
**Dossier Annexe associé au Mémoire d'Intelligence Méthodologique
IDS n°167 « Processus et Performance pour l'Ingénierie Biomédicale
en établissement de Santé »**

Recueil de l'ensemble des Interviews et des données de sondage collectées.

Suiveur : Gilbert Farges

Tuteur externe : Sébastien VESSERON & Sébastien PONS

Auteurs : BIBI Lahcen, HAMMA Hichem, SRIKARAN Ilakhiya, VIARD Mathis

Année Universitaire 2022 - 2023



DOI : <https://doi.org/10.34746/ids167>

lien https : <https://travaux.master.utc.fr/formations-master/ingenierie-de-la-sante/ids167/>

Table des matières

Annexe n°1 : Entretiens	2
Interview n°1	2
Interview n°2.....	4
Interview n°3.....	9
Interview n°4.....	14
Interview n°5.....	26
Annexe n°2 : Sondage sur la cartographie des processus du projet ANAP-AFIB.....	28
Annexe n°3 : Données brutes du sondage.....	34

Annexe n°1 : Entretiens

Interview n°1 réalisée auprès l'Ingénieur Biomédical 1, le 7 octobre 2022 à 14h.

Quelle a été votre volonté à travers l'élaboration commune au niveau des ingénieurs, l'AFIB, et l'ANAP pour cette cartographie et quelles étaient vos attentes à sa création ?

Tout d'abord, c'était au moment de la constitution des GHT. À ce moment-là, il était question de créer des groupes des branches techniques et logistiques au niveau des GHT. En fait, c'est le processus achat qui a attiré notre attention, car eux de leur côté avaient déjà commencé à travailler avec l'anap pour détailler un peu et clarifier leur méthode de travail au niveau des GHT. Nous nous sommes alors dit nous aussi que c'était un travail intéressant.

Au niveau de l'AFIB, il y a eu aussi une volonté, afin d'éviter que les biomédicaux restent sur la touche, nous avons anticipé afin d'éviter que la réflexion de la place du biomédical au sein des GHT ne soit pensée qu'à la fin. Nous avons eu la volonté d'articuler les services biomédicaux au sein des GHT. L'AFIB, s'est alors dit qu'il serait intéressant de faire un travail dessus qui serait équivalent à ce qu'avait déjà été réalisé avec la fonction achat. Ils ont demandé des volontaires et j'étais intéressé. En tant que volontaires, nous ne souhaitons pas être les oubliés et que l'on se retrouve contraint par des procédures et des processus élaborés par les autres. C'était pour nous essentiel que ce soient les ingénieurs biomédicaux qui rédigent leur propre document, en tant que connaisseurs complet de notre corps de métier, afin d'élaborer un travail qui pourrait servir à mettre en place des services biomédicaux communs dans certains GHT, ou même de développer des pratiques communes de travail au niveau de certains établissements.

Suite à cette élaboration de projet, avez-vous eu des retours d'expérience ?

Moi personnellement au niveau de mon GHT le biomédical n'a pas été mutualisé pour le moment. La direction n'a pas jugé cela prioritaire, préférant mutualiser ce qui était déjà obligatoire, c'est-à-dire les achats, la DSI, la DRH, etc. Pour l'instant, nous continuons à travailler chacun de notre côté dans nos établissements respectifs. Donc, personnellement, je n'ai pas utilisé l'outil, mais en ayant participé à son élaboration, je peux dire que je le connais un petit peu, donc je le maîtrise et j'applique au quotidien sans vraiment ouvrir le guide. Mais il y a quelques ingénieurs nouvellement nommés dans certains établissements qui s'en sont servi un peu comme base de travail, afin de savoir quelles sont leurs obligations, leurs fonctions, à quel niveau ils pouvaient intervenir dans quel domaine etc.

Il y a aussi quelques établissements qui s'en sont servis aussi - où la fonction biomédicale a été mutualisée au niveau du GHT – afin de poser les bases.

Est-ce que vous avez recensé des besoins dans le cas d'une mutualisation au sein d'un service biomédical, qu'on pourrait intégrer dans un outil qui se veut utilisé-utilisable ? Qui pourrait être annexé à cette cartographie. Est-ce qu'en 2022 une modernisation de cet outil pourrait permettre à la communauté biomédicale de s'organiser autour des évolutions sociétales et territoriales, ou il n'y a pas de plus-value à la création et la modernisation de cet outil-là ?

Je dirai que l'outil a déjà six ans, il a été créé avant la mise en place effective des GHT. Donc, à mon avis, il n'est pas inintéressant de se pencher dessus et d'apporter d'éventuelles corrections par rapport à tout ce qui a déjà été réalisé concrètement et en se basant éventuellement sur l'expérience de ceux qui s'en sont servie au niveau de leur GHT. Cela permettrait d'apporter d'éventuelles corrections nécessaires, ce qui permettrait l'ajout de nouveaux éléments - voir créer éventuellement un outil annexe plus spécifique à une mise en place au niveau d'un GHT par exemple.

Il y a toujours la problématique de la création d'une multitude d'outils qui ne sont pas forcément flexibles ou ergonomiques, difficiles d'utilisation, nous avons vraiment pour ambitions de sélectionner les processus qu'on pourrait dire « primordial » et de concevoir un outil interactif - d'auto diagnostic.

Les outils d'autodiagnostic, il en existe déjà une multitude. Il y a des outils concrets qui ont été mis en place. Personnellement sur le terrain j'en ai déjà suffisamment si je veux faire un bilan de mon activité, et de la qualité de mon travail fourni. Je ne sais pas si poser votre projet en tant que nouveau moyen d'évaluation soit judicieux. Les nouveaux moyens d'évaluations apparaissent régulièrement, et il n'est pas forcément évident de les exploiter selon les circonstances. D'après ce que j'ai vu, je crois qu'on essaie de mettre en place la nouvelle certification AFAQ au niveau des services biomédicaux, qui serait un peu plus légère que l'ISO. Je pense que le nouvel outil qu'on utilise répond déjà à la problématique que vous vous posez.

Par quel moyen êtes-vous passé afin de promouvoir votre outil ?

Au travers de la diffusion auprès de mes collègues proches. Il a été déposé sur le site internet de l'AFIB, mais il se peut que certains ne l'aient pas vu. Tous les ingénieurs biomédicaux ne sont pas forcément à l'afib et ne savent pas forcément toutes les infos et ne sont pas au courant de tout ce qui se fait. Il est donc important d'utiliser aussi son réseau.

Interview n°2 réalisée auprès de l'Ingénieur Biomédical 2, le 20 octobre 2022 à 10h.

On voudrait avoir un peu plus de détails sur cette mutualisation et sur l'utilisation de cet outil.

On a une direction biomédicale territoriale depuis 2016 ça s'est fait tout le long enfin on n'a pas pris la cartographie. En mai 2017, parallèlement, la certification ISO 9001 du service a été engagée. Donc il y'a eu 2 grands changements en l'espace de 6 mois et tout a été effectué sur le premier semestre avec l'ouverture GHT de la direction biomédicale et l'initiation de la démarche ISO sur l'atelier à l'hôpital.

Pour déployer, j'ai pas tout l'historique avant puisque j'étais dans les mêmes locaux que vous êtes l'année scolaire 2016 - 2017 et j'ai intégré le centre hospitalier après mon diplôme en été 2017. Donc tout ce qui a été fait en amont, je n'ai que très peu d'informations. Il y a eu des gros travaux qui ont été fait en 2016 notamment des audits sur les différents ateliers séparément avec l'aide d'un stagiaire qui avait fait l'audit par rapport au guide des bonnes pratiques sur chacun des sites pour arriver à pointer pour là où il fallait travailler, là où il fallait mutualiser comment il fallait faire

J'ai donc intégré en tant qu'ingénieur la direction dans l'été 2017 et j'ai tout de suite entamé la démarche ISO de l'atelier mais avec une vision un peu GHT pour que ça soit applicable sur les autres sites parce que on était une des premières directions à être au titre du GHT malgré la réglementation. Notamment au niveau du déploiement des achats qui travaillait au titre du GHT mais encore il répondait à la réglementation sur le papier donc c'est pas une obligation d'avoir une direction biomédicale de territoire. Quant à cette cartographie, je ne vous cache pas qu'on s'en est très peu servi. Ma problématique est que j'aimerais qu'il y est un outil qui regroupe justement tous ces petits outils pour arriver à faire une concordance entre le guide des bonnes pratiques et l'ISO et donc quand on fait des bonnes pratiques on répond à l'ISO et réciproquement quand on fait l'ISO on répond à la cartographie.

On se sert de cette cartographie ANAP pour détailler nos process de notre cartographie du processus demandée dans l'ISO. Je ne pourrais vous dire si cette démarche ISO avait été engagée selon la cartographie. C'est le contexte qu'il existait quand on a été mis en GHT donc on a éventuellement utilisé la cartographie pour déployer toutes activités sur le GHT et on a eu cette démarche en parallèle. On s'en est quand même servi pour avoir les grandes lignes de cette cartographie du processus ISO, quels sont les métiers, les limites, les tenants, les aboutissants du métier d'ingénieur

On a eu des retours similaires ou certains ingénieurs ne l'avaient pas forcément utilisés vu qu'ils connaissaient les aboutissants. ils nous avaient dit que c'était utilisé comme un support et plus précisément comme un dictionnaire pour les ingénieurs qui ne sont pas expérimentés qui doivent mutualiser certains services comme le biomédical en particulier

Pour ma part, je viens d'une formation initiale dans le domaine de la pharmacie je travaillais dans une pharmacie à usage intérieur dans un centre de soins de suite et de réadaptation et je suis rentré tout doucement dans la porte du biomédical en tant que correspondante en matériovigilance. En 20 ans, j'ai vu progresser cette notion de vigilance et la prise en charge de toutes ces vigilances au sein des établissements et donc après il y a eu des certifications HAS où on était impacté de la pharmacie mais aussi il y avait au fur et à mesure des certifications et le critère 8K qui arrivait et il m'a été demandé de m'occuper des dispositifs médicaux. C'est pour cette raison que j'ai suivi la formation ABIH (assistante biomédicale en ingénierie hospitalière) en 2012 avec un guide qui est fraîchement sorti à ce moment-là. J'ai découvert le biomédical en lien avec le guide des bonnes pratiques de Gilbert Farges.

Après j'ai fait le master en 2016 2017 et on parlait beaucoup du guide des bonnes pratiques et j'ai participé à la rédaction des bonnes pratiques d'activités connexes aussi. J'ai vraiment découvert au fur et à mesure. Cette cartographie ANAP est très bien mais il n'y a aucun lien entre cette cartographie et le guide des bonnes pratiques et aucun lien entre l'ISO 9001 et éventuellement maintenant la nouvelle certification biomédicale qui est en train d'être montée. C'est tous des référentiels séparés très bien mais y a plein de choses dedans qui se rejoignent. Je pense qu'on pourrait avoir quelque chose en commun. Il y a plein de guides et pour les jeunes diplômés il peut être difficile de le suivre. Cette cartographie n'a pas vraiment percé en raison de cela. Je l'ai sorti quand on a démarré la certification ISO de la direction biomédicale pour avoir une grande notion de mes processus et j'ai ensuite décliné les processus par rapport à nos activités ce qu'on avait parce qu'il fallait que je monte ma cartographie de mon service et donc on a pris les 3 items en fonction de ce que j'avais.

Si je comprends bien c'est qu'au lieu de remettre à jour cette cartographie et refaire de nouveau un nouvel outil annexe qui risquerait d'encombrer peut être l'ingénieur biomédical avec une dizaine d'outils tous différents il serait préférable d'avoir un outil bi ou tridimensionnel qui soit ergonomique, utile et facile d'utilisation ?

Alors c'est un travail monstrueux y a peut être déjà en effet une mise à jour de cette cartographie à faire pour après avoir des données récentes. mais je pense qu'il faut ouvrir le travail

sur quelque chose de commun et qu'il n'y ait qu'un seul référentiel sur lequel on peut se pencher à manager et ce qui permettra d'avoir des benchmarks plus intéressants derrière.

On fait du benchmarks selon le guide des bonnes pratiques, on va aller sur l'ANAP on va aller chercher les services qui sont ISO et voilà enfin moi je le fait un peu indirectement parce que parce que moi le métier je l'ai découvert avec le guide des bonnes pratiques quand on a monté la certification. J'essaie de faire un petit peu des liens avec ce guide des bonnes pratiques.

Le guide de bonne pratique est très concret, la cartographie des processus qui a été faite avec l'ANAP est déjà un niveau au-dessus on est un petit peu moins dans le concret ça donne des grandes lignes directrices et on peut faire un lien avec vraiment le concret du guide des bonnes pratiques et l'ISO. ça serait intéressant de faire les liens entre la cartographie et le guide des bonnes pratiques.

Le principal objectif de votre travail c'est pas une réforme de cette cartographie c'est juste voir si celle-ci est utilisée comment elle est utilisée et de mettre un outil parce qu'il existe déjà des outils ?

Voilà en fait le projet va se faire tout le long du semestre. On se base sur 3 étapes la première étape c'est un peu un état de l'art sur qu'est-ce que la performance, le recontextualiser toute cette cartographie après là dans un second temps on va et là on est en train d'élaborer un sondage qu'on enverra auprès des ingénieurs biomédicaux grâce au réseau de Gilbert Farges, pour savoir s'ils connaissent cette cartographie et si elle est utilisée ou non. En fonction de tous les résultats qu'on va avoir on analysera les résultats et on verra ce qui peut être amélioré à travers un outil ou autre.

Après voilà il y a déjà des outils de fichiers Excel avec des liens. Je pense qu'il serait plus intéressant de travailler sur la diffusion de l'outil.

C'est ce que nous a dit l'ingénieur 1 il nous avait dit que tous les ingénieurs hospitaliers ne font pas forcément partie de l'Afib et que cette cartographie avait été publiée sur le site internet. Il nous a dit mais bon voilà il y a tellement de publications qu'on ne voit pas forcément et lui-même disait que quand ils avaient enfin terminé cette cartographie il avait partagé au travers de son réseau de peur que ça soit mal partagé.

je l'ai découverte quand j'ai eu la gestion des équipements biomédicaux et puis la formation ABIH que j'ai faite on parlait que de bonne pratique. La cartographie des processus est arrivée après cela. Puis c'est quand on a initié la démarche ISO que mon responsable m'a montré sur outil. J'avais donc à ma

disparition 3 référentiels, ce qui m'a permis de regarder sur les trois un peu partout. Mais je pense qu'il faut quelque chose d'un peu plus vivant.

Après pour l'instant les retours qu'on a eu des retours d'expérience c'est vraiment un outil ou on a l'impression qui n'est vraiment pas utilisé. Cette cet avis il sera complété justement par notre sondage aux professionnels mais on a l'impression que c'est pas c'est pas ergonomique, Le fait de mettre 5 macro processus et de mettre une dizaine de processus associés à ces 5 macro processus c'est difficilement lisible ça fait très encyclopédie on voit pas vraiment le lien. Par exemple pour le guide bonnes pratiques y a la BPAC numéro 6 qui parle vraiment de la structure du GHT avec toute cette dimension de mutualisation qui pour moi pour l'instant à mon sens fait mieux en seulement 8 processus alors qu'ici on a dizaine de processus mais on a on a même pas cet aspect de de territorialisation. Donc peut-être faut- il réviser les processus et pourquoi pas les mettre en lien avec des différents référentiels qui sont d'actualité ?

alors la BPAC 6 je la connais car j' y ai participé elle est très axée GHT, pour l'avoir utilisé je dirais peut-être même un petit peu trop.

et puis la cartographie de l'ANAP elle est GHT mais elle peut être appliquée à un établissement seul et qui n'a pas envie du tout d'avoir une démarche une démarche GHT. Je pense qu'il faut rester local avec certains aspects qui peuvent être mis en GHT. Par exemple on voulait absolument passer notre certification ISO au périmètre GHT, mais on ne peut pas tant que tous les services toutes les directions supports des établissements ne sont pas passés GHT on a du mal à faire appliquer certaines de nos modes opératoires qu'on a sur un site à faire appliquer sur un autre parce que en interne chacun à ces modes de fonctionnement

Lorsque vous avez utilisé cette cartographie, est ce qu'elle vous a paru facile d'utilisation où il existe certains aspects contraignants ?

Non en soit elle est clair il y a plein d'items pour lequel on s'est pas on s'en est pas servi mais le cœur de du métier enfin d'où part je sais pas je vais prendre macro processus " mettre en œuvre une démarche de gestion des risques" on a la politique de service et toutes les activités qui vont avec ça pour le coup, les démarches sont très clair. Par contre c'est vrai que je viens de remarquer qu'il manque peut être certaines activités.. Mais je veux dire ce corps la pour un ingénieur débutant est intéressant. Comme les indicateurs, il existe des indicateurs classique comme les nombres d'intervention pour voir si on maîtrise en exploitation etc, mais sur la démarche qualité gestion des risques sur le nombre de procédures qui vont avec, le respect des mises à jour, les

turnovers de mise à jour etc, c'est des indicateurs pour un ingénieur débutant ou expérimenté auquel on ne pense pas directement. Donc il y a quand même des données qui sont intéressantes pour les bénéficiaires. De toute façon c'est nous et puis forcément nos clients que ça soit c'est les services, la direction générale, après il y a beaucoup de redite à ce niveau là. Si on prend un macro processus tout seul, sorti de son contexte on a quand même besoin d'avoir ces métadonnées qui vont avec pour savoir où on en est mais que ça soit ce soit répété à chaque fois c'est pas forcément intéressant. L'intérêt c'est au niveau des activités de chaque processus et il ne faut vraiment pas en loucher. Par exemple nous on a mis une activité de formation à l'utilisation des dispositifs médicaux en gestion des risques que je ne retrouve pas dans cette cartographie des processus. J'ai pas vu passer non plus de notion de développement durable dans cette cartographie, ni si cette cartographie est vraiment axée GHT des notions de parcours patient..

Je vous remercie pour votre réponse du coup une dernière question. A votre niveau si vous deviez modifier ou rajouter quelque chose à cette cartographie pour apporter une plus-value, ça serait sur quel aspect ? peut-être comme vous l'avez expliqué vous rajouteriez des processus ?

oui enfin voilà et c'est du petit plus ça va pas refondre complètement le truc c'est que c'est plus l'évolution de nos métiers qui fait que maintenant on a besoin d'avoir cette implication. on est soumis sur la performance par différentes réglementations aussi sur la performance des achats, le PAAT (Performance des Activités achat territorial), mais cette notion est très axée financière donc y a peut être moyen de raccrocher à un macro-processus similaire. Pour moi l'évolution qui pourrait vraiment y avoir de ça de ce document. Du point de vue de l'ANAP et pour toutes ses fonctions les fiches sont écrites de la même façon, ils ont peut être leur exigence pour ne pas sortir de sa référence documentaire. Mais pour le biomédical je pense qu'il faudrait évoluer cela en faisant des liens avec un outil pour la faire appliquer, plus mutualisé, plus concret l'outil existe et il est pas mal fait. Le fichier Excel qui permet de pointer voir comment on répond à la cartographie du processus tout seul, il est fait, il est utilisable je veux dire tous les fichiers Excel qui existent on clique on rentre et on a le résultat voilà. Mais j'en reviens au problème d'avoir un outil un peu commun. Donc il serait intéressant d'avoir un outil qui fasse le lien entre tous ces référentiels, documents, certifications qui existent au niveau du biomédical. Mais l'ANAP a sûrement sa contrainte de garder son format tel quel

Donc c'est mieux que de passer par un outil annexe ?

Personnellement je passerais par un outil annexe oui, après ce n'est que ma proposition.

Interview n°3 réalisée auprès de l'Ingénieur Biomédical 3, le 24 octobre 2022 à 10h.

Quels ont été les objectifs et les volontés d'élaborer cette cartographie des processus ?

J'ai participé à un groupe de projet en 2016 pour élaborer cette cartographie. Le groupe de travail était constitué de membres de l'ANAP, et d'autres membres, qui comme moi, appartiennent à l'AFIB. J'ai été sollicité par Mr PONS afin de participer à ce projet et j'ai accepté car dans ce groupe nous cherchions des personnes d'horizons différents, je travaille dans un grand CHU. Nous avons réalisé plusieurs réunions, avec un responsable de l'ANAP chargé de piloter nos entretiens, et d'organiser nos débats.

L'objectif final de ce projet était de rédiger les fiches, qui servent de guide. Cela n'a pas été un exercice auquel nous avons été spécifiquement habitués, intellectuellement parlant cela a été assez dense, car cela pouvait être, de manière caricaturale, assez loin du principe de réalité auquel nous sommes confrontés tous les jours. Nous voulions nous élever en termes de trajectoire. L'objectif de l'ANAP était de voir les différentes possibilités de mutualisation et de progrès dans les différentes fonctions supports et logistiques des GHT.

Pour notre cas, d'acteurs de services biomédicaux, l'idée était donc de partir d'une cartographie des processus ; en fonction des processus-comment pouvons-nous les décrire et faire en sorte qu'ils aient de la pertinence ou non en termes de GHT, en termes de mutualisation, ou d'effet de valeur ajoutée, de souvenir c'était l'angle d'attaque de l'ANAP.

Cela pose déjà une première question, le fait de faire une fiche en établissant des cotations par rapport aux GHT, cela nécessite d'avoir déjà quelque chose à coter. En fait, cela a été la première question à se poser, de faire une liste organisée, hiérarchisée des macro processus et processus etc... C'est surtout ce qui nous a occupé, car ce ne sont pas forcément des choses que nous avons en stock, sous la main dans des dossiers. Les personnes travaillant dans des process qualité déjà plus améliorés ont déjà des procédures. Mais en fait l'orientation procédure, au sens process qualité bien charpenté, qui n'était pas notre cas, n'a pas permis de répondre facilement à une cartographie des processus. Il y a des choses qui se recollent, cependant, l'inverse est aussi vrai, il y a des choses qui ne se recollent pas. Souvent les procédures sont établies dans le détail. Les procédures dans l'assurance qualité permettent in fine d'arriver à quelque chose d'opérationnel. Donc souvent on se trouve dans des process qualités qui sont mode opératoire plutôt que processus-macroprocessus. C'est donc vrai que toute une partie du travail a consisté à pouvoir élaborer ces macro processus et processus. Cela a donc

requis beaucoup de temps. La cotation liée au GHT, nous l'avons élaborée dans les derniers instants globalement.

Les procédures qualité que nous avons sont plutôt orientées mode opératoire, pour pouvoir dérouler tout ce qui concerne la maintenance, le remplacement des équipements critiques etc... alors que là le travail concernait plutôt une approche processus, qui nécessitait un temps d'écriture assez conséquent, et de ce fait, nous n'avons pas disposé d'assez de temps pour développer la partie cotation des GHT.

Avez-vous eu des retours d'expériences par rapport à cette cartographie ? L'avez-vous initiée au sein de votre service ?

Nous personnellement ne l'utilisons pas pour la raison évoquée précédemment. Les GHT ont été créés il y a déjà un certain temps. Parfois quand nous faisons des travaux pour l'AFIB, nous ne nous plaçons pas forcément stricto sensu dans notre propre cas. En ce qui nous concerne, nous disposons du plus gros GHT de France. C'est quelque chose qui en termes de projet biomédical a du sens, en termes de mise en œuvre du métier qu'est le mien sur la balance biomédicale. Quand nous nous retrouvons avec nos collègues, on se retrouve sur quelque chose d'énorme. Nous nous retrouvons sur des choses très éloignées, avec des hôpitaux d'une taille très différente. C'est assez différent de certains GHT qui peuvent comporter deux hôpitaux de tailles moyennes, ce qui n'est pas notre cas- nous sommes au-dessus de la taille critique qui permet de faire quelque chose. C'est la raison pour laquelle ce n'est pas quelque chose en interne que je promeus, car nous sommes bien au-delà de la taille critique. Le problème avec les GHT trop grands, c'est que l'on perd les effets de la massification, et il reste seulement les inconvénients des effets structure Mais cela est dû au fait que mon GHT n'a pas été conçu pour l'aspect biomédical, mais principalement pour l'aspect parcours patient avant tout.

Cependant j'ai certains collègues qui travaillent dans des GHT où il va y avoir l'effet de mutualisation qui va être intéressant. Mais c'est vrai qu'en terme de retour d'expérience j'ai eu peu de personnes qui m'ont contacté par rapport à cela.

Par ailleurs, je ne sais pas si cette cartographie est connue, car il faut imaginer que les GHT se sont mis en place en 2016, après nous sommes assez vite entrés dans la crise COVID. Les processus sont déjà je pense assez long à se mettre en place, mais avec la crise sanitaire je pense que tout a dû entrer en sommeil. Et puis nous sommes sur quelque chose qui n'est pas théorique, mais qui reste peut-être un peu éloigné d'une réalité opérationnelle, et reste plus sur du conceptuel. Si des personnes ont découvert cette cartographie, je pense qu'ils s'en sont plutôt servi en termes de matière. Cette

cartographie n'a pas été créée de toute pièce, nous nous sommes basés sur des travaux antérieurs. Dans ce groupe de travail nous ne sommes pas partis de 0, nous nous sommes appuyés sur une base de matière qui préexistait déjà.

Quand les gens découvrent ce guide, je pense qu'ils l'utilisent plutôt pour calibrer la manière dont ils s'organisent, plutôt que stricto sensu pour s'en servir comme une guide à proprement parlé. Si je la découvrais, je pense que je l'utiliserais plutôt pour ce qu'elle contient en termes des macroprocessus-processus, au même titre que le guide des bonnes pratiques, plutôt que pour l'appliquer alors qu'elle ne représente pas la réalité opérationnelle.

Souhaiteriez-vous voir des points à améliorer dans cette cartographie ?

Oui plusieurs, comme au niveau des Impacts de la gradation des processus sur le territoire. Ce n'est pas une cotation simple à comprendre. En effet, cette grille d'évaluation n'est expliquée nulle part et risque d'entraîner des défauts de compréhension de la part des opérateurs souhaitant exploiter ce livrable. Ni au niveau de l'ANAP, ni au niveau de l'AFIB cette grille est expliquée de manière claire, alors qu'elle représente en réalité tout l'objet de ce travail pour l'ANAP.

Prenons par exemple le processus BM_M02P01, il y a dans la grille de gradation « garantir et renforcer la cohérence territoriale », nous étions censés coter un item qui faisait écho au dernier qui était « favoriser l'harmonisation et réduire le poids des spécificités », c'est globalement savoir si les ingénieurs biomédicaux peuvent en interne se retrouver autour des choses communes. Assurément une démarche qualité, pour des fonctions supports qui font la même chose, nous pouvons dire que cela a beaucoup d'impact, car nous trouvons de la cohérence des processus entre nous sur des choses qui sont censés se ressembler. Encore une fois, la démarche de la fiche est centrée autour de la qualité. « Acquérir, renforcer et diffuser l'expertise », c'est-à-dire ce que connaissent les uns, les autres vont pouvoir le récupérer, nous avons coté cela à +1 dans le sens s'il y en a un qui a avancé, peut-il le diffuser chez les autres, sans doute que oui. « Est-ce que cela améliore l'environnement au travail ? » avis favorable aussi, « est ce que cela permet de maîtriser la consommation de ressources ? » visiblement nous l'avions coté très à l'inverse. Sans doute que nous avons voulu dire que pour réaliser cela, il fallait partager à l'échelle du territoire, et cela ne permettait pas de réduire le nombre de personnes pour des fonctions comme les notre. « Est ce que cela favorise l'harmonisation et réduit le poids des spécificités locales ? » quand nous mettions 0 c'est que cela n'avait pas d'impact, mais cela ne reste pas évident de pouvoir coter des notions comme celles-ci. En effet, ces cotations-là, pour les travaux de l'ANAP, pouvaient aussi bien concerner les services biomédicaux, les services de ressources

humaines, les services financiers etc. Ce sont des cotes que l'ANAP avait à l'échelle de tous les processus. Par ailleurs, ce n'était pas très évident de se mettre tous d'accord là-dessus, car la compréhension des items dépendait beaucoup de chacun et de sa propre interprétation – ils n'étaient pas forcément compris de la même manière.

La cartographie a été développée pour servir de carte-guide aidant à se diriger, renvoyant à un état de ce qui se passe. C'est assez différent du guide des bonnes pratiques, les approches et les finalités sont différentes. L'idée de l'ANAP était de faire un livrable qui citait ce qu'une fonction biomédicale faisait. De manière globale, dans un GHT on peut récupérer cela, ou récupérer de la valeur ajoutée.

L'objectif de l'ANAP, c'est à partir de critères de cotation de faire ressortir ce qui peut être mutualisé. S'il n'y avait jamais eu de GHT, il se pourrait que l'ANAP ne se soit jamais intéressée au biomédical. Au sein des GHT, le biomédical n'est pas une fonction citée comme réglementairement mutualisée, mais l'ANAP s'est intéressée aux processus afin d'intégrer ce servir dans le contexte des GHT.

Auriez-vous d'autres recommandations d'amélioration de cette cartographie ? si oui lesquelles ?

Je ne sais pas trop quoi dire de plus, comme j'ai pu le dire je participais à ce groupe de travail. Concrètement, ce n'est pas quelque chose dont on se sert. Ce projet permettait de faire améliorer les organisations. Dans mon cas, c'est un peu compliqué comme j'ai pu l'expliquer avec la complexité et la grandeur de mon GHT, qui ne sont pas propice à faire évoluer simplement ces organisations-là. C'est vrai que je ne m'en sers pas au quotidien. Ce à quoi ce projet m'a servi, c'est qu'il m'a obligé à réfléchir sur la conception d'une cartographie des processus, et ainsi réfléchir sur comment regrouper les différents piliers de l'activité d'un service biomédical, car évidemment on achète des équipements, on se charge de la maintenance, mais c'est une vision un peu réductrice face à la complexité de l'ensemble des processus. Ce travail m'a donc servi à savoir comment remettre cela en exergue sur comment consolider les choses. Quand on fait un travail tous les jours, nous ne nous posons pas la question de savoir comment faire les choses.

Si l'on part du principe que l'on se trouve dans un GHT complexe, et assez grand, il y a-t-il selon vous une réelle plus-value d'utiliser cette cartographie ?

Il faut se méfier des affirmations un peu trop colorées comme celles-ci. Je vous ai parlé de mon cas, où en effet il est assez difficile d'appliquer cette cartographie. Cependant, il y a toujours selon les cas des nuances à apporter. Il est sûr que c'est toujours plus compliqué à mettre en œuvre quand l'on

dispose d'une très grosse machinerie. L'exemple de mon GHT n'est pas intéressant pour une réflexion autour de l'organisation des GHT.

Cependant il y a pleins d'exemples de personnes qui ont pu intégrer les processus de cette cartographie, auxquelles vous pourriez trouver des retours de la mise en œuvre, et d'autres exemples où finalement les ingénieurs n'ont pas eu besoin de mettre en œuvre cet outil. D'autres cas où s'ils avaient connu cette cartographie ils auraient bien voulu l'utiliser. Peut-être qu'ils l'ont vu et que cela leur a semblé trop complexe à appliquer. Je pense que vous trouverez plus facilement des retours d'expériences dans des zones où les GHT ont des détails plus petits que notre structure.

Interview n°4 réalisée auprès de deux Ingénieurs Biomédicaux 4 et 5, le 25 octobre 2022 à 10h.

Ingénieur 4 : Travailler à l'hôpital nécessite de la motivation. Il est donc nécessaire de connaître le sens du métier, de la mission. Dans le cadre de cette cartographie, on va évoquer une partie du métier d'ingénieur biomédical. Pour vous, qu'est-ce que le métier d'ingénieur biomédical, quelles sont les missions à l'hôpital ?

Pour nous, l'ingénieur biomédical englobe tous les services un peu comme le service de l'ombre de l'hôpital qui doit s'assurer que les équipements sont fonctionnels, corrects et répondent au besoin attendu afin d'aider tout le personnel soignant dans leur mission qui est de soigner le patient. Il peut être qualifié comme étant un médecin des équipements médicaux qui fait le lien entre les entreprises d'une part mais aussi l'hôpital afin d'assurer le bon fonctionnement et il joue un rôle au niveau budgétaire notamment dans tous ce qui est achat des équipements, les appels d'offres etc. L'ingénieur biomédical participe aux soins des patients de manière indirecte c'est-à-dire sans lui les équipements ne peuvent pas être correctement utilisés s'il n'y a pas une maintenance derrière.

Ingénieur 4 : Effectivement, vous avez bien cerné les 2 missions principales qui sont l'achat et la maintenance. Dans un premier temps, on est complètement transparent dans la maintenance c'est-à-dire qu'on a un rôle dans l'entretien du matériel mais aussi au niveau des solutions de sécurité, etc.

Dans un second temps, on retrouve la mission achat (celle qui est concerné par la cartographie) où l'on est complètement visible et on est dans le dialogue avec les médecins. Il y a 2 volets qui sont connexes. Nous avons, le cas de la formation qui est connexe à la maintenance et à l'achat qui concerne le bon usage du matériel essentiellement c'est à dire que on est là aussi pour s'assurer que le matériel acheté soit le bon matériel et qu'il soit bien utilisé. Il est aussi nécessaire d'avoir une vision plus financière parce que l'on a un budget et que malheureusement bien que l'on soit dans le monde de la santé, le budget n'est pas illimité. La santé a un coût et l'on est obligé de faire les choix au regard de la stratégie, du développement des axes prioritaires de l'hôpital, etc.

Dans les hôpitaux, il y'a un atelier biomédical où des techniciens sont présents. Nous avons beaucoup d'attache à ce qu'il y'est une internalisation de cette fonction car on a un devoir de réponse rapide et il n'est pas possible de travailler avec des personnes qui n'ont pas de connaissance du site et qui ne connaissent pas leur interlocuteur. Quand on dit qu'on est transparents ce sont plutôt les techniciens qui sont au contact des soignants et ils sont là surtout pour assurer que tout va bien.

Ingénieur 5 : *La maintenance est très facile à externaliser en revanche la marche arrière est compliquée parce qu'externaliser ça prend du temps et c'est très chronophage et une fois que c'est engagé sur une voie c'est comme pour les achats quand on décide de faire de la location c'est difficile de changer de stratégie et de repasser sur des achats et de réinvestir, la maintenance c'est pareil. C'est une valeur forte de garder la maintenance internalisée donc il faut être prudent sur la voie sur laquelle on s'engage, car sinon ça peut conduire à un non-retour.*

Ingénieur 4 : La cartographie date de 2016, à l'époque on était dans un contexte de mutualisation des hôpitaux. A cette période, les CHT, les GHT et les communautés hospitalières de territoire se mettaient en place. On demandait aux hôpitaux de se regrouper pour être plus fort, pour mutualiser les moyens, etc. Il y'a un imaginaire qui est que si on massifie on est meilleur seulement certains aspects mais pas sur l'ensemble. L'idée était de regrouper les mutualisations techniques surtout au niveau des RH. Ceux qui ont été restructurés tout de suite ce sont les services logistiques, les services techniques c'est-à-dire qu'on a regroupé les gens sur des plateformes et on a fait des économies d'échelle de personnel. C'est une réalité parce que on s'est dit finalement que regrouper tout le monde permet de diffuser moins et permet de faire des économies

Ingénieur 5 : Ce qui coûte le plus cher, c'est la fonction RH.

Ingénieur 4 : Le RH a un budget de fonctionnement de l'hôpital qui équivaut à peu près entre 70 et 80%, ce qui est conséquent.

Ingénieur 5 : La création des GHT avait au départ cette volonté au départ de mutualiser, d'optimiser avec la notion d'efficience qui ressortait assez souvent. Cependant, il y'avait ce qui était théorique et la pratique. Certains groupes hospitaliers ont la volonté d'afficher qu'ils sont un GHT alors qu'en pratique rien n'a changé. Cette démarche théorique a été concrétisée par la suite notamment plusieurs services qui se sont regroupés comme c'est le cas du biomédical. Par exemple, au lieu d'avoir un établissement à 3 sites et avoir un ingénieur sur chaque site, ces 3 sites se sont regroupés pour avoir qu'un seul ingénieur biomédical. Cela permet d'avoir plus de moyens pour investir dans des opérations fortes à l'instant t et ensuite elle permet de relocaliser cet investissement sur d'autres opérations sur d'autres années ce qui permet d'obtenir plus de force d'action. Cela existe que si l'on se situe sur le GHT tel qu'il a été envisagé.

Ingénieur 4 : Les ingénieurs biomédicaux ont été perçus, dans la fonction biomédicale, comme des gens très techniques. Pour diverses raisons de manière générale, notre rôle en tant qu'acheteur au sein de l'hôpital a été remis en cause en disant qu'on n'était pas formé. Il est nécessaire pour un

ingénieur biomédical d'avoir des formations dans le domaine de la segmentation ou encore de la négociation.

L'ANAP a été missionné par le gouvernement pour lancer des grandes lignes de l'accompagnement sur les restructurations en appui de santé. Ils avaient décidé de faire des cartographies par rapport à ces GHT dans le territoire en se demandant comment on devait se regrouper, quelles étaient les missions, ce qui était évident à regrouper ou non en termes de fonctions dans un hôpital. Ils ont pris les fonctions RH, les fonctions logistiques, les fonctions travaux etc. et ils ont pris les fonctions achat mais on n'était pas dedans. On n'a pas été au début très proactif, ce qui a été une erreur à l'époque. En effet, il paraissait évident pour nous d'être intégré dans la fonction achat. À la suite de cela, on a monté un travail avec l'ANAP en collaboration avec l'AFIB en se disant qu'on allait travailler sur les missions, sur ce qui est effectué dans un regroupement territorial, l'achat technique biomédical mais dans les grandes lignes. Ce travail a été effectué en groupe (ceux cités dans la cartographie) qui représentait un peu la communauté médicale. On avait fait un appel à projet au niveau de l'AFIB en se disant quels sont les collègues qui veulent être associés. Ce travail était légitime au niveau de la communauté hospitalière et biomédicale pour porter ce projet. Ce travail a permis de définir les conditions des missions biomédicales qui regroupent l'achat, la maintenance, etc.

Cela a émergé car quand ils sont venus s'adresser à, on s'est rendu qu'on était que dans la maintenance et que l'on n'était pas dans l'achat. Pour nous, ce support de cartographie est extrêmement important parce que ça redéploie et redéfinit toutes les missions biomédicales et notamment l'achat dans le contexte de territoire et c'est ce volet-là qui était très important dans la rédaction de celle-ci et c'est comme ça que cette cartographie a émergé.

Ingénieur 5 : Par rapport à votre travail que vous souhaitez mettre en œuvre, qu'attendez-vous précisément de nous ?

Pour nous, on voulait vraiment faire une réunion pour connaître le contexte de l'étude et comment ça a émergé et aussi savoir où en est cet outil c'est pour ça que là on en train de faire j'étais en train d'expliquer que pour nous on voulait vraiment resitue le contexte de l'étude et que bah à travers les rendez-vous avec ceux qui ont porté le projet on a aussi réalisé un autre rendez-vous avec une personne qui était associé à ce groupe de travail et à la suite de ce à la suite de ces réunions voudrait établir un sondage pour sonder la communauté biomédicale et savoir si cet outil est toujours utilisé combien de personnes ont utilisé en fait savoir où en est cet outil et possiblement s'il y a des améliorations à faire vu que ça fait 6 ans qu'il est déployé

Ingénieur 5 : Je comprends et je crois d'ailleurs que des mises à jour sont faites par l'ANAP. Prochainement un référentiel de dimensionnement surfacique est proposé. Il y'a des démarches pour faire vivre ce référentiel. Le référentiel de dimensionnement date de 2006, l'institution a demandé à mettre à jour celle-ci en raison de son ancienneté.

Étudiants : Après je ne sais pas si ça va être déployé prochainement mais quand on va sur le site de l'ANAP la dernière version que l'on constate c'est la première version. Il n'y a pas eu de mise à jour en 6 ans.

Ingénieur 5 : Oui, 2016 ce n'est pas très éloigné, entre temps, la période de Covid est arrivée, tout cela nous conduit à dire que tout cela reste globalement d'actualité. De plus, la plupart des GHT sont assez jeunes. On rentre actuellement dans une phase de maturité, ce qui serait intéressant c'est de confirmer que cette cartographie est toujours d'actualité. Il n'y a pas eu de révolution depuis 2016 mais cela peut être intéressant de le démontrer et c'est ce qui sera l'objet de votre travail si j'ai bien compris.

Ingénieur 4 : Un groupe de travail était réparti dans ce projet au niveau de l'AFIB et ce serait bien que vous contactiez l'AFIB. Pour moi, c'est un sujet important pour la communauté. Si on n'arrive pas à le faire vivre on va demain être fragilisé parce qu'on risque encore de perdre des missions. Il faut être proactif c'est important.

Ingénieur 5 : Votre enquête est intéressante vis-à-vis de la cartographie de l'ANAP mais aussi de son utilisation et de son actualité. Il est nécessaire d'avoir une approche avec des critères pour juger de l'adaptation de ces référentiels.

Ingénieur 4 : Ce que je n'ai pas c'est le lien entre le guide des bonnes pratiques biomédicales, le référentiel biomédical et la réflexion de la cartographie qui est intégrée dans un schéma territorial. Le guide des bonnes pratiques de Gilbert FARGES est un support extrêmement important pour la communauté biomédicale. L'idée en fait de cette cartographie globale c'était de comprendre comment on fonctionne dans un territoire et à partir de ça reprendre les fonctions afin de les lire. Cette cartographie nous a permis de pondérer 5 critères avec des notes sur cette perception territoriale (est-ce que cet onglet est important et est-ce qu'il est facile à mutualiser ce qui n'est pas facile à utiliser, etc.). Par exemple pour la maintenance préventive c'est plus facile à mutualiser dans un contexte territorial que la maintenance corrective car il est nécessaire d'avoir des ateliers sur site notamment pour le correctif.

Toutes les notations que vous avez sur cette cartographie ont été débattues avec le groupe de travail et les gens qui étaient autour de la table et après on a effectué une liste. On s'est appuyé sur le guide des bonnes pratiques biomédicales afin de dresser cette liste pour cibler ce qui est important en termes de missions et redéfinir les missions qui me paraît important dans le cadre territorial

Ingénieur 5 : L'avantage d'avoir cette cartographie indépendamment de savoir si elle est à jour ou non, permet de décrire les fonctions ainsi que les missions. Ça n'impose en rien vu qu'il s'agit d'un référentiel cependant elle permet de se caler car la structure est importante afin de garantir la sécurité et sur quoi on attend les ingénieurs. C'est toujours bien d'avoir des repères et la cartographie en est une.

Explication de la grille de criticité :

Processus BM_M04P02 : Organiser/Réaliser la maintenance corrective

Impact de la gradation du processus sur le territoire	-3	-1	0	+1	+3
Garantir, renforcer la cohérence territoriale			X		
Acquérir, renforcer et diffuser l'expertise				X	
Améliorer l'environnement de travail			X		
Maîtriser la consommation de ressources		X			
Favoriser l'harmonisation et réduire le poids des spécificités locales				X	

- Garantir renforcer la cohérence territoriale : Est-ce que ça apporte quelque chose de se regrouper par rapport à la maintenance corrective par exemple sur les moyens. Dans ce cas-là on se trouve dans une situation neutre.
- Acquérir, renforcer et diffuser l'expertise : on a mis un petit peu quand même car plus on est nombreux et forcément plus on a de l'expertise. Par exemple on peut s'appuyer sur des collègues ou les appeler en cas de nécessité
- Améliorer environnemental du travail : La mutualisation n'améliore pas forcément l'environnement du travail.
- Maîtriser la consommation de ressources : Dans ce cas-là, on se trouve dans le côté négatif si dans une conception territoriale il y'a une mutualisation. Je navigue entre plusieurs hôpitaux ce qui me fait perdre beaucoup de temps.

- Favoriser l'harmonisation et réduire le poids des spécificités locales : Il peut y'avoir un petit peu d'impact. Par exemple, si l'on prend mon exemple, j'ai plusieurs ateliers qui ont chacun leurs propres spécificités. Mais quelque part aussi on demande d'harmonisation des professionnels, on a des protocoles on doit les suivre et on travaille un peu de la même manière sinon il n'y aurait pas de guide des bonnes pratiques biomédicales. Donc les spécificités locales peuvent répondre à quelque chose mais il faut que ce soit exceptionnel

Processus BM_M04P03 : Planifier/Réaliser la maintenance préventive et les contrôles qualité

Impact de la gradation du processus sur le territoire	-3	-1	0	+1	+3
Garantir, renforcer la cohérence territoriale					X
Acquérir, renforcer et diffuser l'expertise				X	
Améliorer l'environnement de travail		X			
Maîtriser la consommation de ressources				X	
Favoriser l'harmonisation et réduire le poids des spécificités locales					X

Ici, nous allons parler du préventif. Dans cette grille de criticité, les pondérations vertes sont beaucoup plus fortes donc cela signifie qu'il y a une cohérence territoriale à faire du préventif

- Garantir renforcer la cohérence territoriale : on a estimé que oui ça a un impact. En effet, le préventif y a pas lieu de faire des actions différentes d'un site à un autre c'est quelque chose qui est global à un protocole commun donc on applique quelque chose qu'on fait d'un point de vue local qui marche bien au niveau territorial.
- Acquérir, renforcer et diffuser l'expertise : Effectivement, il y'a un impact
- Améliorer environnemental du travail : On n'observe pas forcément d'impact positif. En effet, ça a comme désavantage de nous faire courir partout entre différents sites. Cependant, il faut noter que le préventif se planifie ce qui évite de faire perdre du temps.
- Maîtriser la consommation de ressources : Elle agit aussi bien sur la ressource humaine mais aussi matérielle. Par exemple, au lieu de disposer d'appareils de testeurs pour chaque site, il est possible d'utiliser des tests mobiles afin de l'utiliser sur plusieurs sites différents en fonction des besoins vu qu'ils ne sont pas utilisés tout le temps. Cela permettrait de mutualiser les besoins.
- Favoriser l'harmonisation et réduire le poids des spécificités locales : L'impact positif est très important dans ce domaine. En effet, pour le préventif, l'achat permet d'harmoniser le parc matériel, les pratiques, la maintenance mais la bonne gestion. Par exemple, le fait

d'harmoniser peut permettre de dépanner d'un site à un autre en cas de nécessité. Donc l'harmonisation du parc est quand même importante dans la gestion, dans la discussion mais aussi dans la massification (exemple négociation d'achat avec l'industriel)

Ingénieur 5 : Il ne faut pas oublier la prise en charge du patient dans tout cela. En uniformisant les pratiques, on garantit la sécurité au niveau de la maintenance préventive. Celle-ci est une fonction réglementée. Mieux on est organisé, mieux on sera capable de garantir cette sécurité pour la prise en charge du patient. Le fait de mutualiser permet d'être efficace sur les ressources tels que les ECME ou encore la GMAO.

L'intérêt d'avoir une cartographie est qu'elle peut nous servir de repère à l'horizon. Elle est vue comme un guide. Si on n'a pas de guide, à part les tests réglementaires que l'on interprète, il peut être plus compliqué à définir, il peut être coûteux et risqué. Alors que dans notre cas, quelque part, cela permet de poser les bases. Dans la fonction biomédicale, les professionnels ont tout à gagner à poser des repères pour leurs collègues, pour leur profession, etc. Cela permet de satisfaire ce pour quoi ils se sont engagés. Ce sont des valeurs qui restent très subjectifs mais cela se décline en pratique (par exemple aller sur le terrain et voir le fonctionnement ou non des dispositifs médicaux). Parfois, on se dit qu'on aimerait bien harmoniser et mettre des appareils partout. Parfois, il existe des spécificités d'équipement qu'il est difficile de standardiser. Globalement, il est possible d'harmoniser les équipements standards.

Ingénieur 4 : Il faut comprendre que le guide des bonnes pratiques biomédicales ne prend pas cette logique en compte, il sert de complément au guide dans ce contexte de demande de mutualisation. Nous faisons face à un événement récent, il est donc nécessaire de faire bouger les organisations. Dans mon cas, je me suis retrouvé à travailler avec différents ateliers qui ne se connaissent pas mutuellement. Il paraissait nécessaire pour moi qu'il se connaisse afin qu'ils puissent partager les informations mais aussi l'expertise.

Cependant, on peut remarquer une certaine réticence en raison de la méfiance des personnes. Celle-ci peut être expliquée par la réduction des moyens mais aussi la peur de perdre son travail (suppression des postes). Il est donc nécessaire que ce ne soit pas fait dans but malsain de réduction personnelle sinon on a tout perdu. Il s'agit de vraies valeurs. Ce qui va vous permettre de mieux travailler. Il est donc nécessaire de reprendre chaque fonction en ayant à l'esprit une amélioration des process, un partage d'harmonisation mais dans le bon sens du terme. Les différents entretiens auprès des ingénieurs, du service biomédical vous permet d'avoir une vision de tous les

process qui vont nous permettre de connaître le déroulé du métier d'ingénieur biomédical au quotidien et de leurs différentes missions.

Toutefois, nous avons beaucoup de supports et en fin de compte nous avons autant d'organisations que d'hôpitaux et il existe pleins de périmètres différents d'un hôpital à un autre. La médecine est un domaine demandant une organisation très complexe. En effet, si le dispositif médical est défectueux c'est la vie d'un patient qui est en jeu de ce fait l'exigence est forte.

Ingénieur 5 : Oui c'est la balance bénéfice risque qui joue en faveur de l'opération, par exemple pour un respirateur ayant dépassé sa date de maintenance préventive, c'est plus risqué de ne pas l'utiliser pour un patient plutôt que de l'utiliser pour un respirateur ayant dépassé sa date de maintenance préventive.

Ingénieur 4 : Mais du coup ça apporte une dérive dans les processus...

Ingénieur 5 : Après, justement il faut se mettre des indicateurs pour s'améliorer, car l'objectif reste toujours de l'amélioration continue, en ayant toujours en objectif la prise en charge du patient. Par exemple, sur une année si on fait un pourcentage de réalisation de maintenance préventive, on définit une criticité c'est-à-dire qu'on se concentre sur ce qui est plus le plus critique, le plus risqué. Ça permet donc de prioriser car on ne peut pas être partout il y a donc des choses dont l'objectif sera de faire le principal, le plus risqué. Cela nous aide, il faut donc avoir de la méthode et pour avoir de la méthode c'est justement le fait de savoir écrire des processus pour savoir comment on fonctionne pour ensuite nous permettre de s'améliorer.

Ingénieur 4 : ce que dit ingénieur 2 c'est très important on n'en a pas parlé mais on a aussi des indicateurs sur la cartographie des processus, Par exemple sur le processus BM_M04P02 sur celui de la maintenance corrective qu'est-ce qu'on a comme indicateurs ?

Des indicateurs sur le nombre des interventions

Ingénieur 4 : Exactement, comme vous pouvez le voir cela ne sert à rien d'avoir trop d'indicateurs, il suffit juste de les suivre. Donc lorsqu'on fait le tour des services on est capables de ressortir le nombre d'interventions réalisé sur le service. Si on travaille dans un contexte territorial, c'est l'indicateur de base.

Comme vous venez de le dire, on n'a pas tous les mêmes modes de fonctionnement si on harmonise les pratiques et pour les harmoniser dans un GHT, plusieurs services biomédicaux, ce qu'il va leur permettre de fonctionner de la même manière c'est les indicateurs ?

Je pense qu'on ne peut rien faire sans...La base c'est de rappeler les missions et qu'après il faut des indicateurs pour « objectiver » les choses et savoir où on est. Effectivement, si sur un site j'ai 10 000 interventions et sur l'autre 1000 je ne vais pas réagir de la même manière que si sur un site j'ai 5000 et 5000, donc mon analyse ne sera pas la même dans la manière dans laquelle je vais mener ma cohérence territoriale. Après l'outil en lui-même ne vous donne pas la recette pour savoir comment mener la cohérence territoriale, il y'a des critères, des indicateurs pour mesurer si on est bien ou non, après la mise en œuvre concernant la grille de territorialisation n'est pas donnée, et c'est à l'ingénieur biomédical d'être fort de proposition et de trouver les solutions. Par exemple ici, j'ai trois ateliers biomédicaux qui sont complètement différents, déjà pour avoir un semblant d'uniformisation c'est extrêmement dur, je ne vais pas dire les mêmes choses à ces trois services biomédicaux car les gens n'ont pas les mêmes compétences, la même vision, c'est donc très compliqué. De plus, si je pars sur un seul modèle unique je risque de mettre en péril le fonctionnement de ces services, il faut donc arriver petit à petit à arriver à jongler entre ces spécificités. Et puis on a aussi des périmètres différents Par exemple à Hôpital 1 et Hôpital 2 on s'occupe des lits médicaux, mais à Hôpital 3 on ne s'en occupe pas c'est les périmètres des services techniques. Donc au préalable il faut avoir une cohérence de prise en charge des équipements, il faut qu'il soit le même sur le GHT. C'est donc à moi de me rapprocher des services techniques pour voir comment régler ce problème et uniformiser la prise en charge des équipements sur les trois sites. Autre exemple à Hôpital 2 ce ne sont pas les techniciens qui prévoient leur intervention de maintenance préventive mais c'est la responsabilité d'une personne de l'atelier, sur les autres sites à Hôpital 1 et à Hôpital 3 c'est le technicien lui-même qui prévoit directement ses maintenances préventives. Pourtant cela me paraît être du bon sens car le technicien qui s'occupe de se planifier de ses maintenances préventives s'occupe aussi de la partie corrective et donc un contact peut se créer avec les industriels pour d'éventuelles autres pannes. Mais si je dis qu'à Hôpital 2 que j'enlève cette personne en charge de planifier les maintenances préventives pour les techniciens cela leur change leur habitude et leur mode de fonctionnement. Donc pour arriver à l'uniformisation il faut faire un état des lieux on peut faire un audit aussi, à travers le référentiel des bonnes pratiques pour voir les disparités, en effectuant cela site par site. Par contre ici à Paris mes contraintes ne seront pas forcément les mêmes que pour mes collègues en province ou une distance en temps par site est très élevée. Pour ingénieur 2, ces contraintes sont qu'il a plusieurs sites éparpillés dans tout Paris, plein de site comme les CMP qui induisent une forte logistique, n'est-ce pas ?

Ingénieur 5 : Oui c'est ça dans l'organisation qui est mis en place autour de la maintenance préventive et corrective qui sont deux modes d'organisation différents, et qui permettent d'optimiser le temps de déplacement pour que les techniciens ne soient pas partout. Il y a donc une fonction logistique qui

s'ajoute à la fonction biomédicale pour utiliser les ressources à un TSH de faire du transport d'équipement. Par exemple, il va y'avoir des campagnes de maintenance préventive en volume pour optimiser les déplacements sur technicien.

Ingénieur 4 : Voilà moi je n'ai pas les mêmes préoccupations car tout est regroupé dans mes sites, j'ai donc moins besoin d'avoir ce support logistique. La manière de mettre en œuvre sera propre à chacun, et les contraintes seront variées d'un établissement à l'autre.

Mais du coup, parfois l'harmonisation des pratiques paraît presque impossible aux vues des différents fonctionnement des services biomédicaux au sein du GHT et on pourrait presque se dire que l'harmonisation des pratiques passent par le fait d'avoir le même résultat en empruntant des chemins différents. Du coup je ne sais pas si on peut tendre vers de l'harmonisation des pratiques complète avec un seul et même plan ?

Ingénieur 4 : Parfois ça peut, sur certains aspects moins, je ne sais pas, peut être que sur certains sites il faut garder des spécificités locales, peut-être pas sur d'autres, on ne peut pas répondre de manière unique. Après l'objectif reste tout de même de rester professionnelles, c'est aussi le fait de respecter un cadre rigoureux qui soit écrit et posé, après il y a quand même des fondements inaliénables sur la manière de faire une intervention, on peut donc voir ce qui ressort de pratiques professionnelles. Par exemple, quand je dois réparer un équipement que tout le monde est censé réparer de la même manière, on parle d'organisation elle doit être unique, comme les protocoles de maintenance, après une opération de maintenance, le test de sécurité électrique doit être réalisé ça reste quelque chose inaliénable. Y'a des choses qui sont immuables mais l'organisation est compliquée à être uniforme. Encore une fois à travers la cartographie des processus l'idée n'était pas de fournir une recette miracle, chacun doit trouver son organisation de pratiques, l'idée c'était de donner des outils pour avoir cette réflexion de cohérence territoriale, une personne qui n'a pas eu cette réflexion très vite à l'aide de cet outil peut très vite voir qu'une mutualisation dans le correctif ça n'a pas de sens et très vite il va se focaliser dans le préventif. En constatant l'intérêt sur un aspect en particulier, une réflexion autour de l'organisation sera menée pour faire améliorer les choses. L'outil émet des recommandations pour voir s'il y a un intérêt ou pas à faire de la mutualisation sur les différents macro processus. En revanche, la manière de faire est propre à chacun. Et je vous rejoins il y aura autant de modèles et d'organisations que d'hôpitaux de GH et de personnes, etc.

Ingénieur 5 : Et puis il faut dire que les indicateurs vous les faites, mais il faut les livrer à quelqu'un. Tout d'abord vous devez avoir vos exigences par rapport à votre conscience professionnelles, mais il y a aussi un système où on s'interroge dans le dimensionnement des ressources et sur combien ont

coûté car on est une charge et il faut démontrer que notre organisation est adaptée, justifié ou alors au contraire si elle est insuffisante il faut le démontrer. On ne peut pas naviguer à l'aveugle, ces outils nous permettent de satisfaire à ces exigences.

Ingénieur 4 : Si on revient sur le M04_P02 et qu'on reprend l'encart de l'explication du processus on voit bien qu'il est mentionné qu'il y a peu d'intérêt voire même un impact négatif que ça soit en termes de temps et de déplacements. Par contre celui d'après sur le préventif des gains réels sont possibles et pas que sur le préventif par contre il faut des prérequis et des outils communs comme la GMAO ou les ECME.

Avez-vous eu des retours d'expérience sur les collègues qui ont utilisés ou qui connaissent cette cartographie ?

Ingénieur 4 : Non, mais ça serait une bonne question à poser pour savoir si cet outil est connu et utilisé et de savoir quels sont les résultats pour ceux qu'ils l'utilisent. Le problème c'est que y a eu le Covid, ça s'est noyé dans plein de choses, alors que je trouve cette cartographie des processus hyper importante.

Ingénieur 5 : Et puis ce n'est pas parce qu'ils ne la connaissent pas qu'ils ne l'utilisent pas, cet outil décrit les missions de l'ingénierie biomédicale donc on a tendance à l'utiliser inconsciemment.

C'est notamment ce que nous avait dit ingénieur 1 lors d'une autre réunion, de plus la cartographie des processus a été publiée sur le site de l'AFIB et que la publication a pu être vite oubliée car tous les ingénieurs biomédicaux ne consultent pas forcément l'AFIB.

Ingénieur 4 : Je pense que c'est exactement ça, je pense que ce document est important car il pose nos missions sur un hôpital, quand la direction générale vous dit, l'achat c'est pas du biomédical, on peut répondre qu'étant écrit par l'ANAP et l'AFIB, personne ne pourra remettre ça en question, ce document est important malgré le fait qu'on applique ces principes naturellement, il faut quand même faire vivre le document, car si on le perd, si on ne le fait pas vivre on va perdre quelque chose, on pourrait perdre un support important pour nos métiers. Donc dans la défense de nos fonctions publiques à l'hôpital on n'est pas à l'abri qu'un directeur un jour émette le fait de ne pas avoir besoin d'une expertise technique dans l'achat sous prétexte que les ingénieurs biomédicaux n'ont pas une formation sur les stratégies d'achats en négociation ou autres. C'est là que ça va être fragilisant, personnellement dans mon cas j'ai passé une formation achats pour être considéré comme un « vrai acheteur ». Sur la maintenance personne ne nous remettra en cause, même si certains pourraient penser à externaliser quelques opérations. Donc il faut défendre nos missions et valeurs au sein de

l'hôpital, et donc ça passe par des outils comme la cartographie des processus, on rappelle le bon sens, les performances, nos valeurs techniques etc. Donc la prochaine étape c'est de faire en sorte que chacun au sein de la communauté biomédicale prenne connaissance de l'existence de cet outil car nous restons fragiles sur certains aspects et que notre valeur elle est dans l'hôpital sur ces missions et ces axes ci.

Après je peux vous prendre l'exemple des modèles Anglo saxon de société privé qui achète des cliniques avec les achats qui s'effectuent sur catalogue en éparpillant les équipements sans diffuser l'expertise, la mise en place et la bonne formation. C'est pour ça que je vous dis qu'on reste fragile en France, on reste encore au contact des médecins, on a des évaluations une mise en œuvre, à l'accompagnement, être acheteur, négocier un prix cliquer sur un catalogue ce n'est pas compliqué tout le monde sait le faire. C'est pour ça que l'achat dans la cartographie des processus reste une valeur technique car vous l'avez-vous-même dit en préambule il faut que ça soit bien utilisé, bien mis en œuvre, bien accompagné, que ça soit remis dans un contexte d'environnement, l'achat remet en cause beaucoup de choses tels que les organisations médicales, ce n'est jamais anodin d'acheter un équipement et de le mettre en place dans une organisation médical. C'est donc ce message qu'il faut faire comprendre à la direction et d'autant plus dans un contexte territorial.

Interview n°5 réalisée auprès de l'Ingénieur Biomédical 6, le 05 novembre 2022 à 10h.

Quel était l'objectif principal et la finalité de la cartographie ?

Ce besoin est venu lors de la réforme hospitalière en 2016, dans une partie de cette loi il a été demandé une mutualisation des achats (mise en place des achats commun avec le seuil du GHT) et d'autres fonctions comme l'informatique. La question était de savoir comment les biomédicaux allaient s'impliquer dans cette nouvelle réforme et quelles étaient les fonctions qui pouvaient être mutualisées. C'est dans ce sens que nous avons dressé une cartographie commune qui pouvait aider les ingénieurs sur la mise en place des GHT d'avoir un outil qui permette de cerner ceux qui pouvaient être mutualisés.

Cette cartographie était-elle facile d'utilisation ? L'avez-vous appliqué ?

Au sein de mon GHT, je suis le seul ingénieur au niveau des différents sites, donc je n'ai pas pu l'appliquer à proprement parler. En fonction des ressources de chaque GHT, de la taille des GHT, cet outil permet de s'adapter plus au moins, au cas par cas pour chaque ingénieur. L'idée est de mettre à disposition un outil adaptable à chaque situation. Tout n'est pas transposable, l'idée initiale était d'avoir une trame principale permettant d'avoir de répondre à certaines priorités.

Il faut également prendre en compte que certains GHT n'ont pas uniquement des services MCO, SSR. Il y a également des EHPAD, des hôpitaux de jour limitant la transposabilité de certains processus réglementaires, ne s'appliquant pas à tous les GHT.

6 ans sont passés depuis la loi de modernisation des systèmes de santé : En 2022, une modernisation de votre outil ou la création d'un outil annexe permettra-t-il à la communauté biomédicale de s'organiser autour des évolutions sociétales et territoriales ? Y'a t-il encore un intérêt aujourd'hui ? Quelles sont les limites ?

Aujourd'hui la cartographie a le mérite d'exister, pour autant si on part pas d'une volonté politique des hôpitaux de mutualiser les fonctions, la cartographie est difficile à mettre en œuvre. Le préalable à tout ça au bout de 6 ans, est de se dire quelle est la volonté des différents établissements de coopérer entre eux. Si une politique commune est clairement définie à ce moment-là, on peut utiliser l'outil. Le préalable est de savoir ce que veulent les directions, quelles fonctions doivent être mutualisées. Dans le cas où les établissements ne veulent pas coopérer, ou ne veulent pas mutualiser les fonctions biomédicales, la cartographie reste un outil théorique limitée par les réalités du terrain. Un des autres freins est la taille du GHT, les moyens humains ou encore la position géographique. Actuellement, mon GHT fait 100 km sur 60 km, pour aller d'un site à l'autre, nous prenons 1h-1h30,

en parallèle certains sites sont difficilement accessibles en hiver. Les visioconférences sont une alternative mais elles sont limitées par des freins techniques.

Donc, avant de parler d'actualisation, de modernisation de l'outil, il faudrait se pencher sur les limites de terrain. Et comme tout changement, il faut que ça parte d'une volonté politique de l'établissement.

Vous êtes actuellement ingénieur biomédical et vous exercez sur plusieurs sites. Avez-vous procédé à la mutualisation de certaines fonctions biomédicales (maintenance corrective/préventive, achat..) ?

La seule fonction qui est "mutualisée", c'est l'expertise d'achat, notamment sur la partie investissement. La deuxième mutualisation concerne les contrats de maintenance quand cela est possible.

Concernant les achats au niveau du biomédical, il ne faut pas imposer la mutualisation des achats pour chaque établissement, chaque établissement à un parc d'équipement spécifique. Il faut penser au préalable à mettre en place un parc d'équipement commun, ce qui est difficilement réalisable. La première chose à noter est l'intérêt de la mutualisation autour d'une volonté politique partagée. Cela commence par le développement d'un outil commun, comme une GMAO commune à tous les établissements en GHT. S'il n'y a pas d'intérêt à la mettre en œuvre, la mutualisation restera théorique et ne sera pas applicable à la réalité du terrain.

Par exemple, si on lance un appel d'offre commun, des prestataires communs pour des respirateurs d'anesthésie, il ne faut pas avoir un décalage entre les différents établissements. Si un établissement à un parc neuf et un autre établissement un parc vétuste, il ne va pas attendre les autres établissements. Pour cela, il faut développer une stratégie permettant de synchroniser le remplacement pour chaque établissement. Ce n'est pas réalisable dans les faits. Néanmoins, on peut développer des stratégies d'achats communs périodiquement. On peut territorialiser des achats avec un CHU comme centrale d'achat dans un GHT, néanmoins les CHU n'imposent pas leur volonté aux établissements annexes. avec un GHT unique, une direction unique, des outils communs (GMAO de territoire).

Concernant la maintenance corrective, on ne peut pas mutualiser le dépannage en maintenance lorsque la distance est beaucoup trop importante entre les deux sites, c'est un non sens. Le technicien biomédical va passer 2h sur les routes et 15 minutes sur la maintenance. Dans un sens c'est de la "sous-traitance déguisée". S'il n'y a pas d'entité juridique commune et qu'un technicien A va faire une maintenance dans l'établissement B et qu'un incident se produit. L'établissement B peut porter plainte pour l'établissement A car il y a eu un problème dans la maintenance. Donc avant de mettre en place une mutualisation, il faut avoir au préalable une politique commune.

Annexe n°2 : Sondage sur la cartographie des processus du projet ANAP-AFIB

lien:<https://framaforms.org/sondage-sur-la-cartographie-des-processus-de-la-fonction-biomedicale-1665311833>

Sondage sur la cartographie des processus de la fonction biomédicale



Vous êtes un professionnel du domaine biomédical et vous êtes intéressé par la performance ?

Ce sondage peut vous être utile. En 2016, l'ANAP et l'AFIB se sont associées pour mettre en place une cartographie des processus pour la fonction biomédicale. À la suite de cette cartographie, l'Université de Technologie de Compiègne réalise en collaboration un projet afin de connaître les apports. En tant qu'étudiants en master Ingénierie de la Santé, ce projet nous a été confiés et nous réalisons un sondage afin d'étudier cette cartographie.

Si vous souhaitez consulter la cartographie des processus, cliquez [ici](#).

Nous vous remercions par avance des cinq minutes consacrées afin de répondre à ce sondage ! Nous accordons beaucoup d'importance à vos commentaires et vos réponses resteront confidentielles.

BIBI Lahcen (lahcen.bibi@etu.utc.fr), HAMMA Hichem (hichem.hamma@etu.utc.fr), SRIKARAN Ilakhiya (ilakhiya.srikan@etu.utc.fr), VIARD Mathis (mathis.viard@etu.utc.fr)

Sous couvert de Monsieur FARGES Gilbert ainsi que Messieurs PONS Sébastien et VESSERON Sébastien.

Connaissez-vous la cartographie des processus de la fonction biomédicale du projet ANAP AFIB parue en 2016 ? *

Oui

Non

PAGE SUIVANTE >

Comment l'avez-vous connue ? *

- Par l'intermédiaire de l'AFIB
- Par l'intermédiaire de l'ANAP
- Par l'intermédiaire du réseau professionnel
- Autres

L'avez-vous utilisé au moins une fois ? *

- Oui
- Non

< PAGE PRÉCÉDENTE

PAGE SUIVANTE >

Pourquoi ne l'avez-vous pas utilisée ?

Rencontrez-vous des limites quant à l'utilisation de cette cartographie des processus ? *

- Oui
- Non

< PAGE PRÉCÉDENTE

PAGE SUIVANTE >

Si vous l'utilisez plus d'une fois, à quelle fréquence ? *

- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Une fois par semestre
- Une fois par an

Dans quel contexte l'utilisez-vous ? *

- Pour la mutualisation des processus de la fonction biomédicale
- Comme guide à l'ingénierie biomédicale
- Autres

La cartographie des processus répond-elle à vos besoins ? *

- Oui
- Non

La cartographie des processus est facile d'utilisation *

- Vrai
- Faux

La cartographie des processus est adaptable selon vos besoins : *

- Vrai
- Faux

Trouvez-vous cette cartographie des processus compréhensible ? *

- Oui
- Non

Avez-vous pu mutualiser certains processus grâce à cette cartographie des processus ? *

- Oui
- Non

La cartographie des processus vous a permis de progresser : (plusieurs réponses possibles)

- Dans la mutualisation des pratiques
- Dans la notoriété de l'ingénierie biomédicale (vis à vis du décideur et des tutelles externes)
- Dans la mutualisation des équipements
- Dans la mutualisation des compétences
- Aucune amélioration constatée
- Autres

< PAGE PRÉCÉDENTE

PAGE SUIVANTE >

Cette cartographie contient 5 macro-processus (voir ci-dessous), les jugez-vous utiles ? *

- Oui
 Non

Liste des macro processus : 1) Piloter la fonction biomédicale 2) Mettre en œuvre une démarche de gestion de risques et de la qualité 3) Pourvoir l'hôpital en équipements biomédicaux et dispositifs associés 4) Maintenir/exploiter le parc des équipements biomédicaux 5) Apporter une vision stratégique de l'utilisation des équipements biomédicaux

Avez-vous déjà mutualisé des fonctions biomédicales ? *

- Oui
 Non

Pensez-vous que le macro-processus "Piloter la fonction biomédicale", est mutualisable ? *

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

NB : Ce macroprocessus traite du pilotage de la fonction biomédicale , il contient des processus sur le management du service, les projets et les missions.

Pensez-vous que le macro-processus "Mettre en œuvre une démarche de gestion de risques et de la qualité", est mutualisable ? *

- Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord
 Plutôt pas d'accord
 Pas du tout d'accord

NB : Ce macro-processus traite des mesures à prendre en considération comme la matériovigilance, la radioprotection ou la sécurité technique pour tendre vers une démarche de gestion des risques et de la qualité.

Pensez-vous que le macro-processus "Pourvoir l'hôpital en équipements biomédicaux et dispositifs associés", est mutualisable ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

NB : Ce macro-processus traite des différentes opérations (PPI, exécution du budget, plan d'équipement) du pilotage de la fonction achat concernant les dispositifs médicaux.

Pensez-vous que le macro-processus "Maintenir/exploiter le parc des équipements biomédicaux", est mutualisable ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

NB : Ce macro-processus traite des différentes opérations (maintenance préventive, corrective, compétences des opérateurs, etc.) du pilotage de la fonction maintenance.

Pensez-vous que le macro-processus "Apporter une vision stratégique de l'utilisation des équipements biomédicaux", est mutualisable ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

NB : Ce macro-processus traite de la communication avec les professionnels de santé, la direction et autres acteurs de santé afin d'apporter leur expertise sur l'utilisation des dispositifs médicaux.

Ajouteriez-vous un autre macro-processus ? *

- Oui
- Non

Vous exercez la fonction de : *

- Directeur
- Ingénieur biomédical
- Technicien biomédical
- Agent
- Autres

Exercez-vous votre fonction dans un établissement de santé se trouvant dans un GHT ? *

- Oui
- Non

Combien d'années d'expérience avez-vous dans la fonction biomédicale ? *

- Moins de 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

Dans un contexte GHT, seriez-vous enclin à l'usage de cette cartographie des processus ? *

- Oui
- Non

Pensez-vous qu'une cartographie des processus éditée par une agence publique permet de répondre au besoin de reconnaissance des services biomédicaux. *

- Oui
- Non

Pour aider à la mutualisation, que souhaiteriez-vous comme outil ? (plusieurs réponses possibles)

- Outil de diagnostic
- Cartographie ANAP-AFIB
- Cartographie ANAP-AFIB simplifiée
- Tutoriel d'explication et/ou de compréhension

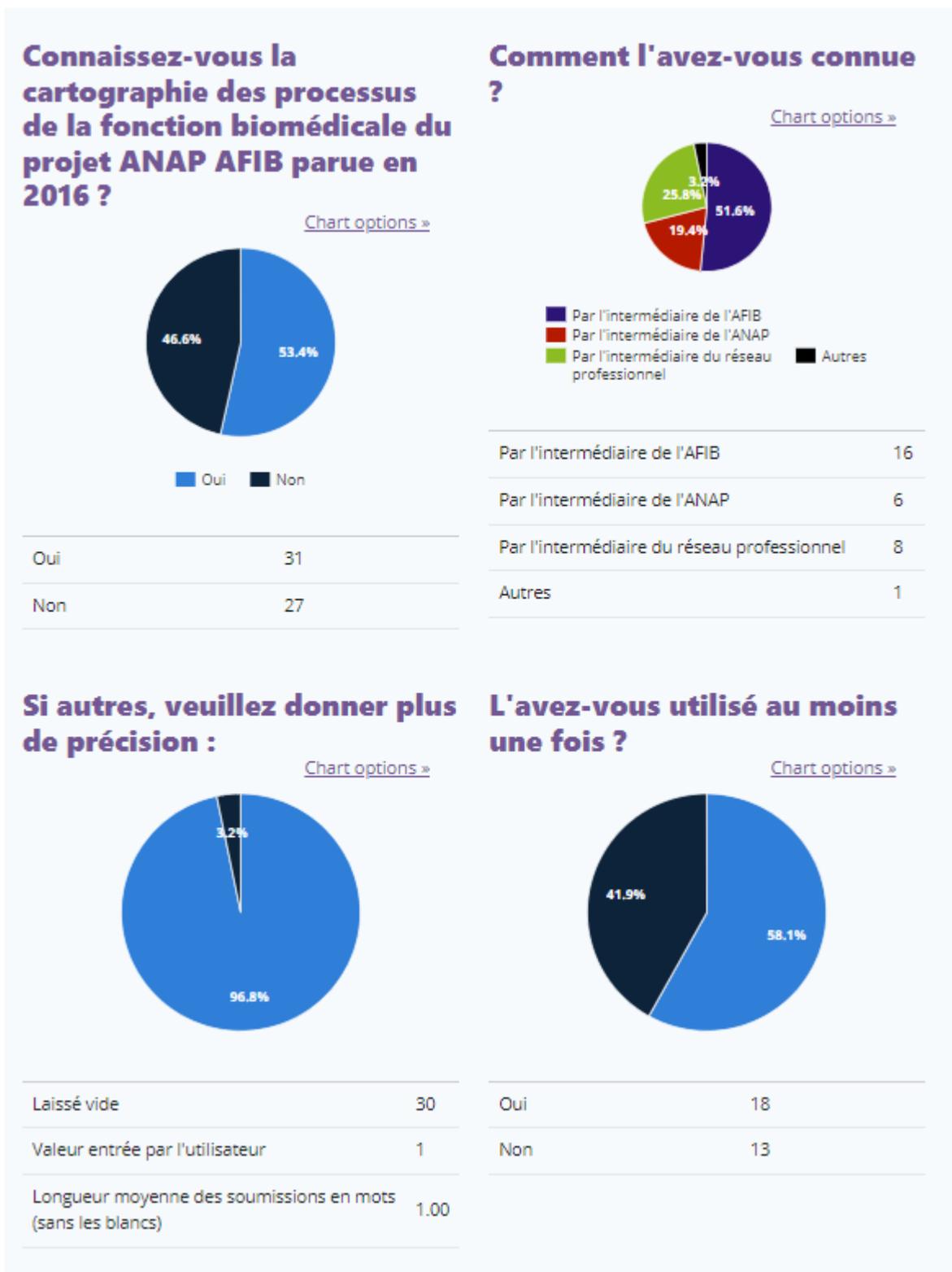
NB : l'outil de diagnostic permettrait de faire un état des lieux de la mutualisation des services biomédicaux au sein du GHT tout en se basant sur la cartographie des processus.

Indiquez les critères qui, selon vous, faciliteront la mise en œuvre de ces outils (plusieurs réponses possibles) *

- Durée d'utilisation inférieure à 30 min
- Facilité d'accès
- Capacité à faire un suivi périodique
- Ergonomie

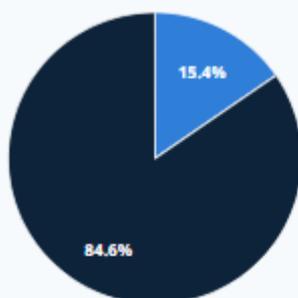
Si vous souhaitez plus d'informations par rapport à notre projet, laissez-nous vos coordonnées, nous vous contacterons.

Annexe n°3 : Données brutes du sondage



Rencontrez-vous des limites quant à l'utilisation de cette cartographie des processus ?

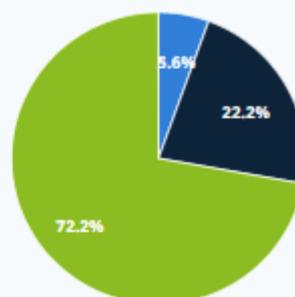
[Chart options »](#)



Oui	2
Non	11

Si vous l'utilisez plus d'une fois, à quelle fréquence ?

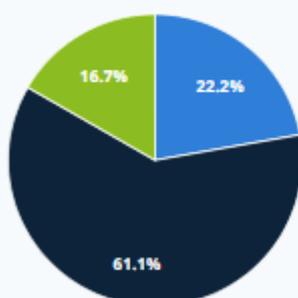
[Chart options »](#)



Une fois par mois	1
Une fois par semestre	4
Une fois par an	13

Dans quel contexte l'utilisez-vous ?

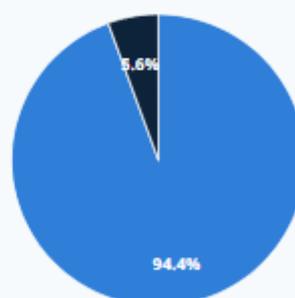
[Chart options »](#)



Pour la mutualisation des processus de la fonction biomédicale	4
Comme guide à l'ingénierie biomédicale	11
Autres	3

La cartographie des processus répond-elle à vos besoins ?

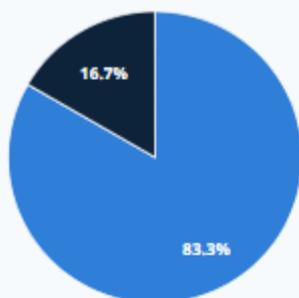
[Chart options »](#)



Oui	17
Non	1

La cartographie des processus est facile d'utilisation

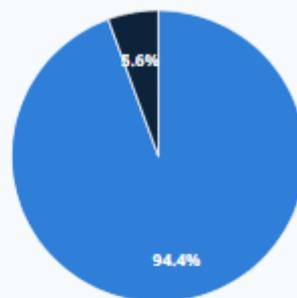
[Chart options »](#)



Vrai	15
Faux	3

La cartographie des processus est adaptable selon vos besoins :

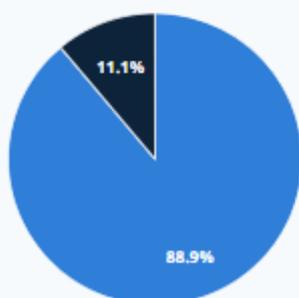
[Chart options »](#)



Vrai	17
Faux	1

Trouvez-vous cette cartographie des processus compréhensible ?

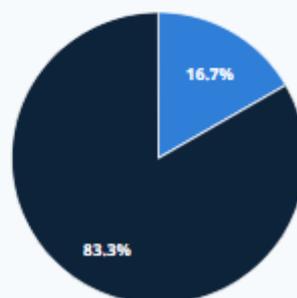
[Chart options »](#)



Oui	16
Non	2

Avez-vous pu mutualiser certains processus grâce à cette cartographie des processus ?

[Chart options »](#)



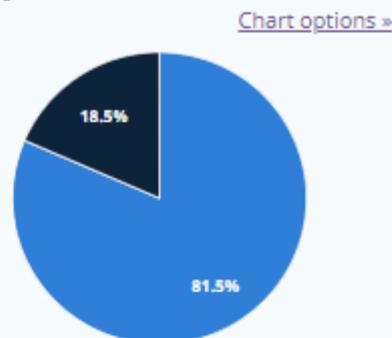
Oui	3
Non	15

La cartographie des processus vous a permis de progresser : (plusieurs réponses possibles)



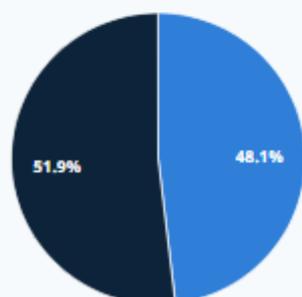
Dans la mutualisation des pratiques	6
Dans la notoriété de l'ingénierie biomédicale (vis à vis du décideur et des tutelles externes)	7
Dans la mutualisation des équipements	2
Dans la mutualisation des compétences	4
Aucune amélioration constatée	3
Autres	3

Cette cartographie contient 5 macro-processus (voir ci-dessous), les jugez-vous utiles ?



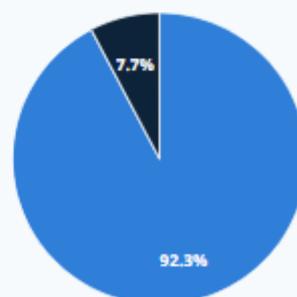
Oui	22
Non	5

Avez-vous déjà mutualisé des fonctions biomédicales ?



Oui	13
Non	14

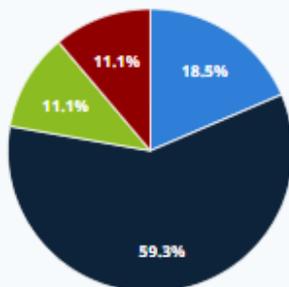
Si oui, par le biais de quelle méthode ?



Expérience personnelle	12
Autres	1

Pensez-vous que le macro-processus "Piloter la fonction biomédicale", est mutualisable ?

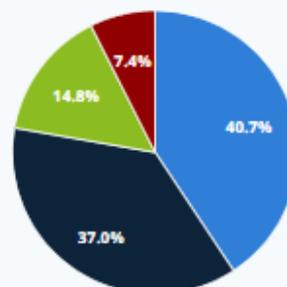
[Chart options »](#)



Tout à fait d'accord	5
Plutôt d'accord	16
Plutôt pas d'accord	3
Pas du tout d'accord	3

Pensez-vous que le macro-processus "Mettre en œuvre une démarche de gestion de risques et de la qualité", est mutualisable ?

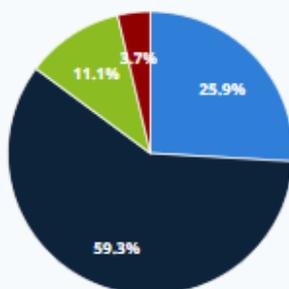
[Chart options »](#)



Tout à fait d'accord	11
Plutôt d'accord	10
Plutôt pas d'accord	4
Pas du tout d'accord	2

Pensez-vous que le macro-processus "Pourvoir l'hôpital en équipements biomédicaux et dispositifs associés", est mutualisable ?

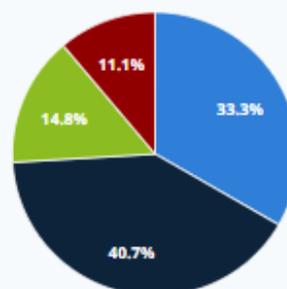
[Chart options »](#)



Tout à fait d'accord	7
Plutôt d'accord	16
Plutôt pas d'accord	3
Pas du tout d'accord	1

Pensez-vous que le macro-processus "Maintenir/exploiter le parc des équipements biomédicaux", est mutualisable ?

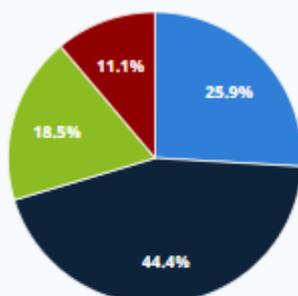
[Chart options »](#)



Tout à fait d'accord	9
Plutôt d'accord	11
Plutôt pas d'accord	4
Pas du tout d'accord	3

Pensez-vous que le macro-processus "Apporter une vision stratégique de l'utilisation des équipements biomédicaux", est mutualisable ?

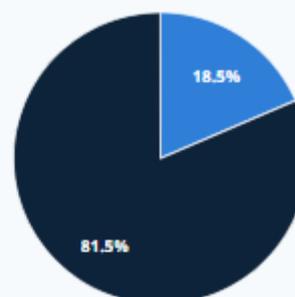
[Chart options »](#)



Tout à fait d'accord	7
Plutôt d'accord	12
Plutôt pas d'accord	5
Pas du tout d'accord	3

Ajouteriez-vous un autre macro-processus ?

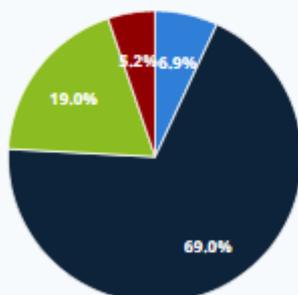
[Chart options »](#)



Oui	5
Non	22

Vous exercez la fonction de :

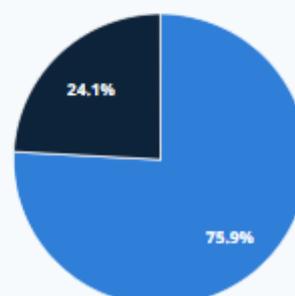
[Chart options »](#)



Directeur	4
Ingénieur biomédical	40
Technicien biomédical	11
Autres	3

Exercez-vous votre fonction dans un établissement de santé se trouvant dans un GHT

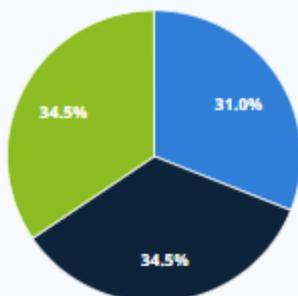
[Chart options »](#)



Oui	44
Non	14

Combien d'années d'expérience avez-vous dans la fonction biomédicale ?

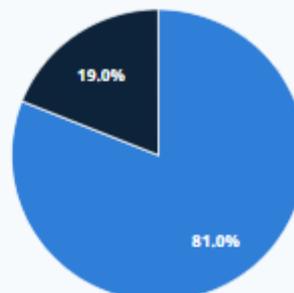
[Chart options »](#)



Moins de 10 ans	18
Entre 10 et 20 ans	20
Plus de 20 ans	20

Dans un contexte GHT, seriez-vous enclin à l'usage de cette cartographie des processus ?

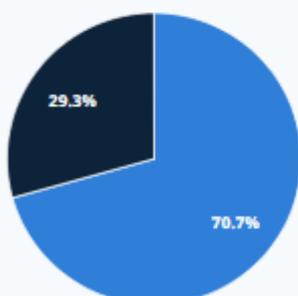
[Chart options »](#)



Oui	47
Non	11

Pensez-vous qu'une cartographie des processus éditée par une agence publique permet de répondre au besoin de reconnaissance des services biomédicaux.

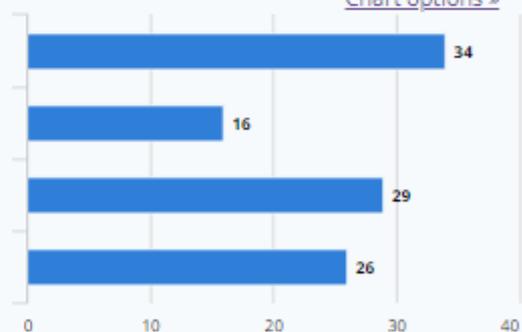
[Chart options »](#)



Oui	41
Non	17

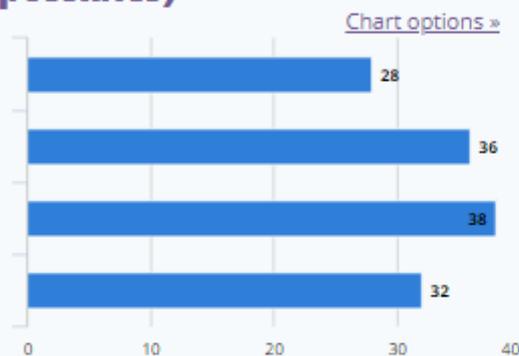
Pour aider à la mutualisation, que souhaiteriez-vous comme outil ? (plusieurs réponses possibles)

[Chart options »](#)



Outil de diagnostic	34
Cartographie ANAP-AFIB	16
Cartographie ANAP-AFIB simplifiée	29
Tutoriel d'explication et/ou de compréhension	26

Indiquez les critères qui, selon vous, faciliteront la mise en œuvre de ces outils (plusieurs réponses possibles)



Durée d'utilisation inférieure à 30 min	28
Facilité d'accès	36
Capacité à faire un suivi périodique	38
Ergonomie	32