



Ambassade de France en Afghanistan

Formation au management hospitalier à Kaboul



Maintenance et logistique hospitalière

Par Olivier Vilain

Ingénieur en Chef Travaux et Maintenance
Chef du projet Sûreté de fonctionnement
Assistance publique - Hôpitaux de Paris

3 au 10 juin 2005

A - La formation : objectifs

La formation Maintenance et Logistique hospitalière s'est déroulée du samedi 4 juin au jeudi 9 juin 2005.

Les objectifs en ont été les suivants :

- tout d'abord, permettre aux directeurs d'hôpitaux de percevoir tout le spectre et l'étendue de leurs responsabilités, au-delà de l'acte médical ou soignant
- leur fournir le bagage méthodologique du champ de la maintenance et de la logistique, afin de faciliter le « décodage » des processus non médicaux de l'hôpital
- enfin, doter les directeurs d'un niveau de connaissance critique de ces domaines qui leur permettra de piloter tous les aspects stratégiques de la direction de l'hôpital, dont l'élaboration et l'évaluation de la politique logistique et de maintenance

Les 6 jours de formation ont été répartis en fonction des thèmes abordés : 3 demi-journées attribuées à la maintenance et à son enjeu de sécurité technique, 2 demi-journées à la logistique hospitalière.

Le 6^{ème} jour a été réservé à un atelier destiné à élaborer des propositions d'orientation à l'attention du Ministère de la Santé.

B – La maintenance

La maintenance a été clairement abordée sous l'angle de son objectif – la sûreté de fonctionnement des installations et des équipements techniques – et de son enjeu – la responsabilité du directeur d'hôpital.

La progression s'est construite très progressivement en présentant l'hôpital comme un lieu d'exigence cumulées : d'abord un bâtiment neutre, puis un lieu de travail, un lieu recevant du public et enfin un lieu d'hébergement de patients impliqués dans un processus de soin très exigeant.

Cette typologie a permis de démontrer le niveau et la complexité technique d'un hôpital et les risques associés.

La recherche de situations concrètes auprès des équipes d'ALI ABAD, de WAZIR, de KHAYKHANA et de l'Institut de radiologie a permis d'évacuer l'idée qu'il pouvait exister des installations nobles, celles des hôpitaux modernes seulement.

A cette vision a été substituée la démonstration par l'exemple local que la seule graduation de ces installations et équipements techniques est celle des risques et de la criticité.

A ce stade, la recherche de solutions a pu commencer. Ainsi, la construction d'une organisation progressive de la maintenance a pu être abordée, en insistant sur son application souple et adaptable aux situations locales :

- inventaire et état des lieux,

- importance de la documentation des fournisseurs ou constructeurs comme source d'information indispensable à la construction du plan de maintenance. A défaut, il a été également montré qu'il reste possible de se fonder sur l'usage courant et la connaissance des techniciens locaux
- le plan de maintenance préventive : équipement, action, fréquence, acteur (technicien)
- l'importance capitale des ressources humaines (compétence, engagement, responsabilisation, formation, réseau professionnel)
- l'aspect économique : en particulier la nécessité d'engager la maintenance (alors légère) dès l'installation d'un nouvel équipement.

Parmi les messages les plus fréquemment passés et repris dans les discussions :

- la modernisation des installations techniques (comme celle des équipements biomédicaux) accompagnera et permettra la progression de la qualité et de la performance des soins (de plus en plus complexes) ; la maintenance sera alors le «prix à payer » de l'évolution de ce patrimoine technique
- la maintenance, si elle est prise en compte dès le début et suivie avec un minimum de rigueur est alors peu coûteuse et peu complexe (dépoussiérage, détartrage, resserrage, réglages, surveillance visuelle, relevé de mesures changement de consommables abordables (huiles, filtres, courroies..)
- il est absolument nécessaire de rechercher des solutions simples et réalistes d'organisation. Il faut pour cela être positivement opportuniste et faire jouer, aussi souvent que possible, la solidarité ou la mutualisation, par exemple :
 - un hôpital obtient une formation technique : saisir cette occasion pour inviter d'autres hôpitaux à envoyer leur technicien à la formation
 - les hôpitaux géographiquement groupés peuvent inciter leurs techniciens reconnus à former leurs homologues des sites voisins,
 - plusieurs cas ont été cités de techniciens bien formés aux frais de l'hôpital et qui ont, rapidement après, rejoint une entreprise ou une ONG au motif d'un salaire plus attractif (malgré un contrat d'engagement ferme).
 Une solution généralement efficace peut être de proposer un plan de formation sur 5 ans, ce qui incite le technicien à patienter 4 à 5 ans avant d'être éventuellement capté par le privé.
 Autre solution : recruter dans une tranche d'âge moins « mobile » : les + de 40 ans, avec enfants et familles à proximité seront plus réservés vis-à-vis des offres d'une ONG susceptible de les déplacer loin de leur domicile
 - autre solution ou facteur positif : donner aux techniciens de vraies conditions de travail professionnel (ex : atelier vraiment professionnel à WAZIR , aucun à Ali Abad)

- éviter absolument de morceler les fonctions, tout particulièrement lors de la mise en place ou la refonte d'une organisation : la spécialisation viendra bien assez vite. Tant que le développement des cultures professionnelles techniques n'a pas atteint un certain stade, il est dangereux de séparer la fonction de gestion des équipements biomédicaux de celle des équipements et installations techniques. Si la spécialisation semble être inscrite dans le développement industriel et tertiaire des sociétés, elle ne peut être que progressive. A ce jour, il semble plus efficace et réaliste de considérer une fonction de gestion des équipements au sens large. L'approche est meilleure en terme de sécurité (évite les problèmes d'interface) et plus réaliste vis-à-vis des effectifs mobilisables aujourd'hui dans ces domaines. Ce principe s'applique également à la logistique hospitalière dont une personne (encadrement) doit être responsable et apte à globaliser pour en surveiller la performance, dans un souci de support du soin et de performance économique.

C – La logistique hospitalière

Une démarche de présentation globale de la logistique a été utilisée pour montrer la cohérence de toutes les fonctions qui la composent (achats, approvisionnements/ distribution, nettoyage, blanchisserie, restauration, déchets) et leur convergence vers un seul objectif stratégique : le support aux soins.

Ensuite, en ayant le souci de « coller » à la situation locale, les différents métiers ont été abordés :

- les processus, les composants, les acteurs, les informations
- les enjeux : impacts sur le soin, économique, sur la santé
- les conditions d'efficacité, matérielles et de ressources humaines
- l'analyse neutre des différentes hypothèses d'organisation (avantage, inconvénient, limites, zones d'application)

Achats et approvisionnement :

Nous avons insisté sur les différentes stratégies d'achat et leur conditions d'application en analysant à la fois des organisations existantes non locales (exemples industriels) et la situation locale : centrale d'achat (Ministère achète et livre aux hôpitaux), achat direct.

Les conditions d'un bon stockage ont été débattues : localisation du magasin (entrepôt local), caractéristiques, sécurité, efficacité, prise en compte des denrées périssables.

De même pour la distribution interne (qui, comment, coordination avec les services, etc.).

Enfin, nous avons abordé les outils et indicateurs pertinents de performance :

- inventaire annuel (caractéristiques)
- comptabilisation des entrées
- comptabilisation des sorties
- comparaison de l'inventaire réel et de l'inventaire théorique puis analyse critique
- stock minimum
- rythme des commandes
- valeur du stock
- taux de couverture (la fonction est au service du soin)

Autres fonctions logistiques :

Les fonctions nettoyage, restauration, lingerie et déchets ont été abordées à de nombreuses reprises, sous les angles suivants :

- l'hygiène, pour ces 4 fonctions
- l'organisation : répartie dans les services ou centralisée, pour le nettoyage et les déchets
- l'importance de la maintenance des installations associées, pour la restauration, la lingerie et les déchets
- l'approvisionnement et les conditions de stockage , particulièrement importants pour la restauration (first in, first out)

en intégrant des exemples précis captés sur les sites visités.

D - Synthèse des thèmes Maintenance et Logistique hospitalière



Olivier Vilain avec le Dr Latif et le Dr Hamrah, Directeur des Hôpitaux au MoPH

Nous avons construit ensemble et progressivement une définition de la responsabilité du directeur d'hôpital : **un pilote**, aux commandes d'une organisation complexe, faite d'un assemblage de fonctions variées au service du soin et dont la défaillance peut nuire gravement à ce dernier.

Il ne peut être expert dans tous ces domaines et pourtant, il ne pourra faire progresser son organisation qu'en ayant **confiance** dans leur performance.

En clair pour avancer, il faudra que « l'intendance suive ».

Ces notions nous ont amené à conclure sur la nécessité de responsabiliser ses collaborateurs et de développer avec eux un ensemble d'indicateurs simples et suivis, garantissant **régulièrement** au directeur la confiance recherchée.

Il s'agira donc, à l'issue d'un travail de réflexion et d'organisation, d'aboutir à un tableau de bord pertinent des fonctions Maintenance et Logistique.

E - Propositions et actions des directeurs d'hôpitaux

Au cours de cette formation, les directeurs, collectivement, ont proposé de se réunir avec le formateur pour élaborer une note d'orientation qu'ils désirent transmettre au Ministère. En effet la formation, avec les débats et réflexions qu'elle a générés, a suscité la mobilisation des directeurs d'hôpitaux et leur volonté d'agir pour mieux affronter les problématiques suivantes :

- les directeurs , de même que les adjoints de plusieurs hôpitaux ou institut ont signalé les conditions parfois (souvent) critiques des dons de matériel : très souvent déposés, voire installés mais sans formation des utilisateurs, sans formation des équipes de maintenance, sans stock de consommables, sans stock de pièces détachées permettant une maintenance courante.

En conséquence :

- de nombreux matériels neufs (biomédicaux ou installations techniques) ne fonctionneront jamais ou tomberont en panne dans les premiers mois de leur utilisation et ne seront pas réparés
- une perte d'image de marque de l'hôpital qui crée ou développe son offre de soin sur la base d'un nouvel équipement et qui doit y renoncer rapidement et parfois définitivement
- les hôpitaux attributaires de ces dons en sont comptables. Autrement dit, lorsque la direction financière d'un bailleur, pas nécessairement connectée à la réalité du terrain, aura comptabilisé son aide et constatera qu'une part importante n'aura « servi à rien » », il est imaginable qu'elle se tourne vers d'autres pays. L'Afghanistan ne peut se permettre de voir se détourner ainsi l'intérêt et les fonds de ces bailleurs, indispensables à son développement et sa stabilisation

L'esprit est d'amener progressivement ces bailleurs de fonds à entendre les limites de ce système et à viser le fonctionnement durable des équipements qu'ils offrent. Cette problématique avait également été abordée lors du training de Monsieur Page, sur les équipements biomédicaux.

- les directeurs d'hôpitaux ont exprimé leurs difficultés d'approvisionnement, qui se traduit par une inadéquation des produits ou des quantités.
Si la fonction centrale d'achat s'applique aux produits de masse (communs) et aux gros fournisseurs, elle impose dans tous les cas une association étroite des « clients », les hôpitaux, à l'évaluation des besoins et au choix des produits référencés.
Par ailleurs, la centralisation des achats n'apporte aucune plus-value (et bien au contraire nuit à la performance) dès que le besoin est spécifique (non commun) ou que les fournisseurs du produit commun sont nombreux (constellation de petits fournisseurs).

Le système mixte est généralement utilisé : centrale pour l'approvisionnement de masse auprès de gros fournisseurs et achat direct dans les autres cas.

Cette réflexion ne remet pas en question l'existence d'une centrale d'achat du Ministère de la Santé qui décharge ainsi les hôpitaux de l'administration de l'achat mais invite à analyser et ajuster éventuellement sa stratégie.

F - Conclusions et apports du débat de la dernière journée

1 - L'apport premier de ces 2 premières semaines de formation est la volonté affirmée des directeurs d'hôpitaux d'être les acteurs, engagés, du développement hospitalier afghan. Cette dynamique est excessivement précieuse et doit être entretenue.

2 - Les échanges ont confirmé la nécessité de renforcer la responsabilité du Ministère de la Santé, afin qu'il soit en mesure d'imposer fermement et dans la cohérence, la politique de santé élaborée par le gouvernement d'Afghanistan.

A ce titre, les hôpitaux souhaitent que le Ministère édicte des règles précises de coordination des bailleurs de fonds et qu'il canalise toutes les volontés et les contributions de ceux-ci.

Le Ministère pourrait alors devenir l'interlocuteur unique de ces organisations et serait en mesure :

- d'imposer le besoin qui n'est jamais réduit à l'équipement ou au bâtiment mais à un fonctionnement : équipement + formation complète des utilisateurs + formation à l'entretien et la maintenance + tous les documents d'utilisation et de maintenance + les plans + les pièces de rechange courantes et les consommables pour une durée d'au moins 1 an (par exemple)
- de répartir les moyens offerts, conformément à sa stratégie d'offre de soins (carte sanitaire)

NB : à noter, par ailleurs, que le Ministère vient déjà de retenir des propositions évoquées lors de la formation, au cours d'une réunion qui s'est tenue le 8 juin :

- association des hôpitaux à la politique et au choix des produits (référencement) de la centrale d'achat du Ministère. Une commission a été créée le 8 juin dans ce but, à laquelle participeront systématiquement les hôpitaux
- la centrale d'achat a pris en compte la nécessité de mieux intégrer l'aspect économique (valeur du stock, taux de rotation, délai de paiement) et celui de la qualité de service (taux de couverture et rythme des livraisons) en décidant le 8 juin d'informatiser la gestion de l'approvisionnement et du stockage

Enfin, il a été rappelé que le renforcement de la responsabilité du Ministère induit obligatoirement de rechercher la meilleure connaissance possible des besoins des hôpitaux. L'association à la politique d'achat évoquée ci-dessus est un pas significatif dans ce sens.

Une autre proposition, également dans ce sens, est de réaliser auprès des hôpitaux, chaque année et à date fixe, **une enquête des besoins prévisionnels d'équipements et de travaux pour l'année suivante** (quoi ?, pourquoi ?, cohérence avec la politique de santé ?, etc.).

Le Ministère serait alors mieux à même de canaliser, répartir et contrôler les offres des bailleurs de fonds.

2 – Création d'une filière d'enseignement technique hospitalier

Les directeurs d'hôpitaux souhaitent que soit créée une filière de technicien ou d'ingénieur hospitalier.

Compte tenu du délai nécessaire à la mise en place d'un tel dispositif et de la formation des premiers élèves, la fonction pourrait apparaître dans les hôpitaux dans 5 à 7 ans, accompagnant ainsi le développement des hôpitaux à cet horizon. A cette échéance, cette fonction difficilement finançable aujourd'hui, semble réaliste.

Il a été convenu qu'il faut éviter de créer des spécialités distinctes biomédical et maintenance technique. Le sens de l'histoire ira vers ce découpage, mais le moment n'est pas opportun.

D'ailleurs d'une manière générale, il paraît prudent et efficace de maintenir un organigramme resserré, permettant aux collaborateurs du directeur de conserver la visibilité indispensable à la maîtrise des fonctions et des risques associés.

3 – Création d'un « club des directeurs »

Compte tenu de la dynamique voulue et créée par les directeurs d'hôpitaux et le Ministère, il serait opportun de concevoir une instance périodique de réflexion des directeurs qui :

- serait force de proposition auprès du Ministère
- aiderait efficacement ce dernier en examinant la faisabilité et les conditions de mise en place de futurs projets ministériels
- favoriserait le partage des expériences de chacun et homogénéiserait les pratiques (ex : mise au point d'un tableau de bord commun à tous les hôpitaux, signalement de formations pouvant intéresser d'autres hôpitaux)

Ce club pourrait être le socle d'une future école de formation des directeurs d'hôpitaux et les membres de ce club pourraient en devenir légitimement les professeurs.

4 – Bourses de stages des directeurs d’hôpitaux

Les directeurs d’hôpitaux proposent que soient créées des bourses permettant à certains d’entre eux de participer à un stage en France, afin de développer leur connaissance des thèmes abordés.

Le Dr Frédéric Tissot précise que cette possibilité a été prévue dans le projet et qu’en temps utile, avec le MoPH, elle sera discutée pour mise en œuvre.

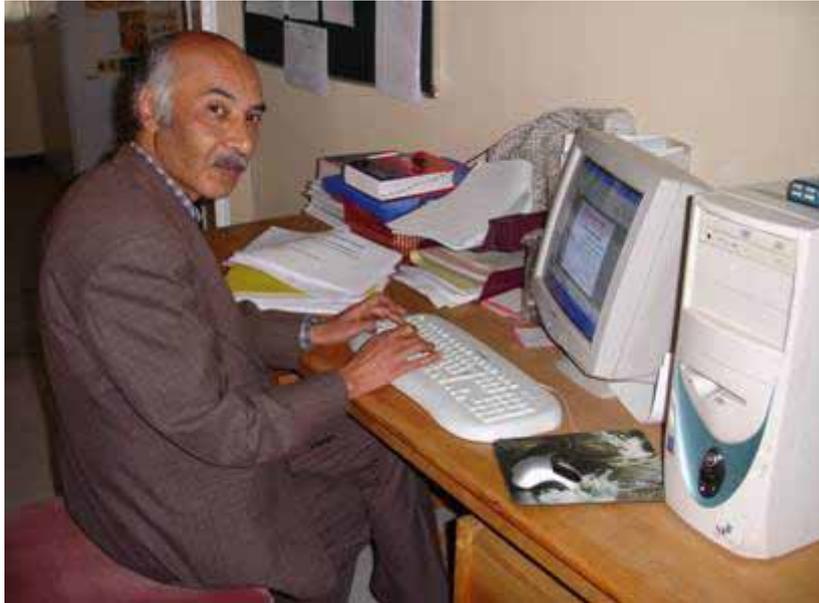
G - Autres propositions collectées pendant la formation

- l’Administrateur de WAZIR signale l’intérêt manifeste et sans doute partagé par ses homologues, d’une formation applicative sur la même base de thèmes que la formation des directeurs. Cette proposition est à retenir.
- l’intérêt qu’il existe à jouer la solidarité entre hôpitaux et à « fédérer »leur mode de gestion rend très souhaitable la diffusion de l’internet dans ces sites : facteur d’échanges d’information, de solutions, d’outils méthodologique
Il permettrait également de prolonger l’aide apportée lors de la formation par un lien maintenu avec les formateurs.
- au cours de la formation, un directeur a évoqué l’hypothèse de l’installation d’un restaurant sur le site de l’hôpital. Ce projet permettrait de compléter l’offre de l’hôpital en facilitant la restauration des familles mais aussi la production de recettes, dans le même esprit que les conventions d’occupation du domaine public attribuées en France :
 - - aux cafétéria
 - aux point Presse
 - aux distributeurs automatiques
 - aux panneaux publicitaires
 - aux antennes terrestres des réseaux GSM
 - etc.

Cette hypothèse paraît intéressante et mérite d’être étudiée.

H - Apport personnel

Je remercie le Docteur Tissot de toute l’énergie et l’engagement qu’il m’a apportés dans la construction et la réalisation de mon intervention ; également de sa confiance : il m’a permis de vivre une expérience exceptionnelle.



Au Docteur Latif, je souhaite témoigner toute ma gratitude pour l'extrême patience et le vaste et difficile travail de traduction de tous les documents et de tous les échanges qui ont constitué la formation et, s'il me le permet, toute mon amitié.

Enfin, je tiens à remercier très sincèrement l'ensemble des Directeurs et le Directeur des Hôpitaux d'Afghanistan, de leur implication, de leur dynamisme, de leur volonté d'apprendre et d'améliorer et de leur sens des responsabilités. Ces qualités sont, à mon sens et je le pense sincèrement, le gage du développement continu et durable des hôpitaux de Kaboul et d'Afghanistan.

Au-delà de la semaine écoulée, je suis prêt à leur accorder, à tout instant, toute l'attention et toute l'aide que je serai en mesure de leur apporter.

Bien entendu, et sans réserve, je me porte candidat à toute suite qui sera donnée à ce projet.

Olivier Vilain

Rapport de mission validé le 16 juin 2005
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



Latif Nikoif