

**Ambassade de France en Afghanistan
World Bank
Ministry of Public Health**



Hospital Management Training

Maintenance et logistique hospitalière

Olivier Vilain Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – Janvier 2007

A - Le training : objectifs

Le training Maintenance et Logistique hospitalière s'est déroulé du samedi 13 janvier au jeudi 18 janvier 2007.

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
- doter les directeurs d'un niveau de connaissance critique de ces domaines qui leur permettra de mettre en place puis d'exploiter le pilotage de tous les aspects stratégiques de la direction de l'hôpital, dont l'élaboration et l'évaluation de la politique logistique et de maintenance
- enfin, favoriser l'identification de situations critiques et le développement de pistes de solution

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

La 6^{ème} demi-journée a été réservée à un training sur l'organisation de l'espace dans un hôpital et ses enjeux, souhaité par les participants confrontés à des projets de construction, de réhabilitation ou de modernisation, sous la conduite du Ministère de la Santé.

B – La maintenance

La maintenance a été clairement abordée sous l'angle de son objectif – la continuité (et donc 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, universels, d'un hôpital et d'identifier les risques associés.

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 : sous forme de tableau précisant pour chaque équipement les action, fréquence et 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 :

- il n'existe pas d'installations nobles qui seraient le privilège des hôpitaux des seuls pays occidentaux. Dans tous les pays, l'hôpital est un bâtiment d'un type très particulier et sur lequel pèsent de fortes exigences. Il est sans doute, universellement, l'un des types de bâtiment le plus contraint de chaque pays, tant en conception qu'en exploitation et maintenance. **Autrement dit, la maintenance hospitalière représente partout le même enjeu stratégique** : accompagner étroitement la politique de développement des soins
- 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..))
- la formation progressive des personnels de maintenance est aussi importante pour les équipements techniques (groupes électrogènes, ascenseurs, installation électrique, de chauffage, machine à laver etc) que pour les équipements biomédicaux.
- 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 au training. L'obstacle est parfois la réticence de l'ONG à associer des personnels d'autres sites. Cependant, les personnels ainsi

formés sur un site peuvent devenir formateurs occasionnels des personnels techniques d'autres sites.

D'une manière générale, les participants ont précisé qu'ils souhaiteraient que la formation soit gérée par le Ministère

- autre solution ou facteur positif : donner aux techniciens de vraies conditions de travail professionnel (ex : atelier vraiment professionnel à Wazir Akbar Khan, 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 souligner la cohérence de toutes les fonctions qui la composent (achats, approvisionnements/ distribution, nettoyage, blanchisserie, restauration, déchets et maintenance, étudiée précédemment) 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 pour certains sites.

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

Très important : un élément nouveau est intervenu depuis le training précédent (mi-2005) : au titre de la réforme hospitalière, 5 hôpitaux disposent d'une autonomie de budget et d'achat partielle.

Pour ces sites, les politiques d'achat et de gestion des stocks sont des facteurs importants de maîtrise du budget global.

Ceci a justifié de leur part un vif intérêt et une participation soutenue.

Nous avons passé en revue les modes possibles de 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)

Certains de ces indicateurs peuvent être mis en place facilement et donc rapidement. D'autres en revanche ne pourront l'être sans outil informatique.

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 – Organisation spatiale d'un hôpital

Les participants ont manifesté un réel intérêt pour ce sujet abordé lors de la partie Logistique (organisation d'un magasin, localisation d'une pharmacie, etc). Aussi, j'ai

proposé que nous consacrons la dernière partie à une réflexion sur l'organisation spatiale d'un hôpital.

Dans le cadre de projets de nouveaux bâtiments ou de modernisation, des ajustements sont toujours possibles ; les directeurs pourront prendre en compte certains résultats de cette réflexion.

Nous avons ainsi « construit » ensemble un hôpital virtuel en évoquant :

- les questions à se poser
- la logique (ou les logiques) d'organisation de l'espace : le zonage
- les flux de patients, personnels et matières (logistiques)
- les caractéristiques minimales des locaux
- la proximité et les liens fonctionnels de certains services, activités et locaux
- les choix techniques principaux (nb d'étages, volumes, monobloc/pavillonnaire, localisation sur le terrain, etc)

Cette phase du training a reçu un excellent accueil des participants, manifesté par de très nombreuses questions et interventions.

Il semble que la conjoncture justifie cet intérêt : il existe plusieurs projets de construction d'hôpital ou de bâtiment ou de gros travaux (réhabilitation, modernisation, extension).

E - Conclusions et pistes de réflexion

Nous avons ainsi 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 de 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 à **la nécessité de responsabiliser ses collaborateurs et de développer avec eux un ensemble d'indicateurs simples et suivis (reporting, tableau de bord), garantissant régulièrement au directeur la confiance recherchée.**

Parmi les pistes de réflexion :

1 – La mise en place de la réforme hospitalière et l'autonomie partielle de la gestion budgétaire qu'elle apporte (5 hôpitaux en test) semble très appréciée. Elle est vécue comme responsabilisante, positivement.

En particulier, dans le domaine des achats, cette marge de manœuvre peut permettre de tester des évolutions de la politique d'achat de certaines fournitures (ex : moins de stock/livraisons moins fréquente, nouveaux produits plus efficaces, nouvelle concurrence, négociation des prix et délais de paiement, etc)

2 – Concernant la maintenance, les réflexions ont plusieurs fois convergé vers la nécessité que le Ministère dispose d'un ou plusieurs experts des installations techniques dont les missions pourraient être :

- formation (ou organisation de la formation) des responsables et personnels techniques des hôpitaux
- conseil et appui lors de projets de construction, réhabilitation ou modernisation
- recherche d'information pour le compte des hôpitaux : documentation technique de maintenance, expériences, etc..
- animation de groupe de travail sur des thèmes communs

En particulier, un expert technique pourrait se rendre dans chacun des hôpitaux et établir un diagnostic général électrique ou eau suivant une grille commune. Il pourrait en dégager les priorités de formation pour améliorer la maintenance ou les priorités de travaux ou équipements pour améliorer la fiabilité/sécurité de la distribution électrique ou de l'eau.

3 – D'une manière générale, des débats très constructifs ont ponctué ce training, portant en particulier sur la latitude de manœuvre des directeurs d'hôpitaux.

Celle-ci est jugée très étroite.

Cependant, une proportion importante des directeurs a finalement réussi à l'utiliser au mieux. Ainsi, on constate des différences d'organisation sur les commandes, sur la distribution interne des fournitures dans les services, sur un niveau de délégation à leurs proches collaborateurs etc.

Parmi ces différentes orientations, certaines sont réellement porteuses d'efficacité : par exemple, décharger les infirmiers de l'approvisionnement pour leur permettre de se consacrer aux malades.

4 – Le sujet de la délégation a été évoqué plusieurs fois : la charge des directeurs et leur responsabilité sont très importantes.

La délégation à certains de leur collaborateurs pourrait être, à terme, une évolution positive mais elle sous-entend tout un dispositif d'objectifs/reporting/contrôle assez complexe et où l'informatique apparaît indispensable (gestion de stock, etc).

5 – A plusieurs occasions, le débat a porté sur les options de management des fonctions Support (Logistique) : distribution (livraison interne), nettoyage, collecte des déchets.

2 alternatives sont possibles :

- chaque service dispose d'un ou plusieurs agents (ouvriers) chargés de ces fonctions ; c'est la situation actuelle des hôpitaux afghans
- chaque service hospitalier se consacre au soin mais il existe un service centralisé qui traitera ces fonctions pour tout l'hôpital. Cette dernière option est moins souple (vue d'un service) mais nettement plus efficace :
 - il est plus facile de palier l'absence de personnels dans une équipe importante qu'au sein de petites équipes
 - homogénéité des comportements professionnels : même façon de réaliser les tâches, même rigueur

- optimisation des phases de travail : par exemple , tournée de collecte des déchets, tournée de distribution des fournitures etc..

Globalement, cette spécialisation d'un service logistique est de toute évidence une source d'économie de postes.

Si le besoin est l'équivalent d' 1 ouvrier par service, chaque service doit disposer par exemple de 2 ouvriers pour palier les absences. Sur 10 services, cela représente 20 personnes.

En revanche, un service centralisé offrant globalement la même prestation pourra tourner avec 10 personnes, voire moins si l'on optimise les phases de travail.

Cependant, il s'agit d'un raisonnement purement technique. D'autres éléments politiques ou sociaux conjoncturels sont probablement prioritaires (favoriser l'emploi) et rendent actuellement difficile, voire impossible, une telle organisation centralisée.

6 – Le dernier thème abordé, l'organisation spatiale d'un hôpital, a reçu un très vif intérêt motivé par l'actualité ou la perspective de lourds projets de construction, extension ou modernisation.

Il y a peut-être lieu de réfléchir à l'opportunité d'un training plus complet centré sur ce sujet qui peut mériter à lui seul plusieurs jours d'intervention.

7 – La mise en place d'une organisation logistique « fine » ne relève pas du directeur d'hôpital. Aussi, il me semble nécessaire d'envisager que cette formation touche également les adjoints opérationnels des directeurs d'hôpitaux.

F - Apport personnel

Je tiens à remercier très sincèrement le docteur Jalali, représentant le Ministère ainsi que son Equipe qui a chaque jour participé au bon déroulement de la session.

Je remercie le Docteur Philippe Bonhoure de son engagement, sa confiance et des multiples éclairages qu'il m'a apportés et m'ont permis de construire et adapter mon intervention.

Avec lui, je partage sans réserve l'idée et la certitude que la contribution de chacun d'entre nous n'est pas d'imposer un modèle (qui n'en sera jamais un) mais uniquement de répondre aux attentes du Ministère et d'apporter aux directeurs d'hôpitaux des éléments de connaissance, de comparaison et de réflexion qui leur permette la construction de leur propre modèle, le seul qui ait un sens en Afghanistan.

Au Docteur Latif, je souhaite témoigner de nouveau mon amitié et toute ma gratitude pour la gentillesse authentique, l'extrême patience et le vaste et difficile travail de traduction de tous les documents et de tous les échanges qui ont constitué le training.

A toute l'équipe du projet santé, le Docteur Hussein, Monsieur Karim, Monsieur Akim et Monsieur Sayef, j'adresse mes remerciements pour leur accueil, leur attention et leur aide pendant toute la durée du training.

Enfin, je souhaite remercier très vivement l'ensemble des directeurs d'hôpitaux présents 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.

Ce second training auquel j'ai eu l'honneur de participer m'a d'ailleurs permis d'être le modeste témoin de réelles évolutions dans le management et l'organisation des hôpitaux, mises en place par le Ministère et les directeurs d'hôpitaux.

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 au Projet Santé.

Olivier Vilain

Ingénieur en Chef de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Rapport de mission validé par l'ambassade de France en Afghanistan le 25 janvier 2007

Les constats et propositions appartiennent à l'auteur



Dr Philippe Bonhoure
Chef de la Cellule Santé

A handwritten signature in black ink, appearing to read "P. Bonhoure".