Association Nationale des Responsables des Transports et de la Logistique à l'Hôpital

31èmes Journées d'Etudes et de Formation

LOGISTIQUE ET TRANSPORT, une intelligence collective au service des Groupements Hospitaliers de Territoire

Montfavet - Avignon
11 et 12 mai 2017

sous le parrainage du
Centre Hospitalier Montfavet Avignon

www.artlh.fr

Programme

Animation : Maxence COSSALTER, Niagara, Lyon
Illustrations : Patrick SEILER

Jeudi 11 mai 2017

Ouverture des journées

- **Fabienne BILLAULT**, Présidente ARTLH
- **Emmanuel ESTRANGIN**, Directeur de la Logistique de la Stratégie et des Affaires Juridiques, CH Montfavet-Avignon

L'organisation des territoires de santé : une convergence des ressources.

Regards croisés

Peut-on définir les GHT comme un écosystème territorial ?

- **Nicolas DELESQUE**, Rédacteur en Chef, « Universités et Territoires », Paris

Les GHT : un écosystème au service d'une nouvelle dynamique territoriale.

Quels types d'organisation hospitalière dans les départements d'outre-mer ?

- **François BISCH et Joëlle SELBONNE** Responsables Logistiques, CHU Pointe à Pitre

L'expérience de la psychiatrie comme préfigurateur d'une organisation territoriale en transport et logistique

- **Emmanuel ESTRANGIN**, Directeur de la Logistique de la Stratégie et des Affaires Juridiques, CH Montfavet-Avignon
- **Marc COMBES**, Ingénieur Logistique, CH Montfavet-Avignon

Nouvelles pratiques en santé et impacts sur les organisations en logistique et transport.

Les coopérations interrégionales des établissements de santé : un territoire intelligent et ouvert.

- **Professeur Emmanuel VIGNERON,** Professeur en « Aménagement Sanitaire », Université Montpellier III

Regards croisés

Le virage ambulatoire, l'hospitalisation à domicile (HAD) : quels impacts sur les flux ?

- **Jamel MAHCER**, Manager, Agence Nationale d'Aide à la Performance, Paris
- **Jérôme SAINT LEGER**, Directeur des établissements Languedoc Roussillon d'HAD, APARD

Table ronde

L'intelligence artificielle et la télématique au service de l'optimisation du transport et de la logistique sur les GHT

- **Jean-Christophe MESTRES**, Architecte santé, IBM France
- **Laurent GERONIMI**, Responsable Grands Comptes, Mapping Control, Aix en Provence

Nouvelles stratégies pour la logistique et le transport

Quelles sont les filières d'optimisation en transport et logistique dans le cadre des GHT ? coopérations-filières, coopérations-efficience, coopérations-isolement ?

- **Pierre PERON**, Manager, Agence Nationale d'Aide à la Performance, Paris

Table ronde :

L'évolution des fonctions supports dans les établissements de santé

La cartographie ANAP du brancardage.

- **Jamel MAHCER**, Manager, Agence Nationale d'Aide à la Performance, Paris

Le patient debout vers les blocs

- **Christine GALVEZ**, Directrice des Soins, Centre de Lutte Contre le Cancer Léon Bernard, Lyon.

Le transport sanitaire : un nouveau mode de gestion à venir

- **Didier GUIDONI**, Directeur Général Adjoint, Centre Hospitalier Universitaire Dijon-Bourgogne

L'intelligence collective pour trouver des solutions répondant aux grands enjeux et mutations dans le transport de la logistique à l'hôpital

Introduction : **Elisabeth MARTINI**, Fondatrice de « Dialogue en intelligence collective »
World café : autour de 3 thématiques (transport bariatrique, numérique, outils de service)

Logistique et transport : les nouvelles opportunités économiques sur le territoire

Table ronde et retours d'expérience

Quels scénarios de réorganisation en transport et logistique ?...des exemples de projets et d'outils

- **Benoit MERCEY**, Ingénieur Logistique, Centre Hospitalier Universitaire Grenoble

Les GHT par l'approche de la « supply chain »

- **Sandrine BERUARD**, Ingénieur Logistique, Hospices Civils de Lyon, Représentante ASLOG

Les politiques d'achat en transport et logistique : comment répondre aux besoins de l'ensemble des établissements et à leurs spécificités en conjuguant efficience économique et qualité pour les patients

- **Florence MARQUES** : Directrice des Achats et des Approvisionnements, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

Les exigences qualité et réglementaires : une incitation au développement d'organisations logistiques en territoire ? Exemple de la biologie médicale

- **Docteur Marion BAUDARD**, Praticien Hospitalier, Centre de Gestion des Echantillons Biologiques,

Synthèse des travaux des journées : **Geneviève ROBLES**, Médecin, Chargée de projet, Haute Autorité de Santé, Paris

Clôture des Journées

PREMIERE JOURNEE : 11 mai 2017

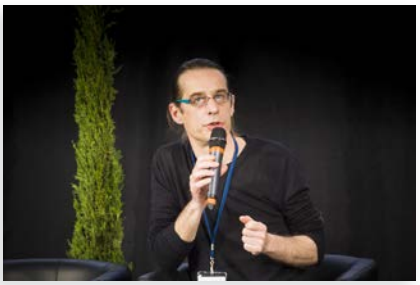
Ouverture des journées

Emmanuel ESTRANGIN, Directeur de la Logistique de la Stratégie et des Affaires Juridiques du CH Montfavet-Avignon, rappelle qu'il y a 18 ans déjà cet établissement accueillait les Journées d'Etudes de l'ARTH et se réjouit que son établissement soit à nouveau le site retenu cette année. Il remercie **Marc COMBES**, Ingénieur Logistique, du travail accompli dans le cadre de cette mission d'organisation qui lui avait été confiée.

Fabienne BILLAULT, Présidente de l'ARTLH souhaite la bienvenue aux participants et remercie **Emmanuel ESTRANGIN**, Directeur de la Logistique, la Stratégie et des Affaires Juridiques du CH Montfavet-Avignon, pour son appui à l'organisation des journées, les partenaires pour leur soutien et les intervenants pour leur présence. Elle annonce que les 31° journées d'études permettront d'analyser comment les métiers du transport et de la logistique vont s'investir pour trouver des solutions aux nouvelles organisations générées par les GHT. Les principaux enjeux auxquels sont confrontés les GHT sont ceux du pilotage à distance, de la coordination et de l'approche territorialisée.
Les unités supports à la mise place des nouveaux projets médicaux se doivent de redéfinir leurs activités (logistique, transports, achats), mettre en avant leurs savoirs faire et compétences spécifiques et développer des stratégies de réseau.

L'organisation des territoires de santé : une convergence des ressources.

Peut-on définir les GHT comme un écosystème territorial ?



Nicolas DELESQUE, Rédacteur en Chef, de la revue « Universités et Territoires », conseiller dans le domaine des logements et politiques universitaires, déclare que les politiques universitaires et celles des hôpitaux présentent des similitudes. La notion de territoire a toujours été présente dans les politiques publiques territoriales. Qu'en est-il aujourd'hui ?
La dynamique est lancée, le processus est en cours et ce n'est pas fini.
Il précise que nous sommes en pleine mutation. Jusqu'à aujourd'hui, cette politique était commanditée par l'Etat qui plaçait les casernes, hôpitaux, universités, ports…dans une optique d'égalité du territoire.
Un monde nouveau s'ouvre et on ne sait pas où on va aller. Une grande partie des politiques qui émanent de l'Europe sont très marquées par la régionalisation et leurs financements aussi.
La formation des jeunes a produit des citoyens désormais très mobiles intellectuellement, socialement et géographiquement qui souhaitent beaucoup de liberté.
La question du territoire se pose désormais différemment que dans les années 70 ou 80 .Trois choses sont décisives pour le territoire :
L'attractivité : Etre attractif pour un territoire c'est être concurrentiel, meilleur que son voisin, mais aussi tout simplement différent. Le fondement du territoire est d'être différent de l'autre.
Cohérence sociale : On ne peut pas imaginer un territoire où il fait bon vivre si on laisse de côté une partie de la population. Il faut insérer toute cette population autour du progrès.
Innovation : Pour garder sa population le territoire doit être innovant, toujours en progrès et adhésif pour plaire à ses jeunes .Cela passe par l'école, le numérique et la santé.
Pour les GHT, cela se traduit par une offre de soins attractive, démocratique et un réseau de soins.

Quels types d'organisation hospitalière dans les départements d'outre-mer ?

François BISCH et **Joëlle SELBONNE** Responsables Logistiques au CHU de Pointe à Pitre présentent le contexte de la Guadeloupe. La construction du nouvel hôpital est en cours pour une ouverture prévue en 2021.Le pôle logistique a lui été rénové il y a plusieurs années et implanté à plusieurs kilomètres de l'Hôpital.
L'éloignement de la métropole est la principale difficulté exprimée : temps de transports, coûts financiers supplémentaires. Les dépannages sont très onéreux et certaines entreprises métropolitaines refusent de travailler avec le CHU.
Le port, par où transitent les marchandises est un goulet d'étranglement. En cas d'affluence, les bateaux poursuivent leurs routes et peuvent décharger les containers à la Martinique. Il faut alors déployer des moyens pour aller les récupérer.
Dans le futur, la plateforme va devoir travailler avec le nouveau site de l'hôpital. Le stock pharmacie est normalement prévu dans ces nouveaux locaux, mais un problème de conception architecturale vient d'être pointé, car cet entrepôt est prévu sur un vide sanitaire !

L'expérience de la psychiatrie comme préfigurateur d'une organisation territoriale en transport et logistique.

Emmanuel ESTRANGIN, Directeur de la Logistique de la Stratégie et des Affaires Juridiques, CH Montfavet-Avignon, présente le contexte d'organisation de la psychiatrie. Avec un recul de 57 ans, cette organisation laisse des marges importantes de liberté.
Le principe de prise en charge des patients sectorisés par leur lieu de résidence a amené à une concentration de moyens sur un établissement principal sur Montfavet et un maillage d'une soixantaine de sites externalisés.
Le Centre Hospitalier de Montfavet bénéficie d'une dérogation et ne fait donc pas partie d'un GHT. Cette dérogation a été donnée pour cinq ans, car le territoire, à cheval sur deux départements, est très peu desservi par d'autres structures de psychiatrie et que l'établissement a en charge une mission nationale avec l'UMD (Unité pour Malades Difficiles) hommes et femmes.
Marc COMBES, Ingénieur Logistique au CH Montfavet-Avignon, précise que le mode de fonctionnement logistique qu'il connait peut être rapproché de la stratégie prônée par les GHT, à savoir recherche d'économies d'échelle et efficience.
Il déclare qu'il convient avant tout de bien se connaitre avant de chercher des solutions. Il insiste sur :
- la sécurité, avec des solutions dégradées plus efficiente à l'échelle du territoire,
- la nécessité d'avoir un personnel formé qui doit envisager la logistique dans sa globalité et la qualité du travail rendu,
- le matériel qui doit être adapté,
- la connaissance du terrain.

Il termine avec trois notions : Optimiser, communiquer et anticiper.

Jamel MAHCER, déclare que les GHT vont constituer une véritable opportunité de promouvoir la logistique et les transports longtemps laissés de côté.
Marc COMBES acquiesce et précise que lors de l'ouverture de la dernière nouvelle structure, la logistique a été associée en amont, avec les architectes, ingénieurs travaux et équipes soignantes.

Nouvelles pratiques en santé et impacts sur les organisations en logistique et transport.

Les coopérations interrégionales des établissements de santé : un territoire intelligent et ouvert.

Le Professeur **Emmanuel VIGNERON**, Professeur en « Aménagement Sanitaire »Université Montpellier III, répond aux questions qui lui avaient été posées lors de la préparation des journées.

Pourquoi depuis quelques années le mot de « territoire » est-il partout dans le domaine de la santé ?

Parce qu'il était temps ! Il y a une histoire très ancienne entre les territoires et les hôpitaux.

5 circonstances sont à développer :

- Les inégalités en santé : La République a toujours balancé entre libertés individuelles et solidarité. Si les inégalités se creusent, la solidarité progresse.
- Le contexte économique : La nécessité d'une bonne gestion des deniers publics est désormais de mise. Le temps du saupoudrage de l'Etat est révolu, et il faut dépenser au mieux.
- La décentralisation : Elle a progressé dans tous les domaines. L'idée de subsidiarité a fait son chemin.
- Le profil des malades : Il a changé. On parle de transition épidémiologique, avec le vieillissement de la population et la chronicité.

Le malade est devenu un usager régulier du système de santé.
Le virage ambulatoire est pris.
Les associations de patients se développent. Le patient est un patient citoyen, dont le traitement s'inscrit dans un parcours. Il devient sensible aux errements de traitements et souhaite les limiter au maximum.

- Un groupe de travail national a œuvré pour une prise en compte des intérêts des territoires. Le personnel politique nouveau a pris conscience des inégalités des territoires en santé.

Qu'est-ce qu'une coopération territoriale en santé? Qu'est-ce qui la caractérise? Est-elle délimitée par le seul territoire géographique ? Existe une «taille critique» (quid de la distance)?

La coopération de territoire c'est travailler ensemble, se regrouper, partager, s'organiser de manière graduée. Le cadre est celui de la taille critique, qui ne doit pas être trop grand afin de pouvoir circuler et s'y reconnaitre. On évoque un rayon de 45 minutes qui est le rayon moyen de déplacement maximum. Au-delà des 45 minutes on renonce aux soins.
Il existe encore quelques exceptions en France, et le périmètre des GHT déjà dessiné pourra être revisité. Les logisticiens auront leur mot à dire.

Quelles sont les prérequis à la mise en place d'une telle coopération? Quels sont les freins et les leviers que l'on peut rencontrer? Quels outils pour faciliter cette coopération (numérique?)?

Le prérequis c'est le diagnostic. Apprendre à se connaitre pour mieux se reconnaitre. Les hôpitaux ne se connaissent pas. Qui fait quoi, comment, avec qui ? Le prérequis est le Projet Médical Partagé, facilité par les progrès de l'intelligence artificielle.
L'apprentissage de ce qui se fait ailleurs est très important.
Dans les Départements d'Outre-Mer, la distribution des soins est difficile et passionnante. En France métropolitaine, des territoires deviennent des déserts médicaux. L'expérience de la psychiatrie est intéressante : à l'époque où les hôpitaux se dotaient de moyens (équipements lourds), en psychiatrie il ne se passait pas grand-chose. Les médecins psychiatres étaient extraordinaires et ont inventé la sectorisation pour être au plus près des gens et se projeter dans la cité. La psychiatrie a pris une avance très importante.

Certaines fonctions supports sont-elles plus disposées à la mise en place de ce type de coopération ?

Le maitre mot est regroupement : achats, investissements immobiliers, pharmacies (fin des pharmacies totalement indépendantes)

Dans les actes 2016 de l'ANAP, vous avez dit que le niveau interrégional est le niveau de coopération de demain dans le domaine de la santé: en quoi est-ce le niveau adéquat? Quelles perspectives permet-il? N'est-ce pas incompatible avec le découpage des GHT ?

Les coopérations interrégionales sont une perspective de demain. Dans les régions il y a de grandes facultés de médecine, de grands hôpitaux innovants.
En revanche en matière logistique, il n'y a pas d'intérêt à une coopération interrégionale. Cela n'a pas de sens.

La convergence des découpages des GHT est-elle pertinente ? Les GHT sont-ils la fin des coopérations interrégionales ? Des coopérations avec les établissements ESPIC ? Centre de lutte contre le cancer ? Avec les établissements publics type « psychiatrie » ? Comment rester ouvert à d'autres acteurs ? A d'autres territoires ?

Le GHT ne doit pas être un facteur d'inégalité. Mais les inégalités se creusent en France dans les territoires. L'égalité de méthode et de conception est souhaitable, il ne faut pas qu'il y ait deux poids deux mesures. Il est important de réaffirmer les missions de l'hôpital en matière d'égalité. Quand on sait que l'hôpital public représente moins de 50% des dépenses de soins, il faut donc s'ouvrir vers l'extérieur.

L'avenir est-il dans le développement des alternatives à l'hospitalisation : HAD ? Médecine et chirurgie ambulatoire ? Quid de la logistique associée ?
L' HAD oui, mais pas que. L'ambulatoire en général doit être développé.

En conclusion, le Professeur Emmanuel VIGNERON précise qu'il vient de publier un ouvrage « L'Hôpital et le Territoire » publié par Techniques Hospitalières, qui analyse la thématique.

Le virage ambulatoire, l'hospitalisation à domicile (HAD) : quels impacts sur les flux ?

Jamel MAHCER, Manager, Agence Nationale d'Aide à la Performance, Paris, rappelle dans un premier temps les enjeux du plan triennal qui sont au nombre de quatre :
- Améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à sa mission
- Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement
- Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques
- Améliorer la pertinence et le bon usage des soins.

Ce plan ambitieux doit se traduire par une réorganisation profonde de l'offre de soins, dans une organisation territoriale, avec comme impératif la non dégradation des équilibres financiers des établissements de santé. L'hôpital de demain doit être structurellement organisé autour de l'ambulatoire, ce qui implique une évolution synchronisée des prises en charge, des structures et de l'organisation hospitalières.

Il déclare que le transport doit être intégré au plan triennal, même s'il déplore qu'il ne soit pas le souci majeur alors qu'il est un maillon essentiel de la chaîne.

87% des dépenses de transport concernent des pathologies avec diagnostics ou traitements chroniques spécifiques identifiables.

Le virage ambulatoire concerne la chirurgie, l'organisation des prises en charge médicales en hôpital de jour et celle des actes externes. C'est un moyen alternatif à l'hospitalisation conventionnelle qui doit également contribuer à la recherche d'une plus grande fluidité du parcours patient. Il a un impact important sur le brancardage et le transport sanitaire en terme de volume et implique de mener une réflexion en parallèle sur ces deux activités.

En réponse à une question posée sur les alternatives de transport privé ou public, il répond que quel que soit le mode transport, c'est en amont qu'il convient de régler les problèmes, en anticipant les sorties et en évitant qu'elles soient toutes réalisées au même moment. Une réflexion d'organisation est nécessaire dans les établissements.

Jérôme SAINT LEGER, Directeur des établissements Languedoc Roussillon d'HAD, APARD, présente l'organisation de l'APARD (Association pour l'Assistance Respiratoire à Domicile), structure de type associative créée en 1973 à l'initiative d'un médecin du CHU de Montpellier. Sa spécialité est l'hospitalisation à domicile, et son territoire s'étend autour de Montpelier, Nîmes et Alès.

L'HAD nécessite de tisser des liens de partenariat avec les établissements hospitaliers et médico-sociaux, les médecins, les infirmières libérales et les pharmacies. Elle intervient en substitution de l'hôpital avec un fort degré de technicité. Les pathologies prises en charge sont pour un tiers les pansements complexes, un autre tiers les soins palliatifs et enfin un dernier tiers composé de traitements intraveineux, de nursing lourd et de rééducation neurologique et orthopédique. Les soins palliatifs mobilisent le plus d'interventions. La durée moyenne de séjour est 50 jours.

La prescription de prise en charge émane d'un établissement hospitalier ou d'un médecin traitant. Une équipe de l'APARD va réaliser une évaluation de la situation du patient pour s'assurer notamment de la présence d'une personne de confiance au domicile et mettre en œuvre les soins et la logistique.

Une prise en charge en HAD comporte trois composantes majeures : médicaments, matériels et dispositifs médicaux, personnels soignants et médicaux.
Les matériels et dispositifs médicaux font l'objet d'une informatisation des demandes d'approvisionnement, livrés par des véhicules géo-localisés permettant une traçabilit. Le rythme des livraisons est programmé sur un cycle de 15 jours jusqu'au retrait des matériels ou DASRI.
Le circuit du médicament est sécurisé, les stupéfiants sont transportés en mallettes scellées et les livraisons sont programmées avec réassort éventuel par coursier.

Des actions ont été réalisées afin de limiter l'impact du coût logistique. Ainsi les protocoles sont anticipés et modulés en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Les documents sont dématérialisés avec l'ensemble des partenaires. Un partenariat avec les cardiologues permet une transmission informatisé des données d'ECG réalisés au domicile et un ajustement du spécialiste sur le traitement ou vers une ré hospitalisation.

La réussite de ce modèle tient dans l'anticipation et la remontée en temps réel des informations.
Le délai de mise en place logistique de l'HAD est de 24h, 48 à 72 h pour les situations très complexes.

Un participant demande qui est responsable des examens de biologie ?
Jérôme SAINT LEGER répond que les prises de sang sont réalisées à domicile par des infirmiers libéraux dans le cadre de leur activité

L'intelligence artificielle et la télématique au service de l'optimisation du transport et de la logistique sur les GHT

Jean-Christophe MESTRES, Architecte santé, IBM France, propose de développer les notions d'optimisation et « blockchain » en logistique dans le contexte territorial.
L'optimisation, c'est la mise en commun des données. Elle passe par l'analyse descriptive, prédictive (que se passe-t-il si… ?) et prescriptive (comment peut-on obtenir le meilleur résultat ?).
Des modèles mathématiques permettent de calculer via des algorithmes, le travail en

collaboration avec les professionnels. Grâce à l'analyse des données partagées par tous, on va pouvoir prédire et anticiper ce qui va arriver dans le futur.
Blockchain est une solution de traçabilité dont les données sont inscrites dans un « ledger », un grand livre. Les données sont enregistrées et partagées sur tous les autres grands livres répartis sur l'ensemble de la chaîne. Cette traçabilité garantit la fiabilité de l'information infalsifiable, qui est diffusée dans la chaine logistique. Tous les services sont valorisés au sein du territoire.

Laurent GERONIMI, Responsable Grands Comptes, Mapping Control, Aix en Provence, présente comment optimiser la gestion de la flotte automobile pour en réduire le coût global.
Le système permet d'avoir une information en temps réel des différents centres de coût des véhicules. Une décision de modification est ainsi possible à tout moment.
Un accompagnement au changement est réalisé avec le client dans une optique de partage et de diffusion de l'information. L'éco conduite est privilégiée.
Avec ce système, tous les véhicules sont tracés et les chauffeurs sont munis d'un badge (celui de l'entreprise). Il est donc possible de savoir qui conduit tel véhicule à tel moment : ainsi les éventuelles contraventions peuvent être reliés facilement à un chauffeur.

A la question sur la perception de ce système par les agents, il répond que cette mise en place doit être préparée en amont : déclaration à la CNIL, présentation en CHSCT, et engagement à ne pas diffuser les données en dehors du cadre légal. Il est essentiel de faire participer les collaborateurs à cette mise en place.
Jean-Christophe MESTRES ajoute qu'il est proposé aux utilisateurs d'utiliser le logiciel à des fins pédagogiques.

Pour **Jamel MAHCER** ce n'est pas uniquement le système informatique qui règle les problèmes d'organisation. L'exploitation des données à but préventif est très importante. Il ajoute que le numérique est un enjeu majeur en santé.

DEUXIEME JOURNEE : 12 mai 2017

Nouvelles stratégies pour la logistique et le transport

Quelles sont les filières d'optimisation en transport et logistique dans le cadre des GHT ? coopérations-filières, coopérations-efficience, coopérations-isolement ?

Pierre PERON, Manager, Agence Nationale d'Aide à la Performance, Paris, présente MELOG (Mutualisation Externalisation LOGistique) un logiciel en cours de conception à l'ANAP, qui sera prêt en septembre 2017. C'est un outil d'aide à la décision pour les établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés, relatif aux projets de mutualisation et externalisation en restauration, blanchisserie ou stérilisation. Ces fonctions logistiques représentent 2,6 Milliards d'euros pour les seuls établissements publics de santé.

On observe des situations très disparates et contrastées dans les GHT créés.
L'objectif est d'atteindre un niveau de performance que l'on ne peut plus atteindre en l'état.

Le périmètre de l'aide à la décision est la recherche des conditions d'une prise de décision adaptée.
Le prérequis est de bien se connaître soi-même (sinon, s'organiser pour).
Il convient de définir les termes (de quoi parle-t-on ?) et créer les conditions d'une prise de décision « sécurisée » en associant et faisant dialoguer toutes les parties prenantes concernées. Il faut aussi s'interroger sur les « bénéficiaires » intermédiaires et finaux, sur leurs attentes en termes de niveau et de qualité de service. Il faut également évaluer les différentes dimensions de la performance (qualité des prises en charge + qualité des conditions de travail + efficience).
Enfin il est nécessaire d'explorer des scénarios alternatifs sans préjuger du niveau de performance qu'ils permettraient a priori d'atteindre. On peut ainsi mixer des solutions internes à de la sous-traitance (pour un petit établissement éloigné géographiquement). C'est toujours la qualité de service qui doit rester au premier plan. Le contexte conduit souvent à des solutions hybrides.

Explorer les solutions alternatives permet d'éviter les écueils :
Le premier écueil tient dans la diversité des situations (besoins, ressources, maturité). Il va falloir trouver l'équilibre entre les capacités et la valeur ajoutée de l'outil proposé.
Le second écueil est l'in-comparabilité des cas : il convient de bénéficier d'unité d'œuvre adaptée.
Le troisième écueil porte sur le centrage exclusif sur la dimension économique.
Enfin, le dernier écueil, c'est chercher le remède miracle !
Améliorer la situation actuelle doit être un préalable à tout projet de transformation.

En résumé, l'exploration consiste à décrire une (des) situation(s) initiale(s) ou future(s, puis simuler les impacts d'organisations futures possibles sur les performances de chacun et du groupe, et enfin comparer pour approfondir et choisir.

L'outil va permettre de simuler l'impact des organisations futures à travers plusieurs scénarios et tester l'impact des différentes hypothèses sur les organisations en explorant les options.

Les données restituées comportent 87 indicateurs organisés dans des tableaux de bord (activités brutes et pondérées, moyens et ressources, maturité des organisations et qualité, potentialité et productivité, coûts).

Il conclut que les partenaires doivent être dans la même dynamique : un projet de coopération fait forcement peur et cette peur est un frein au changement. Il convient d'établir la cartographie des peurs de chacun, et une fois ces peurs dénoncées et connues de tous, des moyens d'action pour répondre à ces peurs doivent être développées à tous les échelons hiérarchiques.

La cartographie ANAP du brancardage.

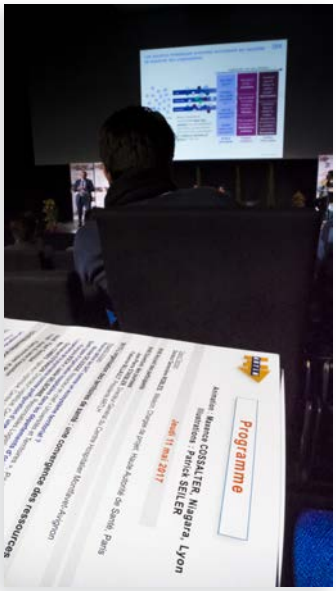
Jamel MAHCER, Manager, Agence Nationale d'Aide à la Performance, Paris, rappelle que l'ANAP accompagne une vingtaine d'établissements sur le virage ambulatoire, dont les CHU de Nice, Caen et Lille. Le brancardage est un élément central dans le développement ambulatoire.
Il a essayé de comparer les établissements et expliquer les différentes organisations.

Il rappelle les enjeux de la fonction brancardage.
Historiquement considérée comme une fonction logistique, elle est désormais une activité à forte valeur ajoutée et doit se décliner en engagements qualitatifs et quantitatifs négociés dans le cadre de contrats internes.
L'activité de brancardage contribue, par la régularité des flux de patients, à l'optimisation des ressources humaines et matérielles des plateaux techniques et par la qualité de prise en charge, à la sécurité du séjour du patient.

Elle concoure également à une dynamique institutionnelle d'évaluation des pratiques professionnelles, de recherche de performance et d'amélioration des activités en termes de qualité, délai et sécurité, au meilleur coût. Le développement de l'ambulatoire va faire croitre cette activité, impliquant de ce fait une hausse de la mobilisation du personnel.

La cartographie du brancardage commence par le chiffrage de l'activité : nombre de lits, brancards, fauteuils, nombre d'ETP et d'heures en brancardage, type d'établissement, temps moyen d'une course dès l'acceptation…
L'organisation est ensuite détaillée : centralisée, décentralisée, semi centralisée, type de régulation, aides mécanisées, programmations, contrats de service…
Enfin sont étudiés les indicateurs de suivi, les locaux (mono ou multi-sites, ascenseurs…), les outils de régulation et de transmission, et la formation des acteurs.

Les constats réalisés sur le panel de CHU sont analysé :
De plus en plus d'établissements s'orientent vers une centralisation de la fonction brancardage (avec parfois des équipes dédiées au bloc et aux urgences)
Le dimensionnement des équipes est fortement dépendant des contraintes de l'établissement : mono ou multi-sites (1 à 6 sites), nombre d'étages (5 à 21 étages), activités des services qui impactent la répartition des transports par mode de transport, contraintes architecturales, mais aussi ….. la croissance de l'activité.
Les contraintes d'architecture ou les scénarios d'organisation ont également un impact sur les modes de fonctionnement et la productivité : le nombre de kilomètres par jour et par brancardier, le temps moyen de transports, etc…
Il n'y a pas une organisation type mais une organisation à adapter en fonction des différentes contraintes de l'établissement et des perspectives d'évolution.



L'ambulatoire nécessite de repenser et optimiser la fonction brancardage. Les établissements qui ont réfléchi à cette fonction sont plus armés pour la réflexion de l'ambulatoire.

En synthèse, on peut affirmer que :

La configuration architecturale est une donnée influençant l'organisation du brancardage : elle détermine les circuits à définir et le dimensionnement des équipes de brancardiers. Elle doit aussi être prise en considération dans le temps de prise en charge du patient pour un soin nécessitant un transport donc dans la planification des soins. L'utilisation des ascenseurs est le plus souvent problématique car cela augmente le temps de transport.
Le croisement des circuits est à prendre en compte dans une réflexion globale : circuit des patients, des visiteurs et circuits logistiques. (confidentialité, hygiène et sécurité).
De nombreuses contraintes doivent également être prise en compte : un encombrement des couloirs, des virages serrés et nombreux, des rétrécissements, des travaux momentanés, des obstacles tel que des poteaux, la situation des ascenseurs, les pentes, des passerelles ou des tunnels reliant les bâtiments sont autant de facteurs de ralentissement.
Le recouvrement des sols est aussi facteur à prendre en compte : un sol mou (anti bruit) est un facteur de fatigabilité des brancardiers.
Avec le développement de l'ambulatoire (chirurgicale et/ou médicale), le brancardage est considéré comme une activité de soins dans le parcours du patient qui inclut non seulement des problématiques de temps, d'hygiène, de confidentialité, de confort, mais aussi de sécurité et d'éthique. La gestion des flux des transports des patients fait partie de l'organisation générale d'un établissement.

Il conclut en disant qu'une prise de conscience de la compétence métier de cette fonction brancardage émerge dans les établissements.

Le patient debout vers les blocs

Christine GALVEZ, Directrice des Soins, Centre de Lutte Contre le Cancer Léon Bernard, Lyon, présente le projet du patient debout au bloc opératoire qui a été mené avec succès dans son établissement.
La problématique initiale portait sur le brancardage des lits et leur stockage autour du bloc opératoire. Une réflexion a donc été initiée sur une autre façon d'accompagner le patient au bloc opératoire à l'instar de ce qui avait déjà été fait à l'institut Paoli Calmette à Marseille. Ce projet permettait de régler la problématique du stockage des lits et rendre le patient acteur et digne.
En pratique, le patient ne reçoit plus de prémédication, et sa gestion du stress est gérée par des solutions alternatives telles, la relaxation, la sophrologie ou l'hypnose ou encore l'auto hypnose via un masque de réalité virtuelle.
Il part debout au bloc, vêtu de pantalon et chemise à usage unique non transparents, accompagné d'un équipier, jusqu'à la salle d'attente aménagée du bloc opératoire. Un infirmier l'accueille, contrôle son identité et lui remet charlotte, surchaussures, gilet à usage unique et sac rassembleur pour ses affaires personnelles.
Avant la fin de l'intervention, l'appel du lit du malade est réalisé via un clic informatique et le lit est amené en SSPI.
Désormais, 98% des patients viennent debout au bloc.
Deux enquêtes de satisfaction ont été menées auprès des patients et du personnel, avec des résultats très satisfaisants.
Ce projet a bénéficié du soutien des instances et d'une large campagne de communication en amont. Il a été récompensé d'un prix dans le cadre d'un appel à projets. Un chirurgien formé au changement a eu pour rôle de faire le lien avec ses collègues pour les faire adhérer à la mise en oeuvre du projet.

Le transport sanitaire : un nouveau mode de gestion à venir

Didier GUIDONI, Directeur Général Adjoint, Centre Hospitalier Universitaire Dijon-Bourgogne, présente le marché des transports sanitaires.
Le marché des transport sanitaire est un marché complexe dans lequel quatre acteurs principaux interviennent avec des intérêts contradictoires génèrant, naturellement, des espaces de non optimisation :
- L'hôpital qui souhaite un transport adapté au bon moment.
- Les entreprises de transport qui cherchent à optimiser les ressources et maximiser leur marge.
- L'assurance maladie dont l'objectif est de réguler les coûts.
- L'état qui entend éviter les conflits sociaux.

La mise en place d'une plateforme au CHU de Dijon (puis pour les hôpitaux du GHT) vise à démontrer, dans un premier temps, la capacité à apprendre, puis à convaincre que l'hôpital peut gérer directement les aspects de négociation avec les transporteurs sanitaires sur la base d'indications nationales. Les entreprises les plus innovantes seront encouragées. A terme le CHU souhaite dans le futur pouvoir fixer des tarifs avec les entreprises.
Dans ce nouveau schéma les rôles de l'Assurance maladie et l'Etat sont à repositionner. L'Etat fixera un prix plancher annuel indicatif et l'Assurance maladie devra trouver un mécanisme de financement entre l'Etat et l'ARS afin d'intégrer le financement réévaluable dans le budget de l'hôpital.

En réponse à une question sur la capacité de l'hôpital à prendre en charge ces transports, il affirme que l'acteur interne hospitalier n'a pas d'intérêt en terme de coûts, alors que l'entreprise privée oui.

L'intelligence collective pour trouver des solutions répondant aux grands enjeux et mutations dans le transport de la logistique à l'hôpital

Elisabeth MARTINI, Fondatrice de « Dialogue en intelligence collective » présente la notion d'intelligence collective dans l'accompagnement au changement. Comment créer ensemble le futur ? Le mot important à retenir est : relier. Relier son intelligence à d'autres. Il n'y a pas une seule réponse à une question et le fait d'être plusieurs à partager des idées dans l'action collective, permet de passer de la notion d'ego système à celle d'éco système.

Elle propose à tous les participants de se déplacer vers le hall d'exposition afin de « travailler » ensemble avec les exposants, autour de tables, à l'identique des discussions que l'on peut avoir autour d'un café.

World café : autour de 3 thématiques (transport bariatrique, numérique, outils de service)

Synthèse World café

Les rapporteurs des groupes font une rapide synthèse du world café.
Il en ressort que l'intelligence collective est une méthode utilisée de plus en plus dans les hôpitaux qui permet de structurer les pensées et comprendre les organisations. Elle permet une sensibilisation à l'accompagnement en mode projet, met en avant l'importance à s'appuyer sur l'humain et l'intérêt du partage de tous les acteurs dans une chaîne de décision.

Logistique et transport : les nouvelles opportunités économiques sur le territoire.

Quels scénarios de réorganisation en transport et logistique ?...des exemples de projets et d'outils

Benoit MERCEY, Ingénieur Logistique, Centre Hospitalier Universitaire Grenoble, présente l'étude logistique menée entre août et décembre 2016 dans le cadre du GHT Alpes Dauphiné.
La distance maximale entre deux des établissements du GHT est de 87 kms et la distance moyenne entre la plateforme logistique du CHU, établissement support et les autres établissements est de 36 kms.
Pour le CHU Grenoble Alpes, le constat fait apparaitre une plateforme logistique à redimensionner autour d'un réseau logistique déjà développé et de toutes les compétences présentes.
Le prérequis de la réorganisation dans le cadre du GHT a été la définition de la base de travail entre tous, avec une participation active des établissements, et la définition d'un périmètre d'action connu et partagé de tous. La valorisation des coûts de chaque processus a été actée ainsi que la définition des responsabilités de chacun, à chaque étape de la « supply chain ».

Le système d'information est déployé, avec un logiciel de demande interne. Les flux sont tracés, un outil commun de gestion des dysfonctionnements est prévu et le fichier structure doit être organisé en dissociant UF et points de livraisons.

L'achat est organisé autour de marchés et référentiels communs.

L'approvisionnement fait l'objet d'une définition de politique commune de gestion stock et hors-stock et d'un contrat de service clair et défini (contenu, fréquence, quantité).
L'entrepôt doit être redimensionné pour absorber le surplus d'activité et de stockage.

Trois scenarios ont été élaborés :
Dans le premier, le CHU se substitue au fournisseur avec livraison dans les magasins.
Dans le second la livraison est réalisée dans les services.
Le troisième reprend le scénario 2 sauf que l'on optimise les rotations de poids lourds (en les remplissant un maximum) avec une plateforme de dégroupage à proximité de « pôles » d'établissements (type crossdocking), puis livraison avec des véhicules plus adaptés aux volumes des établissements (type fourgons).

Le choix de scénario sera mixte : scénario 2 pour les établissements les plus proches du CHU et scénario 3 pour les sites éloignés.

Les avantages sont connus : valeur du stock global diminué (stock de sécurité), optimisation des ressources humaines et techniques, accès pour les petits établissements à des outils de gestion industriels.
Mais les difficultés ne doivent pas être occultées : affaiblissement du personnel logistique et perte d'expertise dans les petits établissements.

Les GHT par l'approche de la « supply chain »

Sandrine BERUARD, Ingénieur Logistique, Hospices Civils de Lyon, Représentante ASLOG rappelle que seul l'achat est une fonction mutualisée dans les textes. Elle précise toutefois que même si la mutualisation des fonctions logistiques reste facultative, une approche globale du GHT et de chacun de ses membres est une nécessité. La problématique de l'approvisionnement de la logistique globale se posera. Aussi vaut-il mieux anticiper afin d'obtenir la meilleure efficience.

L'achat par l'établissement support va nécessiter une base articles commune, une harmonisation des protocoles de soin et d'hygiène, un recensement global et des clauses logistiques.
La logistique d'aval nécessite un état des lieux de l'existant. Quel espace de stockage, quels types de commande (plein/ vide, logisticien d'étage), quels sites (multi sites, nombre de bâtiments, présence ou non d'AGV) quelles organisations logistiques (stock, hors stock, produits gérés par la pharmacie ou non) ? Enfin, quel périmètre pour la mutualisation, quelle qualité de prestation, quelles compétences logistiques et quels effectifs logistiques, quel suivi budgétaire ?
Une connaissance approfondie de l'organisation de chaque site est donc nécessaire.

Le référentiel ASLOG mesure, en temps réel, la réalité de l'organisation de la « supply chain » d'un établissement ou groupe d'établissements.

Les différentes hypothèses d'approvisionnements indépendants ou mutualisés doivent être étudiées et chiffrées en prenant en compte du coût global de l'achat à la distribution dans les services.
Pour les distances importantes (une heure) les coûts de transport engendrés peuvent dépasser les économies générées par la mutualisation.

En conclusion, un schéma type est difficile et une analyse au cas par cas est nécessaire.

En réponse à une question sur les conséquences de la mutualisation, notamment son impact pour les

personnels, elle précise que la problématique des ressources humaines doit être étudiée avec une grande attention. La crainte de l'avenir et de la suppression d'emplois est prégnante.
Il est ajouté dans la salle, que la formation des agents pour les aider à muter est essentielle et doit être mise en avant dans les schémas à venir des GHT.

Les politiques d'achat en transport et logistique : comment répondre aux besoins de l'ensemble des établissements et à leurs spécificités en conjuguant efficience économique et qualité pour les patients ?

Florence MARQUES, Directrice des Achats et des Approvisionnements, au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier rappelle que la fonction achat mutualisée sera effective le 1° janvier 2018.
Dès 2018, les marchés devront être signés par l'établissement support, mais des délégations sont toutefois possibles. Les commandes seront passées et les factures payées par cet établissement.
La DGOS a édité un document très complet qui vise à accompagner les établissements. Il clarifie le périmètre du transfert de la fonction, constitue une aide à la gestion de projet. Toutes les étapes sont développées. Il comporte un nombre très important de fiches actions, fiches métiers et fiches thématiques, etc...
Il encourage l'émergence de nouveaux métiers non présents à l'hôpital. Il induit toutefois une gestion de projet très lourde avec beaucoup d'intervenants.

La région Occitanie comporte 14 GHT, et le CHU de Montpellier est l'établissement support du GHT « Est Hérault / Sud Aveyron » comportant 10 établissements.

Une convention constitutive a été établie entre les différents hôpitaux et l'établissement support. Elle précise les engagements du CHU à prendre en considération les besoins du territoire, les orientations politiques nationales et régionales. Elle élabore de manière conjointe l'organisation cible, la gouvernance et les modalités de fonctionnement du GHT.

Un audit réalisé auprès des établissements a permis de mettre en avant des organisations de travail très différentes avec des contraintes fortes (différences de pratiques, de maturité en termes d'achat, équipes très inquiètes) et des opportunités (échanges constructifs avec les professionnels de terrain, outils à la disposition de tous).

Elle dresse le constat que l'adhésion de tous est encore loin et qu'il convient de bien prendre en considération le facteur humain et rester pragmatique.

Les exigences qualité et réglementaires : une incitation au développement d'organisations logistiques en territoire ? Exemple de la biologie médicale

Le **Docteur Marion BAUDARD**, Praticien Hospitalier, Centre de Gestion des Echantillons Biologiques, CHU de Montpellier, expose la problématique de la biologie médicale dans le cadre des territoires.
La biologie est une fonction mutualisée dans les textes. Toutefois, les besoins, perspectives et craintes ne sont pas les mêmes selon que l'établissement possède ou non un laboratoire de biologie médicale.
La création de laboratoires de biologie médicale communs multi sites pourrait permettre de :
- mutualiser les achats
- répartir les tâches
- réduire les coûts de production (volumes d'actes, seuil de rentabilité)
- ré-internaliser des examens sous-traités : offre plus complète et plus lisible

- favoriser l'innovation, la participation à des protocoles de recherche
- limiter la contrainte de l'accréditation
- sécuriser les activités d'urgences
- disposer de référent par spécialité…

L'état des lieux va permettre de savoir qui fait quoi et déterminer les coûts d'une analyse donnée. Le tissu local est très prégnant, les petits établissements travaillent souvent avec un laboratoire privé proche. Il convient de tenir compte des configurations locales et des marchés et conventions en cours.

Elle liste tout ce qui serait nécessaire de mettre en place ou réorganiser pour envisager un projet de biologie médicale en territoire :
- Catalogue des actes et manuel de prélèvement
- Offre globale permettant d'intégrer la sous-traitance
- Prestations conseils, contacts
- Modalités de la prescription et du transfert des données identitaires
- Matériel de prélèvement et de conditionnement
- Préparation des échantillons, respect des conditions pré-analytiques
- Organisation des collectes
- Tri, réception, enregistrement des échantillons, création des dossiers administratifs
- Adéquation des équipements et des réactifs et consommables des laboratoires aux nouveaux volumes d'activité.
- Adaptation du rythme des séries aux heures d'arrivée des échantillons
- Prestation de biologie de qualité, avec un délai de rendu acceptable
- Achat, renouvellement, homogénéisation du parc des automates
- Maitrise des coûts
- Développement d'une offre de proximité, mise en place d'automates délocalisés
- Rendu du résultat
- Facturation
- Démarche qualité (mise en place d'un groupe de travail Cofrac pour estimer les impacts sur les processus d'accréditation et accompagner les sites)

La cohérence des systèmes d'informatisation va s'étaler sur de longs mois, voire des années.

L'éloignement des sites et l'infrastructure du réseau routier va nécessiter une expertise logistique et une capacité à proposer des solutions de transport adaptées aux besoins et aux organisations de tous, sites préleveurs et analyseurs.

Cette démarche sera l'occasion de mettre en place des conditionnements, des collectes et des transports conformes aux normes.

Synthèse des travaux des journées :

Geneviève ROBLES, Médecin, Chargée de projet, Haute Autorité de Santé, Paris, fait la synthèse de ces journées.
Education, numérique et offre des soins sont les piliers de l'attractivité d'un territoire. L'accès aux soins est un élément déterminant de cohésion sociale et le délai de 45 minutes pour l'accès aux soins est un élément majeur à prendre en compte.
La coopération territoriale s'articule autour des notions de partage, d'organisation et de travail en commun. Le prérequis passe par le diagnostic, apprendre à se connaitre et un projet médical partagé.
La médecine de demain s'appuie sur les alternatives à l'hospitalisation : ambulatoire, hospitalisation à domicile,

et santé connectée. Le virage ambulatoire ciblé sur la chirurgie, la médecine et les actes externes va induire des adaptations dans les transports qui vont être fortement impactés.
Le GHT est une opportunité pour valoriser la fonction logistique.
L'HAD c'est l'hôpital à la maison avec les mêmes contraintes qu'à l'hôpital. Elle est dépendante de la notion de territoire, nécessite un fort maillage entre tous les acteurs, une logistique adaptée et sécurisée pour les patients et un réseau numérique développé.
L'intelligence artificielle et la télématique permettent une mise en commun et un partage des données afin de générer des connaissances et optimiser le processus. Les équipes de transport vont pouvoir avoir des données en temps réel de tous les véhicules et ainsi optimiser, anticiper et prévoir.
Les nouvelles stratégies pour les transports et la logistique passent par des filières d'optimisation.
MELOG, un logiciel de mutualisation externalisation logistique conçu par l'ANAP est un outil d'aide à la décision qui va permettre aux établissements de définir des scénarios alternatifs, pour l'organisation des GHT autour d'objectifs communs.
La cartographie du brancardage sera l'occasion de faire un bilan. L'ambulatoire va générer une forte augmentation du volume de brancardage. Il n'existe pas d'organisation type, mais des organisations à adapter en fonction des différentes contraintes des établissements.

Quelles nouveautés en matière de transports de patients ?
Le patient debout au bloc opératoire est un projet innovant qui a reçu un accueil très favorable des patients et du personnel.
L'évolution des partenariats et du financement des transports sanitaires autour d'une plateforme gérée par l'hôpital sera peut-être une nouvelle voie.

Les évolutions à venir doivent passer par l'intelligence collective : écoute, ouverture, empathie, curiosité et humilité en sont les moteurs. Nous sommes appelés à passer de l'ego système à l'éco système.

Quels scénarios de réorganisation de la logistique autour des GHT ?
Il n'y a pas d'organisation type, mais une cohérence à rechercher en vue de résultats satisfaisants pour tous. Organiser les achats et la logistique d'aval passe par un bilan de l'existant et des solutions conformes aux bonnes pratiques adaptées au cas par cas.
Les fonctions achat et biologie sont réglementairement mutualisées. Un calendrier contraint, des peurs émanant des « petits établissements » sont autant de difficultés à relever dans un objectif commun de respect et une occasion unique d'exiger la qualité.

Clôture des Journées

Fabienne BILLAULT conclut en rappelant que c'est la dynamique des acteurs, qui permettra de développer des actions en faveur de la qualité et de la performance de la logistique et des transports à l'hôpital au sein des GHT.
Elle souligne l'intérêt de développer l'échange et le retour d'expériences au service de tous et rappelle l'impulsion que l'ARTLH souhaite donner aux missions de formation et conseil auprès des établissements.
Elle remercie chaleureusement les intervenants pour la richesse des conférences et débats, les partenaires pour la qualité du salon en matière d'innovation technologique, leur présence et leur soutien, les participants aux journées d'études pour le dynamisme des échanges et enfin les membres organisateurs de ces journées à Avignon, Marc COMBES et toutes les équipes du Centre Hospitalier.

Elle donne enfin rendez-vous à tous pour les prochaines journées d'études qui se dérouleront à CLERMONT-FERRAND en 2018.