC 6 : La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques.

OPC 6.b Les secteurs d'activité clinique collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

OPC 6.e Une coordination est organisée entre les professionnels chargés des prestations hôtelières et ceux assurant la prise en charge des soins.

OPC 7 : La continuité des soins est assurée.

OPC 7.a L'identification du patient est assurée aux différentes étapes de la prise en charge.

OPC 7.d Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes, qu'elles soient médicales ou paramédicales.

OPC 7.e La continuité des soins est assurée entre secteurs d'activité.

OPC 7.f Le transport des patients entre secteurs d'activité est organisé pour assurer la continuité des soins et du respect des règles d'hygiène, de qualité, de sécurité et de confidentialité.

OPC 9 : Les professionnels de la pharmacie et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

OPC 9.a Les règles relatives aux conditions de prescription, de validation des prescriptions, d'acheminement et de délivrance des médicaments aux secteurs d'activité cliniques sont établies.

OPC 9.b Les règles relatives aux conditions de prescription, de validation des prescriptions, d'acheminement et de délivrance des dispositifs médicaux aux secteurs d'activité cliniques sont établies.

OPC 10 : Les professionnels des laboratoires et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

OPC 10.a Les règles relatives aux conditions de prescription, de prélèvement, d'acheminement et de communication des résultats des examens sont établies.

OPC 11 : Les professionnels des secteurs d'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

OPC 11.a Les règles relatives aux conditions de demande, de réalisation des examens, de communication des résultats sont établies.

OPC 12 : La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

OPC 12.b Le patient est orienté vers le circuit de prise en charge approprié à sa situation.

OPC 12.d Le patient dispose à sa sortie des informations et des documents nécessaires pour assurer la continuité de sa prise en charge.

OPC 12.f La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert du patient.

Référentiel « Management de l'établissement et des secteurs d'activité » (MEA)

MEA 3 : L'établissement met en œuvre une politique de communication.

MEA 3.a L'établissement a une politique de communication interne et externe.

MEA 6 : Le management interne de chaque secteur d'activité contribue à favoriser l'amélioration de la prise en charge du patient.

MEA 6.b Un mode de concertation entre les professionnels est en place dans chaque secteur d'activité en vue de favoriser l'expression et la recherche de solutions aux problèmes posés.

MEA 6.d Le responsable du secteur d'activité définit et organise les relations avec les autres secteurs d'activité nécessaires à la prise en charge du patient.

Référentiel « Gestion des ressources humaines » (GRH)

GRH 6 : Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place.

GRH 6.a La mission, le plan stratégique, les secteurs d'activité, l'organisation, le fonctionnement et la gestion de l'information de l'établissement sont présentés à tout professionnel ou stagiaire.

GRH 6.b Dans chaque secteur d'activité, une information d'adaptation au poste est fournie à tout professionnel ou stagiaire, concernant les exigences en matière de sécurité, le contrôle et la prévention du risque infectieux et les stratégies d'amélioration de la qualité des soins en place.

GRH 8 : La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels.

GRH 8.b Un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels de l'établissement est mis en place.

Référentiel « Gestion des Fonctions logistiques » (GFL)

GFL 1 : L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins de son activité.

GFL 1.c Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie.

GFL 1.d Une procédure d'approvisionnement en urgence est en place.

GFL 2 : L'établissement est organisé pour assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations.

GFL 2.b Une politique de maintenance est définie.

GFL 2.c Une maintenance préventive est assurée.

GFL 2.d Une maintenance curative est assurée.

GFL 3 : La fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel, et recherche la satisfaction des consommateurs.

GFL 3.b La distribution des repas respecte les règles d'hygiène jusqu'au consommateur du repas.

GFL 3.c Le personnel participant à la fonction restauration est formé aux règles d'hygiène de la distribution.

GFL 4 : La fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée.

GFL 4.b La séparation du linge propre et du linge sale est assurée tant pendant le transport que dans les secteurs d'activité.

GFL 5 : Le nettoyage des locaux et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène.

GFL 5.a Le nettoyage des locaux et des équipements fait l'objet de protocoles et d'évaluations.

GFL 6 : La fonction transport est organisée et coordonnée.

GFL 6.a Les missions et le mode d'organisation de la fonction transport sont définies.

GFL 6.b La fonction transport fait l'objet de protocoles comportant des éléments relatifs à la sécurité, à la qualité et à l'hygiène.

GFL 6.c Le personnel chargé du transport est formé.

GFL 6.d La fonction transport fait l'objet d'évaluations à périodicité définie concernant notamment les délais et la satisfaction des utilisateurs.

GFL 7 : L'établissement assure l'élimination des déchets.

GFL 7.a Chaque catégorie de déchet est traitée de façon adaptée.

GFL 7.b Le personnel chargé de l'élimination des déchets est formé.

GFL 8 : L'établissement dispose d'une organisation et de personnels chargés d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

GFL 8.b L'établissement met en œuvre des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes.

GFL 10 : Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.

Référentiel « Gestion du système d'information » (GSI)

GSI 1 : Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre.

GSI 1.b : Le système d'information couvre l'ensemble des activités de l'établissement et favorise une approche et une utilisation coordonnées et efficaces de l'information, notamment pour la politique d'évaluation.

Référentiel « Vigilance sanitaire et sécurité transfusionnelle » (VST)

VST 2 : Les vigilances sont opérationnelles dans l'établissement.

VST 2.c La traçabilité des produits et dispositifs médicaux est assurée.

VST 4 : L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle.

VST 4.b L'établissement dispose de procédures d'approvisionnement fiables.

Référentiel « Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux » (SPI)

SPI 3 : Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents.

SPI 3.d Le CLIN [Comité de lutte contre les infections nosocomiales], ou équivalent, est consulté pour tout projet d'aménagement des locaux, d'organisation des circuits, d'acquisition d'équipement ou de matériel et pour la programmation des travaux, dans le cas où ces projets et ces choix pourraient avoir des conséquences en terme d'hygiène.

SPI 9 : Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé.

SPI 9.a Des procédures écrites, validées et évaluées à périodicité définie, sont mises en œuvre.

SPI 9.b Les procédures font l'objet d'une formation des professionnels.

SPI 10 : Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre.

SPI 10.a Un système d'assurance qualité en cuisine centrale est en place.

Annexe 4 : Tableau des capacités d'accueil par service du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges en 2002

Services	Lits autorisés	Lits installés
Hôpital Saint-Charles		
Médecine A	26	22
Gastro-entérologie	22	22
Médecine B7	15	14
Cardiologie	22	22
Réanimation médicale	7	6
Hôpital de jour	6	6
Pédiatrie	10	10
Chirurgie orthopédique	44	36
Chirurgie viscérale	44	33
Réanimation chirurgicale	6	7
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	15	15
Ophthalmologie	11	9
Gynécologie-obstétrique	42	24
Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD)	3	3
Total des capacités de Saint-Charles	273	229
Hôpital de Foucharupt		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	30	30
Médecine B Foucharupt	12	14
Maison de retraite	105	105
Unité de soins de longue durée (USLD)	80	80
Total des capacités de Foucharupt	227	229
Total des capacités du Centre hospitalier	500	458

Annexe 5 : Liste des entretiens réalisés avec des acteurs du Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

Nom	Fonction
Monsieur René Martin	Directeur des services économiques et logistiques Ancien directeur du site de Foucharupt
Monsieur Sébastien Auvigne	Direction des Affaires financières
Monsieur Christian Genelot	Responsable de la blanchisserie, Syndicat inter-hospitalier
Monsieur Serge Claude	Responsable de la cuisine centrale
Monsieur Gilles Antoine	Responsable des « services intérieurs »
Madame Simone Noël	Cadre de santé, responsable de l'unité de brancardage
Monsieur Claude Demange	Pharmacien, responsable de la stérilisation centrale
Madame Catherine Eppin	Cadre de santé du laboratoire
Dr Maryse Wagner	Médecin, Dépôt de sang
Dr Yves Etienne	Chef du service de Médecine B
Madame Valérie Fournier	Psychologue du service de Médecine B
Melle Marie-José Mathieu	Assistante de service social
Monsieur Francis Cazaux	Kinésithérapeute
Madame Marie-Agnès Merlin	Ergothérapeute
Madame Viviane Darney Melle Géraldine Sonnefraud	Personnel d'accueil de l'hôpital de Foucharupt
Madame Ginette Guay	Cadre de santé à l'hôpital de Foucharupt
Monsieur Michel Henri	Conducteur
Monsieur Michel Boura	Vaguemestre
Madame Annick Bind	Agent administratif, magasin
Madame Marie Grangé	Ingénieur informatique
Monsieur Choserot	Directeur d'une société d'ambulances privée

Annexe 6 : Enquête nationale réalisée par la Commission logistique hospitalière

Il s'agit d'une enquête réalisée en 2001 par la Commission logistique hospitalière.

Deux cent quatre-vingt quatorze enquêtes ont été retournées par des établissements implantés sur l'ensemble du territoire français.

La répartition par catégorie d'établissement est la suivante :

Centre hospitaliers universitaires (CHU) et Centres hospitaliers régionaux (CHR)	27
Centres hospitaliers spécialisés (CHS)	21
Centres hospitaliers généraux (CHG)	119
Hôpitaux locaux (HL)	124
Etablissements privés participant au service public hospitalier (PSPH)	3
Total	294

Cette enquête est centrée sur le comportement des unités en matière de logistique, en particulier les unités de soins et les services médico-techniques.

Elle comporte trois grands axes d'étude :

- opérations de transport
- manutentions et stockages
- fonctions et projets.

Les résultats de l'enquête sont disponibles sur internet :

<http://www.eannet-france.org/fille/d/d312n_hexpo.htm>

Annexe 7 : Questionnaire sur les transports inter-sites en milieu hospitalier

Cette enquête a été réalisée au printemps 2002, auprès de deux établissements publics de santé comportant plusieurs sites.

Synthèse du questionnaire adressé aux établissements :

A) Les sites :

1. Combien votre établissement comporte-t-il de sites ?
2. Quels sont leurs activités ? Quelles sont leurs capacités d'accueil ?
3. Quelle distance les sépare ?
4. Sont-ils desservis par les transports en commun ?
5. Les services techniques et logistiques sont-ils organisés de manière centralisée ?
Sur quel(s) site(s) sont implantés les unités suivantes : la cuisine, la blanchisserie, le(s) laboratoire(s), la pharmacie, le magasin, les services techniques ?
6. Des directions de site existent-elles ?
7. La communication entre les sites est-elle développée ? Sont-ils reliés par un réseau informatique ? Existe-t-il un journal interne commun ?
8. La mobilité (changements d'affectation) des agents entre les différents sites est-elle développée ?
9. Quelle tendance semble dominante : le cloisonnement ou l'unité de l'établissement ?

B) Les transports sanitaires :

1. Quels moyens sont utilisés pour réaliser les transports sanitaires ?
Une convention a-t-elle été signée avec une ou plusieurs sociétés privées ?
2. Quelle prise en charge est assurée :
 - des urgences vers un service d'hospitalisation ?
 - entre deux services de soins ?
 - entre un service de soins et un secteur d'hébergement pour personnes âgées ?
3. Quelle satisfaction apporte ce système ?

C) Les transports non sanitaires de patients :

Quels moyens sont utilisés pour réaliser les transports non sanitaires de patients ?

Existe-t-il un dispositif de transport en interne ?

Existe-t-il un système de transport collectif des patients ?

Selon quelle procédure sont réalisés ces transports ?

D) Les déplacements de personnels hospitaliers :

1. Combien d'agents exercent des activités sur plusieurs sites ?

2. Quels moyens de transport utilisent-ils pour effectuer les déplacements entre les sites ?

3. S'ils utilisent des moyens personnels, de quelle prise en charge bénéficient-ils ?

4. Comment sont organisées les gardes administratives, au regard de l'existence de plusieurs sites ?

E) Les flux logistiques

1. Le tableau en page suivante répertorie un certain nombre de flux pouvant exister entre les sites d'un hôpital. Comment sont-ils pris en charge dans votre établissement ? Merci de bien vouloir compléter le tableau.

2. Quelles mesures sont mises en œuvre pour assurer la sécurité et la traçabilité des flux des produits suivants : les médicaments, les stupéfiants, les prélèvements ?

3. Comment sont pris en charge les besoins de transport urgents ou imprévus ?

4. Est-ce que l'ensemble des transports logistiques fait l'objet d'une gestion centralisée ou coordonnée ? Si oui, qui en a la responsabilité ? Quelle en est l'organisation ?

5. Quelle satisfaction apporte ce système ?

F) Tous types de transport :

1. Existe-t-il un système de gestion coordonnée de l'ensemble du système de transport (ou par type de transport) ?

2. Les procédures de réalisation des transports sont-elles formalisées ?

3. Quelles sont les principales difficultés rencontrées par le système de transport ?

4. Est-ce que des réformes sont envisagées ?

Flux	Prestataire	Site de production / stockage	Mode de transport	Fréquence	Procédure / conditionnement particulier
Logistique					
Repas					
Linge					
Déchets hospitaliers					
Fournitures					
Produits d'entretien					
Petit matériel hôtelier					
Fournitures médicales non stériles					
Produits alimentaires					
Fournitures de bureau					
Imprimés					
Informations					
Courrier interne					
Courrier externe					
Dossiers patients					
Soins					
Médicaments					
Stupéfiants					
Dispositifs stériles					
Prélèvements					
Matériel prélèvements					
Matériel de rééducation					
Poches de sang					

Etablissements ayant fait l'objet de l'enquête :

Centre hospitalier de Meaux

940 lits

6-8 rue Saint-Fiacre, B.P. 218 – 77104 Meaux cedex

Le Centre hospitalier regroupe :

- l'hôpital Saint-Faron : 657 lits
- l'hôpital d'Orgemont : 283 lits

Référente : Renéta Selbonne, Elève-directeur d'hôpital

Centre hospitalier universitaire de Besançon

1319 lits et 63 places

2, place Saint Jacques – 25030 Besançon cedex

Le Centre hospitalier universitaire regroupe :

- l'hôpital Jean Minjoz : 815 lits
- l'hôpital Saint Jacques : 465 lits

Référent : Sébastien Michalski, Elève-directeur d'hôpital

Annexe 10 : Tableaux statistiques des transports inter-sites de patients réalisés en 2001 au Centre hospitalier de Saint-Dié des Vosges

Transports réalisés de l'hôpital Saint-Charles vers l'hôpital de Foucharupt en 2001

Données par mois et par destination

Mois/destination	Maison de retraite	USLD	Médecine BF	SSR	Toutes sections
Janvier	1	1	1	0	3
Février	0	1	6	0	7
Mars	1	0	19	2	22
Avril	0	0	11	1	12
Mai	0	0	10	0	10
Juin	0	0	10	5	15
Juillet	0	0	21	2	23
Août	0	0	3	25	28
Septembre	1	0	6	19	26
Octobre	2	0	8	17	32
Novembre	0	0	11	16	27
Décembre	0	0	10	24	34
Total	5	2	116	111	234

Transports réalisés de l'hôpital Saint-Charles vers l'hôpital de Foucharupt en 2001

Données par mois et par mode de transport

Mois / mode de transport	Ambulance	VSL	Véhicule du CH	Total
Janvier	1	1	1	3
Février	0	1	6	7
Mars	1	0	19	22
Avril	0	0	11	12
Mai	0	0	10	10
Juin	0	0	10	15
Juillet	0	0	21	23
Août	0	0	3	28
Septembre	1	0	6	26
Octobre	2	0	8	32
Novembre	0	0	11	27
Décembre	0	0	10	34
Total	5	2	116	234

Transports réalisés en ambulance ou VSL au départ de l'hôpital de Foucharupt en 2001

Données par mois et par section

Mois/section	Maison de retraite	USLD	Médecine BF	SSR	Toutes sections
Janvier	8	7	0	5	20
Février	3	3	0	3	9
Mars	9	8	4	9	30
Avril	5	4	14	9	32
Mai	9	4	17	4	34
Juin	6	1	13	14	34
Juillet	4	3	23	16	46
Août	1	0	7	16	24
Septembre	3	0	34	11	48
Octobre	0	0	11	3	14
Novembre	0	0	30	18	48
Décembre	1	1	25	8	35
Total	49	31	178	116	374

Transports réalisés par le véhicule de l'établissement au départ de l'hôpital de Foucharupt en 2001

Données par mois et par section

Mois/section	Maison de retraite	USLD	Médecine BF	SSR	Toutes sections
Janvier	13	20	0	11	44
Février	12	2	15	8	37
Mars	6	7	23	6	42
Avril	4	6	22	5	37
Mai	6	7	49	10	72
Juin	5	0	28	7	40
Juillet	4	4	19	1	28
Août	0	1	6	3	10
Septembre	0	0	10	4	14
Octobre	0	0	40	8	48
Novembre	1	0	12	3	16
Décembre	1	3	12	5	21
Total	52	50	236	71	409