

# **Chapitre introductif.**

## **L'innovation dans la supply chain de la santé**

*Omar Bentahar et Smail Benzidia*

### **Introduction**

Le secteur de la santé connaît des transformations organisationnelles profondes visant la réduction des coûts, l'amélioration de l'offre de soin et la satisfaction des patients. L'atteinte de ces objectifs stratégiques est d'abord contrainte par leur ambivalence. En effet, comment améliorer la satisfaction de la qualité de service vers le patient tout en maîtrisant les dépenses dans une logique fortement gestionnaire du secteur de la santé ? Par ailleurs, le processus d'évolution de la supply chain de la santé est caractérisé par sa lenteur et son inertie. Ce constat peut être expliqué par la lourdeur administrative, la multiplicité des activités et des flux et la diversité des métiers et des compétences. Cette complexité de la supply chain de la santé est accentuée par les visions souvent paradoxales entre les professionnels de la santé (médecins, infirmières et physiciens...) et les managers de la santé (cadres de santé, chefs de projet, managers de la supply chain, managers des systèmes d'informations...) dont les approches sont divergentes. Dans ce contexte, l'amélioration de la performance du système de santé dépend fortement de l'évolution du paradigme de la supply chain traditionnelle fragmentée et focalisée sur l'optimisation localisée au paradigme de la supply chain intégrée et agile focalisée sur l'efficacité globale et la satisfaction du patient.

Plusieurs approches d'amélioration continue ont été mises en place dans les organisations de la santé en intégrant de nouvelles normes qualité (ISO 9001, ISO 14001) et en utilisant des méthodes et des outils qualité comme l'AMDEC, le PDCA ou le management visuel. Ces approches ont contribué à l'optimisation des processus, le renforcement de la sécurité et de la traçabilité des flux, et l'amélioration de la qualité des soins (Benzidia *et al.*, 2018b). Ces démarches normatives ont donné des résultats encourageant en termes de formalisation/standardisation des flux logistiques, informationnels et de patients. Cependant, cette démarche qualité reste insuffisante pour arriver à un stade de maturité et de développement élevés de la supply chain de la santé. Ainsi, il est important de dépasser cette philosophie en concevant et implémentant des innovations technologiques et managériales.

L'innovation managériale est peu étudiée par rapport à l'innovation technologique. Cela peut être expliqué par son caractère intangible et la difficulté de mesurer sa performance (Birkinshaw *et al.*, 2008, Bentahar et Launaro, 2018). Ce constat est encore plus saillant dans le domaine de la supply chain de la santé, d'où l'objet de recherche de ce chapitre qui porte sur l'innovation managériale dans la supply chain de la santé.

Nous focalisons ici notre réflexion sur l'approche agile et le dispositif de la structure d'innovation en tant que facteurs clés du développement de la supply chain de la santé. **Nous définissons le supply chain management de la santé comme étant une stratégie de management agile des flux patients, physiques (pharmacie, linge, restauration, déchets) et informationnels, en allant du fournisseur jusqu'aux utilisateurs finaux, afin de créer une valeur durable pour le patient.**

Notre chapitre s'articulera autour de deux points principaux, la complexité de la supply chain de la santé et ses dimensions et l'innovation managériale dans la supply chain de la santé. Nous concluons le chapitre en dressant un aperçu sur les principales barrières à l'innovation et les pistes de recherche futures. Enfin, nous présentons les principaux thèmes de l'ouvrage collectif et le contenu des différents chapitres qui le constituent.

## 1. Complexité de la supply chain de la santé

La supply chain de la santé est caractérisée par une forte complexité. La diversité des activités de soins, la variété des flux phy-

siques et informationnels, et la multiplicité des acteurs créent cette complexité (Ageron *et al.*, 2018). Au-delà de ces variables, l'ambiguïté des objectifs, la divergence des intérêts entre les professionnels de la santé et les managers de la santé participent à cette complexité de la supply chain de la santé.

Le secteur de la santé comporte plusieurs flux aux caractéristiques différentes. Les principaux flux sont : les flux patient, les flux pharmaceutiques, les flux de linge, les flux de restauration et les flux de déchets.

Le management des flux patients est au cœur des enjeux du système de santé. Il est de plus en plus orienté vers une approche logistique transversale permettant d'optimiser, sécuriser et améliorer la chaîne de soin. La coordination de l'ensemble des acteurs de la santé est nécessaire pour améliorer la qualité de service patient tout au long de la chaîne de soin (Benzidia *et al.*, 2018a).

Le management des flux pharmaceutiques revêt un caractère stratégique car représentant un coût élevé pour les organisations de la santé. Ce flux est composé des médicaments, des dispositifs médicaux et des équipements médicaux. La contrainte de la chaîne de froid et la fluctuation de la demande et des dates de péremption nécessitent la mise en place de plusieurs approches managériales innovantes en matière d'approvisionnement et de traçabilité. Une approche logistique adaptée est également incontournable pour certains flux spécifiques. A titre d'exemple, le matériel à usage multiple dans les blocs opératoire nécessite un processus de stérilisation efficient afin d'éviter les risques de contamination et d'infection pour le patient et les professionnels de la santé.

Le flux de linge est moins stratégique. Toutefois, il exige une capacité organisationnelle pour gérer les circuits de linge sale et propre tout en respectant les contraintes sanitaires permettant de protéger le patient et le personnel médical des risques d'infection.

Le flux de restauration concerne aussi bien le patient que les visiteurs et le personnel. Sa gestion est plus complexe lorsqu'elle touche le patient. En effet, il est important de respecter les règles de sécurité alimentaire, de répondre à la variété des demandes des patients tout en optimisant la chaîne de restauration.

Contrairement au flux pharmaceutique, les flux de linge et de restauration ne sont pas au cœur du métier des hôpitaux. Ainsi, plusieurs managers de la supply chain de la santé ont décidé d'externaliser la gestion de ces flux.

Les flux des déchets sont composés des flux ménagers qui représentent 75 à 90 % des déchets des hôpitaux et des déchets à risque pour le patient, les visiteurs, le personnel et l'environnement. Ces derniers proviennent des activités de soins (DAS), des activités de soins à risques infectieux (DASRI), de la radioactivité et des médicaments. La logistique des déchets consiste à collecter, trier, stocker, transporter et traiter les déchets. Une logistique efficace des déchets nécessite des approches managériales différentes en fonction de la catégorie de déchets. Dans ce sens, nous assistons à la création de filières de tris dans les établissements de santé et la mise en place de quelques projets innovants dans la matière. L'implémentation de systèmes de banalisation des DASRI au sein de certains hôpitaux permet non seulement de réduire l'impact sur l'environnement mais également de réduire les coûts de la gestion des déchets de l'hôpital.

La divergence des intérêts des acteurs participe à la complexité de la supply chain de la santé. Nous observons d'une part, une logique professionnelle fondée sur l'autonomie et centrée sur le soin spécifique du patient et d'autre part, une logique administrative fondée sur le contrôle et axée sur la gestion des capacités et des services supports standardisés pour satisfaire le volume important de la demande globale des patients. Plusieurs exemples empiriques peuvent illustrer cette affirmation. En effet, dans le cadre de l'implémentation d'un projet de traçabilité de la chaîne du sang dans une organisation de santé, le manque de coordination et le désaccord entre le directeur métier (professionnel de la santé) et le chef de projet IT (fonction support) a entraîné un affaiblissement du pouvoir du chef de projet et sa capacité à diriger l'équipe vers l'atteinte des objectifs du projet. La divergence des intérêts entre les fonctions support et métier a mené à l'échec de ce projet de traçabilité de la chaîne du sang (Bentahar, Benzidia et Fabbri, 2016). Un autre exemple relatant les tensions entre les acteurs de la santé pourrait être celui de la mise en place d'un groupement d'achat pour l'optimisation des achats de trois établissements hospitaliers. L'implémentation de ce projet par les services supports a suscité la résistance de certains professionnels de la santé et particulièrement le directeur de l'un des trois établissements de santé. Cette résistance découle de la perception négative de l'utilité du groupement d'achat et la perte de repère et de pouvoir dans la nouvelle organisation (Bentahar, 2018).

Les logiques gestionnaire et professionnelle sont conciliables à travers une communication efficace sur les bénéfices des approches managériales, la répartition juste des bénéfices et l'intégration de

nouvelles dimensions relatives aux conditions de travail et d'autonomie des professionnels de la santé.

Les pratiques logistiques dans le secteur de la santé restent peu efficaces. Il faut noter, un management peu formalisé, une gestion non optimale des approvisionnements, des stocks et des transports, et une faible intégration de la supply chain. Ainsi, il est temps de passer du bricolage logistique à une gestion agile de la supply chain de la santé.

## 2. L'innovation dans la supply chain de la santé

L'approche agile et le dispositif de la structure d'innovation en tant qu'innovations managériales doivent être pensés et mis en place de manière complémentaire afin d'évoluer vers un nouveau modèle de la supply chain intégré et focalisé sur la satisfaction du patient.

Il est important de surpasser l'approche exclusivement normative ayant comme objectif principal l'amélioration continue des processus et la réduction des coûts en mettant en place une approche agile mettant l'accent sur la création de valeur pour le patient.

L'approche agile se fonde sur la flexibilité de l'organisation, la transparence et le partage de l'information, la créativité et la responsabilisation des équipes, et la collaboration entre les acteurs (Li *et al.*, 2010). Elle permet de s'adapter aux caractéristiques hétérogènes des flux, des produits et des services vers les patients.

La diversité et le changement des besoins du patient demandent un supply chain management agile. Ce nouveau modèle de supply chain peut être fondé moyennant quelques adaptations sur les mêmes principes fondamentaux que nous pouvons observer dans l'industrie (Christopher, 2000 ; Christopher and Towill, 2000) :

- L'utilisation des technologies de l'information (TI) comme la RFID afin de partager l'information entre les acheteurs et les fournisseurs et créer une supply chain virtuelle.
- L'utilisation de nouveaux systèmes d'informations (SI) comme le Flowcasting afin de mieux répondre à la volatilité des demandes du client.
- L'intégration des processus à travers l'échange d'information entre partenaires. Une nouvelle culture relationnelle et collaborative aide dans la réussite de cette supply chain intégrée.

- La création d’une supply chain globale fondée sur un réseau de partenaires se faisant confiance et coordonnant étroitement leur relation dans l’objectif de créer de la valeur pour le patient.

Plusieurs recherches montrent que la réussite de la méthode agile est corrélée positivement à la culture organisationnelle orientée vers le changement, la communication rapide et le développement du travail collaboratif (Lindvall *et al.*, 2002 ; Misra *et al.*, 2009 ; Bentahar *et al.*, 2016). Selon Power *et al.* (2001), trois facteurs sont critiques à la réussite de la supply chain agile : l’utilisation de technologies émergentes, l’implication des fournisseurs, et l’adoption d’un style de management participatif.

Cette conception de la supply chain agile de la santé peut être étendue en intégrant le patient dans la définition des services, des produits et la construction d’une nouvelle supply chain de soin. Cette évolution peut être opérationnalisée à travers la télémédecine et les objets connectés de la santé. En effet, nous pouvons remarquer dans le cas de la cabine de télémédecine un changement du rapport médecin/patient et une implication du patient dans le processus de soin.

Pour assurer la performance de leurs supply chains, les organisations privées et publiques reconnaissent la nécessité et le besoin de la création d’une structure d’innovation. Les recherches portant sur l’innovation managériale dans la supply chain ont suscité l’intérêt de quelques académiques, cette dernière décennie (Lavastre *et al.*, 2014 ; Bentahar et Launaro, 2018). Toutefois, elles semblent ignorer le secteur de la santé, qui nécessite une attention particulière au regard des différents défis auxquels il est confronté (Karaa *et al.*, 2016).

Cette nouvelle vision de la supply chain innovante peut être réalisée à travers la création de différents types de structures (pôle, service, département, etc.), en intégrant les organisations dans une culture de réseaux verticaux ou horizontaux positionnant l’approche logistique comme fonction centrale. Les réseaux liés au secteur de la santé sont souvent mal-exploités en raison d’un manque de coordination et de cohérence entre les partenaires (Wieser, 2011). Leur rôle peut se distinguer par le développement des actions et la création des connaissances utiles pour améliorer la flexibilité de la supply chain (Blome *et al.*, 2014).

Cette conception doit également se positionner au-delà du champ technologique, en s’orientant vers une logique pluridisciplinaire, combinant des domaines complémentaires, comme la science, l’ingénierie et le management, où tout individu ou partenaire est capable

d'apporter une innovation à forte valeur ajoutée pour soutenir les établissements de santé face à la complexité de leur supply chain (Paton et McLaughlin, 2008). Une nouvelle orientation limiterait certainement le privilège de l'innovation hospitalière qui a souvent accordé une priorité aux activités de soins à proprement parlé (activité thérapeutique), au détriment d'autres activités de services souvent qualifiées de « périphériques » (Djellal *et al.*, 2004).

D'un point de vue logistique, l'adoption d'une structure d'innovation peut apporter un réel soutien à cette activité et lui permettre de sortir de son champ restreint souvent accès sur la gestion opérationnelle des flux. Cela peut se traduire par plusieurs types d'action comme :

- la gestion informationnelle à travers la dématérialisation, la synchronisation et la traçabilité des flux physiques et des patients ;
- la stratégie de durabilité, d'optimisation et de valorisation du cycle de vie des flux hospitaliers (médicaux et supports) ;
- la gestion des systèmes et des infrastructures logistiques comme les transports et les pôles logistiques.

Par ailleurs, il est clair que tous les hôpitaux n'ont pas actuellement la capacité requise pour l'adoption de ces innovations managériales. En effet, de nombreux obstacles et barrières peuvent créer un frein à son introduction.

Sur le plan financier, la conception et l'implémentation des innovations managériales exige une mobilisation de ressources humaines, matérielles, technologiques etc., générant des coûts importants et ne pouvant pas être assumés par tous les hôpitaux. De plus, ces approches innovantes pluridisciplinaires nécessitent une coordination structurée pour assurer son efficacité. Une coordination qui pourrait également entraîner des coûts au regard de la diversité des acteurs possédant souvent des caractéristiques différentes en termes de culture, de compétence et de savoir (Grenier, 2015).

D'un point de vue administratif, le milieu hospitalier souffre d'un héritage bureaucratique entraînant souvent une lenteur dans les prises de décisions. Ce fonctionnement est contraire au principe d'une supply chain agile permettant une forte réactivité et efficacité dans la gestion opérationnelle et stratégique des actions. Il faudra certainement du temps pour intégrer ces changements, les comprendre et se les approprier.

Enfin, un des obstacles importants dans la mise en place des innovations managériales dans la supply chain peut concerner le manque

de compétences techniques, ingénieriques et managériales. En effet, ces compétences sont nécessaires pour piloter les différentes phases de l'innovation et coordonner la diversité des activités et des acteurs. Nous pouvons observer également, la rareté des compétences sociales permettant de déployer des approches relationnelle et interpersonnelles primordiales à la création de ce nouveau modèle de la supply chain de la santé. Par conséquent, les organisations hospitalières doivent repenser la politique de recrutement et de formation des compétences afin de valoriser cette nouvelle vision de la supply chain.

Dans de futures recherches, il serait intéressant d'approfondir la compréhension des obstacles de l'innovation et d'étudier l'implémentation conjointe d'innovations technologiques et managériales et leur impact sur la performance de la supply chain de la santé.

Les 21 chapitres du livre se focalisent sur des problématiques contemporaines et apportent une contribution théorique et managériale au développement de la supply chain de la santé. La visée de ces chapitres dessine trois principaux axes de recherche.

**Le premier axe** aborde le management des processus et des flux et leurs enjeux dans le pilotage et le développement de la supply chain de la santé :

Dans le cadre du prolongement d'une étude comparative de quatre parcours ambulatoires menée en 2017, **Bruyère, Massard et Mathy** se sont intéressés aux expériences des individus concourant à la chaîne de soins ambulatoires. Une approche gestionnaire du parcours ambulatoire appréhendé sous l'angle du lean associée à une approche philosophique considérant les expériences comme un vecteur d'innovation des parcours tendent à identifier des leviers de réussite de ce nouveau mode d'accès aux soins.

**Bélangier, Kergosien et Ruiz** ont mené une étude sur les services pré-hospitaliers d'urgence qui constituent l'une des filières en amont des services de santé. Le chapitre positionne ces services dans le cadre des systèmes de santé modernes puis décrit le processus de prestation de services en prenant soin de bien faire la différence entre les deux modèles génériques qui dominent la pratique : le modèle anglo-américain et le modèle franco-allemand. Les ressources impliquées et les aspects reliés à la gestion de la performance sont par la suite abordés, avant de proposer une approche hiérarchique à l'organisation des activités pré-hospitalières. Le chapitre s'achève par une discussion sur les défis et tendances entourant la filière.

Dans leur chapitre, **Veran, Pascal, Garcia et Capgras** ont examiné la mise en œuvre des GHT et leur implication dans l'évolution des fonctions de gestion au service du contrôle de la *supply chain* que représentent la qualité et le contrôle de gestion. L'organisation de parcours de soins nécessite des changements dans le périmètre d'analyse de ces deux fonctions autour de la notion de processus. La constitution des GHT peut ainsi se révéler être un accélérateur des changements en cours observables des fonctions qualité et contrôle de gestion pouvant aboutir à la création d'une fonction unique au sein des directions performance.

L'objectif de la recherche proposée par **Corbin et Lambourdière** est de fournir aux chercheurs et managers des éléments pour mieux comprendre les bénéfices et les conditions de réussite d'une stratégie de standardisation des données au sein des systèmes logistiques de la santé. La recherche de type qualitative et exploratoire s'est appuyée sur une étude de cas, en l'occurrence le déploiement réussi d'une stratégie de standardisation des données au sein des chaînes logistiques d'un établissement de santé implanté au Portugal.

Dans le contexte de l'évolution des réformes concernant les hôpitaux publics et l'incitation à la rationalisation des coûts, **Hayo-Villeneuve et Husson** ont souligné l'importance la démarche qualité comme instrument de gestion de production. A travers l'étude d'un outil de gestion de la qualité, les auteurs ont choisi de déterminer les leviers d'appropriation de la démarche qualité puis de proposer un modèle de mesure des facteurs d'intégration de la qualité à l'hôpital à destination des managers hospitaliers.

**Beaulieu, Bélanger, Landry et Morales** ont discuté l'impact de différentes politiques de gestion des stocks sur les niveaux des stocks de fournitures médicales conservés au sein d'un établissement. Les données analysées proviennent d'un centre hospitalier de 470 lits situé dans la province de Québec (Canada). En comparant différentes politiques de gestion des stocks, les résultats ont démontré que les politiques hydriques permettent de mieux composer avec la diversité de la demande des différentes fournitures.

**Chen, Wang, Marcon et Monteiro** se sont intéressés à l'automatisation de la préparation des médicaments. Une approche par mutualisation des ressources nécessaires à la préparation des piluliers dans un réseau d'établissements est une réponse à envisager. Dans ce cadre, une approche de modélisation par une programmation linéaire en nombres entiers (PLNE) et une résolution à l'aide de la méta-heuristique d'optimisation par essais particuliers (PSO) ont été pro-

posées pour mettre en œuvre des politiques de partage des ressources critiques et d'en organiser la logistique. Les résultats expérimentaux ont montré la généricité de l'approche et sa capacité à fournir des solutions d'implantations et de schémas logistiques avec des temps de calcul très raisonnables.

**Véret et Bidan** ont centré leur étude sur les démarches par les processus et par les parcours. Les auteurs ont adopté une approche transversale et inter-organisationnelle qui prend en compte les dimensions humaines, perceptuelles, documentaires et sociologiques. Dans cette logique, ils ont mobilisé la théorie de l'activité pour appréhender la dynamique de contextes organisationnels et sociotechniques complexes qui interagissent en santé. Leur chapitre a mis en lumière l'impérieuse nécessité de mobiliser les approches transverses et plurielles, et non tubulaires, dans les projets ou outils ayant pour objectif d'évaluer la performance (au sens large) des systèmes de santé.

**Le deuxième axe** s'intéresse à l'impact des TI/SI sur le management de la supply chain de la santé :

**Romero-Torres** a mis l'accent sur les contraintes liées à la gestion des médicaments et a souligné qu'un dispositif de suivi et de contrôle des médicaments représente une pierre angulaire essentielle de la sécurité sanitaire. Son chapitre a pour objectif de présenter les différentes options technologiques disponibles pour mettre en place des systèmes de suivi et contrôle des médicaments. Le chapitre a montré qu'aucun consensus réel entre les acteurs de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique n'a émergé.

**Pascal et Capgras** ont proposé une étude sur le déploiement d'un carnet patient connecté dans le cadre de la prise en charge de l'apnée du sommeil. Le chapitre s'est interrogé sur les systèmes d'activité à l'œuvre dans la digitalisation de la Supply Chain sanitaire. Pour ce faire, la théorie de l'activité culturellement et historiquement située (CHAT) d'Engeström a été mobilisée comme grille de lecture. L'étude de ce cas a fait ressortir trois niveaux de complexité dans la digitalisation de la supply chain : la réglementation, le financement et l'organisation par profession et discipline du système de santé.

**Karaa, Morana et Benzidia** ont étudié l'intérêt d'un projet de traçabilité (*track-inside*) au sein d'un centre hospitalier luxembourgeois dont le but est de garantir le respect de la réglementation mais également d'améliorer le fonctionnement global des unités de soins. L'étude de cas qualitative basée sur une série d'entretiens semi-directifs, a permis de mettre en lumière l'importance de ce projet de

traçabilité. Ce dernier est en effet, perçu par les acteurs interrogés comme une solution efficace pour limiter les défaillances identifiées dans le circuit actuel du processus « stocks, hors stocks et gestion de prêts » de l'hôpital objet de l'étude.

**Virgili et Bornarel** ont mené une étude permettant de mieux comprendre le rôle de la confiance personnelle dans le management des équipes de soin et plus précisément son influence sur la qualité des flux d'informations. A l'appui d'une démarche exploratoire, les premiers résultats témoignent plus que jamais de la réalité et de la nécessité de cette relation de confiance dans les organisations de santé. Ils précisent en quoi la confiance est nécessaire pour atteindre les objectifs de soin et quels types de comportements des cadres de santé sont susceptibles de générer la dynamique confiance /information.

**Garidi et Husson** ont traité l'enjeu des SI Comme outils au service de la Supply Chain en santé et notamment la Drug Supply Chain (DSC). A travers leur chapitre, les auteurs ont tenté de vérifier l'apport de l'informatisation dans la prévention des ruptures de la chaîne d'approvisionnement du patient, en médicament. Une étude de cas qualitative basée sur 18 entretiens semi directifs, a permis d'identifier les facteurs influençant la rupture de la DSC et de mettre en exergue les avantages et les inconvénients de l'informatisation.

**Boudreault et Olleros** ont proposé un cadre théorique mettant en évidence la nature collaborative des innovations numériques pour engager les individus dans l'autogestion de leur santé. L'engagement des individus a le potentiel de transformer une pratique de soins à distance. Cette nouvelle pratique émerge dans le contexte d'un écosystème de soins où les nouveaux rôles sont à définir. Des nouveaux rôles sociaux qui se heurtent à de la résistance au changement, en même temps qu'ils suscitent de l'engouement pour améliorer le bien-être physique, mental et social.

Dans son chapitre, **Wieser** a décrit et analysé l'évolution technologique et organisationnelle dans le domaine de la supply chain. En effet, depuis quelques années, le concept d'industrie 4.0, la digitalisation des entreprises, les innovations technologiques spécialement en matière de communication, changent et vont changer en profondeur la gestion du réseau de valeur du produit ou du service. L'auteur a tenté d'évaluer l'impact, dans le monde de la santé, de cette approche 4.0 et des innovations logiques et physiques associées.

**Le troisième axe** développe une nouvelle vision pour la performance de la supply chain de la santé :

En se fondant sur une revue de la littérature **Sampieri-Teissier et Livolsi** ont montré dans leur chapitre que les organisations hospitalières demeurent encore fortement cloisonnées et sclérosantes. Au niveau logistique, les activités demeurent ainsi fragmentées et la fonction enfermée dans une représentation essentiellement opérationnelle. L'une des issues pour améliorer l'efficacité des hôpitaux pourrait consister en l'adoption d'une approche supply chain, permettant ainsi une évolution des représentations, vers une plus grande transversalité.

En se fondant sur une revue de la littérature et une étude de cas, **Ageron et Chaze-Magnan** ont proposé un état des lieux des compétences logistiques hospitalières et ont mis en évidence les principaux enjeux de l'hôpital face à cette question. Selon les auteurs, si les compétences métiers restent essentielles, les logisticiens doivent également posséder des compétences plus techniques, plus managériales et plus globales pour mener à bien leurs missions. Leur étude a révélé également que le changement de mentalités, le dialogue entre les personnels, la diffusion d'une culture logistique sont des éléments déterminants dans la mise en place de pratiques logistiques hospitalières efficaces et efficientes.

Le point clef du chapitre des auteurs **Dornier et Pavié** est de s'interroger sur les enjeux du secteur de la santé en plein essor dans un contexte de bouleversement pour ce qu'il s'agit de la délivrance des médicaments. Pour cela la singularité de ce chapitre est de rassembler deux axes qui semblent être distants l'un de l'autre : l'expérience client d'un côté, la supply chain de l'autre. L'étude a montré que la chance de survie de la pharmacie d'officine française dépend du développement de ces deux dimensions.

**Beaulieu et Rebolledo** ont souligné l'importance du groupe d'achat comme une formule de gestion des approvisionnements très populaire dans les secteurs de la santé. Le chapitre a pour objectif de jeter les bases d'une réflexion de longue haleine sur l'enjeu de la performance du groupe d'achat. La recherche-action est la méthodologie qui a été retenue afin de développer des indicateurs qui intègrent la dynamique entre le groupe et ses membres en s'inspirant des pratiques d'un groupe d'achats de la province de Québec (Canada).

**Aubry, Lavoie-Tremblay, Richer, Sabi et Fréchette** ont proposé une étude dans le cadre d'un programme de recherche qui s'est intéressé à la transformation organisationnelle du Centre universitaire de santé McGill, à Montréal. Il s'agit d'une recherche longitudinale qui a débuté avec la formalisation du projet en 2007 pour se terminer

en 2016. Trois résultats sont mis en évidence dans ce chapitre : 1) Le rôle d'un bureau de projet dans ce projet de transformation ; 2) la contribution du bureau de projet à la performance organisationnelle ; 3) le courtage de connaissances.

**Moisson et Picard** ont étudié les facteurs de satisfaction globale des infirmières des centres hospitaliers de l'île de La Réunion au travers de deux hypothèses. En se basant sur une étude quantitative complétée par une analyse qualitative menée en 2007 auprès de 298 IDE, leur chapitre a souligné les effets directs et négatifs des conditions de travail et de l'interface vie privée/vie professionnelle sur la satisfaction globale. Or, l'amélioration perçue des conditions de travail pourrait être une solution à la qualité des soins au travers d'un pilotage des flux d'informations et des produits médicaux pour sécuriser le parcours de soins focalisé sur la sécurité du patient.

## Bibliographie

- Ageron B., Benzidia S. & Bourlakis M. (2018), Healthcare logistics and supply chain – issues and future challenges, *Supply Chain Forum: An International Journal*, 19(1), 1-3.
- Bentahar O. (2018), Key success factors for implementing purchasing groups in the healthcare sector, *Supply Chain Forum: An International Journal*, 19(1), 90-100.
- Bentahar O., Aïnouch Z. & Benzidia S. (2016), La méthode Agile à l'épreuve de la complexité des projets SI : cas d'une SSII européenne, in Schmitt C. (dir.), *La complexité des organisations*, Growth-Publisher editions, Fribourg.
- Bentahar O., Benzidia S. & Fabbri R. (2016), Traceability project of a blood supply chain, *Supply Chain Forum: An International Journal*, 17(1), 15-25.
- Bentahar O. & Launaro R. (2018), Le management de projet comme déterminant de l'innovation supply chain : le cas d'une entreprise industrielle européenne, *Logistique & Management*, 26(2), 71-82.
- Benzidia S., Ageron B., Bentahar O., Husson J. (2018a), Investigating automation and AGV in healthcare logistics: a case study based approach, *International Journal of Logistics Research and Applications*, 1-21.
- Benzidia S., Garidi S., Husson J. (2018b), La standardisation des processus à l'épreuve des risques à l'hôpital, *Management et Avenir Santé*, 3(1), 49-72.
- Birkinshaw J., Hamel G. & Mol M. J. (2008), Management innovation, *Academy of management Review*, 33(4), 825-845.

- Blome C., Schoenherr T. & Eckstein D. (2014), The impact of knowledge transfer and complexity on supply chain flexibility: A knowledge-based view, *International Journal of Production Economics*, 147, 307-316.
- Christopher M. (2000), The agile supply chain: competing in volatile markets, *Industrial marketing management*, 29(1), 37-44.
- Christopher M. & Towill D. R. (2000), Supply chain migration from lean and functional to agile and customised, *Supply Chain Management: An International Journal*, 5(4), 206-213.
- Djellal F., Gallouj C. et Gallouj F. (2004), De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux: les différentes facettes de l'innovation hospitalière, *Revue française des affaires sociales*, 51(1), 223-248.
- Karaa M., Bentahar O. & Benzidia S. (2016), Les facteurs d'adoption d'une innovation appliquée aux flux de patients : le cas d'un centre hospitalier au Luxembourg, *Logistique & Management*, 24(2), 1-12.
- Lavastre O., Ageron B., Chaze-Magnan L. et Spalanzani A. (2014), Pratiques inter-organisationnelles innovantes (P2I) dans le supply chain management : développement et validation d'un instrument de mesure, *M@n@gement*, 17(4), 266-304.
- Li J., Moe N. B. & Dybå T. (2010), Transition from a plan-driven process to scrum: a longitudinal case study on software quality, *Proceedings of the 2010 ACM-IEEE international symposium on empirical software engineering and measurement*, 13, ACM.
- Lindvall M., Basili V., Boehm B., Costa P., Dangle K., Shull F., Zelkowitz M. (2002), Empirical findings in agile methods, *Extreme Programming and Agile Methods—XP/Agile Universe 2002*, 197-207. Springer Berlin Heidelberg.
- Misra S. C., Kumar V. & Kumar U. (2009), Identifying some important success factors in adopting agile software development practices, *Journal of Systems and Software*, 82(11), 1869-1890.
- Paton R. A. & McLaughlin S. (2008), Services innovation: Knowledge transfer and the supply chain, *European Management Journal*, 26(2), 77-83.
- Wieser P. (2011), From health logistics to health supply chain management, *Supply Chain Forum: An International Journal*, 12(1), 4-13, Taylor & Francis.