

# Résumé de Mémoire

## Bilan de la mise en place du brancardage externe dans le cadre de l'ouverture du nouveau PTI de Bocage Central, perspectives d'évolution et d'amélioration de la prestation

Florent CÔTE

Licence professionnelle Logistique, spécialité : Logistique Hospitalière  
IUT de Chalon-sur-Saône

Mon étude faisait partie intégrante d'une réflexion amorcée par la Direction Générale de l'établissement de santé sur le nouveau Plateau Technique Interventionnel (PTI) de Bocage Central. Étant donné son envergure démesurée (5 secteurs d'activité, 25 salles d'opération, longueur totale de 100 mètres, etc.) et sa mise en route récente (janvier 2011), il paraissait nécessaire d'en analyser le fonctionnement global, qui pouvait faire l'objet d'éventuelles améliorations et qui impactait fortement l'activité de brancardage externe assurée par le Service de Transport des Patients (STP).

Le premier chapitre de mon mémoire dresse un panorama des deux entités occupant une position centrale dans le cadre de ma mission : le Service de Transport des Patients (assurant, entre autre, l'activité de brancardage en lien avec le bloc opératoire) et le nouveau Plateau Technique Interventionnel de Bocage Central (dont l'activité influence la prestation de brancardage aussi bien en amont qu'en aval). *Le brancardage au CHU de Dijon est caractérisé par une centralisation des ressources, en vue d'adapter plus facilement l'effectif brancardier aux variations d'activité. En outre, pour assurer un certain niveau de performance et un suivi précis de l'activité, la fonction a fait l'objet d'une informatisation complète à partir des années 1990 (logiciel de gestion des transports hospitaliers, suivi d'activité en routine par le biais d'indicateurs, transmetteurs, etc.). Le PTI, quant à lui, a commencé à être opérationnel dès le mois de janvier 2011, quelques mois seulement après le transfert de l'établissement sur le site unique du « Bocage ». Le processus de gestion du bloc opératoire s'appuie sur un référentiel publié par la MeaH en 2006, intitulé « Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et les cliniques ». Ce guide de bonnes pratiques organisationnelles distingue 5 phases dans le processus de gestion d'un bloc opératoire : la planification, la programmation, la supervision, l'enregistrement et la rétroaction.*

Le second chapitre offre une analyse globale des flux externes de patients en lien avec le nouveau bloc opératoire de Bocage Central, selon différentes approches, puis dresse un état des lieux des fonctions de soutien en interne (brancardage et logistique). *Le PTI représentait environ 10 % de l'activité de brancardage sur les quatre premiers mois de l'année 2011, ce qui en faisait le second client du STP, après le plateau d'imagerie (40 %). Le STP, malgré la restructuration récente, arrivait à maintenir une certaine qualité de prestation vis-à-vis du PTI. Toutefois, l'analyse de l'activité et l'identification de pistes d'amélioration potentielles sur l'organisation établie en interne étaient donc porteuses d'enjeux forts aussi bien financiers qu'organisationnels. L'architecture du nouveau PTI a été pensée autour d'une logique de gestion des flux industrielle, si l'on considère son envergure hors normes. Néanmoins, cet avantage peut aisément devenir un inconvénient lorsque l'organisation interne n'est en mesure d'assurer une prestation logistique optimale.*

Le dernier chapitre est essentiellement consacré à la présentation de l'étude que j'ai eu la chance de mener au sein même du bloc opératoire, mais également à la formulation de pistes d'amélioration vis-à-vis de l'organisation des fonctions de soutien en interne et de la prestation de brancardage externe assurée par le STP.

Le premier volet de mon étude était destiné à l'analyse de l'activité globale du nouveau PTI de Bocage Central, en vue d'identifier les éventuels dysfonctionnements susceptibles de porter indirectement préjudice à la prestation de brancardage externe fournie par le STP. *L'analyse globale de l'activité intra-PTI nous a permis d'identifier les points critiques de son fonctionnement, tels que des difficultés dans la prise en charge des patients tout au long de leur parcours interne (transfert des sas d'accueil aux salles d'opération, enchaînement des interventions). L'utilisation de données théoriques fournies par la MeaH (temps de bionettoyage) et un cabinet conseil (coût d'une minute au bloc opératoire), nous a permis de comparer la performance du PTI à un modèle conceptuel matérialisant une organisation optimale. La valorisation monétaire des dépassements horaires a fait état d'une génération potentielle de surcoûts importants, induits par un fonctionnement non optimisé du PTI.*

Le **second volet** était consacré à l'analyse des fonctions de soutien (brancardage et logistique), afin de savoir si l'organisation en place permettait un fonctionnement optimal du nouveau bloc opératoire. *La modélisation de la charge de travail des brancardiers-logisticiens fut réalisée au travers de l'affectation de délais théoriques à chaque opération (accueil du patient, transfert vers les salles d'intervention, bionettoyage des tables d'opération, approvisionnement en médicaments, en linge propre, etc.), du calcul de la charge de travail quotidienne, de son extrapolation à l'horizon annuel, et de sa conversion en ETP. Après confrontation de la charge de travail théorique à l'activité réelle, pour chacune des fonctions supports, il est apparu que l'effectif dédié au brancardage était sous-dimensionné, tandis que l'effectif dédié à la logistique faisait état d'un réel sur-dimensionnement.*

Le **troisième volet**, qui n'est autre que la suite logique des deux précédents, était destiné au réajustement de l'adéquation activité (flux de patients) / ressources (agents brancardage et logistique), en vue de fluidifier les flux internes de patients et de réduire ainsi les aléas pouvant impacter négativement la prestation de brancardage externe. *Malgré une affectation des agents non optimisée, leur effectif global (brancardage et logistique) était sensiblement adapté à l'activité logistique exigée par le fonctionnement du bloc opératoire. Une des pistes d'amélioration formulée consistait donc en un réajustement des ressources, par l'alignement de leur effectif sur l'activité théorique calculée pour chacune des fonctions soutien. La seconde piste d'amélioration proposée résultait d'une réflexion déjà engagée par mon tuteur, Responsable de transport des patients du CHU de Dijon. Il s'agissait de l'implémentation d'un module complémentaire au logiciel de gestion des transports utilisé par le STP, au sein même du PTI. Ce module reposait sur un principe d'interfaçage amont-interne et interne-aval : autrement dit, la validation des transports allers générerait automatiquement les tâches internes pré-opératoires (accueil des patients, transfert des sas d'accueil aux salles d'opération) et les tâches internes post-opératoires (transfert des salles d'intervention en SSPI) générerait automatiquement les transports retours, vers les services d'hospitalisation. Ce module complémentaire était accompagné de l'automatisation de la régulation des transports de patients, assurée par un automate susceptible de dépasser les limites de l'humainement réalisable.*

En conclusion de ce travail, j'estime que cette mission fut très enrichissante et assurément valorisante. J'espère que cette expérience fut également fructueuse pour le CHU de Dijon. Mon tuteur professionnel, avec qui j'ai eu l'occasion de discuter récemment, m'a fait comprendre que notre réflexion avait initié, au sein du PTI, une démarche de réorganisation interne.