

Services Biomédicaux Territoriaux

Projet : Gestion biomédicale dans les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Superviseur : Dr.Ing. FARGES Gilbert

Participants : CHERNAI Nassima, JIMENEZ Juanita, LATROUITE Laurent, ROSSETTI Alexandre

Date de fin : 21 octobre 2024 **Nombre de réponse** : 85

Objet : Retour d'expérience et analyse des pratiques des services biomédicaux dans les GHT ou regroupements hospitaliers à l'international.

Objectifs

- **Analyser les pratiques actuelles** de gestion biomédicale dans les GHT ou autres regroupements hospitaliers.
 - **Comprendre les enjeux de la mutualisation** des services biomédicaux.
 - **Identifier les avantages et les freins** à la mise en place de la mutualisation entre établissements.
 - **Proposer des recommandations** pour une mutualisation efficace.
-

Dans le cadre de notre projet encadré par **Dr.Ing. Gilbert FARGES** nous avons sollicité des professionnels de services biomédicaux afin de recueillir leurs retours d'expérience et leurs avis sur la gestion biomédicale dans les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT en France).

Ce questionnaire avait pour objectif principal de mieux comprendre les pratiques actuelles, les défis rencontrés, ainsi que les opportunités d'amélioration dans la gestion des dispositifs médicaux au sein de ces structures.

Ce compte rendu vise à analyser les réponses collectées et à mettre en lumière les enseignements clés issus des retours des professionnels interrogés.

I. Informations générales

1. D'où venez-vous ?

Afin de bien comprendre les réponses à notre questionnaire, la provenance des différentes réponses a été identifiée. La **figure 1** ci-dessous présente la répartition géographique des professionnels des services biomédicaux ayant répondu à notre questionnaire dans les établissements de santé en France.

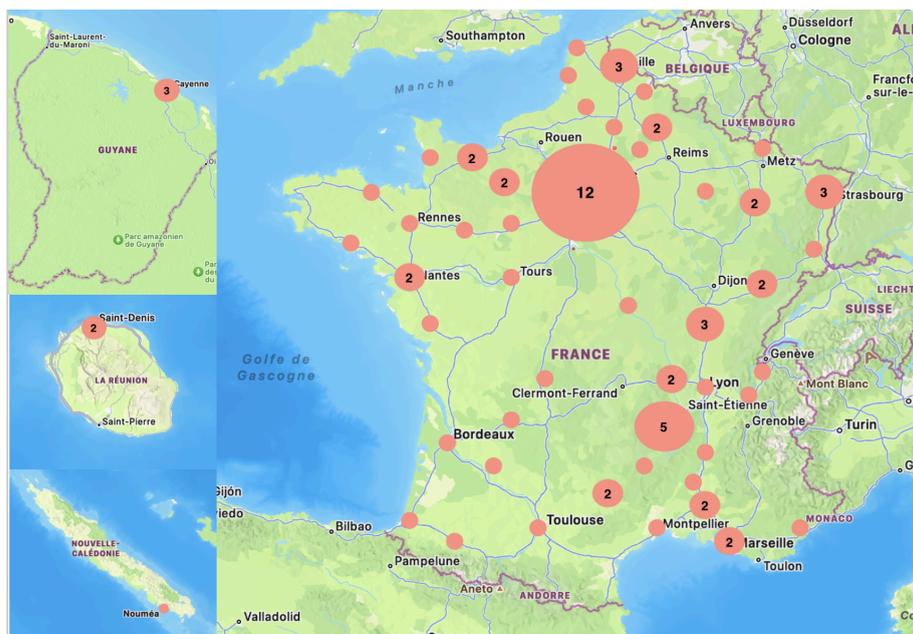


Figure 1 : Répartition géographique en France des 85 réponses obtenues au questionnaire

La carte montre la répartition géographique des professionnels des services biomédicaux ayant répondu au questionnaire dans les établissements de santé en France.

Des réponses ont également été recueillies dans l'ensemble du territoire français métropolitain ainsi que **dans les départements et régions d'outre mer (DROM)**, telles que la Guyane, la Nouvelle-Calédonie et La Réunion. Cette répartition des répondants permet d'établir un état des lieux complet, en tenant compte des particularités organisationnelles propres à chaque établissement de santé, et d'obtenir des points de vue variés des différents services biomédicaux en France.

Certains établissements, comme le centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône et le centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, ont fourni deux réponses de **professionnels différents**, ce qui permet d'obtenir des perspectives variées au sein d'un même établissement.

Des réponses de personnes différentes ont parfois été récupérées au sein d'un même centre hospitalier, ce qui est essentiel pour comprendre comment **les services biomédicaux peuvent être perçus différemment selon les rôles et**

responsabilités des répondants. Cela enrichit l'état des lieux en offrant une vision objective de l'organisation interne de certains établissements.

2. Quelle est votre fonction au sein de l'organisation ?

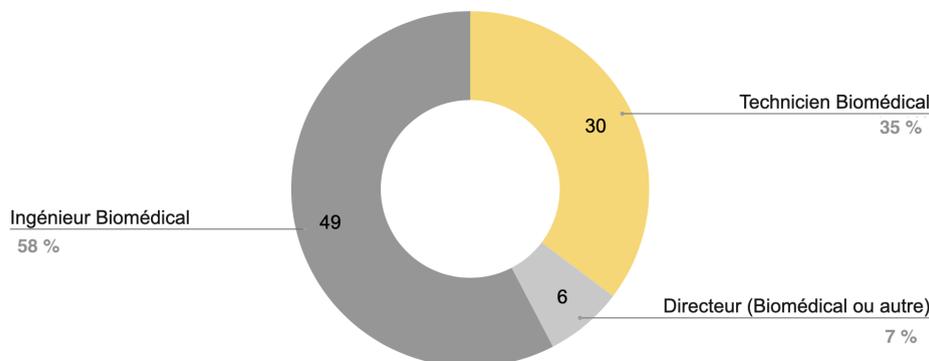


Figure 2: La fonction des répondants au sein de leur établissement

La répartition des fonctions des répondants au sein de leur établissement a pu être étudiée (voir figure 2). Cela montre que :

- 58 % des répondants sont des **ingénieurs biomédicaux**,
- 35 % sont des **techniciens biomédicaux**,
- et 7 % appartiennent à la **direction**.

La diversité de profils des répondants permet d'obtenir une vue d'ensemble des services biomédicaux sous **différents points de vue**. La forte représentation des ingénieurs et techniciens assure une analyse des opérations quotidiennes, tandis que les réponses des membres de la direction offrent une perspective plus globale sur l'organisation.

3. Combien de services biomédicaux sont inclus dans votre GHT ?

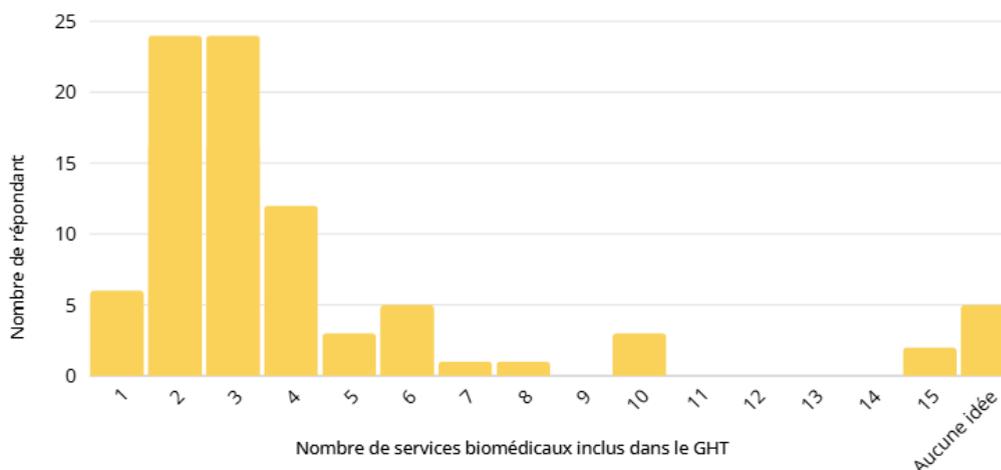


Figure 3: Le nombre de services biomédicaux au sein des GHT des répondants

L'analyse des réponses concernant le nombre de services biomédicaux inclus dans les GHT révèle une **forte concentration autour de petits groupements**, avec une majorité de GHT composés de **2 à 4 services biomédicaux**. Les **24 répondants** travaillant dans des GHT de **3 services** et les **24 répondants** signalant **2 services** indiquent une **prévalence des petites configurations territoriales**. Cette proportion suggère que la mutualisation des services biomédicaux reste limitée à des regroupements restreints, ce qui peut limiter les **économies d'échelle** et les **gains en efficacité opérationnelle** théoriquement recherchés par la création des GHT.

L'existence d'un **très faible** nombre de répondants travaillant dans des GHT de **plus de 6 services biomédicaux** met en lumière le **faible développement des grandes structures mutualisées**.

Enfin, un point préoccupant est la présence de **5 répondants** ne connaissant pas le **nombre de services biomédicaux** inclus dans leur propre GHT. Cette situation pourrait refléter des **lacunes dans la communication interne** ou un **défaut d'intégration** dans la gouvernance du GHT. Un tel **manque de visibilité organisationnelle** risque d'entraver la coordination des activités biomédicales, la gestion des équipements et la mutualisation des compétences. Cette absence d'information souligne la **nécessité d'une meilleure communication** entre les établissements membres et d'une **clarification des rôles et responsabilités** dans la gestion des services biomédicaux au sein des GHT.

4. De combien de dispositifs médicaux votre service est-il responsable ?

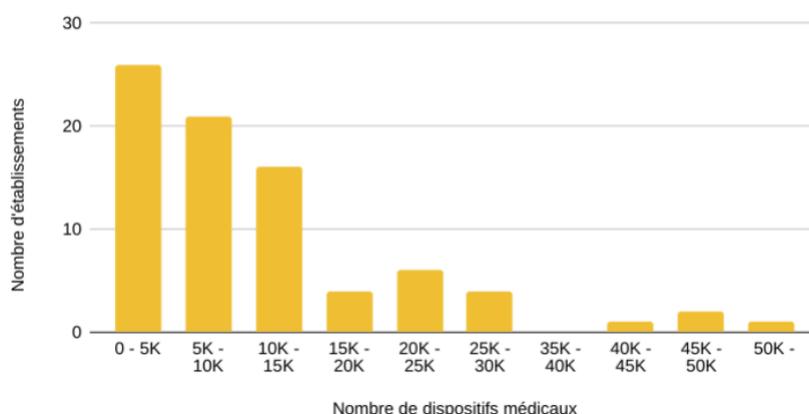


Figure 4 : Le nombre de dispositifs médicaux par établissement

L'analyse du nombre de dispositifs médicaux par établissement révèle une **forte hétérogénéité** des parcs de dispositifs médicaux (DM), allant de quelques unités dans les services spécialisés à plus de **50 000 DM** dans certains grands CHU. La

majorité des établissements gèrent entre **5 000 et 15 000 DM**, ce qui nécessite des **outils performants** pour assurer la **traçabilité**, la **sécurité des patients** et la **conformité réglementaire**.

Cependant, cette **diversité importante** complique la **mutualisation des services biomédicaux**. Les **écarts de volume et de spécialisation** entre établissements rendent difficiles la **standardisation des équipements**, la **répartition équitable des charges de travail** et l'**organisation logistique**. Des **délais de réparation** plus longs ou une **inefficacité de gestion partagée** peuvent en résulter si la coordination n'est pas optimale.

Pour surmonter ces défis, il est essentiel d'adopter une **gestion centralisée standardisée**, soutenue par l'**outil numérique de prédilection** : la GMAO (Gestion de maintenance assistée par ordinateur), tout en maintenant des **équipes biomédicales spécialisées** pour gérer des équipements complexes et spécifiques à certains services. Une **planification stratégique** et des **protocoles partagés** sont indispensables pour assurer une mutualisation efficace et durable.

5. Est-ce que votre service biomédical a une certification "qualité" ?

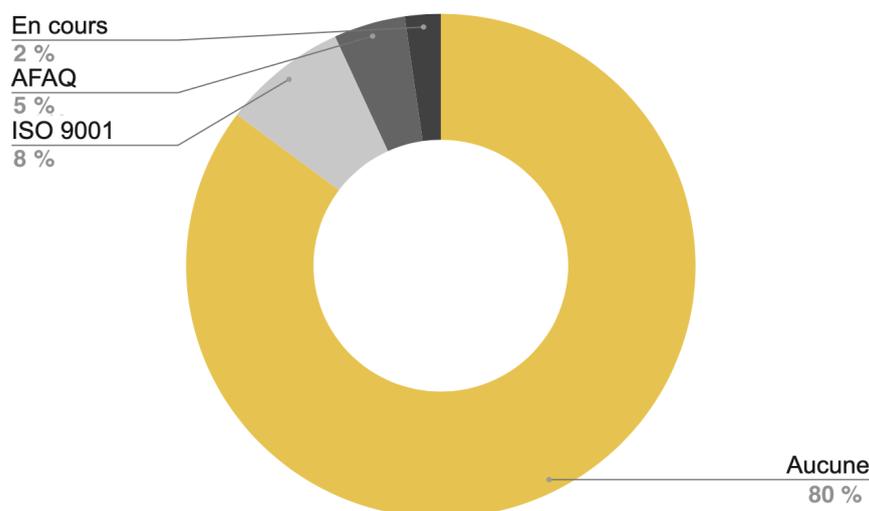


Figure 5: La proportion des répondants travaillant dans un service avec une certification qualité

L'analyse souligne que **peu de services biomédicaux** disposent de certifications en gestion de la qualité, malgré leur rôle essentiel de ces référentiels pour assurer une **gestion optimale des parcs de dispositifs médicaux**. Cette situation peut s'expliquer principalement par un **manque de temps** et de **ressources dédiées** à la mise en conformité. Pourtant, l'**obtention de certifications reconnues** comme ISO 9001 ou AFAQ permettrait de **standardiser les pratiques**, de renforcer la **traçabilité** et d'améliorer la **sécurité des patients**. Cela peut également refléter un

manque de culture qualité et de personnel qualifié pour assurer efficacement la démarche.

Si **tous les services biomédicaux** membres d'un GHT possédaient de telles certifications, cela favoriserait une **harmonisation des procédures** et pourrait même ouvrir la voie à des **collaborations renforcées** ou à des **fusions opérationnelles** entre établissements. Cette approche encouragerait une **meilleure coordination interservices**, une **répartition efficace des charges de travail**, et une **gestion centralisée plus performante**, réduisant ainsi les écarts de qualité et les problèmes de compatibilité technique au sein des GHT.

6. Est-ce que votre établissement de santé est support?

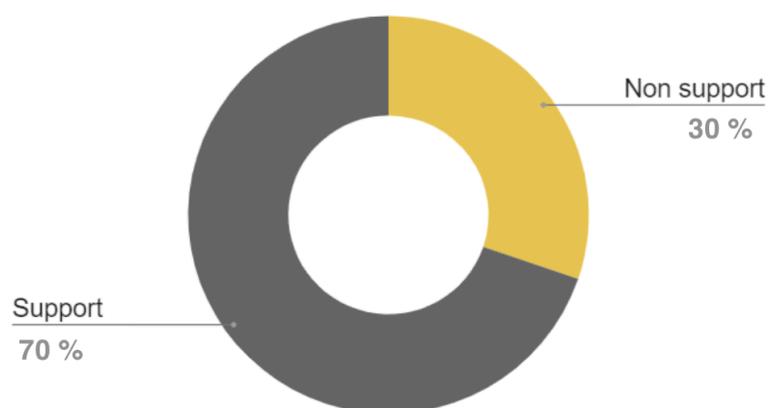


Figure 6: La proportion des établissements support et des établissements non support

Ce graphique met en évidence une **répartition inégale** des réponses entre les établissements supports (70 %) et non-supports (30 %) au sein des GHT. Cette surreprésentation des établissements supports peut s'expliquer par leur rôle central dans la gestion des projets mutualisés et des décisions stratégiques des GHT, ce qui les rend naturellement plus impliqués et sensibles à un questionnaire traitant de la gestion biomédicale.

Cependant, la faible participation des **établissements non-supports** (30 %) peut également refléter un **désintérêt ou un manque de sentiment d'appartenance** à la dynamique globale du GHT. Ces établissements, souvent moins impliqués dans les décisions stratégiques, peuvent ne pas se sentir directement concernés par les thématiques abordées dans ce type d'enquête, comme la mutualisation ou la gestion centralisée des équipements.

Cette situation souligne un **besoin critique de communication et de sensibilisation** envers les établissements parties pour les intégrer davantage aux

objectifs partagés du GHT. Sans leur implication, les initiatives de mutualisation risquent de perdre en efficacité et en opportunités d'optimisation. Il est donc essentiel d'adapter les démarches de collecte de données pour encourager leur participation future, par exemple en insistant sur les **bénéfices directs** de la mutualisation pour ces établissements.

7. Quelle est la région ou la zone géographique couverte par votre établissement ?

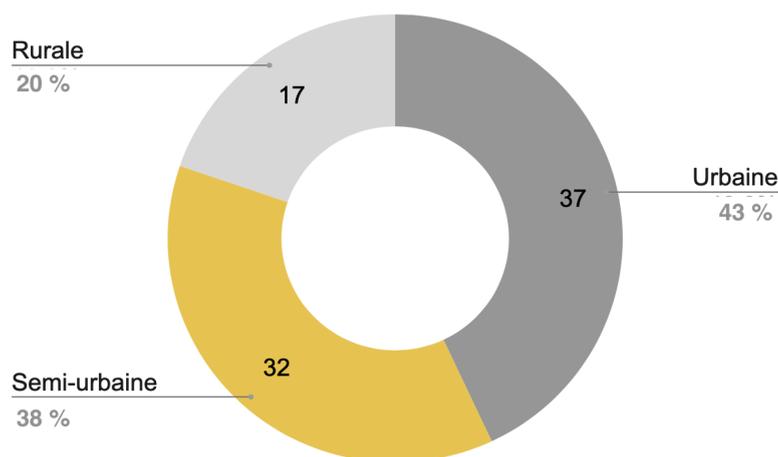


Figure 7: La répartition géographique couverte par les établissements

Ce graphique illustre la répartition géographique des établissements interrogés selon trois catégories : **urbains** (43 %), **semi-urbains** (38 %), et **ruraux** (20 %). Cette répartition met en lumière des disparités potentielles en termes de **facilité d'accès aux dispositifs médicaux** et aux services associés, tels que la maintenance ou les approvisionnements.

Les établissements situés en **zones urbaines**, qui représentent la plus grande proportion (43 %), bénéficient généralement d'un **accès facilité** aux ressources biomédicales. La proximité des fabricants, des prestataires de maintenance, et des centres de distribution leur permet de réduire les délais pour l'approvisionnement en DM ou les interventions techniques, ce qui contribue à une **meilleure réactivité** et à une gestion plus efficace.

En revanche, les **établissements ruraux** (20 %), souvent éloignés des grandes zones logistiques et des centres spécialisés, peuvent rencontrer davantage de difficultés à **accéder rapidement aux dispositifs médicaux**, notamment pour des équipements critiques. Cela peut entraîner des **retards dans les interventions** et augmenter les coûts liés au transport ou à l'externalisation des services. Ces contraintes peuvent impacter directement la qualité et la continuité des soins dans ces zones.

Les établissements situés en **zones semi-urbaines** (38 %) se trouvent dans une position intermédiaire : bien qu'ils soient mieux desservis que les zones rurales, ils n'ont pas nécessairement accès à l'ensemble des ressources disponibles dans les grandes agglomérations. Cette situation peut également poser des défis pour la mutualisation des services biomédicaux, qui nécessite une logistique fluide entre des établissements parfois éloignés.

II. Organisation de la maintenance

1. Quelle est la part de dispositifs médicaux pris en charge en maintenance interne ?

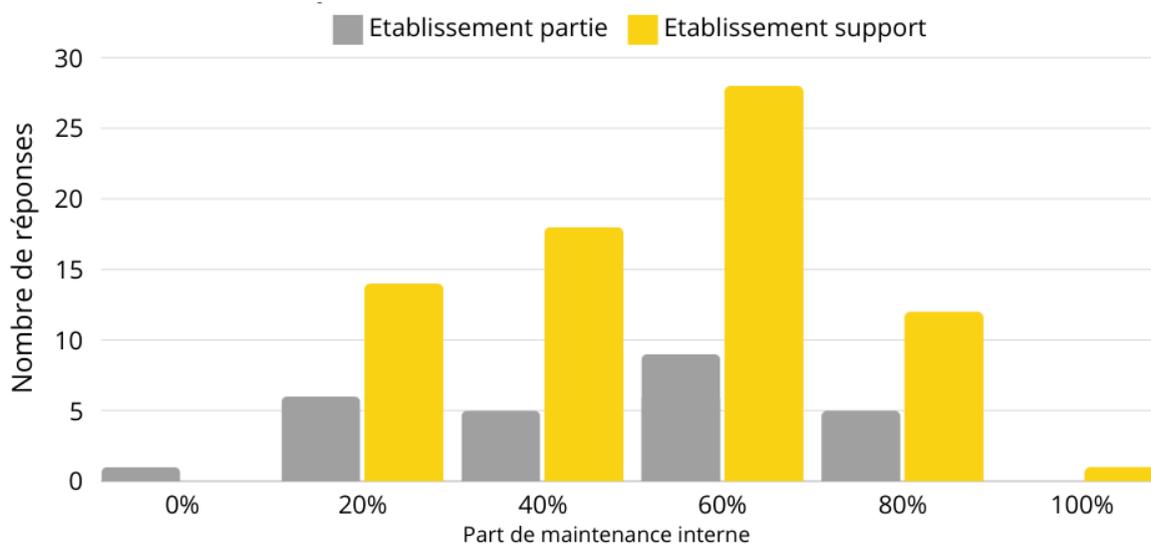


Figure 8 : La part de maintenance interne selon les établissements.

Pour réduire les coûts tout en assurant une **réactivité optimale**, de nombreux hôpitaux privilégient la **maintenance réalisée en interne** pour leurs dispositifs médicaux. Cette démarche offre plusieurs avantages, notamment un **contrôle direct** sur les équipements et une capacité à intervenir rapidement en cas de panne, minimisant ainsi les interruptions dans la prise en charge des patients.

Ce système est principalement adopté par les gros établissements, qui jouent un rôle clé au sein des GHT. Grâce à leurs **ressources humaines qualifiées**, leurs équipements spécialisés et leurs capacités financières, ces établissements peuvent mettre en place des **équipes biomédicales dédiées**, équipées pour réaliser des interventions techniques rapides et efficaces.

Un des atouts majeurs réside dans le **partage de compétences**. Les établissements supports, forts de leur expertise en maintenance interne, peuvent apporter un soutien aux autres centres membres du GHT. Cela favorise une **montée en compétences des équipes biomédicales** des établissements partenaires et une **mutualisation des bonnes pratiques**, renforçant ainsi l'efficacité collective.

Cependant, pour que cette approche soit pleinement effective, il est nécessaire de **structurer le partage d'expérience et de ressources**. La mise en place de **protocoles harmonisés** et d'une **communication fluide** entre les établissements est essentielle pour maximiser les bénéfices de la maintenance interne à l'échelle territoriale, tout en limitant les disparités entre les structures membres du GHT.

2. Quelles sont les causes de l'externalisation de la maintenance

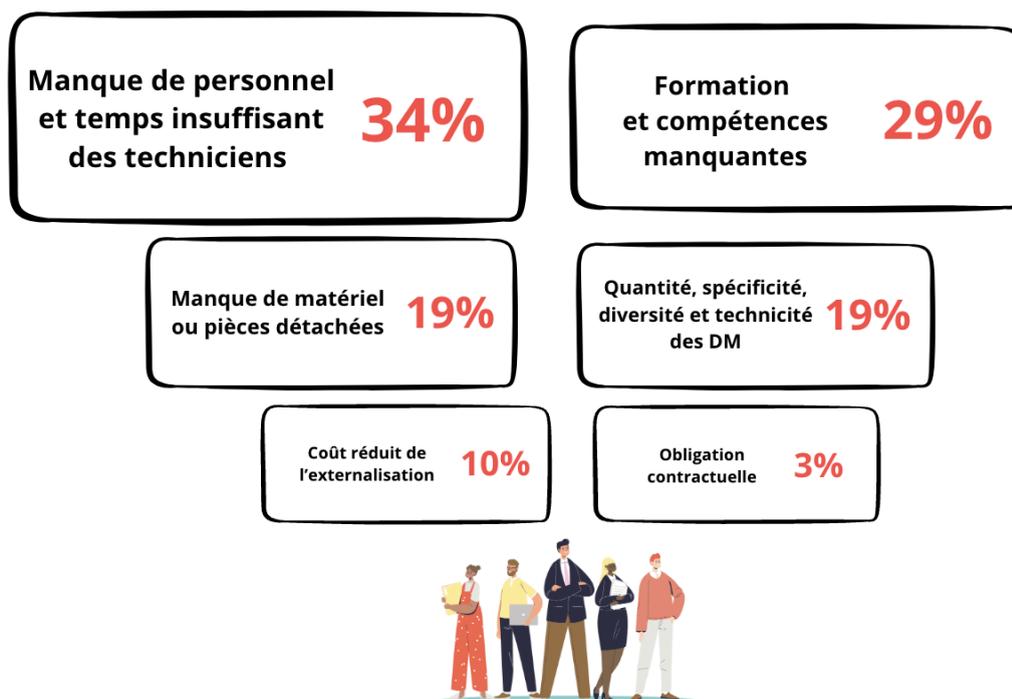


Figure 9 : Les éléments concernant les causes de l'externalisation de la maintenance selon les répondants

Le figure met en lumière les principales raisons poussant les établissements de santé à **externaliser la maintenance des dispositifs médicaux**. Ces raisons sont principalement liées à des **contraintes humaines, techniques et économiques** :

A. Manque de personnel et temps insuffisant des techniciens (34 %) :

Le facteur le plus fréquemment mentionné est le **sous-effectif** des techniciens biomédicaux, combiné à une **charge de travail importante**. Les services internes peinent à gérer le volume croissant de DM, rendant l'externalisation incontournable pour garantir la réactivité et éviter des pannes prolongées.

B. Formations et compétences manquantes (29 %) :

Les DM modernes, en particulier les équipements complexes comme les dispositifs d'imagerie ou les automates de laboratoire, nécessitent des compétences techniques avancées. Le manque de formation spécialisée chez les techniciens internes limite leur capacité à intervenir sur ces équipements, justifiant le recours à des prestataires externes.

C. Quantité, diversité et technicité des DM (19 %) :

La **spécificité et la diversité croissante** des DM augmentent les exigences en termes d'habilitations et de formations. Les techniciens doivent gérer des technologies variées, ce qui complexifie la maintenance en interne et encourage l'externalisation pour certains équipements spécialisés.

D. Manque de matériel ou de pièces détachées (10 %) :

Certaines interventions nécessitent des outils ou des pièces spécifiques difficiles à obtenir pour les services internes, surtout lorsqu'il s'agit de technologies propriétaires ou rares. Cette contrainte technique contribue directement à l'externalisation.

E. Coût réduit de l'externalisation (6 %) et contraintes contractuelles (2 %) :

Dans certains cas, l'externalisation peut s'avérer **économiquement avantageuse**, en particulier lorsque les coûts de formation et de gestion en interne sont trop élevés. De plus, certains contrats imposent une maintenance exclusive par le constructeur ou un prestataire agréé, réduisant ainsi les marges de manœuvre des établissements.

3. Quels sont les bénéfices de l'externalisation de la maintenance?

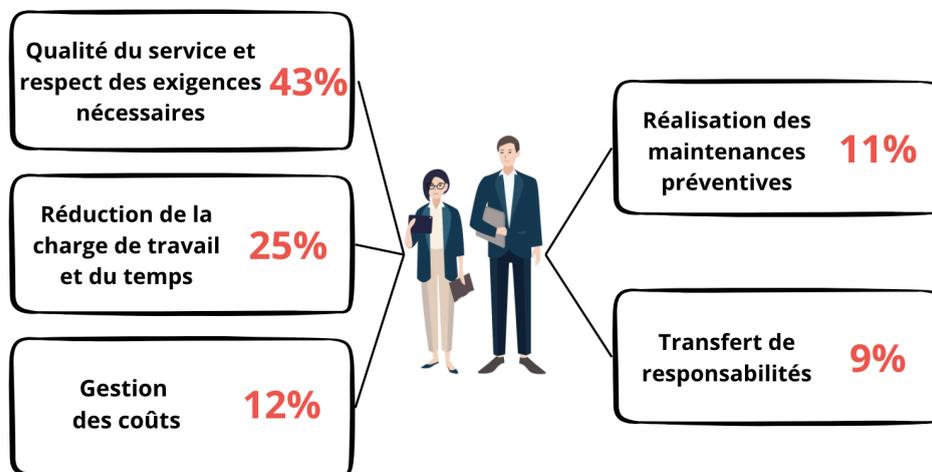


Figure 10 : Les bénéfices de l'externalisation de la maintenance selon les répondants

La figure met en évidence plusieurs **avantages notables** de l'externalisation de la maintenance des dispositifs médicaux, distinctifs son rôle dans l'optimisation des ressources et l'amélioration de la qualité des interventions.

A. Qualité du service et respect des exigences nécessaires (43 %) :

La majorité des répondants identifie la qualité du service rendu et le respect des normes comme le principal avantage de l'externalisation. En effet, les prestataires

spécialisés disposent de l'expertise et des certifications nécessaires pour garantir des interventions conformes aux exigences réglementaires, notamment sur les équipements critiques.

B. Réduction de la charge de travail et du temps en interne (25 %) :

L'externalisation permet de **délester les équipes biomédicales internes** des tâches répétitives ou chronophages, leur permettant ainsi de se concentrer sur des missions plus stratégiques ou prioritaires. Cela constitue une solution directe pour pallier le manque de personnel ou l'augmentation de la charge de travail.

C. Gestion des coûts (12 %) :

Bien que moins fréquemment cité, le **contrôle financier** est un autre avantage notable. Les contrats d'externalisation offrent une meilleure prévisibilité des dépenses, en évitant des coûts imprévus liés aux réparations ou à la formation des techniciens sur des équipements complexes.

D. Réalisation des maintenances préventives (11 %) :

L'externalisation garantit souvent que les maintenances préventives sont effectuées dans les délais, selon des protocoles standardisés. Cela réduit le risque de pannes inattendues et prolonge la durée de vie des équipements.

E. Transfert de responsabilité (9 %) :

Le transfert des responsabilités au prestataire est un bénéfice stratégique, notamment en termes de **gestion des risques**. Cela réduit la pression sur les équipes internes, tout en garantissant des prestations fiables. **Seuls 9 % des centres** ont identifié cet avantage, bien qu'il soit particulièrement pertinent pour des dispositifs à forte criticité.

F. Autres bénéfices notables :

Réactivité accumulée des prestataires externes, capable de réduire les délais d'intervention, particulièrement pour les équipements essentiels.

Optimisation des ressources humaines grâce à un recours ponctuel à des experts qualifiés, compensant ainsi les limites liées au recrutement ou au sous-effectif.

4. Quels sont les points négatifs de l'externalisation de la maintenance ?

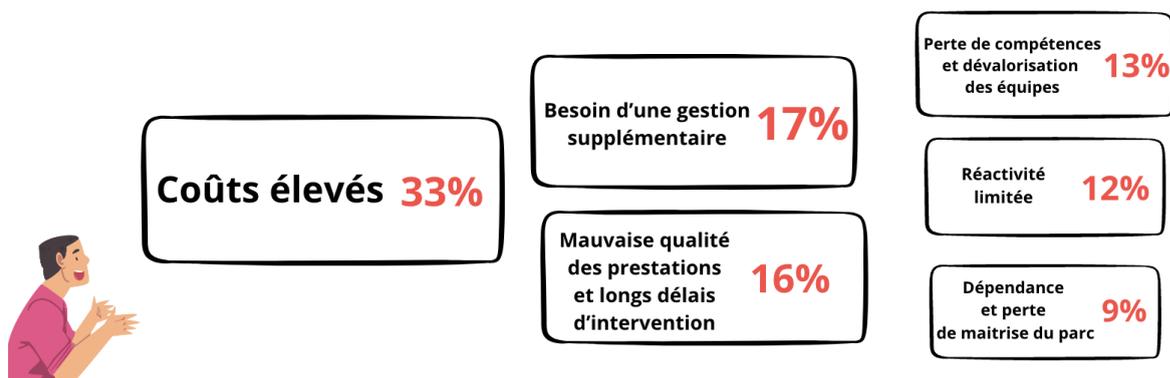


Figure 11 : Les inconvénients de l'externalisation de la maintenance selon les répondants

La figure met en évidence les principaux **inconvénients de l'externalisation de la maintenance**, souvent perçue comme une solution pragmatique mais qui peut générer des **coûts élevés et des défis organisationnels importants**.

A. Coûts élevés (33 %) :

La majorité des répondants identifient les coûts comme le principal inconvénient. Les contrats d'externalisation incluent souvent des marges importantes pour les prestataires, des frais de déplacement et des coûts cachés liés aux interventions supplémentaires, rendant la maintenance plus onéreuse que si elle était gérée en interne.

B. Complexité administrative (17 %) et qualité des prestations fluctuante (16 %) :

L'externalisation augmente la charge administrative liée à la gestion des **contrats**, des **factures** et du **suivi des interventions**. Par ailleurs, la qualité des prestations peut être variable, notamment en cas de **turnover important** des techniciens externes ou de manque de spécialisation. Ces éléments peuvent compliquer la planification des maintenances préventives et curatives.

C. Perte de compétences internes (13 %) et dévalorisation des équipes internes (9 %) :

L'externalisation conduit à une **érosion progressive des compétences techniques** des équipes internes, qui ne sont plus impliquées dans les interventions complexes. Cela peut également entraîner une **démotivation** des techniciens, relégués à des tâches secondaires ou administratives, ce qui nuit à leur valorisation professionnelle

D. Réactivité limitée (12 %) et dépendance accumulée (9%) :

Les délais d'intervention des prestataires externes sont souvent plus longs que ceux des équipes internes, en particulier dans les zones rurales ou semi-urbaines où les prestataires locaux sont rares. Cette situation peut poser problème en cas de **retards**, de **changements de stratégie** ou de non-respect des termes contractuels ceci dû à la dépendance **vis-à-vis des prestataires**.

E. Perte de maîtrise sur le parc d'équipements (9 %) :

Lorsque la maintenance est largement externalisée, les équipes internes peuvent perdre leur **vision globale** et leur capacité à suivre l'état des dispositifs médicaux. Cela peut entraîner une gestion inefficace, des doublons dans les interventions et une dégradation des processus internes.

III. Projets de mutualisation au sein du GHT

1. Avez-vous déjà participé à un projet de mutualisation au sein des GHT ?

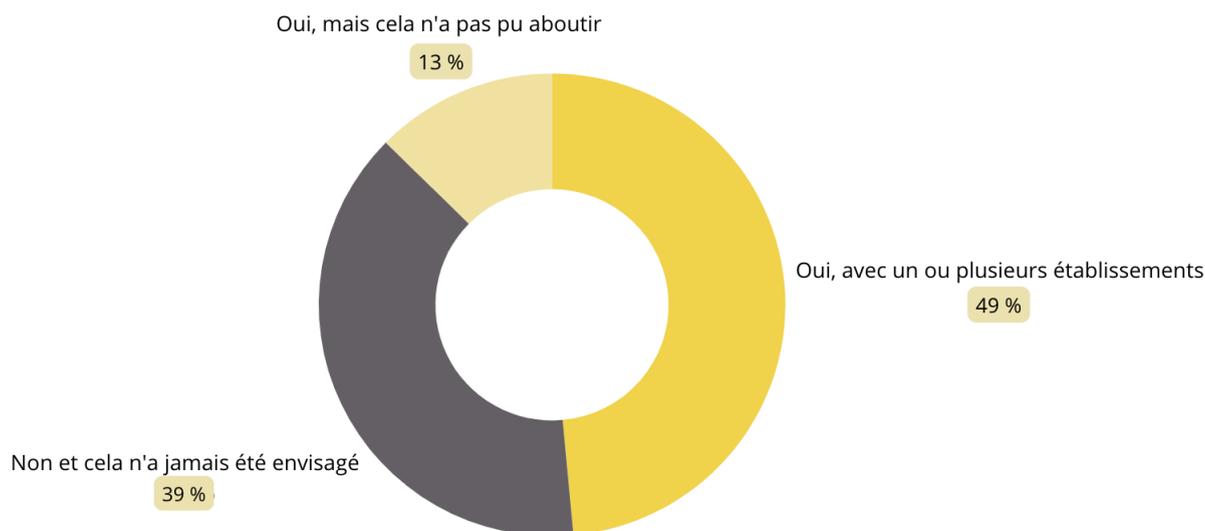


Figure 12 : La participation des professionnels à des projets de mutualisation au sein des GHT

Ce graphique illustre les réponses des professionnels sur la mise en œuvre de projets de mutualisation des services biomédicaux au sein des GHT. Les résultats mettent en évidence des disparités significatives quant à l'engagement et la réussite de ces projets.

A. Oui, avec un ou plusieurs établissements (49 %) :

Près de la moitié des répondants ont déclaré avoir participé à des projets de mutualisation avec succès. Ce chiffre indique une **dynamique positive** dans la

collaboration entre établissements, témoignant de l'intérêt pour la mutualisation en tant que levier d'optimisation des ressources et de partage des compétences. Ces projets réussis constituent des exemples importants pour inspirer d'autres initiatives similaires.

B. Non, cela n'a jamais été envisagé (39 %) :

Un pourcentage significatif (39 %) des répondants indiquent que la mutualisation n'a même pas été considérée dans leur GHT. Ce résultat souligne une **absence d'initiative ou de volonté stratégique** dans certains territoires. Les raisons potentielles incluent des **blocages organisationnels**, un **manque de communication** entre établissements ou une **méconnaissance des bénéfices** de la mutualisation. on peut rajouter le frein de l'humain

C. Oui, mais cela n'a pas pu aboutir (13 %) :

Une minorité (13 %) des répondants ont tenté de mettre en place des projets de mutualisation, mais ces initiatives n'ont pas pu être menées à terme. Cela met en lumière les **difficultés d'exécution**, qui pourraient être liées à des désaccords financiers ou administratifs, à un manque de moyens techniques ou humains, ou encore à une résistance au changement de la part des parties prenantes.

Afin de mieux comprendre ces résultats, l'analyse a été approfondie en explorant les raisons sous-jacentes à ces réponses:

2. Pourquoi la mutualisation n'a-t-elle jamais été envisagée ?

Les réponses recueillies mettent en lumière plusieurs obstacles majeurs qui expliquent pourquoi la mutualisation des services biomédicaux n'a jamais été envisagée dans certains GHT. Ces obstacles, à la fois institutionnels, organisationnels et géographiques, révèlent des freins structurels qui limitent l'intégration de ces services.

A. Absence de volonté de l'établissement support :

L'établissement support joue un rôle central dans la mise en œuvre de la mutualisation. Cependant, son **manque d'intérêt** découle souvent d'une perception d'**effort déséquilibré**, où les investissements nécessaires (ressources humaines et financières) ne sont pas compensés par des bénéfices suffisants pour son propre établissement. Cette réticence freine considérablement toute initiative.

B. Pas d'actualité ou autres priorités :

Dans de nombreux cas, les directions des GHT se concentrent sur des **priorités stratégiques** jugées plus urgentes, telles que les réorganisations internes, la gestion de crises ou d'autres projets à court terme. La mutualisation, bien qu'utile, est ainsi reléguée à un **second plan**.

C. Indépendance des établissements :

Certains établissements préfèrent conserver leur **autonomie**, considérant qu'elle leur garantit une meilleure réactivité et une gestion optimisée de leur parc d'équipements. Cette volonté d'indépendance découle d'un besoin de garder un contrôle total sur les ressources locales, ce qui peut être perçu comme plus efficace pour des contextes spécifiques.

D. Pas de besoins identifiés :

L'absence d'un **besoin clair ou urgent** de mutualisation dans certains territoires est un frein significatif. Si les établissements estiment que leur fonctionnement actuel répond déjà à leurs attentes, ils ne voient pas la **valeur ajoutée** d'une gestion mutualisée.

E. Contrainte géographique :

La **distance physique** entre les établissements constitue un obstacle logistique majeur. Lorsque les sites sont éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres, la gestion des dispositifs médicaux devient plus complexe, notamment en termes de maintenance et de partage des équipements.

F. Souhait d'indépendance stratégique :

Certains établissements souhaitent protéger leur **autonomie stratégique**, refusant de partager leurs ressources biomédicales pour maintenir leur contrôle sur les décisions opérationnelles et budgétaires. Cela reflète une résistance au changement motivée par des considérations organisationnelles.

G. Difficultés administratives :

La mutualisation implique des **défis administratifs importants**, notamment pour établir des conventions entre établissements, gérer des budgets communs et harmoniser les ressources humaines. Ces difficultés dissuadent les directions, déjà confrontées à des contraintes administratives élevées.

H. Manque de volonté institutionnelle :

Même si des discussions peuvent exister, l'**absence d'une impulsion institutionnelle forte** ou d'un cadre obligatoire freine les démarches de mutualisation. Sans pression externe ou engagement politique clair, ces projets peinent à émerger.

I. Projets prioritaires en cours :

De nombreux établissements sont engagés dans des **projets concurrents**, jugés plus pressants ou plus rentables à court terme. Cela relègue la mutualisation à une **priorité future**, rarement mise en œuvre.

J. Diversité des structures et des directions :

La **diversité organisationnelle** des établissements, avec des priorités et des gouvernances différentes, complique l'instauration d'une collaboration harmonieuse.

Cette hétérogénéité freine la définition d'objectifs communs et l'unification des processus.

3. Quelles en sont les raisons des projets de mutualisation non aboutis?

La liste des éléments mentionnés met en évidence les **freins majeurs** rencontrés dans les tentatives de mutualisation des services biomédicaux au sein des GHT. Ces obstacles, à la fois organisationnels, géographiques, techniques et humains, expliquent pourquoi ces initiatives n'ont pas abouti ou sont limitées dans leur efficacité.

A. Refus de facturation des prestations entre établissements :

Le **refus d'accepter la facturation** du travail des techniciens biomédicaux ou de la logistique par d'autres centres hospitaliers reflète une **absence de modèle économique partagé**. Cela illustre une difficulté à reconnaître la valeur ajoutée des prestations rendues et peut entraîner une **rupture de confiance** entre établissements.

B. Distance géographique trop importante (plus de 50 km) :

La localisation géographique des établissements, parfois éloignés de plus de 50 kilomètres, rend la mutualisation difficile. Cela augmente les **coûts logistiques**, allonge les délais d'intervention, et complique les **astreintes**, notamment pour des services critiques comme la dialyse.

C. Incompatibilité des parcs d'équipements :

Des équipements de **marques différentes** dans les établissements rendent l'uniformisation difficile. Cela implique des besoins de maintenance spécifiques, augmentant les coûts et limitant **standardisation** des procédures.

D. Absence de communication et de retour d'information :

Le manque de **retour d'informations** de l'établissement support limite la transparence et la collaboration. Une **communication insuffisante** engendre des frustrations et freine la mise en œuvre d'un projet collectif cohérent.

E. Échec d'autres projets mutualisés (exemple : service informatique) :

Le **groupement infructueux des services informatiques** sert d'exemple négatif, renforçant les craintes des parties prenantes vis-à-vis de nouvelles initiatives mutualisées. Ce type de précédent peut **démotiver** les directions à envisager des projets similaires.

F. Manque de renfort en ressources humaines :

L'insuffisance de techniciens et de personnel administratif limite la capacité d'un service biomédical à répondre aux **demandes supplémentaires** d'un autre centre.

Ce manque de renfort aggrave les disparités et alourdit les charges de travail des équipes en place.

G. Absence de volonté des directions :

L'absence de **volonté stratégique** des directions générales est un frein structurel majeur. Sans une **impulsion claire** et un **engagement institutionnel**, la mutualisation reste une initiative isolée, souvent abandonnée face à des résistances locales.

H. Complexité de la gestion administrative :

La gestion des **conventions** et des dossiers complexes, notamment pour l'achat de DM, ajoute une charge administrative importante. Les efforts nécessaires pour uniformiser les équipements ou coordonner les budgets sont souvent perçus comme **trop lourds**.

IV. Mutualisation des services et des moyens dans le cadre des GHT

1. Qu'est ce que vous mutualisez au sein de votre GHT?

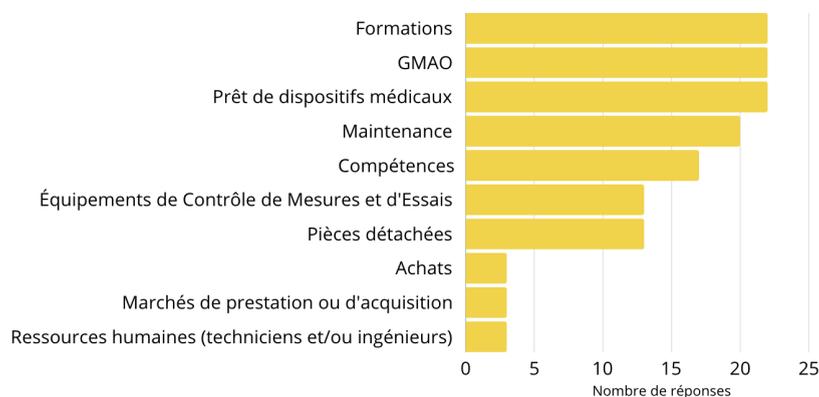


Figure 13 : Les éléments mutualisés au sein des GHT

Ce graphique met en évidence les domaines dans lesquels les services biomédicaux des GHT ont mis en place une mutualisation. Les réponses indiquent des **pratiques variées** en fonction des besoins et des ressources disponibles, avec une forte concentration sur certains aspects techniques et opérationnels.

A. Formations :

La mutualisation des **formations** arrive en première position, indiquant une priorité donnée à la montée en compétences des équipes biomédicales. Cela reflète un besoin de partager des ressources pédagogiques, souvent coûteuses, pour uniformiser les pratiques et développer les expertises sur les équipements médicaux.

B. GMAO:

Les systèmes de GMAO sont largement mutualisés, permettant un suivi centralisé des équipements dans plusieurs établissements. Cet outil favorise une meilleure **planification des interventions**, une traçabilité accrue et une optimisation des coûts de maintenance.

C. Prêt de dispositifs médicaux :

Le **prêt de dispositifs médicaux** constitue une stratégie efficace pour répondre aux besoins temporaires, comme en cas de panne ou d'augmentation ponctuelle d'activité (par exemple, en imagerie ou en anesthésie). Cette pratique optimise l'utilisation des équipements tout en évitant des achats inutiles.

D. Maintenance et compétences :

La **maintenance mutualisée** et le **partage de compétences** occupent une place importante. Cela illustre une volonté d'exploiter les expertises techniques entre établissements pour pallier le manque de techniciens spécialisés. Cela réduit également les coûts en externalisation et assure une réponse plus rapide aux besoins.

E. Équipements de Contrôle de Mesures et d'Essais (ECME) :

Le partage d'ECME démontre l'importance de mutualiser les ressources coûteuses et rarement utilisées. Ces équipements, indispensables pour vérifier la conformité et les performances des dispositifs médicaux, sont souvent trop chers pour être acquis individuellement par chaque établissement.

F. Pièces détachées :

Chaque site dispose de son **propre stock** de pièces détachées, et en cas de rupture d'approvisionnement, une mutualisation entre les sites permet de limiter les délais de réparation et de réduire les coûts liés aux achats d'urgence.

G. Achats et marchés de prestations :

Il est surprenant de constater que les **achats groupés et marchés communs de prestations**, pourtant essentiels pour optimiser les coûts et simplifier les contrats de maintenance des dispositifs médicaux, sont **peu fréquemment mentionnés** dans les réponses. Cette statistique est particulièrement **étonnante**, car la loi de 2016 relative à la modernisation du système de santé impose la **mutualisation des achats** dans le cadre des GHT.

Ce faible recours aux achats mutualisés pourrait refléter un **manque d'harmonisation** entre les établissements. Cela soulève des questions sur la coordination des GHT, alors même que cette pratique est censée être un levier majeur pour obtenir des **tarifs préférentiels** et standardiser les parcs d'équipements. Cette situation pourrait résulter de **difficultés administratives**, de résistances locales, ou d'un **manque de pilotage centralisé** au sein des GHT.

H. Ressources humaines (techniciens et ingénieurs) :

Le partage de **ressources humaines** reste limité, probablement en raison des contraintes liées aux distances géographiques ou à l'organisation interne. Cela indique que des efforts supplémentaires pourraient être nécessaires pour renforcer cette dimension de la mutualisation.

2. Quels sont les moyens de maintenance mis à votre disposition ?

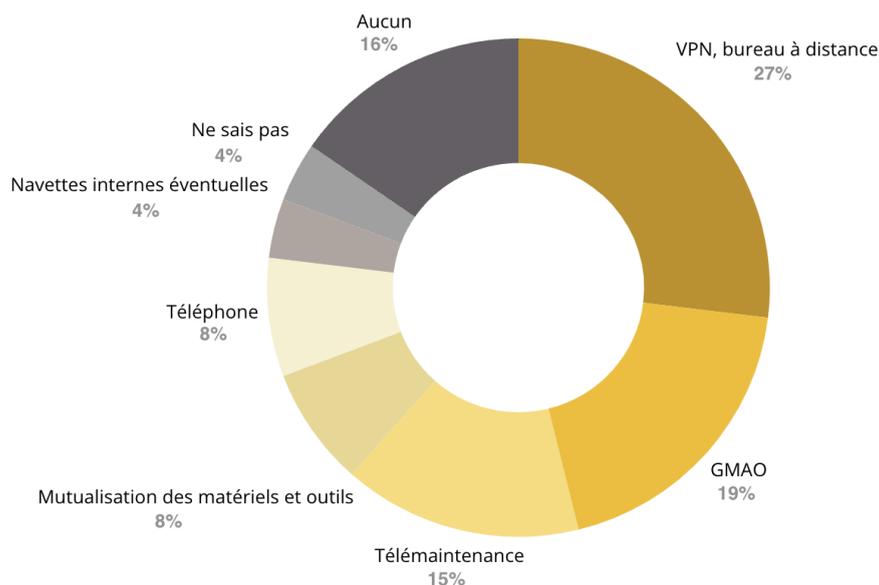


Figure 14 : Les moyens de maintenance à dispositions des professionnels

Ce graphique met en évidence les outils et méthodes utilisés pour faciliter les échanges et la coordination entre les services biomédicaux des Les réponses montrent une utilisation variée, avec une prédominance de certaines solutions numériques, mais aussi des lacunes dans l'adoption d'outils spécifiques.

A. VPN et bureau à distance (27 %) :

Les **VPN (Virtual Private Network)** et les **bureaux à distance** représentent la solution la plus utilisée, témoignant d'une volonté de **digitalisation** et de **connectivité** entre les **établissements**. Ces outils permettent aux **techniciens biomédicaux** et aux **équipes administratives** de travailler sur des **plateformes centralisées**, facilitant ainsi la **mutualisation des données** et la **gestion à distance**.

B. GMAO (19 %) :

La **GMAO** arrive en **deuxième position**, confirmant son rôle clé dans la

centralisation des informations relatives aux **équipements médicaux**. Bien que largement utilisée, son adoption reste **inférieure à ce qui pourrait être attendu** pour un outil **indispensable** à la **gestion mutualisée des parcs d'équipements**.

C. Télémaintenance et aucun outil (15 % chacun) :

La **télémaintenance** est une solution **pratique** pour intervenir rapidement à **distance** sur des **équipements critiques**. Cependant, il est **préoccupant** de constater que **15 % des répondants** déclarent **ne pas utiliser d'outil logistique ou de communication**, ce qui révèle des **disparités importantes** entre **établissements** et pourrait **compromettre la continuité des services**.

D. Téléphone et mutualisation des matériels et outils (8 % chacun) :

L'utilisation du **téléphone** pour la **communication** montre une approche plus **traditionnelle**, adaptée à des **échanges ponctuels** mais peu efficace pour des **projets à grande échelle**. La **mutualisation des matériels et outils**, bien que essentielle, reste encore **sous-utilisée** malgré son **potentiel à optimiser les ressources**.

E. Navettes internes éventuelles et absence de retour (4 % chacune) :

Les **navettes internes** sont rarement utilisées, probablement en raison des **contraintes logistiques** et des **distances entre établissements**. Par ailleurs, un **petit pourcentage** de répondants déclarent **ne pas savoir quels outils sont disponibles**, reflétant un **manque de communication interne** ou d'**information** sur les **ressources partagées**.

4. Quelles sont les aides à distance des fabricants mis à votre disposition ?

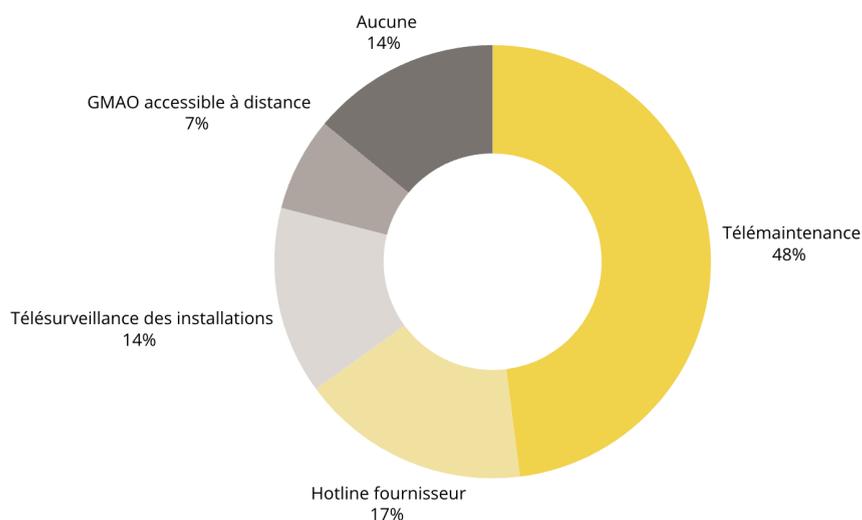


Figure 15 : Les aides à distance mis à disposition par les fabricants

Le graphique présente les **outils d'assistance à distance** utilisés par les **services biomédicaux** pour la **gestion** et la **maintenance** des **dispositifs médicaux**. Cette répartition met en lumière les **priorités**, les **limitations** et les **axes d'amélioration** pour une **gestion optimisée** des dispositifs médicaux.

A. Télémaintenance (48 %) :

La **télémaintenance** est de loin l'outil le plus utilisé. Cette solution permet aux **techniciens biomédicaux** et aux **fournisseurs** d'intervenir à **distance** sur les **équipements** pour **diagnostiquer** et **résoudre** des **problèmes techniques**. Cela **optimise la réactivité** et **réduit les temps d'arrêt** des **dispositifs critiques**, en particulier dans des environnements où la **maintenance locale** est difficile. Toutefois, son efficacité dépend fortement de la **compatibilité technologique** des équipements et de la **qualité des connexions réseau**.

B. Hotline fournisseur (17 %) :

Le recours aux **hotlines** démontre une **dépendance notable** aux **fournisseurs** pour résoudre des **problèmes complexes** ou **spécifiques**. Bien qu'utile, cette solution peut entraîner des **délais d'intervention** en cas d'**indisponibilité** ou de **volume important d'appels**, ce qui pose la question de la **montée en compétence** des équipes internes pour limiter cette dépendance.

C. Télésurveillance des installations (14 %) :

La **télésurveillance** permet de suivre en **temps réel** l'état des **équipements**, anticipant ainsi les **pannes potentielles** et optimisant la **planification des**

maintenances préventives. Cependant, son utilisation limitée reflète peut-être un **manque d'investissements** dans ces technologies ou des **contraintes** liées à l'**intégration des dispositifs existants**

D. GMAO accessible à distance (7 %) :

La faible adoption des outils de **GMAO** accessibles à distance est préoccupante. Ces **plateformes** offrent une **centralisation des données** et une **coordination efficace** des interventions. Leur sous-utilisation peut indiquer un **manque de standardisation** ou une **absence de mutualisation des ressources** au sein des **Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)**.

E. Aucun outil ou solution (14 %) :

Le fait que **14 %** des répondants déclarent **ne disposer d'aucun outil d'assistance à distance** est alarmant pour les **ingénieurs biomédicaux**. Cela expose les **établissements** à des **retards prolongés** dans les **interventions**, augmentant le **risque d'immobilisation prolongée** des **équipements** et affectant la **qualité des soins**.

V. Avantages et freins de la mutualisation

1. Pensez-vous que votre service biomédical serait prêt à participer à une mutualisation ?

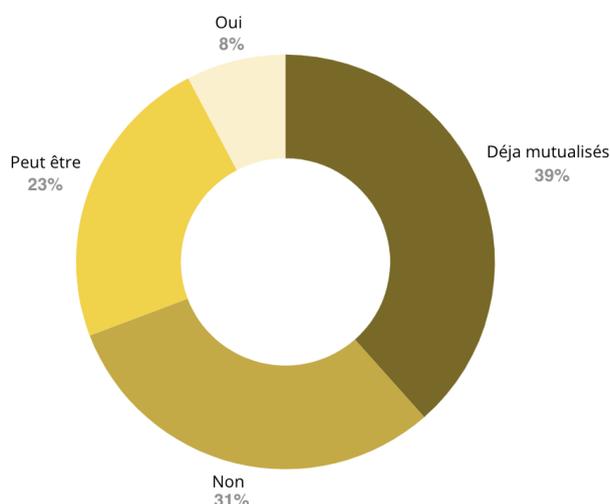


Figure 16 : Participation du service biomédical dans un projet de mutualisation

Le graphique révèle les **perceptions des services biomédicaux** concernant leur **capacité** et leur **volonté** de s'engager dans une **mutualisation** dans le cadre des **GHT**. Cette analyse met en lumière des **disparités importantes** entre les

établissements, reflétant à la fois des **opportunités d'amélioration** et des **freins persistants** à la mutualisation.

A. Déjà mutualisés (39 %):

Un **pourcentage significatif** de services biomédicaux indique qu'ils ont **déjà adopté une mutualisation**. Cela montre une **avancée** dans l'**organisation des GHT**, où les établissements ont su **centraliser leurs ressources** pour **optimiser la gestion des dispositifs médicaux**. Les **avantages** de cette mutualisation incluent une **réduction des coûts** liés aux **achats groupés**, une meilleure **planification des maintenances** et une **standardisation des équipements**, facilitant ainsi la **formation** et l'**entretien**.

B. Non (31 %):

Près d'un **tiers des répondants** estiment que leur service **n'est pas prêt** à participer à une mutualisation. Ce chiffre traduit des **résistances importantes**, souvent liées à des **contraintes organisationnelles** ou à un **manque de ressources**. Certains établissements pourraient craindre une **perte d'autonomie** ou une **complexification des processus internes**. D'autres, en revanche, pourraient simplement manquer des **infrastructures nécessaires**, comme des **systèmes de communication interconnectés** ou des **outils numériques adaptés**. Cette réticence peut également s'expliquer par une **méconnaissance des bénéfices** de la mutualisation ou par une **perception des coûts initiaux** comme un **frein insurmontable**. Ce groupe nécessite un **accompagnement spécifique**, avec des **formations** et des **démonstrations concrètes** pour lever les **doutes** et préparer une **transition progressive**.

C. Peut-être (23 %):

Le fait que **23 %** des répondants soient **indécis** reflète une **ouverture conditionnelle** à la mutualisation. Ces établissements pourraient envisager une **collaboration** sous certaines conditions, telles que l'**allocation de financements**, l'**amélioration des infrastructures techniques** ou la mise en place d'un **cadre organisationnel clair**. Cette indécision met en évidence un **manque d'information** ou de **preuves tangibles** concernant les **avantages de la mutualisation**. Des initiatives comme des **projets pilotes** ou des **témoignages** d'établissements ayant réussi leur **transition** pourraient inciter cette catégorie à franchir le pas. Les **outils numériques accessibles**, combinés à un **accompagnement stratégique**, joueront un **rôle clé** pour transformer cette **hésitation** en **engagement concret**.

D. Oui (8 %):

Avec seulement **8%** des répondants déclarant être **prêts** à participer à une mutualisation, il est évident que l'**adhésion à ce modèle** reste **limitée** dans de nombreux établissements. Ce faible chiffre souligne l'**existence de barrières**

importantes, qu'elles soient d'ordre **technique, organisationnel** ou **humain**. Les services déclarant être **prêts à mutualiser** sont probablement ceux disposant déjà d'une **infrastructure adéquate** et d'un **soutien institutionnel clair**. Ces établissements peuvent servir de **modèles** pour inspirer d'autres structures. Toutefois, pour **élargir ce cercle**, il est impératif de proposer des **incitations financières**, des **politiques de standardisation** et des **programmes de sensibilisation ciblés**.

2. Quels seraient les prérequis pour une mutualisation efficace entre services biomédicaux ?

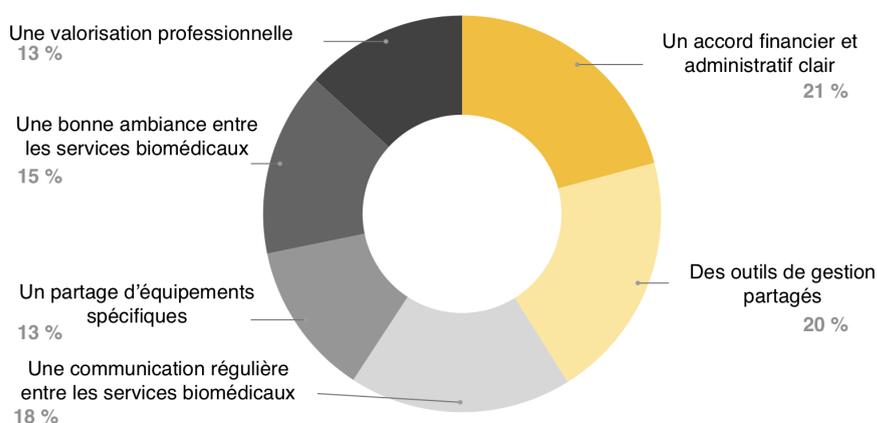


Figure 17 : Les prérequis considérés comme importants par les professionnels pour une mutualisation efficace

Le graphique illustre les conditions perçues comme essentielles pour une mutualisation réussie des services biomédicaux dans les GHT. Ces facteurs reflètent des enjeux à la fois organisationnels, techniques et humains.

A. Un accord financier et administratif clair (21 %) :

Le facteur le plus souvent cité est la nécessité d'établir des **bases contractuelles solides**, comprenant une répartition transparente des coûts et des responsabilités. Cet accord est nécessaire pour garantir une coordination efficace entre les établissements, éviter les conflits et faciliter la prise de décision collective.

B. Des outils de gestion partagés (20 %) :

La mise en place de **systèmes numériques mutualisés**, tels que des plateformes GMAO ou des bases de données communes, est perçue comme un levier clé. Ces outils favorisent la standardisation des pratiques, améliorent le suivi des dispositifs médicaux et renforcent la fluidité des échanges entre les services.

C. Une communication régulière entre les services biomédicaux (18 %) :

La communication est identifiée comme un pilier fondamental de la mutualisation.

Des échanges fréquents permettent de maintenir une **transparence organisationnelle**, de résoudre rapidement les problèmes et d'encourager une culture de collaboration entre les équipes biomédicales.

D. Une bonne ambiance entre les services biomédicaux (15 %) :

Les relations humaines jouent un rôle non négligeable dans la réussite des projets de mutualisation. Une **ambiance positive** et des interactions harmonieuses entre les équipes favorisent l'engagement et limitent les résistances au changement.

E. Un partage d'équipements spécifiques (13 %) :

Le partage de certains équipements, tels que les **équipements de contrôle de mesures et d'essais**, est vu comme une solution pour réduire les dépenses et améliorer l'accès à des **dispositifs critiques**, tout en optimisant les ressources disponibles.

F. Une valorisation professionnelle (13 %) :

La reconnaissance des efforts des techniciens et ingénieurs biomédicaux via des formations, des primes ou une meilleure visibilité de leur rôle est perçue comme un moyen de motiver les équipes et d'encourager leur participation active à la mutualisation.

3. Quelles seraient, selon vous, les étapes prioritaires pour réussir la mutualisation entre services biomédicaux ?

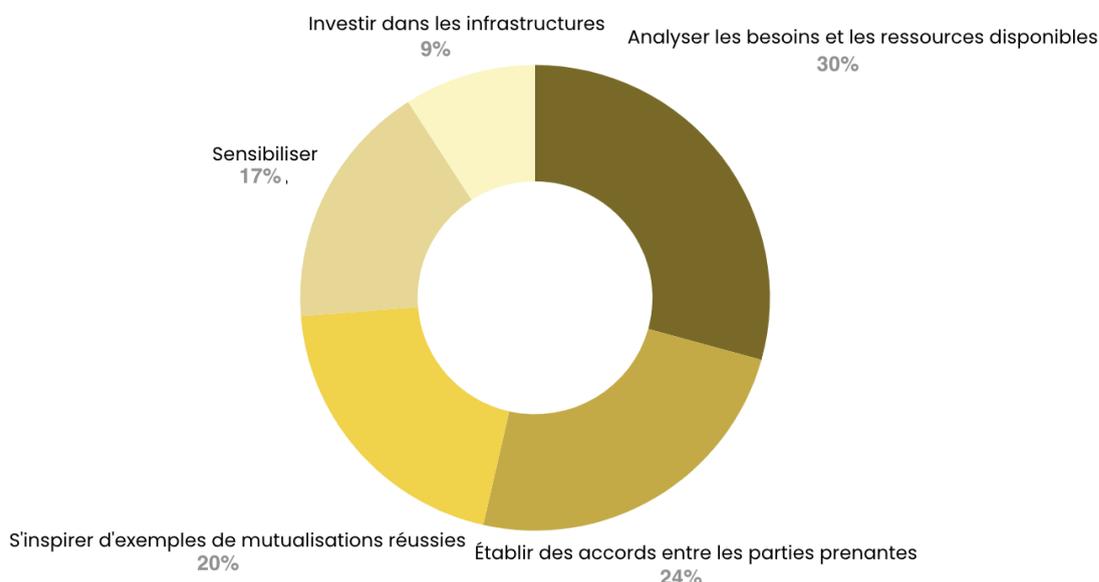


Figure 18 : Les étapes prioritaires pour réussir la mutualisation

Le graphique met en évidence les **étapes perçues comme prioritaires** par les répondants pour réussir la **mutualisation des services biomédicaux**. Cinq

catégories principales ressortent, montrant une vision **méthodique** de la démarche nécessaire pour garantir le **succès** de ce modèle dans le cadre des **GHT**.

A. Analyser les besoins et les ressources disponibles (30 %)

Avec **30 %** des réponses, cette étape est perçue comme la plus **nécessaire**. Avant d'entamer une mutualisation, il est indispensable d'**évaluer les besoins réels** et les **ressources disponibles** au sein des établissements concernés. Cela inclut la **cartographie des équipements existants**, des **ressources humaines** (techniciens biomédicaux), et des **outils numériques** en place. Une telle analyse permet d'**identifier les redondances**, les **lacunes** et les **opportunités d'optimisation**. En comprenant ces éléments, il devient possible de bâtir une mutualisation basée sur des **données concrètes**, garantissant une **utilisation efficace des ressources** et une transition fluide.

B. Établir des accords entre les parties prenantes (24 %)

Près d'un **quart** des répondants (**24 %**) estiment que la mise en place d'**accords clairs** entre les **parties prenantes** est une étape **essentielle**. Une mutualisation efficace repose sur une **collaboration harmonieuse** entre les différents établissements. Pour cela, il est nécessaire de **formaliser des accords** définissant clairement les **responsabilités**, les **rôles** et les **modalités de partage** des ressources (équipements, personnel, financements). En outre, ces accords doivent inclure des **mécanismes de résolution de conflits** pour éviter des tensions futures. Ce cadre **organisationnel** est fondamental pour garantir l'**engagement** des parties et maintenir la **stabilité du projet** sur le long terme.

C. S'inspirer d'exemples de mutualisations réussies (20 %)

Pour **20 %** des répondants, s'**inspirer d'exemples réussis** de mutualisation est une étape importante. Ces **retours d'expérience** offrent une **base solide** pour éviter les **erreurs courantes** et adopter les **meilleures pratiques**. Les exemples peuvent provenir d'autres **GHT** ou d'**organisations similaires**, où les mutualisations ont permis des résultats **concrets**, tels que des **économies financières**, une amélioration des **délais d'intervention** ou une meilleure **qualité des soins**. Ces références rassurent les **établissements hésitants** et permettent de démontrer la **faisabilité** et les **bénéfices** du projet.

D. Sensibiliser (17 %)

La **sensibilisation**, mentionnée par **17 %** des répondants, est un **levier indispensable** pour surmonter les **résistances au changement**. Informer les parties prenantes des **bénéfices concrets** de la mutualisation, comme la **réduction des coûts**, l'**efficacité accrue** et l'**optimisation des processus** est essentiel pour générer l'**adhésion**. La sensibilisation peut se faire par le biais de **sessions d'information**, de **réunions inter-établissements** ou de **supports pédagogiques**. Cette étape vise également à **lever les craintes** liées à une **perte d'autonomie** ou

à une **surcharge de travail**, en renforçant la **compréhension** et la **confiance** dans le projet.

E. Investir dans les infrastructures (9 %)

Seulement **9 %** des répondants estiment que l'**investissement dans les infrastructures** est prioritaire, ce qui peut s'expliquer par le fait que cette étape dépend des **besoins identifiés en amont**. Néanmoins, il s'agit d'un aspect clé pour garantir le **succès opérationnel** de la mutualisation. Cet investissement peut inclure la mise en place de **systèmes de gestion centralisés** (comme une **GMAO mutualisée**), l'achat d'**équipements standardisés** et la **modernisation des infrastructures numériques** (VPN, outils de télémaintenance). Bien que perçue comme moins urgente, cette étape sera essentielle une fois que les bases **organisationnelles** et **stratégiques** auront été posées.

4. Quels avantages voyez-vous dans la mutualisation entre les services biomédicaux ?

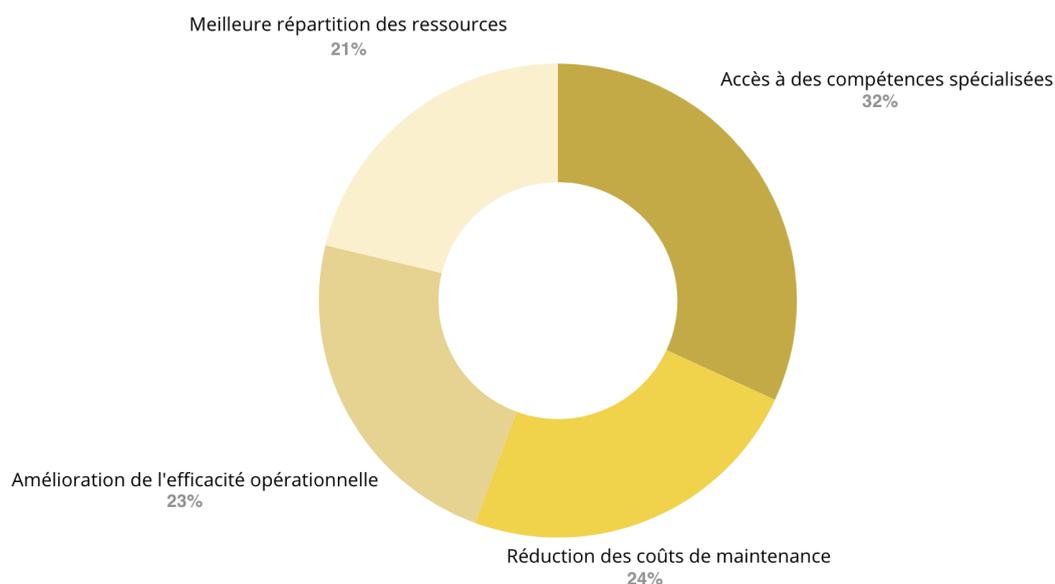


Figure 19 : Les avantages de la mutualisation entre services biomédicaux

Ce graphique met en lumière les principaux avantages identifiés par les professionnels à la mutualisation des services biomédicaux dans les GHT.

A. Accès à des compétences spécialisées (32%)

La mutualisation permet un **accès élargi** à des **expertises techniques spécifiques**, souvent difficiles à maintenir dans chaque établissement en raison des **coûts de formation** et de l'**évolution rapide des technologies**. Cela est

particulièrement **bénéfique** pour la **maintenance d'équipements complexes**, comme ceux utilisés en **imagerie** ou en **laboratoire**.

B. Réduction des coûts de maintenance (24%)

La mutualisation favorise des **économies d'échelle**, en particulier grâce à des **achats groupés**, à la **standardisation des équipements** et à l'**optimisation des ressources partagées**. Cela permet de réduire les **coûts liés à la formation**, aux **contrats de maintenance** et à l'**externalisation**.

C. Amélioration de l'efficacité opérationnelle (23%)

En **partageant les équipements**, les **compétences** et les **outils**, les établissements peuvent améliorer leur **réactivité** et leur capacité à gérer les **maintenances**, réduisant ainsi les **temps d'immobilisation des dispositifs critiques**. Cette **efficacité accrue** se traduit par une **amélioration de la qualité des soins** et de la **continuité des services**.

D. Meilleure répartition des ressources (21%)

La mutualisation permet une **distribution équitable** des **ressources humaines, matérielles** et **financières** entre les établissements d'un **GHT**. Cela est particulièrement utile dans les **territoires** où les **petits établissements** disposent de **moyens limités** et peuvent ainsi bénéficier des **ressources** des plus grandes structures.

5. Selon vous, quels sont les principaux freins à la mutualisation des services biomédicaux ?

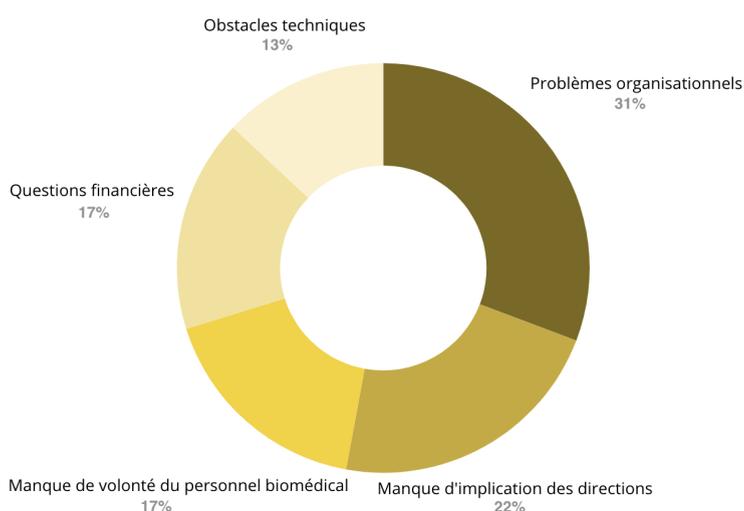


Figure 20 : Les principaux freins à la mutualisation entre services biomédicaux

Ce graphique met en évidence les principaux **obstacles** à la mutualisation des services biomédicaux, selon les professionnels interrogés. Les résultats reflètent des freins variés, qu'ils soient organisationnels, humains, financiers ou techniques. Ces enjeux doivent être adressés pour faciliter une mise en œuvre efficace de la mutualisation au sein des établissements de santé.

A. Problèmes organisationnels (31%)

Avec **31 %**, les **problèmes organisationnels** représentent le principal frein à la mutualisation. Ces difficultés incluent une **mauvaise coordination** entre les établissements, une absence de **processus clairs** ou de cadres définis, ainsi qu'une **résistance au changement** de la part des acteurs locaux. Ces obstacles reflètent un besoin d'**organisation structurée**, où chaque établissement aurait des **rôles bien définis** et des accords partagés pour assurer une collaboration efficace. Sans une approche organisationnelle solide, la mutualisation risque de ne pas produire les gains attendus.

B. Manque d'implication des directions (22%)

Le **manque d'implication des directions**, représentant **22 %**, constitue un frein majeur. Les directions jouent un rôle important dans la **prise de décisions stratégiques**, la **mobilisation des ressources nécessaires** et la communication des objectifs du projet. Une absence d'engagement des décideurs peut créer un **manque de vision commune**, ralentir les efforts et générer de la confusion au sein des équipes opérationnelles. Il est indispensable que les directions s'impliquent activement pour soutenir et encourager le personnel dans la mise en œuvre de la mutualisation.

C. Manque de volonté du personnel biomédical (17%)

Avec **17 %**, le **manque de volonté du personnel biomédical** reflète des résistances humaines, souvent liées à des **peurs de perte d'autonomie** ou des **inquiétudes concernant leur rôle actuel**. Ces réticences peuvent également s'expliquer par un **manque de sensibilisation** ou une perception d'**augmentation de la charge de travail**. Pour lever ces freins, il est essentiel d'**impliquer les équipes biomédicales** dès le début du projet et de les former pour qu'elles comprennent les bénéfices concrets de la mutualisation, tant pour elles-mêmes que pour leurs établissements.

D. Questions financières (17%)

Les **questions financières**, mentionnées par **17 %** des répondants, constituent un autre frein important. La mutualisation nécessite des **investissements initiaux** significatifs, tels que la mise en place de **systèmes mutualisés** (GMAO, VPN), l'**achat d'équipements standardisés** ou encore la **formation des équipes**. Ces coûts peuvent décourager certains établissements, notamment ceux disposant de

budgets restreints. Pour surmonter ce frein, il est important de démontrer les **économies d'échelle** réalisables grâce à la mutualisation, tout en explorant des solutions de financement ou d'incitations budgétaires.

E. Obstacles techniques (13%)

Les **obstacles techniques**, bien qu'en proportion moindre (13 %), restent un enjeu significatif. Ils incluent des **problèmes de compatibilité** entre équipements ou systèmes, des **limitations technologiques** dans les infrastructures actuelles et des difficultés d'**intégration des outils partagés**. Ces défis nécessitent une **approche proactive**, incluant une **standardisation des équipements** et un renforcement des **infrastructures numériques**, pour garantir une interopérabilité efficace.

VI. Avez-vous des commentaires supplémentaires, suggestions ou réflexions concernant la mise en place des services biomédicaux territoriaux ?

Les réponses à cette question révèlent une diversité de points de vue, soulignant à la fois des opportunités, des préoccupations et des suggestions pour la mise en place des services biomédicaux territoriaux. Ces réponses ont été regroupées en plusieurs thématiques majeures :

A. Enjeux organisationnels et humains

- **Manque de stabilité des services actuels** : Certains répondants estiment qu'il est prématuré de mettre en place une organisation territoriale tant que les services biomédicaux des établissements ne sont pas stabilisés. Des défis tels que le **manque d'effectifs**, la **valorisation insuffisante** et le **manque de reconnaissance** sont régulièrement mentionnés.
- **Valorisation des équipes locales** : Plusieurs réponses insistent sur la nécessité de **respecter les compétences locales** et de valoriser le savoir-faire des petits établissements pour éviter une perte de motivation et une désorganisation.
- **Impact sur les personnels** : La mutualisation est perçue par certains comme un **risque pour l'emploi**, en raison des restrictions budgétaires pouvant cibler le personnel, et une **charge supplémentaire** pour les équipes.

B. Coordination et communication

- **Confiance et dialogue** : Plusieurs répondants soulignent que la clé de la réussite réside dans une **bonne communication**, une **confiance partagée** et

des **échanges réguliers**. Certains suggèrent des réunions périodiques pour traiter des thématiques spécifiques.

- **Absence de stratégie commune** : L'absence de **politique générale liée aux GHT** ou de direction commune est identifiée comme une des **plus grandes difficultés** pour coordonner efficacement les établissements.
- **Défis liés aux calendriers disparates** : Les différences dans les **plans d'investissement** et les calendriers budgétaires entre établissements sont considérées comme un frein majeur à la mutualisation.

C. Aspects techniques et stratégiques

- **Importance de la GMAO commune** : Une **GMAO mutualisée** et harmonisée (fournisseurs, équipements, pièces détachées, etc.) est mentionnée comme une **condition nécessaire** à la réussite de la mutualisation.
- **Harmonisation des équipements** : Avant de mutualiser la maintenance, certains répondants suggèrent de commencer par une **stratégie commune d'achat** pour réduire les disparités entre établissements.
- **Flexibilité et synergies** : Plusieurs réponses privilégient une approche de **synergie** et de coopération, en opposition à une mutualisation stricte, pour éviter une désorganisation et une perte d'autonomie des établissements.

D. Enjeux financiers et juridiques

- **Budgets disparates** : Les écarts budgétaires entre établissements et les difficultés de financement (notamment des salaires et des équipements) sont des obstacles majeurs identifiés.
- **Questions juridiques** : En cas de mutualisation, les responsabilités en cas de problème doivent être clairement définies.
- **Partage des coûts** : Les subventions, les modalités de répartition des budgets et les financements au niveau du GHT sont des points à clarifier pour assurer une transition réussie.

E. Vision critique de la mutualisation

- **Scepticisme sur la mutualisation** : Certains professionnels rejettent l'idée de mutualisation stricte, préférant maintenir l'autonomie des établissements tout en favorisant des **conventions de partenariat** pour mutualiser uniquement les équipements ou les formations.

- **Risque de management inadapté** : Le terme "mutualisation" est jugé trop rigide par certains, qui redoutent une approche **pyramidale** et dépassée. Une transition vers des synergies adaptées au cas par cas est préférée.

F. Opportunités et expériences positives

- **Expériences réussies** : Plusieurs établissements partagent des retours positifs sur la mutualisation, notamment depuis sa mise en place en 2016 ou 2019. Les bénéfices incluent une **efficience globale**, un **accès à l'innovation**, une **dynamique collective**, et une **mise à niveau des établissements**.
- **Accompagnement nécessaire** : Avec un bon accompagnement et une stratégie bien définie, la mutualisation peut **décloisonner les services**, permettre le **partage des expériences**, et offrir de **meilleurs services**.
- **Impact positif sur la crédibilité** : Certains voient la mutualisation comme un moyen indispensable de renforcer la **crédibilité du secteur biomédical**.

Conclusion : Services Biomédicaux Territoriaux dans les GHT

Ce projet, sous la supervision du **Dr.Ing. Gilbert Farges**, a permis d'explorer les **pratiques actuelles** et les **perceptions** des services biomédicaux concernant la mutualisation dans les **GHT**. À travers l'analyse des réponses de **85 participants**, plusieurs enseignements clés ont émergé.

Bilan des pratiques actuelles

Les retours d'expérience montrent une grande hétérogénéité dans les approches de gestion biomédicale, avec des disparités significatives entre les établissements en termes de ressources, d'organisation et de stratégie. Certains GHT ont déjà adopté des **pratiques avancées de mutualisation**, avec des bénéfices clairs tels que la réduction des coûts, l'amélioration de l'efficacité opérationnelle et l'accès à des compétences spécialisées. Cependant, beaucoup restent confrontés à des **freins structurels** et organisationnels.

Avantages de la mutualisation

Les principaux avantages identifiés incluent :

- Un **accès élargi aux compétences spécialisées**, souvent difficiles à maintenir en interne.
- Une **réduction des coûts de maintenance** grâce aux économies d'échelle (achats groupés, standardisation).
- Une **amélioration de l'efficacité opérationnelle**, favorisant une meilleure réactivité et continuité des soins.
- Une standardisation des pratiques et des outils permet d'améliorer l'efficacité globale des processus.
- Une **répartition équitable des ressources**, permettant aux petits établissements de bénéficier des capacités des plus grands.

Ces bénéfices confirment que la mutualisation, lorsqu'elle est bien structurée, peut être un levier puissant pour optimiser la gestion biomédicale dans les GHT.

Freins à surmonter

Malgré ses avantages, la mutualisation rencontre des obstacles majeurs :

1. **Problèmes organisationnels**: manque de coordination, absence de stratégie commune et résistances internes.
2. **Contraintes financières**: budgets disparates entre établissements et coûts initiaux importants.
3. **Freins humains**: manque de volonté des personnels biomédicaux, crainte de perdre en autonomie ou en valorisation.

4. **Valorisation:** Manque de valorisation des personnels biomédicaux par rapport à d'autres professionnels hospitaliers.
5. **Enjeux techniques** : problèmes de compatibilité des équipements et absence d'outils numériques partagés comme une GMAO commune.
6. **Question juridique** : nécessité de clarifier les responsabilités en cas de mutualisation des ressources humaines ou matérielles.

Ces éléments soulignent la complexité du processus de mutualisation et la nécessité d'un accompagnement adapté pour surmonter ces défis.

Perspectives et recommandations

Pour favoriser une mutualisation efficace et durable, les recommandations suivantes émergent :

- **Établir une stratégie commune** au sein des GHT, incluant des objectifs clairs, une répartition transparente des coûts et des responsabilités.
- **Renforcer les outils numériques**, notamment une GMAO mutualisée, pour centraliser la gestion et améliorer la coordination entre établissements.
- **Valoriser les équipes biomédicales**, en leur offrant des formations, des primes et une reconnaissance accrue de leur rôle stratégique.
- **Promouvoir une communication continue** entre les établissements, à travers des réunions périodiques et des échanges réguliers.
- **Commencer par des projets pilotes**, en s'inspirant des exemples réussis, pour démontrer la faisabilité et les bénéfices concrets de la mutualisation.

Conclusion générale

La mutualisation des services biomédicaux dans les GHT représente une opportunité majeure pour optimiser la gestion des dispositifs médicaux, améliorer la qualité des soins et renforcer la crédibilité du secteur biomédical. Cependant, sa mise en œuvre nécessite une **approche méthodique**, intégrant des solutions techniques, organisationnelles et humaines adaptées aux besoins spécifiques de chaque territoire. Avec un accompagnement stratégique et des efforts concertés, la mutualisation peut transformer les défis actuels en leviers de progrès pour l'ensemble des établissements membres des GHT.