

Financer l’innovation médicale dans les hôpitaux

Comment la location longue durée et les Fleet Managed Services peuvent accélérer l’accès aux technologies avancées sans compromettre la maîtrise budgétaire ni la sécurité opérationnelle

Sommaire

1. Résumé exécutif
2. Pourquoi c’est important maintenant : l’innovation devient systémique
3. Le véritable frein à l’adoption : gérer le risque, ne pas remettre l’innovation en cause
4. La location longue durée comme stratégie de réduction des barrières
5. Location longue durée de nouvelle génération : des modèles avec services inclus orientés vers une performance mesurable
6. Fleet Managed Services : changer d’échelle en pilotant les flottes
7. Impact économique : construire un business case ajusté du risque
8. Achats et cadres juridiques : des principes transposables d’un pays à l’autre
9. Facteurs de succès : transformer la disponibilité en adoption
10. Références internationales
11. Comment CHG-MERIDIAN accompagne les hôpitaux
12. Conclusion générale

Résumé exécutif

Dans tous les pays et dans tous les systèmes de santé, les hôpitaux sont confrontés à la même tension structurelle.

Les équipes cliniques veulent accéder rapidement à l'innovation - robotique, imagerie avancée, plateformes modernes d'endoscopie et intelligence artificielle clinique - parce qu'elle peut améliorer la précision, la productivité et l'expérience patient. Dans le même temps, les directions financières et opérationnelles doivent protéger des budgets d'investissement rares, absorber la pression inflationniste et gérer les risques très concrets associés à des déploiements complexes.

Dans ce contexte, la location longue durée ne doit pas être réduite à un simple échéancier de paiement. Lorsqu'elle est conçue comme un modèle de cycle de vie - intégrant services, gouvernance et options de modernisation – elle devient un moyen concret de transformer une intention d'innovation en un déploiement maîtrisé, prévisible et mesurable. L'idée clé est simple : l'innovation ne crée de la valeur que si elle est déployée en sécurité, adoptée par les équipes, intégrée dans les processus et maintenue au niveau de performance requis.

Ce livre blanc explique comment une approche de location longue durée fondée sur le cycle de vie, combinée à une gestion par flotte, aide les hôpitaux à concilier trois priorités souvent perçues comme incompatibles : accélérer l'accès à la technologie, maintenir des budgets prévisibles et garantir la fiabilité opérationnelle du premier jour jusqu'à la fin de vie des équipements.



« L’innovation ne crée de la valeur que lorsqu’elle est réellement utilisée – en sécurité, au bon niveau de qualité et au bon moment. »

Pourquoi c’est important maintenant : l’innovation devient systémique

L’innovation médicale n’est plus un équipement isolé qu’un hôpital peut acheter, installer puis oublier pendant dix ans.

Les systèmes médicaux modernes sont de plus en plus définis par logiciel et connectés. Ils interagissent avec les réseaux hospitaliers, les politiques de cybersécurité, les plateformes de données et les dossiers médicaux électroniques. Ils sont régulièrement mis à jour, parfois re-certifiés, et souvent repensés au fil de nouvelles versions logicielles, de modules analytiques ou de fonctionnalités activées par l’IA. En pratique, cela signifie que la décision technologique est aussi une décision d’intégration, de cybersécurité, de gouvernance clinique et de conduite du changement.



De la performance produit à la performance système

À mesure que les équipements s’intègrent aux processus, la question la plus importante n’est plus « Est-ce que cela fonctionne ? » mais « Est-ce que cela continue à fonctionner - pour nos équipes, nos patients, et dans notre environnement biomédical et informatique ? ». Un système peut être excellent sur le papier et pourtant ne pas créer de valeur s’il génère des frictions opérationnelles : délais de mise en service trop longs, formation incomplète, responsabilités fragmentées entre biomédical et informatique, ou trajectoire floue pour faire évoluer et sécuriser la couche logicielle.



Là où l’innovation s’accélère - et pourquoi elle crée de la complexité opérationnelle

La robotique chirurgicale illustre particulièrement bien cette nouvelle réalité. Les plateformes robotiques évoluent rapidement, avec de nouveaux instruments, de nouvelles fonctionnalités logicielles et des configurations propres à certaines procédures qui apparaissent à un rythme soutenu. Leur valeur dépend fortement de la formation et d’une montée en charge soigneusement planifiée ; sans cela, l’usage tend à se concentrer sur un petit groupe de pionniers, tandis que le reste de l’équipe demeure hésitant. L’imagerie avancée suit une logique comparable.

La valeur clinique est claire, mais le déploiement suppose souvent des aménagements de salles, du blindage, une intégration informatique, ainsi que des protocoles robustes pour garantir une qualité et une sécurité constantes. L’endoscopie est un autre exemple où la dimension « système » domine : les flottes d’endoscopes dépendent de la capacité de retraitement, des processus de contrôle infectieux, de la disponibilité d’unités de secours et d’une gestion serrée de la disponibilité. Enfin, l’IA clinique ne peut produire des résultats que si la qualité des données, l’intégration, l’auditabilité et la gouvernance clinique sont en place ; l’algorithme seul ne suffit pas.



Exemples illustratifs

France – Dans les grands groupes hospitaliers, on observe fréquemment la coexistence de services hautement spécialisés et de fonctions support mutualisées. Lorsqu’une montée en gamme technologique majeure est envisagée - par exemple l’introduction d’une nouvelle modalité d’imagerie ou le lancement d’un programme de robotique -, l’autorisation d’investissement peut couvrir le matériel, mais les conditions de réussite se situent souvent ailleurs : travaux sur les salles, segmentation du réseau, intégration au PACS et au DPI, mise en service et formation structurée.

Dans plusieurs contextes français, la location longue durée a été utilisée pour préserver une capacité budgétaire destinée à ces activités de mise en œuvre. Au lieu de consommer d’emblée toute l’enveloppe d’investissement, les hôpitaux peuvent séquencer les jalons de déploiement (installation, démarrage clinique, montée en charge) et financer la couche opérationnelle qui transforme la technologie en production clinique courante.

Exemples illustratifs

Australie – Les opérateurs publics de santé fonctionnent souvent avec des planifications annuelles strictes et doivent démontrer que l’innovation améliore l’accès et la sécurité sans déstabiliser le fonctionnement quotidien. Les contrats fondés sur le cycle de vie sont donc fréquemment construits autour d’un coût prévisible, de responsabilités de service clairement définies et d’options de renouvellement qui évitent un cycle de remplacement « big bang ».

Une approche typique consiste à définir un plan de mise en service, une période de formation protégée et une montée progressive de l’utilisation, avec des revues de gouvernance suivant la disponibilité, les causes d’indisponibilité et les freins à l’adoption. Cela aide à réconcilier l’évolution technologique avec les réalités des effectifs, des accréditations et des mises à jour de protocoles cliniques.

Pris ensemble, ces contextes illustrent la même logique pratique : l’innovation a besoin d’une piste de décollage opérationnelle. Les structures de la location qui protègent l’effort d’intégration et de formation réduisent souvent le délai de création de valeur et limitent le risque de sous-utilisation.

La conclusion générale est simple : lorsque l’innovation devient systémique, le succès dépend de l’exécution sur l’ensemble du cycle de vie. C’est précisément là que la location longue durée, conçue comme un modèle de service fondé sur le cycle de vie, peut créer une valeur tangible.

Le véritable frein à l’adoption : gérer le risque, ne pas remettre l’innovation en cause

Les hôpitaux rejettent rarement l’innovation parce qu’ils doutent de son potentiel clinique. Ils reportent ou réduisent leurs décisions parce que l’organisation doit supporter simultanément plusieurs couches de risque. Il y a bien sûr le risque financier - contraintes de capex et priorités concurrentes -, mais aussi le risque opérationnel : indisponibilité, sous-utilisation, montée en charge trop lente, problèmes de conformité et exposition cyber. Ces risques ont tendance à se cumuler, surtout lorsque les responsabilités sont réparties entre plusieurs directions et que les calendriers de déploiement sont sous tension.

La pression inflationniste renforce ce dilemme. Reporter les décisions peut sembler prudent à court terme, mais cela peut accroître les coûts futurs des équipements et des services, tout en prolongeant les inefficacités liées à des flottes vieillissantes - davantage d’arrêts non planifiés, une charge de maintenance plus élevée et un débit clinique moins prévisible.



Pourquoi les coûts cachés comptent autant que les coûts d'acquisition

Une décision d'achat est souvent évaluée à l'aune du prix affiché. Pourtant, le coût de possession dépend de ce qui se passe après l'installation : temps de formation, effort d'intégration, interruptions de maintenance, gestion des consommables et charge interne imposée aux équipes biomédicales et informatiques. Si ces composantes sont sous-estimées, l'organisation peut se retrouver avec des équipements techniquement disponibles mais opérationnellement fragiles, ce qui réduit ensuite l'utilisation et affaiblit le business case.

Exemples illustratifs

Europe – La sous-utilisation est rarement causée par l'équipement lui-même ; elle résulte le plus souvent de conditions d'adoption insuffisamment conçues en amont. Les hôpitaux peuvent sous-estimer le temps nécessaire pour les habilitations, les mises à jour de protocoles et la coordination entre cliniciens, ingénierie biomédicale, informatique, unités de stérilisation et équipes qualité/sécurité. Lorsque la formation est traitée comme une option, l'utilisation peut plafonner après le lancement initial. Les programmes les plus robustes formalisent une phase de montée en charge avec du temps de formation protégé, des parcours de super-utilisateurs et des circuits d'escalade clairs pour les problèmes techniques et de flux, afin que les frictions initiales ne deviennent pas structurelles.

Exemples illustratifs

Canada – Les organisations multi-sites font souvent face à un autre défi, proche du précédent : la variabilité. Lorsque les sites exploitent différentes générations d'une même technologie, ou lorsque les niveaux de service diffèrent, le flux et l'expérience patient deviennent incohérents. La budgétisation pluriannuelle et la planification de cycle de vie peuvent aider à standardiser les environnements en échelonnant les cycles de renouvellement et en les alignant sur des engagements de continuité de service. Cela préserve la flexibilité d'évolution tout en évitant des cycles d'approbation répétés et perturbateurs pour chaque remplacement.

Ces exemples montrent pourquoi une lecture par le risque est décisive. Les choix de financement peuvent soit amplifier les frictions organisationnelles, soit créer les conditions d'une adoption stable - notamment lorsque la formation, la gouvernance et la planification du renouvellement sont traitées comme des composantes centrales du déploiement.

Le message clé est que le risque est au cœur de la décision. Le modèle le plus pertinent est celui qui réduit le risque par conception - grâce à un déploiement structuré, des services inclus, une gouvernance claire et des options de modernisation planifiées.

La location longue durée comme stratégie de réduction des barrières

La location longue durée devient véritablement stratégique lorsqu'elle est traitée comme un modèle opératoire et non comme un simple contournement financier. Dans sa forme la plus aboutie, elle relie la prévisibilité budgétaire à l'exécution opérationnelle. Elle aide les hôpitaux à éviter les capex exhorbitants tout en garantissant que les conditions favorables à l'adoption - formation, intégration, continuité de service et gestion des mises à jour - sont financées et pilotées.

Cette approche raccourcit aussi le délai de création de valeur. Au lieu d'attendre une fenêtre d'investissement idéale, les hôpitaux peuvent aligner les jalons de déploiement sur un plan pluriannuel prévisible. Surtout, elle fait de la modernisation un processus planifié plutôt qu'un événement exceptionnel. Dans des environnements pilotés par logiciel, cette distinction est essentielle : correctifs de sécurité, montées de version fonctionnelles et cycles de renouvellement entrent dans la logique contractuelle, au lieu d'arriver par surprise.

Exemples illustratifs

Allemagne - Les hôpitaux universitaires doivent généralement concilier des exigences cliniques avancées avec des environnements achats complexes et un grand nombre de parties prenantes. La location a été utilisé pour rendre la modernisation possible tout en préservant l'espace nécessaire au travail opérationnel qui accompagne les nouveaux systèmes. Un exemple concret est celui d'un programme de modernisation diagnostique intégrant l'évolution logicielle planifiée, l'alignement cybersécurité et l'intégration dans les parcours cliniques. Lorsque ces composantes sont planifiées sur toute la durée du contrat, l'hôpital réduit le risque de « déploiement partiel » - c'est-à-dire une technologie présente mais insuffisamment ancrée dans la pratique.

Amérique du Nord - De nombreux établissements exploitent des flottes technologiques qui doivent rester disponibles en permanence, avec une très faible tolérance aux interruptions de service. La location longue durée est donc souvent combinée à des options de renouvellement et à des éléments de service inclus afin de minimiser les arrêts et d'éviter une obsolescence brutale. Les approches par flotte définissent souvent des niveaux cibles de disponibilité, des configurations standardisées, des fenêtres de maintenance planifiées et un pilotage de la performance par tableaux de bord et scorecards fournisseurs, rendant la fiabilité et l'adoption mesurables dans le temps.

Le message de fond est que la location longue durée ne soutient la vitesse que lorsqu'elle soutient l'exécution. La prévisibilité budgétaire devient déterminante lorsqu'elle permet aussi le travail d'intégration, la montée en charge de l'adoption et une modernisation planifiée.

En bref, la location devient une stratégie de réduction des barrières lorsqu'elle transforme les contraintes budgétaires en discipline de cycle de vie : déployer, sécuriser, permettre l'adoption, mesurer les résultats et moderniser.

Location longue durée de nouvelle génération : des modèles avec services inclus orientés vers une performance mesurable



Les modèles de location longue durée les plus matures ne s'arrêtent pas à la simple disponibilité des équipements. Ils reconnaissent que la valeur hospitalière dépend de la fiabilité et de l'adoption, ce qui suppose une colonne vertébrale de services. Les modèles avec services inclus regroupent donc les composantes opérationnelles qui déterminent la performance réelle : maintenance préventive, logistique des pièces, mises à jour logicielles, processus de cybersécurité et formation structurée.

Surtout, ces modèles reconnaissent que l'innovation suit une courbe d'adoption. Les hôpitaux bénéficient d'une phase de montée en charge clairement définie - parfois décrite comme une période de « formation et de premiers usages » - durant laquelle les équipes gagnent en confiance, les processus se stabilisent et l'utilisation augmente progressivement. Évaluer la performance trop tôt conduit souvent à des conclusions trompeuses. En reconnaissant formellement cette montée en charge, un contrat peut protéger les équipes cliniques d'attentes irréalistes tout en préservant la responsabilité via des jalons.

Exemples illustratifs

Europe – Les hôpitaux traduisent de plus en plus la « continuité de service » en engagements mesurables. Une approche concrète consiste à relier des objectifs de disponibilité à des temps de réponse, à des routines de maintenance préventive et à la logistique des pièces détachées, tout en suivant également l'achèvement des formations et la couverture des habilitations pour les groupes d'utilisateurs clés. L'objectif est d'éviter des modes de défaillance prévisibles - par exemple des retards causés par l'absence de pièces, ou une faible utilisation due à un nombre insuffisant de personnels formés - grâce à des revues de gouvernance régulières qui distinguent les problèmes techniques des problèmes de flux et priorisent les actions correctrices.

APAC – Dans les systèmes en forte croissance, les équipes achats recherchent souvent de la flexibilité : la capacité à prolonger, mettre à niveau ou renouveler sans renégocier l'ensemble du dispositif. Des feuilles de route de remises à niveau et des scorecards servent à piloter l'évolution technologique pendant toute la durée du contrat. Les hôpitaux peuvent également insister sur une fenêtre de montée en charge définie afin que l'adoption soit évaluée au regard de jalons progressifs plutôt que d'une pleine utilisation immédiate, ce qui réduit le risque qu'un programme soit jugé « non concluant » avant même que les équipes aient eu le temps d'adapter leurs pratiques et de développer leur maîtrise.

Dans les deux cas, le contrat devient un outil de pilotage plutôt qu'une transaction ponctuelle, soutenant la responsabilité tout en restant collaboratif.
En intégrant les services critiques et en rendant explicites les responsabilités, les modèles avec services inclus transforment une promesse d'innovation en performance vérifiable.



Fleet Managed Services : changer d’échelle en pilotant les flottes

Pour de nombreuses organisations hospitalières, le défi le plus difficile est celui de l’échelle. Les hôpitaux opèrent des réseaux multi-sites, maintiennent des générations d’équipements hétérogènes et s’appuient sur des équipes dont le temps est déjà contraint. Gérer la technologie comme une addition d’équipements isolés produit généralement de la fragmentation : standards de maintenance différents, formation incohérente, posture cyber inégale et niveaux de disponibilité variables selon les sites. Les Fleet Managed Services répondent à ce problème en introduisant une logique de flotte : catégories d’actifs, gouvernance partagée et feuille de route de modernisation pouvant être exécutée progressivement.

Cette approche s’applique à plusieurs types de flottes, des pompes à perfusion aux endoscopes, systèmes d’imagerie et équipements informatiques cliniques. L’enjeu n’est pas simplement administratif. La gestion de flotte peut réduire les perturbations cliniques en améliorant la disponibilité et en standardisant les configurations. Elle peut également renforcer la sécurité des patients et la conformité en garantissant que les standards de retraitement, les versions logicielles et les contrôles de sécurité sont cohérents dans toute l’organisation.

Exemples illustratifs

Canada - Lorsque des flottes d’endoscopes sont gérées sur plusieurs sites, les goulets d’étranglement se déplacent souvent de l’achat vers la disponibilité et le retraitement. La gestion de flotte permet d’identifier où se situent les retards - temps de rotation en stérilisation, transport entre unités, indisponibilité liée à la maintenance ou niveau de compétence inégal des équipes - puis de standardiser les niveaux de service et la formation. Avec le temps, l’alignement des cycles de renouvellement réduit la coexistence de générations mixtes d’équipements, qui compliquent sinon les protocoles de retraitement et la gestion des pièces détachées. Nouvelle-Zélande - Les recommandations achats ont mis l’accent sur le coût de cycle de vie et le risque, notamment pour les flottes qui influencent les flux patients et la sécurité. En pratique, cela favorise des dispositifs qui maintiennent les actifs conformes, disponibles et sécurisés dans le temps, avec des routines de gouvernance suivant la disponibilité, les incidents, les délais de maintenance et les décisions de modernisation. L’objectif est de soutenir la performance dans la durée plutôt que d’optimiser isolément le prix d’acquisition.

Ces exemples montrent pourquoi la « flotte » n’est pas une simple étiquette mais une discipline : elle transforme une multitude de décisions locales en un programme coordonné de cycle de vie.

La logique de flotte constitue au fond une montée en maturité. Elle stabilise les opérations, soutient la conformité et rend possible une modernisation continue.

Impact économique : construire un business case ajusté du risque



Un business case crédible ne se construit pas uniquement sur l'amortissement. Il doit refléter la manière dont les hôpitaux créent réellement de la valeur et supportent des coûts. Les arrêts, les retards de procédure, la charge de travail des équipes, l'effort d'intégration et la sous-utilisation sont souvent les principaux déterminants - et pourtant les moins visibles dans une logique classique de capex.

C'est pourquoi le coût total de possession ajusté du risque constitue une grille de lecture plus utile. Il intègre la maintenance et les mises à niveau, mais aussi la formation, les obligations cyber, l'effort d'intégration et la consommation de ressources internes. Tout aussi important, le ROI ajusté du risque reconnaît que l'utilisation n'apparaît pas instantanément. Un modèle réaliste inclut une courbe de montée en charge et teste des scénarios au lieu de supposer une trajectoire unique et linéaire.

Exemples illustratifs

Pratiques mondiales – Les business cases de cycle de vie les plus solides émergent souvent lorsque les hôpitaux quantifient l'impact opérationnel des indisponibilités et des retards de prise en charge. En imagerie, même de faibles baisses de disponibilité peuvent engendrer des retards de rendez-vous et allonger les parcours patients. Les modèles de cycle de vie atténuent ce risque en rendant explicites la maintenance préventive, les mises à jour logicielles et la planification du renouvellement, et en instaurant des routines de gouvernance qui traitent les causes récurrentes d'indisponibilité. Les analyses les plus crédibles évitent les hypothèses génériques et précisent au contraire les contraintes locales, telles que les effectifs, les amplitudes d'ouverture et des courbes réalistes de montée en charge.

Océanie – Un thème récurrent dans les recommandations achats est que la valeur se crée - ou se perd - après l'achat. Les hôpitaux privilégient donc des dispositifs qui maintiennent la technologie à jour, conforme et réellement utilisable, en particulier lorsque la cybersécurité et les mises à jour logicielles sont déterminantes. Cela se traduit souvent par des clauses contractuelles précisant les responsabilités de mise à jour, les étapes de vérification et des points de revue planifiés pour la modernisation, afin que les évolutions se fassent de manière délibérée plutôt qu'en réaction à des incidents ou à des fins de support.
Ces tendances conduisent à une conclusion simple : le business case s'améliore lorsque l'exécution sur le cycle de vie réduit l'incertitude, à la fois sur le plan opérationnel et financier.
Un business case solide ne repose pas sur des pourcentages génériques. Il démontre la logique économique propre à l'hôpital et sécurise les conditions de réussite : adoption, disponibilité et gouvernance.





Achats et cadres juridiques : des principes transpo-sables d’un pays à l’autre

Les règles de passation et les traitements comptables diffèrent selon les juridictions. Pour qu’un livre blanc international reste utile, il vaut mieux se concentrer sur des principes robustes dans la plupart des contextes. Les hôpitaux peuvent ensuite adapter la rédaction contractuelle au plan local avec leurs équipes juridiques et achats.

Ces principes comprennent une justification économique fondée sur la valeur clinique et opérationnelle, des engagements de performance exécutables via des KPI et des SLA, des options de fin de contrat clairement définies pour éviter les actifs échoués, ainsi que des responsabilités explicites en matière de données, de cybersécurité et d’interopérabilité - en particulier pour les systèmes pilotés par logiciel et les solutions activées par l’IA. Enfin, des routines de gouvernance comme les comités et les scorecards fournisseurs deviennent de plus en plus essentielles, car elles rendent la performance mesurable et pilotable dans le temps. Un contrat réussi rend la performance vérifiable. C’est ce qui transforme le financement en capacité durable d’innovation.

Facteurs de succès : transformer la disponibilité en adoption

Le mode d'échec le plus coûteux est la sous-utilisation : un équipement disponible mais utilisé en dessous de son potentiel. Cela se produit généralement lorsque la technologie avance plus vite que l'organisation. Le remède n'est pas davantage de technologie ; c'est une discipline d'exécution.

Les hôpitaux qui réussissent mettent généralement en place très tôt une gouvernance pluridisciplinaire, alignent la formation sur les conditions réelles de travail et pilotent la performance post-déploiement par des revues régulières. La formation doit être traitée comme un programme, non comme un événement, car le turnover et l'évolution des plannings peuvent rapidement éroder les compétences. Le pilotage après déploiement est crucial parce que c'est là que l'utilisation, la qualité et la sécurité deviennent visibles - et que des actions correctrices peuvent être prises avant que la sous-utilisation ne devienne structurelle.

Exemples illustratifs

Suède - Dans les contextes où les systèmes qualité et les parcours cliniques standardisés sont solides, l'intégration des utilisateurs est traitée comme un programme plutôt que comme un événement. Les hôpitaux définissent des super-utilisateurs, garantissent une couverture de formation sur tous les horaires et organisent des points de suivi après démarrage pour résoudre rapidement les frictions de processus. Lorsque la formation et les services support sont intégrés au modèle opératoire, la montée en charge tend à être plus rapide et l'utilisation mieux répartie entre les équipes.

Amérique du Nord - Les opérateurs multi-sites utilisent souvent une formation standardisée et un pilotage de la performance pour réduire la variabilité entre sites. Des tableaux de bord peuvent suivre l'utilisation, les catégories d'indisponibilité, l'achèvement des formations et les temps de réponse, permettant au management de repérer tôt les écarts d'adoption. Cela est particulièrement utile pour les flottes mixtes - imagerie, pompes, endoscopie et informatique clinique - où des configurations incohérentes et des niveaux de compétence inégaux peuvent éroder discrètement la performance.

L'essentiel est la constance dans la durée. L'adoption se maintient lorsque gouvernance et formation sont continues, et lorsque les contrats soutiennent l'amélioration plutôt qu'un simple reporting.

Une innovation réussie est une innovation adoptée. Les contrats doivent donc soutenir l'adoption - et pas seulement la disponibilité.

Références internationales



Les éléments de preuve ci-dessous sont volontairement variés par pays et par type de flotte. Leur objectif est d'illustrer des mécanismes communs - gouvernance de cycle de vie, flexibilité de renouvellement et continuité de service - sans prétendre à des résultats identiques partout.

En France, des modèles de location longue durée avec services inclus ont été utilisés pour accélérer l'accès à des systèmes avancés tout en préservant, dans les budgets d'investissement, de la marge pour les leviers de déploiement et d'adoption. Au Canada, des organisations ont combiné des approches multi-sites par flotte - par exemple sur les endoscopes - avec des dispositifs pluriannuels en imagerie pour préserver la flexibilité de mise à niveau. Au Royaume-Uni, des cadres d'achats ont soutenu la standardisation des flottes diagnostiques et informatiques, rendant la gouvernance plus cohérente entre établissements. En Australie, des approches de location opérationnelle ont parfois été structurées pour couvrir le coût total avec des options d'extension flexibles, améliorant la prévisibilité et réduisant la complexité de paiements échelonnés.

Un même principe revient : les décisions les plus efficaces ne sont pas celles qui se contentent « d'acheter », mais celles qui « organisent » l'innovation dans le temps.

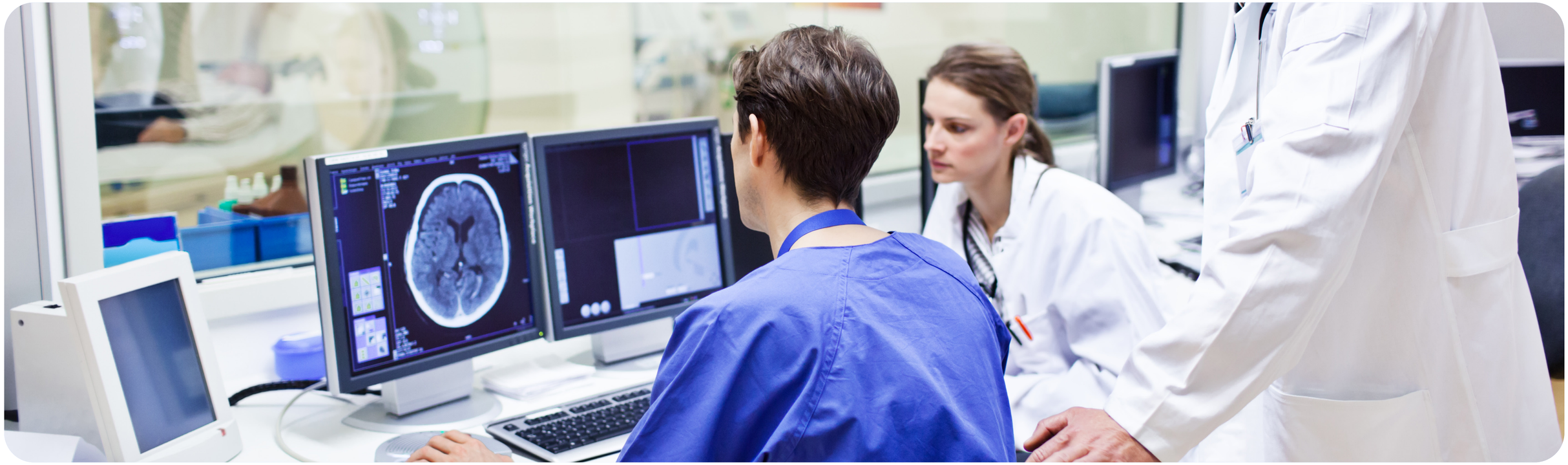
Comment CHG-MERIDIAN accompagne les hôpitaux

CHG-MERIDIAN accompagne les hôpitaux dans l'opérationnalisation de l'innovation médicale grâce à des modèles de financement et de gestion du cycle de vie indépendants des fournisseurs. L'accent est mis sur l'exécution concrète dans la durée : maintenir la disponibilité, permettre l'adoption, planifier la modernisation et sécuriser des issues de fin de contrat claires.

Concrètement, cela signifie structurer la location longue durée en cohérence avec la planification des renouvellements et la prévisibilité budgétaire, tout en appliquant des Fleet Managed Services pour piloter des flottes telles que l'imagerie, l'endoscopie, les pompes, l'informatique clinique et les équipements connectés. Lorsque cela est pertinent, des modèles avec services inclus peuvent être construits avec les partenaires OEM afin que maintenance, mises à niveau, processus de cybersécurité et formation structurée soient intégrés plutôt que traités en options. La performance peut ensuite être pilotée via des tableaux de bord suivant l'utilisation, la disponibilité, les délais et la conformité contractuelle, ce qui permet des routines de gouvernance à la fois responsables et collaboratives.

Pour les hôpitaux, le résultat est une capacité d'exécution renforcée. La modernisation peut intervenir plus régulièrement avec moins de chocs budgétaires, les déploiements peuvent être sécurisés grâce à des responsabilités et des services plus clairs, et les équipes cliniques peuvent s'appuyer sur un meilleur accompagnement pendant la montée en charge. L'objectif n'est pas de choisir entre innovation et prudence, mais de rendre l'innovation compatible avec les réalités budgétaires, opérationnelles et réglementaires de l'hôpital moderne.





Conclusion générale

Le location longue durée et les Fleet Managed Services deviennent de plus en plus des modèles opératoires pour industrialiser l'innovation, et non de simples instruments de financement. Ils aident à aligner budgets, disponibilité, sécurité et adoption dans une logique de cycle de vie adaptée à la manière dont les technologies modernes évoluent.

Une démarche pragmatique commence généralement par un diagnostic court pour identifier les flottes prioritaires, les objectifs cliniques et les contraintes opérationnelles. Elle se poursuit par un modèle économique fondé sur un coût total de possession ajusté du risque et une comparaison de scénarios, puis aboutit à un contrat exécutable traduisant les facteurs de succès en engagements mesurables, en routines de gouvernance et en options de modernisation.

« Notre ambition est d’aider les hôpitaux à transformer l’innovation en résultats tangibles, au service des patients et des équipes soignantes. »



CHG-MERIDIAN : ce qui nous distingue

45+ ans
d'expérience

Expertise sectorielle
approfondie

32 pays
connectés dans le monde

Forte
capacité d'innovation

Conseil
indépendant

Activités
durables*

* Notation Ecovadis PLATINUM 2025

Contactez notre équipe

www.chg-meridian.com

CHG-MERIDIAN France | www.chg-meridian.com/fr-fr/