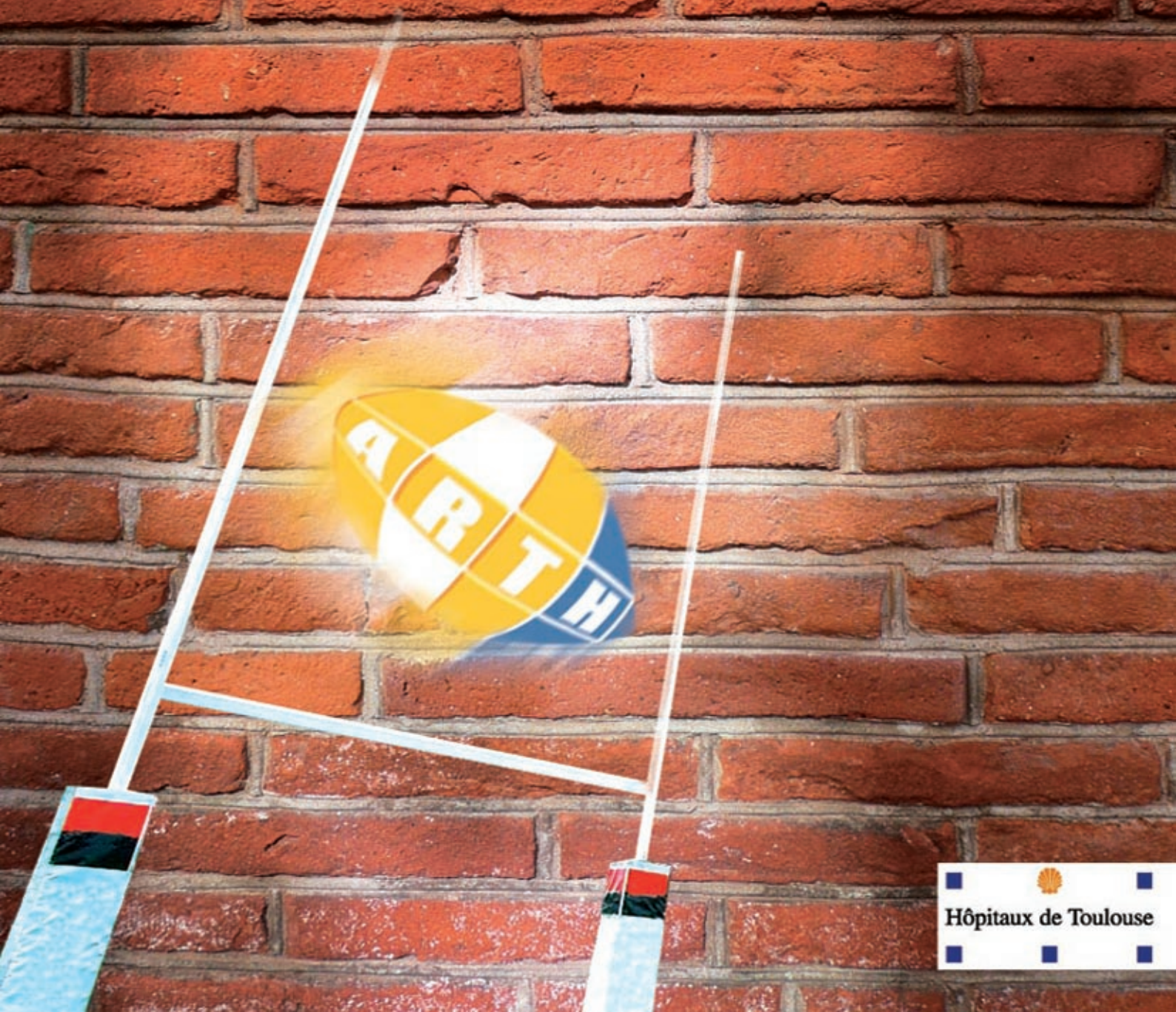
Association Nationale des Responsables de Transports Hospitaliers

Compte Rendu des 23 émes journées d'études de l'A.R.T.H.

11 et 12 juin 2009



Hôpitaux de Toulouse

ASSOCIATION NATIONALE
DES RESPONSABLES
DES TRANSPORTS HOSPITALIERS

23èmes Journées Nationales d'Études

L'HÔPITAL ENTREPRISE
Un défi pour les transports et la logistique

Toulouse, les 11 et 12 juin 2009

Association nationale des Responsables de Transports Hospitaliers
CHU de TOULOUSE
Hôpital PURPAN
TSA 40031
31 059 TOULOUSE CEDEX 9

Sommaire

Le jeudi 11 juin 2009

I) Ouverture des Journées

II) Nouveau dispositif de gouvernance : la loi hôpital, patient, santé, territoire

III) L'hôpital-entreprise : regards croisés à travers une revue de presse

IV) Table ronde et échanges avec le public

V) Cartographie et typologie des organisations de transports hospitaliers en 2008

VI) Trois modèles-types d'organisation : illustrations et témoignages d'établissements

Le vendredi 12 juin 2009

VII) L'incidence du modèle hôpital-entreprise sur la gestion des ressources humaines

VIII) Nouveautés sur le transport sanitaire : la norme NF 1789

IX) L'hôpital-entreprise : quelles relations avec ses partenaires externes ?

X) Table ronde : l'hôpital-entreprise et les attentes des partenaires

XI) Synthèse et clôture

XII) Remerciements

I) Ouverture des Journées

Liliane DIGNAT, Présidente de l'ARTH

Liliane DIGNAT souhaite la bienvenue à l'ensemble des participants à cette 23e édition des journées de l'ARTH qui se déroulent à Toulouse. Elle remercie, à ce titre, chaleureusement la direction des hôpitaux de Toulouse, dont la présence est un signe important de la reconnaissance des travaux menés par l'ARTH et un encouragement à poursuivre ses actions en faveur du développement des missions logistiques au sein des établissements de santé. Liliane DIGNAT remercie également M. LAFAGE pour son précieux soutien.

L'organisation d'un tel événement est une longue aventure et a demandé des mois de travail acharné. Liliane DIGNAT salue ses collègues, au sein de la Commission d'Organisation, qui ont dû s'adapter pour organiser ce colloque dans des conditions plus difficiles que d'habitude. Elle remercie également l'ensemble des intervenants qui accorderont un moment de leur temps si précieux et qui vont se livrer à un exercice compliqué, puisqu'ils ne disposeront que de très peu de temps pour explorer chacun des thèmes qui seront abordés. Elle remercie enfin les différents partenaires, qui ont très largement répondu à l'appel de l'ARTH malgré une conjoncture pour le moins délicate.
Ce congrès se situe dans la continuité des précédents. En effet, l'ARTH poursuit sa réflexion autour de la professionnalisation des équipes de transport et de logistique, dans l'optique de répondre aux enjeux posés aujourd'hui au système de santé. L'objectif est de fournir le meilleur service, tout en optimisant la production de biens et de services. En 2007, le congrès a travaillé sur la place et les enjeux des prestations de transport dans une démarche de maîtrise des coûts. À Tours l'année dernière, et bien que ces dispositifs ne concernaient pas encore la logistique et les services transports, l'ARTH a souhaité, avec le thème « En route pour l'E.P.P. des transports », faire preuve d'anticipation et inciter les adhérents à entamer une démarche de réflexion sur la question de l'évaluation des pratiques professionnelles. Les sessions de conférences qui suivront seront consacrées au thème « L'Hôpital-Entreprise : un défi pour les transports et la logistique ».

Ce colloque sera l'occasion de débattre de la place, du rôle, des missions, du niveau de formation, voire de la valorisation des acteurs de la logistique. Les débats se feront d'abord à la lumière des exposés des intervenants qui apporteront un point de vue objectif.

L'hôpital subit de profondes mutations. Deux ans après Hôpital 2007, la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » vient bousculer les précédentes restructurations. Dans un environnement en rapide mutation, les hôpitaux doivent agir dans de nombreux domaines : stratégie, organisation des structures et des processus, investissements, gestion de la qualité et gestion des coûts. Le développement dans les établissements de la tarification à l'activité a des répercussions importantes sur l'organisation des structures. Un travail important de réorganisation est en train de se concrétiser dans les différents hôpitaux, avec des approches variables selon la spécificité des établissements, leur taille et leur localisation.

Qu'en est-il aujourd'hui de l'organisation des activités de transport et de logistique ? L'ARTH souhaite réfléchir aux conséquences de cette nouvelle gouvernance sur l'organisation des services logistiques. Liliane DIGNAT est convaincue que la logistique hospitalière se doit de participer à l'élaboration de ces nouvelles stratégies, si ce n'est pour ne pas seulement les subir. L'un des objectifs poursuivis est de proposer une meilleure intégration de la logistique dans cette gouvernance. Rénover l'organisation du secteur est désormais une obligation. La logistique et les transports sont au cœur de ces problématiques et il est logique que l'ARTH se penche sur ces questions. Si ce n'est parce que l'organisation et le fonctionnement des services de logistique et de transport sont – et seront – directement impactés.

Pour faire appliquer la politique « hôpital-entreprise » – et la culture du résultat qui en découle – une nouvelle gouvernance a été mise en place. L'hôpital a été, dans un premier temps, réorganisé en pôles. Chaque pôle étant responsable de son budget et devant rendre compte de son activité (de ses recettes et de ses dépenses) à la direction de l'hôpital. Afin de mieux mesurer la situation, l'ARTH a adressé à un grand nombre d'établissements adhérents à la Fédération Hospitalière de France, un questionnaire dont les conclusions devraient permettre d'identifier les différents modèles d'organisation en place et les actions qui sont conduites en termes de rationalisation et de recherche d'efficience. Il permettra également d'analyser, du point de vue des acteurs, les avantages et les inconvénients des différents modèles d'organisation.

Les métiers de la logistique se développent au cœur de « l'hôpital-entreprise » et exigent des compétences de plus en plus spécifiques. Les formations s'adaptent et donnent les clés, afin d'être rapidement opérationnelles dans un contexte d'efficacité et de rentabilité. Dans ce contexte, les personnels sont à l'image de l'entreprise : porteurs de la stratégie de l'établissement.

Liliane DIGNAT remercie les adhérents pour leur participation à ces journées et leur souhaite, au nom des membres du comité d'organisation, un congrès agréable, riche d'enseignements et convivial.

-o-o-o-o-

II) Nouveau dispositif de gouvernance : la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire

Thérèse COUSSEAU-BOURDONCLE,
Secrétaire Générale du CHRU de Toulouse

Ce congrès est placé sous l'égide de la nouvelle gouvernance. L'hôpital est encore aujourd'hui sous l'Ordonnance du 2 mai 2005 qui a impulsé de nouvelles modalités de fonctionnement, notamment en mettant en place un conseil exécutif et en organisant les établissements par pôles. Des étapes-clés qui se sont réalisées de manière plus ou moins rapide dans les établissements.

La nouvelle loi HPST a pour objectif d'engager une modernisation du système de santé tout en plaçant l'accès au soin au coeur des priorités et en coordonnant mieux les parcours de soins. Elle prévoit, entre autres, le remplacement des ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) par des ARS (Agence Régionale de Santé), le but étant de simplifier et de regrouper les

points de décision. Ces ARS auront des pouvoirs significatifs au sein de chaque région et auront l'opportunité de prendre des décisions sur l'ensemble du champ de santé du territoire régional. À noter également la disparition, dans les hôpitaux, du Conseil d'Administration au profit d'un Conseil de Surveillance, recentré sur la définition des principes et des missions de contrôle de l'activité des établissements. Ce Conseil sera composé de trois collèges : la collectivité territoriale, les personnels médicaux et non médicaux ; les personnalités qualifiées.

La loi entraîne également la modification du rôle du Directeur et du Directoire. Désormais, le Directeur cumule les fonctions de Président et de Directeur. Cette nouvelle disposition a fait couler beaucoup d'encre. Ces nouvelles attributions lui donneront plus de liberté pour déterminer ses ressources et ses organisations.

La nouvelle gouvernance impulse des relations structurantes et place le contrat de prestation dans un processus plus large. Les pôles cliniques et les pôles supports s'inscrivent désormais dans une logique de relations clients / fournisseurs inter-pôles. Une telle évolution exige des responsables transports qu'ils restructurent leurs organisations. La mise en place des contrats de prestation les obligera à développer des projets précis, à planifier leurs activités, à organiser des réunions et à déléguer une partie de leurs activités (notamment de terrain). Le principal défi sera, bien évidemment, de motiver les équipes, l'objectif étant de promouvoir un intérêt commun. Les responsables des transports ont un devoir d'écoute, de communication et de valorisation de leurs équipes.

III) L'Hôpital-Entreprise : regards croisés au travers d'une revue de presse

Béatrice GIRARD, journaliste au Quotidien du Médecin

Le thème de « l'hôpital-entreprise » a fait couler beaucoup d'encre et Béatrice GIRARD se propose de présenter une revue de presse sur ce sujet.

Rappel des temps forts de la Loi.

Quotidien du Médecin, le 10 février 2009.
Le journal rappelle les dispositions du projet de loi et propose un tour d'horizon de l'avis de la profession :

Les syndicats de médecins hospitaliers sont, au mieux, réservés et au pire, franchement opposés à la loi HPST. Ils jugent trop marginale la place réservée par le texte à la CME et au corps médical dans la nouvelle gouvernance des hôpitaux. Ils s'inquiètent aussi de la possible perte de leur indépendance professionnelle, dans la mesure où leur nomination et leur affectation se trouvent placées entre les mains du directeur d'hôpital. Le sujet est sensible, les quatre inter syndicats de PH ont d'ailleurs appelé à la grève le 29 janvier dernier.
Deux des trois syndicats de directeurs d'hôpital ont également participé au mouvement du 29 janvier : ils n'acceptent pas certains passages de la loi, notamment le fait que le directeur se trouve révocable à merci en cas de déséquilibre financier.

Les fédérations d'établissement ont des positions différentes. Du côté de la Fédération Hospitalière de France (FHF), le soutien est ouvertement affiché. *« Le rapport Larcher, puis la loi ont été largement inspirés par la FHF. On ne va pas brûler aujourd'hui ce qu'on a adoré hier »*, commente Gérard VINCENT, délégué général de la FHF. *« Cette loi n'est ni de droite ni de gauche, c'est du bon sens. Elle va inciter les hôpitaux à travailler ensemble plutôt que de se tourner le dos ».*

Les cliniques sont plus inquiètes. Car elles craignent de perdre leurs médecins. Philippe BURNEL, délégué général de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), le reconnaît à demi-mot : *« Que la loi donne des outils à l'hôpital pour le rendre plus attractif, cela peut se comprendre. Mais on craint qu'elle n'avantage trop le secteur public. Aujourd'hui, les médecins sont correctement répartis entre le public et le privé, exception faite des radiologues. La loi risque de déstabiliser ce fragile équilibre, d'autant plus qu'elle régule parallèlement le secteur 2 »*

<u>*Le Monde* du 28 avril 2009 :</u>

Le Monde a publié le point de vue de Frédéric PIERRU, sociologue et chargé de recherches au CNRS.

Il éclaire les raisons du malaise et indique que, du point de vue des acteurs hospitaliers de terrain, la loi HPST c'est un peu « la réforme de trop ». *« Depuis le milieu des années 90, l'hôpital est en réforme permanente. Ces réformes se succèdent les unes aux autres sans qu'on ait pris le temps de les évaluer, voire qu'elles produisent tous leurs effets. Tout se passe comme si la loi HPST vendait la mèche. C'est à l'occasion de cette réforme que les hospitaliers prennent conscience de la logique globale ».* Frédéric PIERRU évoque la « non-reconnaissance des efforts réalisés par les personnels de santé et les médecins ». *« Avec l'affaiblissement du pouvoir médical dans les projets de nouvelle gouvernance, les hospitaliers craignent que les outils précédemment introduits dans lesquels ils s'étaient malgré tout investis, soient désormais détournés par des exécutifs hospitaliers tenus par les autorités politiques. Car la loi HPST achève de verticaliser le système de santé en instaurant des lignes hiérarchiques claires. La chaîne du pouvoir qui va du Ministère de la Santé jusqu'au Directeur d'hôpital, en passant par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé, est établie pour contourner les intérêts locaux et médicaux, qui sont perçus comme des freins aux restructurations ».*

<u>*Le Nouvel Observateur* du 16 avril 2009</u>

Le Nouvel Observateur a publié un texte signé par 25 grands professeurs des hôpitaux publics dénonçant le projet de réforme de Roselyne Bachelot, dont "le maître mot", selon eux, "n'est plus la santé, mais la rentabilité".

La préoccupation centrale n'est plus le malade, mais le compte d'exploitation de l'hôpital. Et les premières victimes en seront les patients et les soignants (…) Cette loi cale l'hôpital sur l'entreprise. Elle donne tous les pouvoirs au directeur de l'Hôpital, nommé et révoqué par le directeur de l'Agence Régionale de Santé, lui-même nommé et révoqué par le Conseil des Ministres. Ce directeur pourra n'avoir aucune compétence médicale ou en santé. C'est pourtant lui qui arrêtera le projet médical de l'hôpital. Lui aussi qui nommera et révoquera les médecins responsables des structures de soins (pôles, départements, services…). Sur quels critères ?

<u>*L'Expansion* du 1er mai 2009</u>

L'article insiste sur la situation financière des hôpitaux qui ne cesse de se dégrader.

Après les premières estimations de la Fédération Hospitalière de France, le déficit global atteindrait 800 millions d'euros en 2008, après 650 millions d'euros en 2007. Conséquence logique, mais inédite, certains hôpitaux commencent à supprimer des postes (700 à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, 650 à Nancy,

387 au Havre, 350 à Lyon, 200 à Nantes...). L'inquiétude des personnels ne peut donc que croître, alors qu'ils clament depuis longtemps leur épuisement et leur lassitude face à la dégradation de leurs conditions de travail. À cela s'ajoute la grogne des chirurgiens libéraux et des internes, également inquiets de certains aspects de la loi, et des élus locaux, peu enthousiastes à l'idée de perdre (un peu) de leurs pouvoirs au sein des conseils d'administration des hôpitaux.

La Tribune du 8 mai 2009

La Tribune publie les extraits du rapport Marescaux. Pour rappel, la commission présidée par M. Marescaux était chargée à l'automne par le Président de la République de repenser le modèle des centres hospitaliers universitaires.

La commission a adressé six propositions au chef de l'État :

- Reconstruire la dynamique de la recherche biomédicale.
- Le rapport préconise d'en faire une « *vraie priorité nationale* ». Très critique, il estime que cette priorité est trop souvent « *affichée mais insuffisamment soutenue* », notamment par rapport aux pays anglo-saxons. Jugeant « *lourdement préjudiciable, l'absence de stratégie de recherche biomédicale* », il prône une coordination entre les ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et une rationalisation des opérateurs de la recherche biomédicale.
- Redévelopper la politique de gestion des talents.
- Le rapport Marescaux propose de favoriser à une échelle collective l'activité de recherche des PU-PH (professeurs des universités - praticiens hospitaliers) en leur permettant *de « consacrer prioritairement à la recherche un temps de leur carrière »* dans un cadre contractuel avec l'Université. Avec comme condition l'amélioration de l'attractivité, cette dernière passant par la revalorisation salariale et de la carrière (en créant notamment un échelon intermédiaire et temporaire de « professeur assistant»).
- Adapter les parcours de formation. Afin de renforcer la fonction de formation des CHU, il est proposé une initiation à la recherche dès le 2e cycle et le développement des doubles cursus.
- Renforcer la dimension universitaire et médicale de la gouvernance.
- Le rapport propose de nommer les directeurs généraux des CHU en Conseil des Ministres sur proposition conjointe des ministères de la Santé, de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur. Autour du directeur, il est suggéré de mettre en place un directoire resserré composé de trois vice-présidents : le président de la Commission médicale d'établissement, le directeur de l'UFR pour l'enseignement et un vice-président chargé de la recherche (nommé après avis conjoint du président de l'université et du président de l'Inserm).
- Remplacer les pôles (super services) par des départements hospitalo-universitaires (DHU).
- La commission propose la constitution de DHU regroupant plusieurs services sur le fondement d'un projet hospitalo-universitaire, dirigés par des PU-PH nommés par le directoire de l'établissement.
- Mettre en place les moyens d'une gestion performante.
- Il est recommandé de mettre en oeuvre une juste rémunération de l'innovation et des activités de soins hautement spécialisés des CHU (rémunérations additionnelles), mais aussi d'identifier plus clairement la part des financements de la recherche et de l'enseignement au niveau des DHU et de développer la part des financements par appel à projet.

Focus sur l'hôpital-entreprise

L'Humanité du 5 mai 2009

Le journal publie le point de vue d'André Grimaldi, chef du service de diabétologie à la Pitié-Salpêtrière.

« La loi hôpital-entreprise de Madame Bachelot réduit l'hôpital à sa gestion, et la gestion au PDG, seul maître à bord. Il y a en réalité deux pouvoirs à l'hôpital : un pouvoir soignant médical et non-médical, qui devrait être mieux organisé, et un pouvoir de gestion. Ces deux pouvoirs doivent collaborer, comme c'est le cas aujourd'hui dans la majorité des cas, mais il est absurde et dangereux qu'un directeur pouvant venir du privé, sans compétences médicales ou de santé publique, ait, comme le prévoit la loi, le pouvoir de décider du projet médical (fermeture ou création d'une activité), d'embaucher un médecin, de le rémunérer en fonction de sa rentabilité, de le révoquer à sa guise. Ce directeur tout-puissant sera lui-même révocable par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), nommé en Conseil des ministres. La loi institue donc un pouvoir vertical sans partage et largement politisé. »

Société civile de janvier 2009

La revue publie une interview de Rose-Marie van Lerberghe :

On peut s'inspirer de l'entreprise pour être plus efficace. Cela ne va pas « contre » le service public, mais dans le sens de son amélioration. Nous sommes dans un pays où, quand on demande au service public de s'inspirer de l'efficacité de la gestion de l'entreprise, on a l'impression de demander aux fonctionnaires de renier leurs valeurs. Pourtant, nous avons montré avec l'expérience des urgences de l'hôpital Beaujon que l'on peut fonctionner mieux pour les malades, pour les personnels et pour l'Assurance-maladie, sans pour autant renier les valeurs du public à condition de remettre à plat l'organisation, avec la participation de tous les acteurs. (…) On a en France un système hospitalier public dont je suis étonnée qu'il ne marche pas plus mal, et cela grâce à l'implication des personnels. Il est comparable à une entreprise où les membres de l'administration de l'entreprise n'obéiraient qu'au directeur administratif et les ingénieurs qu'au directeur industriel et où il n'y aurait pas de direction générale. La France, avec le Portugal, est le seul pays d'Europe où les directeurs d'hôpitaux ne sont pas des médecins. Ils n'apparaissent donc pas légitimes pour imposer leur point de vue aux médecins.

La Nouvelle République du 14 mai 2009

Le journal publie le point de vue de Philippe Volard, président de la commission médicale d'établissement au CH de Niort.

Est-il si aberrant d'appliquer une logique comptable aux hôpitaux, celui de Niort étant le premier employeur des Deux-Sèvres avec 3.200 agents et 190 millions d'euros de dépenses d'exploitation ?

Philippe VOLARD répond :

« Pas totalement, dans la mesure où le paiement à l'activité (T2A) – 90 millions d'euros, 50 % de nos recettes – introduit de l'équité entre les établissements et entre les régions, en supprimant la dotation globale " à la tête du client ". Mais cette logique gestionnaire ne doit pas être le but prioritaire, qui reste la qualité et la sécurité des soins. On travaille sur de l'humain. Un hôpital ne pourra jamais être complètement une entreprise ».

-o-o-o-o-

IV) Table Ronde

Didier LAFAGE, Directeur Pôle Logistique Hôtelier du CHRU de Toulouse

Fabien COLLET, Directeur Commercial du Groupe GIFA

Patrick GARGULA, Directeur Général de FRAIKIN Locatime

Béatrice GIRARD, Journaliste au Quotidien du Médecin

Marc COMBES, Responsable Transports au CHS de Montfavet

Claude COSTECHAREYRE souhaite recueillir les premières impressions des participants à cette première table ronde.

Marc COMBES constate que cette loi donne lieu à une nouvelle lutte de pouvoir ; « un mal typiquement français ». Une fois de plus, chacun cherche à se positionner vis-à-vis de cette loi, sans l'avoir toujours lue.

Fabien COLLET rappelle que le changement n'est pas naturel. « Évoluer exige que l'on se remette en cause ». Certaines personnes rejettent le principe d'hôpital-entreprise. Force est de constater que leur vision de l'entreprise est uniquement financière.

Didier LAFAGE estime que cette loi permet d'approfondir deux aspects fondamentaux : la gouvernance et la communauté de territoire (la mise en commun des activités d'un même ensemble géographique) :

- La mise en place de la gouvernance exige une formalisation précise des relations entre clients et fournisseurs internes. Ceci entraînera probablement une certification par tierce partie des activités hospitalières, le « but ultime en termes de formalisation des relations ». L'hôpital devra également clarifier les responsabilités réciproques dans la maîtrise économique des activités de transport et de logistique. Ces dernières se devront de garantir à leurs clients internes qu'ils paient le juste prix unitaire. En revanche, si le pôle prestataire est responsable de la maîtrise des coûts unitaires, la maîtrise des volumes est une responsabilité partagée. En ce sens, l'objectif principal de la nouvelle gouvernance sera de créer les lieux d'une discussion entre les clients et les fournisseurs internes.
- La territorialisation est rarement abordée dans les débats. Pourtant, les hôpitaux sont confrontés à des besoins, en termes d'investissements, considérables. À la fois pour des raisons technologiques (pour suivre les avancées de l'industrie biomédicale) ou hôtelières (prise en charge des patients), mais également pour assurer la sécurité des installations. La loi HPST devrait précipiter les démarches de réorganisation des activités de transport et de logistique et favoriser les mouvements de regroupement des organisations, à la fois sur des plates-formes logistiques hospitalières inter établissements et le développement de prestations externes au bénéfice d'autres établissements.

La fonction transport a de beaux jours devant elle. Didier LAFAGE en est convaincu.

Un intervenant du CHU de Dijon souhaite revenir plus en détail sur la problématique des relations entre clients et fournisseurs à l'intérieur des établissements de santé. Les pôles médicaux, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, s'intéressent désormais à l'évolution de leurs dépenses. Le service de transport du CHU de Dijon a mis en place une rémunération du

brancardage par les unités de soins, l'objectif étant de maîtriser les volumes de transports. L'unité d'œuvre retenue est la minute de brancardage. Cette unité permet d'inclure la technicité de la prestation et le nombre d'intervenants engagés sur le déplacement. La démarche permet, par ailleurs, de valoriser le travail des brancardiers.

Les évolutions susmentionnées semblent logiques. Toutefois, **Michel FABRE** (CHU de Bordeaux) craint que les personnels des équipes de transports ne soient pas encore prêts.

Didier LAFAGE estime qu'il est plus que jamais nécessaire de professionnaliser les activités de transport.

Sébastien AUGIER (hôpital d'Annecy) s'interroge sur l'avenir des petits établissements.

Didier LAFAGE lui signale que la mutualisation territoriale offre une première réponse. Les établissements varient en taille, mais les problématiques restent les mêmes.

-o-o-o-o-

V) Cartographie et typologie des organisations des services transports en 2008

Présentation des résultats de l'enquête nationale ARTH

Monique CAYROL, Ingénieur Qualité au CHRU de Toulouse

Monique CAYROL présente les résultats de l'enquête nationale réalisée par l'ARTH. Le questionnaire a été transmis par la Fédération Hospitalière de France à tous ses adhérents. Les réponses ont été analysées par la Direction de la Qualité du CHU de Toulouse, organisme complètement indépendant de la structure transports. La Direction a analysé 137 questionnaires : 17 CHU, 14 hôpitaux locaux, 21 CHS, 52 CH et 33 maisons de retraite.

À noter que les services transports ont organisé en majorité (109 établissements) des structurations centralisées totales ou partielles, notamment dans les plus grands établissements.

Parmi les activités centralisées, on distingue les transports de patients, la gestion automobile et les transports de biens. Les réorganisations ont impacté principalement le métier et l'unité logistique. La production ou le site ne sont pas impactés.

37 % des interrogés ont mis en place une démarche de mesure des unités d'œuvre : kilomètres parcourus pour les biens ou les

patients ; nombre de transports ; volume des transports de biens. Seulement 10 établissements sur 137 disent avoir mis en place une facturation interne. 18 établissements ont restructuré les services transports au sein d'un pôle. 21 services ont été restructurés sans être rattachés à des pôles.

114 établissements sont aujourd'hui structurés en pôles. 18 % des services transports sont rattachés à un pôle unique ; 17 % à plusieurs pôles. 20 % des services sont rattachés à une direction unique ; 16 % à plusieurs directions.

11 structures sur 137 ont mis en place une démarche de contractualisation de leurs activités (7 sont rattachés à un pôle et 4 à une direction). Les contrats visent les activités suivantes : la restauration, la pharmacie et le linge.

Dans les 114 établissements structurés en pôles, la restructuration induit :

- La mutualisation des effectifs dans 64 % des services de transports ;
- Une baisse des effectifs dans 21 % des services ;
- Un développement des compétences et de la formation pour 64 % des services ;

Les principaux projets de réorganisation visent la logistique (66 %), l'architecture (61 %), les activités médicales (7 %). Les principales perspectives d'évolution sont : la création de plateformes logistiques, la restructuration de locaux, la construction de bâtiments, le regroupement d'activités et la mise en place de « radioguidages ».

En conclusion, Monique CAYROL souhaite souligner les faits qui lui semblent les plus marquants :

L'absence de facturation ;
L'absence de contractualisation ;
L'absence d'unités d'œuvre.

Analyse des modèles d'organisation

Pierre Olivier BARD, Ingénieur en Organisation au CHRU de Montpellier

Pierre-Olivier BARD constate que les évolutions structurelles sont nombreuses, avec des objectifs affichés de rationalisation et de mutualisation. Parallèlement, ces mouvements ne favorisent pas l'émergence d'une fonction des transports hospitaliers. Il retient toutefois trois axes d'évolution :

- Une centralisation partielle par grands types de transport (biens, patients, parc auto)
- Un mouvement de balancier entre externalisation et internalisation
- L'émergence de fonctions de régulation
-

La réforme NG (nouvelle gouvernance) ne paraît pas être un catalyseur de réorganisation pour les services de transports. Pour preuve, entre 2007 et 2008, 75 % des établissements ayant répondu au questionnaire ont structuré principalement les pôles d'activités médicales. Les services transports restent en marge de cette restructuration globale des établissements.

Les évolutions des prestations

Les hôpitaux sont en constant mouvement : déménagements, nouvelles constructions, développement de nouvelles activités. Une forte adaptabilité est demandée aux

services transports pour répondre aux besoins de leurs clients (prestations, effectifs).

Il en ressort également un souci de maîtrise des dépenses, soit une prise en compte plus systématique dans les projets institutionnels des problématiques et des coûts de transport.

Zoom sur la description des activités de transport

Le descriptif d'activité reste finalement assez pauvre. Le partage d'informations est limité aux coûts (base d'Angers). On ne rentre pas dans le détail du transport : est-ce que le transport a été demandé en urgence ? Combien de ressources mobilisées ? Il n'existe pas de typologie d'activité plus précise, notamment pour les transports de patients. Or, si les activités de transport sont mal connues, c'est que l'on ne dispose que de très peu d'indicateurs pour les faire connaître. Les indicateurs disponibles ne sont pas diffusés, ou pas de façon commune ou harmonisée. Chaque établissement diffuse ses propres indicateurs.

Sur ce point, **Liliane DIGNAT** rappelle que l'un des objectifs de l'ARTH est de construire, par des travaux communs, des indicateurs affichables.

Pierre-Olivier BARD reprend le cours de son exposé.

L'implication des nouveaux acteurs

Les trinômes de pôle sont présentés, dans la réforme, comme les interlocuteurs adaptés (médical, soignant, administratif regroupés). Ils n'apparaissent pas encore comme des interlocuteurs incontournables. En fait, les équipes ne sont pas encore insuffisamment installées dans leurs fonctions. Les pôles ne sont structurés que depuis un an dans de nombreux établissements. Ces équipes, de surcroît, ont d'autres priorités que le pilotage opérationnel du pôle. Enfin, les délégations de gestion sont, en général, très limitées dans leur champ et leur contenu. La priorité étant axée sur les actes médicaux, les responsables et les trinômes de pôles oublient les problématiques proprement logistiques.

Une contractualisation qui reste embryonnaire.

Seulement 8 % des établissements ont un contrat signé intégrant la fonction transport et cela uniquement sur des volumes de prestations. C'est, certes, une première étape nécessaire (maîtrise des dépenses, meilleure planification), mais insuffisante…

Il faudra intégrer d'autres objectifs dans la contractualisation :

- La réduction des demandes en urgence
- La maîtrise des transports les plus coûteux en ressources
- La diminution des non qualités

En conclusion, **Pierre-Olivier BARD** constate que le contexte est toujours favorable à une optimisation / rationalisation des prestations de transport. La pression financière n'a pas baissé. Dans ce contexte, les responsables des transports hospitaliers doivent :

- Être proactif : poursuivre les réorganisations des services transports
- Accentuer les centralisations d'activité, même partielles, pour « peser » (atteindre une masse critique) dans l'établissement
- Solliciter les directions générales pour impliquer les pôles dans un suivi précis des transports demandés, via la contractualisation (au même titre que la biologie, l'imagerie, la téléphonie…).
- Accompagner l'encadrement des pôles dans des actions d'optimisation.
- Demander au pôle de construire un processus de validation des demandes coûteuses (transferts lourds), l'objectif étant de maîtriser les dépenses et d'arriver à une contractualisation gagnant-gagnant.

VI) Trois modèles-types d'organisation : illustrations et témoignages d'établissements

Michel BARREAU, Logisticien au CHS du Jura à Dole
François BISCH, Ingénieur responsable des services logistiques au CHU de Dijon
Thierry FARENC, Responsable transports au CH de Castres

Michel BARREAU présente l'organisation au sein du CHS du Jura. Les démarches entreprises ces derniers mois ont consisté, en premier lieu, à créer des pôles au sein de l'établissement. Certes, les premiers pôles qui ont été créés étaient essentiellement cliniques. Preuve que « la logistique est le parent pauvre de l'hôpital ». L'établissement a réussi, malgré tout, à mettre en place un pôle logistique qui englobe tous les services de support aux soins (services économiques, services d'entretien, service transports, blanchisserie et restauration). La création du pôle est née d'une démarche participative, l'objectif premier étant d'inscrire le projet logistique dans le projet d'établissement. Pour cela, un questionnaire a été envoyé aux services de soins et à tous les services logistiques pour recueillir les attentes de chacun. Le projet final a été présenté à tous les agents de la logistique pour recueillir leur avis et les associer pleinement à la démarche. Une fois le projet validé, un plan d'action a été décliné en y associant l'ensemble des parties prenantes.

Le débat s'oriente autour de la question de la « traçabilité » des activités.

Thierry FARENC rappelle que les activités de transports sont le plus souvent gérées au jour le jour. Ce manque de traçabilité empêche de mettre en place de véritables systèmes de facturation.

Pierre-Olivier BARD rappelle que pour s'organiser, il faut s'en donner les moyens. Il n'est pas convaincu que les cadres hospitaliers disposent du temps nécessaire pour investir ce genre de réflexion. Certains établissements ont mis en place des structures de conseil en organisation pour venir en appui des cadres sur ce genre de problématique. Malheureusement, ces structures sont rares. **François BISCH** abonde dans son sens. Non seulement les responsables n'ont pas toujours le temps nécessaire ; mais plus ils donnent d'éléments à la Direction, plus elle en demande…

Liliane DIGNAT en est également persuadée. Les responsables des transports ont besoin d'être épaulés dans leurs missions. Les directions générales doivent en prendre conscience.

La discussion s'oriente ensuite autour de la problématique de l'hôpital entreprise.

Pour **Michel BARREAU**, l'hôpital ne sera jamais une vraie entreprise. Il n'en a pas les moyens. Il lui semble pour le moins utopique de comparer un hôpital à une entreprise.

Monique CAYROL rappelle que l'hôpital est avant tout un service public. À vouloir le comparer à une entreprise, il risque de perdre ses valeurs.

-o-o-o-o-

VII) L'incidence du modèle Hôpital Entreprise sur la gestion des ressources humaines

Richard BARTHÈS, Directeur de l'accompagnement des projets structurants et de la formation au CHRU de Toulouse
Bertrand PERRIN, Directeur du CH de Cahors, représentant Midi-Pyrénées à la Fédération Hospitalière de France

Richard BARTHÈS se propose d'évoquer les mutations sociétales, personnelles et administratives qui impactent un secteur hospitalier en complète recomposition. Son exposé porte sur les conséquences de cette recomposition sur les métiers Il a pour objet, sur la base des grandes tendances d'évolution probable dans le champ sanitaire, social et médico-social, d'identifier et de qualifier les impacts de ces évolutions sur les métiers « *sensibles* » : les métiers qui sont voués à disparaître ou, au contraire, ceux qui seront amenés à évoluer, voire à se renforcer.

Les grandes tendances à moyen et à long terme

Richard BARTHÈS identifie 10 facteurs d'évolution impactant l'organisation et les métiers de soins :

- La démographie
- La demande des usagers
- L'organisation de l'offre de soins
- L'évolution de la politique de soins
- L'évolution des techniques médicales
- Les facteurs médico économiques (les systèmes d'information médicale et leur impact sur les aspects financiers)
- L'organisation interne et le management (la nouvelle gouvernance)
- L'évolution des systèmes d'information et la gestion des flux
- La gestion des risques et de la qualité
- La formation initiale et la formation continue

Focus sur l'impact des évolutions démographiques

Une étude de l'évolution démographique des usagers montre que la catégorie dite du 4e âge représentera, en 2015, plus de 10 %

(environ 6 millions de personnes) de la population en France. Cette catégorie de personnes nécessite des parcours de soins complexes et lourds, avec, notamment des suivis de maladies chroniques (maladies dont on ne meurt pas, mais dont on ne guérit pas). L'augmentation du nombre de ces patients - qu'il s'agit le plus souvent d'accompagner en fin de vie - exige une refonte complète du système de prise en charge ; celui-ci étant aujourd'hui axé prioritairement sur les séjours courts. Il conviendra d'organiser et de structurer les parcours de soins, à la fois en amont et en aval de l'hospitalisation.

Ces évolutions démographiques favorisent l'apparition de nouveaux métiers. En Grande-Bretagne, des « *care managers* » sont chargés de coordonner le parcours de soins des patients (hospitalisation, rééducation, prise en charge à domicile). Plus généralement, du point de vue des ressources humaines, il s'agira de renforcer les compétences en gérontologie et en gériatrie, avec des déplacements massifs de compétences du secteur sanitaire vers le secteur social.

Autre facteur démographique important : dans 15 ans, plus de la moitié de l'effectif de la fonction publique hospitalière sera parti à la retraite.

Dès 2020, la France retrouvera le nombre de médecins par habitant qu'elle connaissait en 1980. Il en résulte que les établissements de petite ou de moyenne taille auront les plus grandes difficultés à trouver des médecins.

Dans ce contexte de départs massifs en retraite, les managers se poseront probablement la question de l'externalisation des fonctions support.

L'étude des évolutions démographiques permet de démontrer que les facteurs exogènes (extérieurs à l'hôpital) sont plus forts que les facteurs endogènes. La Loi HPST – à laquelle est consacré ce colloque – n'est qu'une conséquence. C'est la démographie (des personnels et des usagers) qui changera profondément le paysage du système de santé français.

Le rôle de la gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines (GRH) a un rôle majeur à jouer en réponse aux différentes tendances qui impactent le système de santé. Il faut inciter les établissements à passer d'une gestion administrative à une gestion des ressources humaines. Il convient, pour cela, de développer une véritable démarche métiers ; d'impulser une démarche de *« gestion prévisionnelle des métiers et des compétences »*.

Ceci exige une gestion des ressources humaines beaucoup plus stratégique qu'elle ne l'est aujourd'hui. Il faut établir de véritables politiques en matière de ressources humaines. Les établissements se doivent de définir des pratiques et formaliser des règles du jeu, notamment en matière de partage de la fonction RH. Sur ce point, Richard BARTHÈS insiste sur le fait que les différents participants à ce colloque sont des acteurs à part entière de la fonction RH. Ils doivent, à ce titre, intégrer des compétences RH dans leurs modes de fonctionnement. Les cadres sont aujourd'hui jugés et évalués non pas tant sur leurs compétences techniques, mais sur leurs modes de management (la capacité à traiter des conflits et à donner du sens au travail)

Les fondamentaux de l'analyse des métiers

Encore faut-il définir la notion de métier :

- Un métier, c'est des activités et des compétences homogènes.
- Un métier implique un certain temps d'apprentissage (on ne devient pas plombier du jour au lendemain) et des qualifications.
- Un métier est une matière vivante, dynamique. Il évolue, dans son contenu, avec l'environnement. Certains métiers apparaissent. D'autres disparaissent. Beaucoup se transforment.
- Un métier n'a pas de frontières. Certaines activités peuvent être gérées par un métier un jour et par un autre le lendemain. Les infirmières assument aujourd'hui des missions qui étaient auparavant assurées par des médecins.

Richard BARTHÈS constate quelques grandes tendances d'évolution. De nos jours, peu de personnes exercent le même métier toute leur vie. Le niveau d'expertise des métiers a fortement augmenté. Les métiers se professionnalisent. Il est par ailleurs, de plus en plus nécessaire de connaître les compétences des autres métiers. Les métiers doivent se coordonner, ce qui demande une approche axée sur les compétences. Ce qui fait défaut dans les hôpitaux.

Les enjeux

L'hôpital se doit de fidéliser ses personnels. Pour cela, il doit être capable de donner aux personnes une bonne « *lisibilité métier* ». C'est-à-dire leur présenter les métiers d'avenir, les métiers susceptibles de se développer dans les années à venir et les accompagner dans leur évolution professionnelle. Le schéma est simple : « *la structuration de la demande métier passe par la structuration de l'offre métier* ». La question de la mobilité est également un enjeu fondamental. L'hôpital doit développer de véritables parcours professionnels, des aires de mobilité (à l'intérieur et à l'extérieur des métiers).

Force est de constater que les hôpitaux sont aujourd'hui incapables de gérer réellement les compétences. Gérer les compétences cela veut dire :

- Identifier les compétences clés sur les différents métiers
- Évaluer les besoins en compétences
- Identifier les compétences critiques dans les différents secteurs
- Bâtir des parcours professionnels

En conclusion, Richard BARTHÈS énonce quelques enjeux fondamentaux :

- Renforcer l'articulation entre la formation initiale et l'activité du métier
- Professionnaliser les métiers
- Mettre en place des politiques d'adaptation aux postes de travail
    - Développer des modes de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

Un intervenant craint que certains salariés, notamment ceux dont les niveaux de qualification sont les plus bas, ne soient progressivement exclus du système.

Marc COMBES fait remarquer, pour sa part, que la stratégie d'évolution des métiers et des services est décidée au niveau des directions. Cette stratégie n'est pas toujours communiquée clairement aux responsables sur le terrain.

Bertrand PERRIN souhaite réagir à l'exposé de Richard BARTHÈS. Tout le monde a bien compris l'intérêt, voire l'absolue nécessité, de passer d'une GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) un peu figée et statutaire à une GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et compétences). Or, ce travail sur les métiers et les compétences doit être réalisé sur le terrain, en association avec le tutorat et la formation. L'erreur serait de croire que la GPMC est seulement l'affaire de la Direction des Ressources humaines ou de la Direction. Il ne faut jamais oublier que « *le savoir est là où il se pratique* ».

Richard BARTHÈS convient que les responsables ne sont pas toujours une vision très claire de la stratégie de leur établissement. Il rappelle que «*l'histoire n'est pas écrite à l'avance* ». Ainsi, si la Direction des Ressources humaines peut donner la première impulsion, chaque responsable se doit d'être proactif et fixer sa propre stratégie pour son secteur. Il en est de même en ce qui concerne le référentiel métier. Richard BARTHÈS invite l'ARTH à être force de proposition, à écrire des articles et à envoyer des contributions à la DHOS. S'agissant des personnels dont le niveau de qualification est plus faible, Richard BARTHÈS est convaincu que l'hôpital (qui n'est pas une entreprise) peut jouer un rôle d'ascenseur social et offrir une seconde opportunité aux personnes qui n'ont pas eu la chance d'avoir un bon parcours professionnel au départ.

S'agissant toujours des basses qualifications, **Bertrand PERRIN** fait part des démarches développées au sein du CH Cahors. Démarche qui a consisté à identifier les besoins et à mettre en place en interne des formations adaptées (en langue française, par exemple). De même, pour les logisticiens de transports, le

centre hospitalier s'évertue, au travers de la formation et du tutorat, à identifier clairement les compétences des personnels et à organiser des parcours professionnels de qualification. Cela étant dit, ces démarches ne porteront leurs fruits que si elles s'appuient sur un projet stratégique clairement défini et formalisé.

Claude COSTECHAREYRE évoque enfin l'Agence Nationale de Lutte contre l'Illettrisme, laquelle a établi un référentiel sur les plus bas niveaux de qualification. L'objectif étant de recenser les compétences de bases nécessaires pour accéder à des qualifications professionnelles.

Un intervenant (CHU de Bordeaux) souhaite insister sur les difficultés rencontrées aujourd'hui par les responsables transports pour motiver les personnels qu'ils encadrent. Souvent les responsables se retrouvent seuls à impulser les projets qu'ils souhaitent mettre en place. Ils ne disposent pas toujours du temps nécessaire et ont besoin d'accompagnement.

Bertrand PERRIN rappelle que la conduite de projet est une compétence. Il existe, à ce titre, des formations spécifiques en la matière. Une enquête a été réalisée, au sein du CH de Cahors, sur la population des cadres. L'enquête a montré que tous les cadres (administratifs, logistiques, techniques ou médicaux) partageaient les mêmes interrogations, et surtout, un même besoin d'accompagnement. Certains gros établissements essayent aujourd'hui de mettre en place des cellules « *organisation et méthode* » pour apporter un accompagnement méthodologique aux cadres de terrain. Dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance, le CH de Cahors a mis l'accent sur les formations en management de projet.

Richard BARTHÈS tient à ajouter que certains cadres estiment, à tort, ne pas avoir le temps de se consacrer au management. Encore une fois, il rappelle que les cadres sont aujourd'hui jugés et évalués non pas tant sur leurs compétences techniques que sur leurs qualités de « *manager* ». Le CHU de Toulouse a récemment eu l'immense privilège de recevoir Guy NOVÈS (entraîneur du Stade Toulousain) qui a partagé avec l'équipe de direction et quelques privilégiés ses idées sur le management d'une équipe de très haut niveau. Guy NOVÈS a évoqué quelques notions fondamentales : l'humilité, la considération pour tous, l'écoute, le partage (des réussites et des échecs), la solidarité, le collectif. Malheureusement, au sein de l'hôpital, il y a encore peu d'échanges entre les responsables sur les pratiques de management. Il n'existe pas d'endroit où les cadres peuvent venir discuter des problématiques de management. Comme toute chose, « *la conduite de projet s'apprend* ».

Claude COSTECHAREYRE ajoute que Michel HIDALGO, lorsqu'il était entraîneur l'équipe de France, avait coutume de dire qu'il n'apprenait pas aux joueurs à jouer. Il leur apprenait « *à mettre en valeur ce qu'ils savent faire* ». Aujourd'hui, les cadres n'acceptent pas de renoncer à certaines de leurs compétences techniques pour acquérir un savoir-faire managérial. C'est la plus grande difficulté.

Jean Pierre CRÉANCE (CHU Caen) fait remarquer que les directions hospitalières sont aujourd'hui confiées à des personnes polyvalentes (issues généralement de l'ENSP), personnes qui évoluent d'une

direction à l'autre au gré des opportunités. Jean Pierre CRÉANCE « *rêve d'un directeur logistique qui sache de quoi il parle* », d'un directeur qui dispose d'une véritable expérience dans le domaine logistique.

Bertrand PERRIN n'est pas persuadé qu'un très bon technicien fasse un bon directeur technique.

Richard BARTHÈS met l'accent sur la professionnalisation. Il fut un temps où l'on pensait qu'un énarque pouvait occuper n'importe quel poste. Ce n'est plus le cas. La haute fonction publique se professionnalise progressivement. C'en est de même pour les directeurs d'hôpitaux.

François BISCH (CHU de Dijon) ne met pas en doute la volonté des responsables de transport. Toutefois, dans la pratique, les transports hospitaliers évoluent dans une culture axée principalement sur les soins, une culture qui ne prend pas en compte les fondamentaux du métier des transports.

Richard BARTHÈS en convient. Il observe, dans tous les secteurs, une « perte des fondamentaux » des métiers. Les infirmières aujourd'hui, sont capables de prodiguer des soins très sophistiqués. Elles ne sont plus toujours capables de prodiguer les soins de base, pourtant essentiels pour le malade. Il revient aux responsables de « revenir aux fondamentaux ». Toute la difficulté du métier de manager consiste à savoir regarder au loin (les projets) tout en gérant le quotidien (les fondamentaux). C'est aussi ce qui en fait l'intérêt.

-o-o-o-o-

VIII) Nouveauté sur le transport sanitaire : la norme NF 1789

Bruno SCHERER, PDG de la Société BSE

Bruno SCHERER présente la norme NF 1789, laquelle fixe les conditions pour les véhicules sanitaires et les installations affectées aux transports ambulanciers. Cette norme sera appliquée en deux temps. Les nouveaux types de véhicules en production devront être conformes d'ici le 1er janvier 2010. Les types de véhicules existants devront être conformes le 1er janvier 2011. Dans tous les cas, tout le parc sdevra être conforme en janvier 2021.

Si la norme établit les niveaux de conformité nécessaires pour fabriquer une ambulance, elle n'établit pas de procédures de vérification de la conformité. En effet, ces procédures sont laissées à la discrétion de chaque pays. En France, cette procédure sera réalisée par l'UTAC qui vérifiera les dimensions (clairement définies) des véhicules, les contraintes ergonomiques, les performances, les compatibilités électromagnétiques, la carrosserie, la cellule (les saillies, les sièges, la ventilation, le chauffage et l'éclairage).

En réponse à une question posée dans la salle, Bruno SCHERER précise que le surcoût des véhicules est estimé à environ 30 %. Un intervenant du CHU de Grenoble rappelle que les établissements lancent des appels d'offres dans toute l'Europe. Comment s'assurer alors que les véhicules

achetés, par exemple en Allemagne, soient aux normes prévues par l'UTAC. Bruno SCHERER indique que les carrossiers qui souhaitent vendre leurs véhicules en France devront obtenir au préalable un document de certification de la part de l'UTAC.

-o-o-o-o-

IX) L'hôpital-entreprise : quelles relations avec ses partenaires externes ?

Pierre-Jean DOMENGES, Directeur de la Politique des Achats et de la Réglementation au CHRU de Montpellier

Pierre-Jean DOMENGES présente une nouvelle approche de l'achat hospitalier dans le cadre de la Loi HPST et de la réforme du Code des marchés. Cette nouvelle approche est rendue possible par l'allègement des contraintes réglementaires qui pèsent sur l'achat hospitalier. Elle résulte également d'une nouvelle orientation stratégique majeure : la massification des achats.

L'allègement des contraintes réglementaires pesant sur l'achat hospitalier

Cet allègement résulte des différentes réformes du Code des Marchés Publics (2004, 2006, 2008) et de la loi HPST. Ces réformes se sont traduites par :

- la suppression de la nomenclature obligatoire
- l'introduction d'une plus grande souplesse dans l'appréciation de l'homogénéité des fournitures
- le relèvement des différents seuils de marchés
- la suppression de la Commission d'Appel
- l'élargissement du champ de la négociation

Au final, ces réformes traduisent un changement majeur dans la considération de l'acheteur public en général, et donc de l'acheteur hospitalier en particulier. Ainsi, le Code des Marchés 2001 exprimait une certaine défiance vis-à-vis de l'acheteur public, lequel ne disposait d'aucune marge de manœuvre. Désormais, les valeurs ont été renversées et la recherche de l'efficience de l'achat public prime sur l'obsession de la régularité juridique, même si le cadre juridique reste strict. Il est plus efficace de responsabiliser l'acheteur, de lui laisser des marges de manoeuvre et de professionnaliser la fonction achat que d'édicter des contraintes rigoureuses et paralysantes

La recherche de l'efficacité se traduit par la volonté de faire émerger une véritable fonction Achat à l'hôpital, laquelle diffère de la fonction « marchés » ou la fonction « approvisionnements ». L'objectif est de mettre fin à l'éparpillement des acheteurs entre de multiples directions. Cela étant dit, la mise en place d'une direction des achats centralisée exige le recrutement et la formation de professionnels de l'achat connaissant les règles du public. Ce qui est une denrée rare sur le marché de l'emploi.

Une nouvelle orientation stratégique: la massification des achats

Cette nouvelle orientation procède d'un postulat simple : les hôpitaux achetant tous les mêmes produits, ils les paieront moins cher en se groupant. Il convient de distinguer deux niveaux de groupement : régional et national.

Le niveau régional est très inégalement développé. Si certaines régions sont déjà très structurées (Ile de France), d'autres en sont aux premiers balbutiements. Quoi qu'il en soit, toutes les régions sont concernées par la mise en place d'un réseau

régional, l'impulsion initiale ayant été donnée par la DHOS et les ARH.

Le niveau national repose sur la mise en place d'UNI-HA. Pour rappel, l'UNI-HA est un groupement de coopération sanitaire (GCS). Créé en 2005, il regroupe les 52 plus gros établissements hospitaliers publics (CH et CHU). Le potentiel d'achat est évalué à 7,5 Mds € (sur les 20 Mds € de l'ensemble des hôpitaux publics et privés). Il s'agit bien d'un réseau (et non d'une centrale d'achat) dont l'objectif est de couvrir à terme 70 % des achats des membres. Il est organisé en 12 filières (restauration, fonction linge, biomédical, médicaments, dispositifs médicaux, …). Chaque filière est pilotée par un ou deux CHU (la filière NTIC est pilotée, par exemple, par l'AP-HM) et comporte différents segments d'achats pour lesquels un CHU coordonne le groupement d'achats (la micro-informatique est coordonnée par le CHU Montpellier). L'UNI-HA fait déjà partie des 10 plus gros acheteurs européens. Certains marchés ainsi constitués sont majeurs pour les fournisseurs. Il en résulte que le rapport de forces sur les marchés n'est plus le même.

Pierre-Jean DOMENGES constate certains écueils. En effet, sur certains segments d'achat, l'offre existante n'est pas suffisamment dimensionnée. Ainsi, la décision a été prise de créer un groupement d'achat sur les transports aériens. Or, il n'existe pas aujourd'hui de société en France capable de couvrir le territoire national et donc de répondre à un besoin exprimé globalement. À cela s'ajoute le fait que la massification peut conduire à la disparition de la concurrence. Il faut donc préalablement analyser la réalité du marché fournisseur et rencontrer tous les acteurs (les fournisseurs potentiels).

À terme, 70 % des achats seront réalisés en groupement, et 30 % en « local » (achats de proximité, achats de travaux et sur-mesure). Cette évolution pose, au regard de la loi HPST, deux interrogations. La première porte sur les achats et le territoire. La Communauté Hospitalière de Territoire, si elle correspond à peu près aux actuels bassins de santé, permet éventuellement de regrouper des moyens. Son périmètre n'est que très peu adapté aux achats, car elle n'atteint pas la taille critique nécessaire à la massification des achats et les résultats financiers ne seront pas au rendez-vous. Il faut garder une certaine souplesse et le territoire, en tant que périmètre d'achat, sera nécessairement à géographie variable (local, infrarégional, régional, interrégional, national). La seconde interrogation porte sur les achats et la délégation de gestion. Les pôles seront délégataires d'enveloppes budgétaires et deviendront, au sein de l'hôpital, « donneurs d'ordre » vis-à-vis des directions des achats. Ils auront, de surcroît, le devoir de maîtriser le montant de leurs approvisionnements. Encore faut-il qu'ils aient les moyens de le faire. Ce champ est propice au développement de l'e-procurement, le pôle ayant l'opportunité de commander directement ces achats, sans passer par les approvisionneurs d'une direction quelconque.

-o-o-o-o-

Évolution des achats et loi HSPT

X) Table ronde : l'hôpital-entreprise et les attentes des partenaires

Pierre-Jean DOMENGES, directeur de la Politique des Achats et de la Réglementation au CHRU de Montpellier
Arnaud REGUL, directeur adjoint des Achats et des Équipements au CHRU de Bordeaux
Laurent RIGAUD, PDG de la Société Coldway
Gérard SIMON-LABRIC, directeur du Réseau à l'UGAP
Marc HEUZEY, responsable commercial, Société STRICHER

Gérard SIMON-LABRIC constate que l'achat public a considérablement évolué ces dernières années, notamment d'un point de vue organisationnel. La création du Service des Achats de l'État en constitue le parfait exemple. Ce service a pour mission de fédérer les besoins transverses et de lancer les procédures d'achat (qui sont confiées ensuite à des opérateurs divers). Le secteur hospitalier poursuit une démarche similaire. Gérard SIMON-LABRIC y voit une opportunité pour l'UGAP qui se retrouve désormais face à un acheteur plus professionnel, plus exigeant, permettant ainsi de développer une démarche gagnant-gagnant.

Laurent RIGAUD estime que les nouvelles orientations en matière de politique des achats constituent un élément de structuration des hôpitaux. La mise en place des nouveaux marchés devrait permettre d'homogénéiser les pratiques entre les différents établissements, voire même de déterminer les « bonnes pratiques » en matière d'achats. Demeure toutefois un risque majeur, celui de « tuer les identités des établissements ». Laurent RIGAUD demeure persuadé que les adhésions aux différents réseaux d'achats doivent être basés sur le volontariat.

Marc HEUZEY en est également convaincu. La Société STRICHER, dont il est le responsable commercial, propose des locations de véhicules. Or, les besoins en location sont fonction de l'état du parc automobile de chacun des établissements.

En effet, **Laurent RIGAUD** fait remarquer qu'un établissement dont le parc automobile est jeune ne sera pas enclin à choisir une solution de location.

Gérard SIMON-LABRIC ajoute que seulement certains domaines sont propices à la massification (fournitures de bureau, micro-informatique). Dans d'autres domaines, une situation de monopole ne permettra pas d'améliorer la performance de l'acte d'achat. « La massification à outrance a ses limites ».

Laurent RIGAUD, PDG d'une jeune petite société, y voit toutefois un certain avantage. La massification permet de simplifier le circuit d'achat, ce qui permet aux plus petites entreprises d'avoir accès à un potentiel d'achats plus importants. Cela étant dit, si cette démarche avait été mise en place, il y a 7 ans, au démarrage de sa société, Laurent RIGAUD n'aurait pas été en mesure de vendre son produit. La massification peut devenir un frein à l'innovation.

Marc COMBES craint que cette nouvelle politique des achats ne soit en contradiction avec l'achat dit « éco responsable ». **Gérard SIMON-LABRIC** convient que l'acte d'achat ne doit plus se limiter au seul critère du prix. Il doit prendre en compte des critères de développement durable et d'insertion sociale. L'achat public doit être un vecteur

privilégié des politiques publiques. L'achat public a pour mission, non pas de limiter la concurrence, mais de faire évoluer le tissu industriel vers des approches « éco responsables ».

Hubert REMAURY (CHU de Toulouse) rappelle que l'acte d'acheter consiste, certes, à réfléchir au produit, mais également aux fonctions attendues du produit.

Un intervenant n'en demeure pas moins persuadé que le critère de prix restera, fondamental. **Pierre-Jean DOMENGES** en doute. De nombreux critères entrent désormais en ligne de compte. La qualité technique ou la dimension éco responsable du produit peuvent représenter jusqu'à 60 % de la pondération du choix. Le niveau de prix n'est pas toujours primordial.

Gérard SIMON-LABRIC ajoute que l'acheteur doit être en mesure d'apporter aux politiques une aide à la décision. Lorsque l'UGAP a lancé une filière de bennes à ordures ménagères sur châssis GNV pour le compte de la ville de Paris, la Mission Achats Marchés lui a demandé de fournir un comparatif entre les différents équipements. Les politiques disposaient ainsi de tous les éléments pour faire leur choix.

Un intervenant insiste sur le fait que la politique d'achat des produits récurrents ou standards est axée principalement sur le prix. **Arnaud REGUL** tient à préciser que les critères d'achat sont choisis en fonction de la nature des produits. Les critères varient selon qu'il s'agit d'un produit alimentaire ou d'un produit pharmaceutique. Quant au critère de prix, il est à noter que chaque établissement hospitalier se donne ses propres règles. Ainsi, au CHU de Bordeaux, la règle veut que le prix représente au moins 30 % des critères d'évaluation des offres. Cette règle est intangible.

S'agissant des produits standards ou récurrents, **Gérard SIMON-LABRIC** évoque le lancement d'une procédure interministérielle pour l'achat de papier éco responsable.
En termes de location, **Marc HEUZEY** tient à préciser que le prix demeure encore aujourd'hui le seul critère. **Laurent RIGAUD** le confirme. Cela étant dit, le produit proposé par la société Coldway étant relativement cher par rapport à la concurrence, l'entreprise est obligée d'insister sur le positionnement du produit.

François BISCH (CHU de Dijon) souhaite aborder la question des systèmes d'information et de l'e-procurement. Ces systèmes vont à contresens des objectifs des politiques d'achats développées. En effet, ils ne permettront pas de libérer les soignants des tâches logistiques. La centralisation n'a t-elle pas pour objectif de détacher les soignants des fonctions d'achats ?

Arnaud REGUL rappelle que les établissements hospitaliers ont une longue tradition d'indépendance. Ils se sont développés dans des contextes économiques, culturels et géographiques différents. Chacun a mis l'accent, en fonction des équipes qui se sont succédées, sur telle ou telle pratique. Le CHU de Bordeaux est, à ce titre, un établissement fortement informatisé. Cela fait maintenant 20 ans que les cadres de soins passent directement leurs commandes d'achats sur un système développé en

interne. La question de leur libérer du temps ne se pose même plus.

Gérard SIMON-LABRIC ajoute que les exigences des acheteurs publics sont de plus en plus fortes en matière de « traçabilité » des commandes. La dématérialisation est un moyen de « traçabilité ». L'UGAP a mis en place, à ce titre, un portail Internet en vue de renseigner les clients sur les dates d'expédition ou de livraison. Une nouvelle version du site permettra prochainement de suivre la facturation et, éventuellement, les litiges.

-o-o-o-o-

XI) Synthèse et conclusion

Hubert REMAURY, Ingénieur Qualité au CHRU de Toulouse

Les débats de ces journées ont été centrés sur la Loi HPST. Il aura donc beaucoup été question de gouvernance. Il aura été question de contractualisation, de responsabilités, d'objectifs et d'évaluation. Mais également de projets, de contrats, d'unités d'œuvre, de management, de relation client/fournisseur, de juste prix, de métiers et de procédures. Certaines de ces notions/concepts font encore peur aujourd'hui. Si certains les acceptent, il est encore souvent nécessaire de leur donner un sens, un contenant. Les intervenants ont également évoqué les plateformes, la mutualisation des moyens ou les partenariats publics/privés. Autant de concepts que les participants à ce colloque devront « affronter ».

Le concept d'hôpital-entreprise a été abordé à maintes reprises. Une entreprise est un projet et une culture. C'est aussi des valeurs, des clients, des prestations, des partenaires, des hommes et des femmes, des métiers, des méthodes et des flux. L'hôpital peut-il se reconnaître dans ce modèle ? **Hubert REMAURY** en est persuadé. L'hôpital est une entreprise, un centre de production. Il partage avec l'entreprise certains rouages. Demain, il lui sera demandé de rendre compte de son activité, de l'utilisation de ses ressources. Cela étant dit, il ne faut jamais oublier que l'hôpital est avant tout « un process tourné autour d'un cœur qui bat ».

Quelle est la place des transports dans ce nouveau modèle ? Les participants à ce colloque ont su exprimer leurs inquiétudes, leur malaise. La fonction transport est encore mal connue. Elle est souvent perçue comme une fonction coûteuse, qu'il s'agit de rationaliser ou d'optimiser. Les plans de régulation se succèdent année après année, alors que les activités médicales ne cessent d'augmenter. Certains intervenants souffrent de ne pas être reconnus. D'autres estiment ne pas avoir les compétences nécessaires pour assumer leurs missions. L'expérience de terrain est parfois perçue comme une force, parfois comme une faiblesse. Il est demandé aujourd'hui aux responsables de « lâcher le terrain » pour se consacrer à d'autres missions. La fonction transport est à la croisée des processus de l'hôpital. C'est à la fois sa force et sa faiblesse.

Le responsable des transports hospitaliers doit faire face à de nouveaux défis :

- Ne pas rejeter l'Hôpital-Entreprise par dogmatisme. Le dogmatisme est souvent l'ennemi de la raison.
- Passer progressivement du pouvoir de l'expérience au pouvoir du management

des ressources (Hommes et Achats) et des projets.

- Passer progressivement du pouvoir de l'expérience au pouvoir de l'accompagnement du changement.

Le responsable des transports hospitaliers se doit de se montrer proactif, d'anticiper les évolutions.

En conclusion, **Hubert REMAURY** suggère d'axer le prochain congrès de l'ARTH sur le thème suivant :

« Comment accompagner le responsable des transports hospitaliers dans la mutation de l'hôpital-entreprise et dans la mutation de son propre métier ».

-o-o-o-o-

XII) Remerciements

Liliane DIGNAT, Présidente de l'ARTH, remercie très chaleureusement toutes les personnes et organismes divers qui, de par leur fonction, leurs compétences et leur implication, ont participé à la réussite de ces journées d'études :

- le CHRU de Toulouse, sa direction et les membres du service Transports, pour leur accueil et l'aide inestimable qu'ils ont apportée,
- les différents intervenants, pour la qualité et la justesse de leurs interventions,
- les partenaires commerciaux, pour leur indéfectible soutien,
- Claude Costechareyre, irremplaçable et estimé Monsieur Loyal,
- Seiler, pour la pertinence de ses dessins,
- les membres du comité d'organisation, pour leur indispensable et précieux concours,
- et bien sûr les nombreux participants, pour leur présence et l'intérêt soutenu qu'ils ont porté aux débats,
- et à travers ces derniers, l'A.N.F.H. et leurs établissements.

Rendez-vous est donné à tous
pour les Journées d'Études 2010,
qui se dérouleront les 3 et 4 juin en Suisse,
sous le parrainage
des Hôpitaux Universitaires de Genève.