

Point de vue

Outsourcing or not outsourcing ?

L'outsourcing, ou externalisation, est l'opération par laquelle un hôpital confie, sous sa responsabilité ou son contrôle, tout ou partie de l'exécution de la stérilisation de ses dispositifs médicaux à un prestataire privé. Les auteurs partagent ici leur avis sur la question pour un service spécifique: la désinfection/stérilisation des dispositifs médicaux et chirurgicaux. Le sujet a été traité lors du dernier congrès de l'Association francophone belge de stérilisation hospitalière (Aster) en avril dernier⁽¹⁾.

L'outsourcing à l'hôpital est un choix clairement stratégique: pouvons-nous produire un service ou un produit aussi bien qu'une entreprise privée? Cette question s'est déjà posée pour plusieurs services ou prestations et les résultats y afférents ont été variables selon les pays, les institutions hospitalières ou les domaines de prestations externalisées. La question est donc complexe puisque de nombreux paramètres d'analyse sont à prendre en compte. La revue *HealthManagement* a réalisé une enquête sur l'externalisation auprès de 60 hôpitaux européens où les arguments les plus significatifs rapportés en faveur de l'externalisation sont l'amélioration du service au client, la réduction des coûts, le recentrage sur les activités de base et une plus grande flexibilité qui permet d'adapter les ressources aux besoins changeants du marché. Nous pouvons donc y lire des éléments liés au coût de production et à la qualité de prestation⁽²⁾. Autrement dit, l'efficacité du processus de production est un paramètre capital.

La prestation de stérilisation, quant à elle, peut être assimilée à un processus industriel participant indirectement à la qualité des soins. Il s'agit d'un processus, qui peut sembler simple, composé d'un *input* (matériel à stériliser) et un *output*, matériel restitué stérile à un client (bloc opératoire ou tout autre service hospitalier). La prestation de stérilisation nécessite une infrastructure et un équipement relativement coûteux, surtout à petite échelle. Lorsque le volume de production est faible,

la part de l'infrastructure et de l'équipement peut s'avérer lourde pour l'organisation hospitalière. La théorie économique parle alors d'économie d'échelle.

En stérilisation, elle correspond à la baisse du coût unitaire d'un produit sous forme de container, panier, plateau, set ou encore sachet laminé qu'obtient un service de stérilisation central en accroissant la quantité de sa production. On parlera ainsi d'économie d'échelle si chaque produit coûte moins cher à stériliser lorsque les quantités fournies augmentent grâce à l'augmentation des moyens de production.

L'augmentation de la production permet en effet d'étaler les coûts fixes (amortissement du bâtiment, son entretien, le nettoyage des surfaces, amortissement *hardware/software* du système de traçabilité...) et les coûts semi-fixes (amortissement des machines, leur entretien et validation, personnel qualité du service...) sur un plus grand nombre d'unités⁽³⁾.

Nous avons étudié le coût de la prestation de stérilisation des plateaux propriété de l'hôpital, des sets en prêt et des dispositifs médicaux individuels ou devant être emballés dans des sachets laminés pour plusieurs institutions hospitalières. Il ne s'agit pas de la prestation totale qu'effectue un service de stérilisation mais uniquement de la prestation comparable à celle effectuée

par un sous-traitant externe. Notre étude a été réalisée avec la même méthodologie dans 13 institutions hospitalières belges, selon un même calcul de volume. Cela permet une analyse comparative du coût de revient de ces institutions. Les coûts de revient moyen et médian sont respectivement de 32,35 € et 32,7 € DIN (*graphique 1*).

Outre le coût actuel, les contraintes réglementaires et les accréditations ajoutent des coûts fixes et semi-fixes. Que l'on produise 10 000 ou 50 000 DIN par an, le respect des normes d'accréditation de l'ACI, JCI ou Niaz et des normes législatives du Conseil supérieur de la santé en Belgique nécessite un investissement relativement similaire pour les institutions hospitalières. Cela peut être du travail humain d'organisation et de rédaction des procédures, des investissements en infrastructure ou équipement. Lorsque le volume du service central de stérilisation est relativement faible, ces coûts incrémentaux de la qualité viennent fortement alourdir et pénaliser l'efficacité de la prestation.

Quelle stratégie optimale pour la prestation de stérilisation ?

Faut-il continuer à faire soi-même, faut-il collaborer avec d'autres institutions hospitalières ou faut-il sous-traiter à un prestataire privé ?

Nous n'avons malheureusement pas de réponse simple à cette question: chaque cas nécessite une analyse spécifique des éléments de volume, de coût, de type et de qualité de prestation attendue.

Le sujet avait été abordé par l'Aster lors d'une journée portes ouvertes chez un fournisseur partenaire, où les modèles d'externalisation de la stérilisation avaient été présentés et discutés par les professionnels belges de la stérilisation hospitalière. Le recours aux services d'une

1) Les auteurs étant membres de l'Aster, leur avis peut sembler biaisé. Ils ont pourtant fait l'effort de mettre de côté leurs émotions et ont procédé à une analyse la plus objective et neutre possible.

2) *HealthManagement*, volume 10, issue 1/2008 - <https://healthmanagement.org>

3) Moins de chefs d'unité, moins de gestionnaires traçabilité, moins de procédures à rédiger, moins de machines à valider et à entretenir, de meilleures conditions d'achat deposables en plus grosses quantités sont des exemples d'économies d'échelles réalisables.

société privée de stérilisation apparaissait comme la solution la moins pertinente, en termes de coûts, de qualité et de gestion des risques.

Pour expliquer ce point de vue, nous allons présenter les quatre paramètres d'analyse (*encadré ci-contre*) et les trois grandes options possibles: faire soi-même, collaborer, sous-traiter au privé.

Faire soi-même

Assurer l'entièreté du processus permet aux institutions de définir l'étendue des prestations que le service de stérilisation doit assurer: se limiter au retraitement du matériel ou être la référence dans la gestion des instruments au sein de l'hôpital. En Belgique, un service de stérilisation *in situ* possède malheureusement un historique où la reconnaissance de la complexité du métier a été longtemps négligée. Les conséquences ont été un désinvestissement général tant en infrastructure, en équipement et en ressources humaines (quantitatives et qualitatives) qu'en formation du personnel.

Du fait des accréditations et des normes réglementaires de plus en plus strictes liées aux objectifs de qualité des soins, au nombre d'infections associées aux soins (AIS) et à des plaintes du corps médical, les directions hospitalières ont pris conscience de l'importance de réagir à ce sous-investissement chronique.

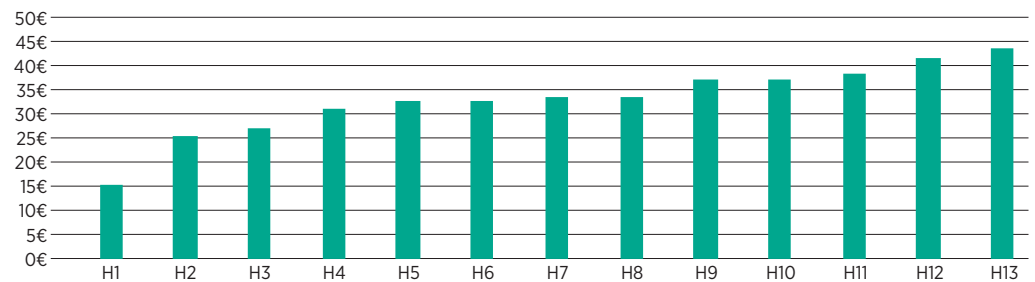
Ce retard dans la mise à jour des normes génère un besoin d'investissement important qui vient alourdir le coût de revient de la prestation.

En outre, nous l'avons dit, plus le volume de production est grand, plus les coûts fixes/semi-fixes peuvent être fondus dans la masse. Prenons l'exemple de l'infirmière qui rédige et tient à jour le manuel qualité: si son salaire annuel (valeur absolue) est identique pour l'hôpital qui produit 10 000 DIN que pour l'hôpital qui en produit 40 000, son coût de revient par unité produite est divisé par 4 dans le deuxième hôpital.

En réalisant sur notre échantillonnage l'analyse de régression « $Y = a.X + b$ », où Y est égal au coût unitaire de production et X est égal au volume (en DIN), nous pouvons visualiser la corrélation négative entre le volume de production et le coût unitaire de production. Lorsque le volume de production augmente, le coût unitaire de production diminue. L'argument d'économie d'échelle semble donc *a priori* se justifier (*graphique 2*).

Graphique 1

Coût de la prestation de stérilisation de 13 hôpitaux



Prestation stérilisation Les quatre paramètres d'analyse

Le type de prestation

Un service de stérilisation fournit potentiellement une multitude de services: lavage, désinfection, reconditionnement, entretien et stérilisation des dispositifs chirurgicaux, sous forme de plateaux, containers ou sachets laminés, pour blocs opératoires, unités de soins, services techniques, prestataires externes ou autres prestataires médicaux. Un service de stérilisation peut aussi réaliser la décontamination de matériel spécifique, fournir du conseil aux services médicaux d'achats, des services généraux en tant qu'expert de l'instrumentation, du travail de préparation de *case cart* en tant que gestionnaire de l'arsenal stérile, de travail logistique pour la réception de matériel souillé ou la livraison de matériel stérile, ou encore d'autres types de services administratifs (traçabilité) ou qualitatifs (expert).

Le volume

La comparaison du coût de la prestation de stérilisation avec celle d'un sous-traitant privé (en Belgique et aux Pays-Bas) nécessite d'harmoniser le coût total de la prestation en un coût de revient unitaire. L'unité de stérilisation n'étant pas uniforme et puisque l'utilisation du paramètre d'unité d'œuvre n'étant malheureusement pas généralisée, le calcul du volume se calcule donc à l'unité utilisée par les prestataires privés pour leur facturation. Un volume est donc calculé en une unité « standardisée » – le DIN. Calculer un coût de revient implique donc un travail de traduction du volume de production où chaque unité de stérilisation est transformée par rapport au DIN, selon la taille du contenant et la complexité du reconditionnement.

La qualité

Juger de la qualité d'une prestation de stérilisation n'est pas facile même lorsque l'institution a conclu des accords initiaux avec les partenaires médicaux/paramédicaux. Elle dépend de ces accords ou des attentes tacites des utilisateurs du matériel stérile et des moyens mis à disposition comme le nombre suffisant des sets chirurgicaux par rapport à l'activité opératoire par exemple. Nous pouvons tout de même tenter de donner une définition de la qualité d'une prestation avec

une liste non exhaustive des paramètres permettant d'évaluer une prestation de stérilisation :

Une prestation de stérilisation qualitative est capable de fournir des dispositifs médicaux propres et stériles, entretenus (durée de vie maximale), fonctionnels, complets jusqu'à l'utilisation au patient. Le matériel est disponible lorsqu'il est nécessaire selon un SLA négocié, a été traité avec un processus optimisé, validé et tracé garantissant la sécurité du patient. L'environnement de travail favorise une culture de l'amélioration continue qui cherche à résoudre les problèmes des partenaires, à satisfaire les nouvelles demandes et à collaborer de manière constructive. Des contrôles qualité réguliers sont effectués et une tenue à jour de la qualité est offerte par la formation du personnel, la mise à jour des procédures et les validations actualisées des processus et des équipements.

Le coût

Le coût de la stérilisation se mesure à l'aide de deux éléments : le coût total du service de stérilisation et le coût de revient unitaire de la prestation. Cette évaluation n'est pas facile à réaliser pour les institutions hospitalières, mais il est essentiel de l'effectuer correctement via des paramètres semblables. Le coût total de la prestation comprend le type de prestation et le volume de la prestation.

Le coût total inclut des coûts directs fixes et variables et des coûts indirects (coûts overhead). Les coûts directs comprennent le coût du personnel, le coût des consommables, le coût du bâtiment (amortissement, entretien, maintenance et nettoyage des surfaces), des équipements (amortissement, entretien, maintenance et validations des équipements), le coût de l'informatisation (hardware, software, gestion) et le coût de l'énergie (eau, chauffage ou climatisation, électricité). Parmi les coûts overhead, nous retrouvons la part des services généraux au prorata du service par rapport à l'hôpital, selon une clé de répartition en m², au nombre d'ETP ou spécifique (par compteur métrique). Ceux-ci sont généralement calculés pour des services tels que la RH, l'administration, les achats, les magasins, l'ICT, etc.

Néanmoins, réduire la corrélation entre production et coût à deux variables est potentiellement fallacieux puisque d'autres éléments ont une influence sur le coût unitaire de production. Exemples :

- les compétences du responsable infirmier-chef ou manager est un élément capital. Un bon responsable s'assure d'effectuer de la qualité tout en maîtrisant les coûts ;
- les éléments de contexte ; directions, politique de recrutement, infrastructure existante santé financière de l'établissement, etc. ;
- la localisation géographique (le coût de revient en Flandre est inférieur à celui de la Wallonie, essentiellement parce que le niveau de productivité global du personnel y est plus élevé).

Globalement, un hôpital qui choisit l'autonomie possède actuellement un coût de revient unitaire entre 30 € et 40 €. Cependant, il doit investir régulièrement pour maintenir le niveau qualitatif de son infrastructure et de ses équipements.

Les éléments qualitatifs sont difficilement discutables. Une chose est sûre : ils sont capitaux. Des instruments propres, stériles, fonctionnels, complets et livrés dans le respect du timing négocié dans le service *level-agreement* (SLA). La situation actuelle des hôpitaux belges n'est pas toujours satisfaisante. Plusieurs raisons à cela, et qui ne sont pas exclusivement de la responsabilité de la stérilisation centrale. Nous ne les aborderons pas ici, mais cela peut faire l'objet dédié. Cependant, le choix d'une stérilisation *in situ* semble représenter un « avantage » de proximité par rapport au bloc opératoire. Il s'agit d'un élément qui rassure les chirurgiens et les infirmières de bloc opératoire, évite un travail de change management avec le corps médical et évite l'acquisition d'instrumentation chirurgicale supplémentaire.

Si l'option de maintenir un service de stérilisation centrale est privilégiée par une direction, il est souvent nécessaire d'apporter des améliorations. Pour la sécurisation des étapes des procédés de stérilisation, il serait par exemple bienvenu d'initier un processus d'amélioration de la planification opératoire, de l'organisation du bloc et de la stérilisation de manière générale, et d'élaborer un SLA identique à ceux nécessaires lors d'une externalisation des activités de stérilisation.

Collaborer

La Belgique connaît une dynamique de création de réseau hospitalier dont l'objectif est de stimuler les hôpitaux à la création de synergies. À l'horizon 2020, la ministre de la Santé impose la création de 25 réseaux d'hôpitaux pour l'ensemble de la Belgique ; 13 en Flandre, 8 en Wallonie et 4 à Bruxelles. Les réseaux hospitaliers favoriseront les synergies et collaborations entre les différents sites, dont les services supports administratifs et logistiques seront probablement les premiers concernés.

De nombreuses directions hospitalières ont d'ores et déjà entamé leur réflexion. La prestation de stérilisation est l'une des activités pour laquelle les hôpitaux s'organisent à la rédaction de *business case*, via des groupes de travail entre hôpitaux d'un même réseau.

Ayant participé directement ou indirectement à des réflexions de ce type, nous sommes conscients que les économies générées par la mutualisation du personnel, par les investissements communs et globaux en équipements et infrastructure et par les mutualisations des coûts d'exploitation de type gestion des disposables, entretien et validation des machines, permettent *a priori* une diminution significative du coût de revient unitaire.

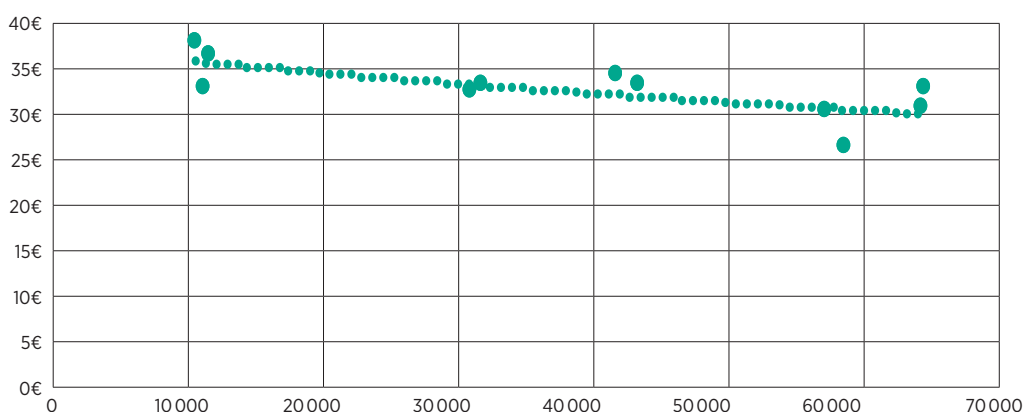
La grosse difficulté de la collaboration entre hôpitaux est de trouver le modèle idéal. Les paramètres d'étude sont complexes et nécessitent une étude de risque, en particulier sur un plan de continuité des activités opératoires et médicales des hôpitaux partenaires.

La mission la plus importante pour une collaboration en réseau hospitalier est incontestablement le *change management*. Un *masterplan*, avec une série de projets, allant de l'arsenal stérile et la rationalisation de sets d'instruments à la gestion de transition auprès des équipes médicales, paramédicales et logistiques en passant par la rédaction de SLA équilibrés, doit être préparé et planifié.

La réussite de cette option, comme tout projet lié à une politique de changement, nécessite un manager opérationnel et organisationnel compétent. Des personnalités comme Rida Hassouan (CHU Brugmann) ou Patrick Cornelis (AZ Jan Portaels), capables de négocier et de rédiger des SLA équilibrés avec les blocs opératoires, possédant un leadership capable de réunir des équipes diverses et qui recherchent l'amélioration des processus et des services offerts de façon continue, sont la variable clé à la réussite d'un tel projet. Le niveau de productivité de leur équipe croît en continu, l'absentéisme est faible et la satisfaction des clients est objectivée. Réussir une centralisation ou mutualisation nécessite une préparation par une équipe projet, une implémentation avec un plan de *change management* tenant compte de la réalité des ressources humaines et un plan opérationnel réfléchi.

Selon nous, cette option est la plus réaliste. Elle pourrait permettre d'obtenir un coût de revient bien inférieur à 30 €, d'améliorer la qualité de la prestation, offrir un maximum de services à l'hôpital et assurer des systèmes de *back-up* pour garantir une continuité des activités. Attention cependant : nous ne croyons pas au modèle de plateforme de plus de quatre hôpitaux et/ou plus de 150 000 DIN annuel. La proactivité, la flexibilité et la réactivité sont des qualités extrêmement importantes pour une prestation de stérilisation. Plus de 150 000 DIN annuel risquent de générer un projet trop cher. Les économies d'échelles s'effaçant devant la loi des rendements décroissant⁽⁴⁾, l'organisation trop complexe, et dont le mode de fonctionnement est devenu rigide et lent, empêcherait de satisfaire la dynamique des blocs opératoires avec leurs spécificités de fonctionnement.

Graphique 2
Coût par DIN comparable



Sous-traiter au privé

Il est très probable qu'une entreprise privée recherche la performance. Elle monitorise ses coûts, recherche l'efficacité et se doit de faire du profit si elle souhaite se maintenir sur le marché. Comme la majorité des entreprises privées, elle est souvent certifiée ISO 9001. Son système de management est dès lors souvent très bien établi. C'est souvent grâce à l'argument d'une prestation de qualité industrielle que les prestataires privés parviennent à attirer l'attention des médecins et directions médicales. Malheureusement, ces prestations ont quelques désavantages qui ne permettent en aucun cas d'être compétitives par rapport à un hôpital, encore moins une plateforme mutualisée.

Premièrement, en termes de niveau de prestation, un service de stérilisation centrale fait plus que laver, désinfecter et stériliser des dispositifs médicaux et chirurgicaux. Un prestataire privé, ayant peu/pas accès au fonctionnement interne de l'hôpital (comité matériel médical, gestionnaire achat, etc.), ne se limite qu'à cette prestation. L'hôpital ne fait donc pas l'économie des activités complémentaires effectuées par son service de stérilisation centrale et perd l'expertise de son personnel pour le conseiller et suivre le matériel stérilisé.

Deuxièmement, un prestataire privé ne possède pas l'expérience historique et la connaissance du matériel des chirurgiens. Malgré les SLA établis, il est difficile de garantir le même niveau d'entretien et de maintenance du matériel qu'un prestataire hospitalier. La durée de vie du matériel chirurgical et médical est donc souvent écourtée.

Troisièmement, l'hôpital prend plusieurs risques. L'externalisation entraîne la perte rapide de l'expertise de stérilisation en interne. En cas d'échec de celle-ci, comme cela a été le cas dans un hôpital bruxellois, le retour en arrière est critique. Le plan de continuité des activités est aussi une garantie coûteuse à intégrer.

Autre point, le partage d'expérience et d'expertise entre les professionnels belges de la stérilisation est constant via les échanges lors de réunions, congrès, formations, sociétés savantes de stérilisation partenaires, industriels et fournisseurs. Ce partage est inexistant avec les sociétés privées de stérilisation. Comment, en cas d'*outsourcing* massif, assurer le maintien d'un niveau qualitatif des procédés de stérilisation ?

Enfin, *last but not least*, le coût est impayable. Une entreprise privée se doit de générer une marge et de facturer la TVA. Par rapport à une mutualisation de réseau ou une exploitation *in situ*, elle part avec 30% (TVA et marge) de retard. Tout comme les plateformes mutualisées de réseau, l'entreprise privée a un coût logistique à intégrer. De plus, les hôpitaux, généralement de taille bien supérieure à ceux d'un prestataire privé, peuvent étaler (économie d'échelle) leur coût *overhead* sur un plus grand nombre de personnels ETP et de mètres carrés. Ensuite, pour assurer de fournir un set stérile complet, il est indispensable d'effectuer un comptage de l'instrumentation par une traçabilité à l'instrument avant envoi en stérilisation ou au minimum par un contrôle à la source avec *checklist* détaillée. L'organisation actuelle des activités opératoires permet difficilement de réaliser ce comptage en salle d'opération. Les hôpitaux doivent s'adjoindre des services d'une équipe logistique formée et compétente pour réaliser le comptage et la préparation du matériel avant l'envoi en stérilisation. Le coût de l'équipe logistique est donc à ajouter au prix facturé.

De plus, l'expérience des externalisations en stérilisation démontre l'importance d'avoir une personne de contact privilégiée, disponible et compétente pour assurer l'interface entre les besoins des utilisateurs finaux et la société privée. Son rôle consiste, d'une part, à remonter les besoins en matériel (perte, casse, nouveaux besoins...), d'autre part à s'assurer que le SLA soit respecté et que l'activité du bloc opératoire puisse être assurée en permanence.

Au vu de ces différents éléments, il est donc impossible pour un prestataire privé, même s'il est extrêmement efficace, d'obtenir un coût de revient inférieur à 30 € par DIN (facturation, TVA, logistique interne et gestionnaire du contrat). Dans le contexte budgétaire actuel des soins de santé, cette information est capitale.

Puisque l'option « sous-traiter au privé » est plus coûteuse et surtout plus risquée que la mutualisation ou le maintien *in situ* des activités de stérilisation, l'*outsourcing* à long terme avec un prestataire privé n'est pas un *business model* réaliste pour une institution hospitalière. Se faire dépanner pendant quelques mois voire quelques années avant le déploiement d'une nouvelle infrastructure peut éventuellement être étudié comme option, mais la collaboration à long terme est une stratégie perdante pour l'hôpital.

Conclusion

Que cela soit *in situ* (en particulier pour les grandes structures ayant un grand volume) ou sous une forme mutualisée (plateformes/centralisation), il est préférable de maintenir le processus de stérilisation au sein des organisations hospitalières. Le niveau de prestation, la panoplie des tâches et surtout le coût de la prestation sont incontestablement à l'avantage du milieu hospitalier.

Ne soyons pas dupes tout de même : pour s'assurer de la réussite du maintien d'une stérilisation, l'hôpital ou les organisations hospitalières en réseau ont besoin de managers compétents. Le niveau de performance opérationnel y est réellement dépendant.

Les contraintes réglementaires et les pressions sur les budgets incitent à la collaboration. Quelle que soit la méthode choisie (centralisation dans un service existant, mutualisation sur une nouvelle plateforme), les opportunités de travailler ensemble sont des occasions de revoir les processus du bloc opératoire vers une planification adaptée, *service level-agreement*, arsenal stérile et autres. Cela dépasse ainsi la vision traditionnelle d'économie d'échelle. La qualité doit rester la préoccupation principale.

L'externalisation n'est pas qu'une question de coût du process, de transport et de logistique : cela concerne aussi et surtout l'organisation et la gestion des risques dans les quartiers opératoires. L'organisation de ces derniers, et surtout celle des programmes opératoires, doit tenir compte des impondérables liés au patient, de la durée d'hospitalisation, qui devra être réduite au minimum, de la disponibilité de matériel ancillaire en prêt, du degré d'urgence de l'intervention, du choix d'organisation de la préparation du matériel opératoire par le personnel de bloc ou par le personnel logistique de la pharmacie ou de la stérilisation. Le choix de l'*outsourcing* doit intégrer ces options, ces choix et leurs coûts directs et indirects. ●

Isabelle de la Charlerie

Infirmière en chef de la stérilisation centrale du CHR de Namur (Belgique), présidente de l'Aster

Ermano Fegatilli

*ZorgSaam Terneuzen (Pays-Bas)
Programs & Organizational Change Manager*

Benjamin Lelubre

*Möbius Business Redesign,
Business Consultant*