



**Quand la logistique vient en renfort de l'hôpital : vers une professionnalisation de la logistique de soins ?**

Nathalie Sampieri-Teissier, Lamine Mebarki et Sophie Claye-Puaux

*CRETLOG, Aix Marseille Université, Aix-en-Provence, France*

Contact : [Nathalie.teissier@univ-amu.fr](mailto:Nathalie.teissier@univ-amu.fr)

# **Quand la logistique vient en renfort de l'hôpital : vers une professionnalisation de la logistique de soins ?**

## **Abstract**

Les enjeux de la logistique hospitalière ont été mis en exergue par la crise de la COVID 19. Ils trouvent depuis peu une réponse avec l'introduction d'une nouvelle fonction à l'hôpital, celle de logisticien de soins ou logisticiens de service (LS). Cette nouvelle fonction est-elle en voie de professionnalisation ? Afin d'explorer cette question, nous adoptons la méthode de l'étude de cas et analysons le cas exemplaire d'un CHU multisite. Les résultats révèlent qu'un mouvement de professionnalisation est indéniablement amorcé : le périmètre de la fonction est établi et reconnu, les compétences et outils associés se consolident et les LS acquièrent une autonomie progressive. La formation des LS est en revanche encore peu formalisée, et des pratiques métier hétérogènes existent entre les services. Les responsables hospitaliers doivent s'emparer de ces sujets afin de parfaire le processus de professionnalisation des LS.

**Mots-clés :** hôpital, logistique de soins, professionnalisation

*« Le métier de logisticien de soins redonne du temps aux soignants », « Investir dans un logisticien de soins permet de gagner du temps clinique »* ou encore *« Logisticien de soins à l'hôpital : un nouveau métier pour améliorer les conditions de travail des soignants »*, ne sont que quelques exemples de titres d'articles que l'on voit fleurir depuis quelques mois dans la presse professionnelle. Comme si la crise sanitaire du COVID avait révélé l'importance de fonctions et d'acteurs longtemps oubliés. En effet, les défis auxquels le système hospitalier doit faire face depuis lors soulignent l'importance des activités logistiques et suscitent le développement de nouveaux métiers. Cette prise de conscience des enjeux logistiques coïncide avec une véritable crise systémique du système de santé, révélant aux yeux de tous des tensions très fortes sur les personnels médicaux et soignants (démissions, turnover, burnout, crise des vocations, déserts médicaux...). La logistique et ses acteurs apparaissent alors comme de véritables soutiens aux yeux des blouses blanches et une solution prometteuse aux yeux des pouvoirs publics. Qu'en est-il dans les

faits ? Comment se positionnent ces nouveaux<sup>1</sup> acteurs que l'on qualifie de logisticiens de soins, logisticiens de service ou logisticiens d'étage dans les hôpitaux ? En quoi participent-ils à la dynamique des organisations et modifient-ils les territoires hiérarchiques, fonctionnels, les compétences, les métiers, les frontières ou la répartition des rôles ? Afin de répondre à ces questions, nous focaliserons notre réflexion, dans le cadre de cet article exploratoire, sur le processus de professionnalisation de ce nouveau métier. Nous inspirant des travaux de l'école française de la professionnalisation, nous chercherons à comprendre comment les membres en charge d'une activité (accompagnés des autres acteurs de l'organisation) tentent de la transformer en profession (Wittorski, 2008).

D'un point de vue académique, cette recherche contribuera aux travaux sur la professionnalisation et aux débats sur l'autonomie des acteurs quant à leur capacité à transformer une activité en profession. Dans un second plan, cette étude permettra également de questionner la légitimité de la fonction logistique, et d'analyser en quoi l'apparition de ces nouveaux acteurs peut contribuer à faire évoluer la représentation antérograde (Sampieri-Teissier et Livolsi, 2019) que peuvent parfois en avoir les personnels médicaux et soignants.

D'un point de vue managérial, cette recherche permettra d'éclairer les acteurs de terrain et les décideurs publics sur le rôle transformatif que pourront jouer les logisticiens de soins, ainsi que les freins que leur apparition peut rencontrer.

Afin de répondre à ces questionnements nous mobiliserons une étude de cas unique d'un CHU qui a mis en place un projet de recrutement d'une vingtaine de logisticiens de service.

Cet article se structure en cinq parties. Tout d'abord, nous présentons le contexte dans lequel s'inscrit l'apparition de ces nouveaux métiers : les tensions à l'œuvre dans le système de santé français et plus particulièrement dans les hôpitaux, le rôle et la place de la logistique dans les hôpitaux, les enjeux d'une logistique plus intégrée qui justifie l'apparition des logisticiens de service. Dans un second temps, nous synthétisons la littérature sur la professionnalisation. Puis, nous exposons la méthodologie employée, les résultats et la discussion.

---

<sup>1</sup> Quelques rares établissements ont mis en place les logisticiens de soins depuis de nombreuses années.

## **1. Le management logistique, un remède pour un système de santé de plus en plus tendu ?**

Même si le système de santé français est reconnu mondialement pour ses qualités remarquables (excellence de la recherche, de la formation des médecins, reste à charge le plus faible de toute l'OCDE...), il témoigne depuis quelques années de faiblesses indéniables : difficultés d'accès aux soins, développement de déserts médicaux, taux d'absentéisme croissant, départs de personnels de plus en plus nombreux corrélés à des postes vacants plus importants et à de grandes difficultés de recrutement. Face à ces enjeux majeurs, de nombreuses solutions politiques ont été apportées pour améliorer l'attractivité des métiers (Séguir de la Santé, libération du numérus clausus des médecins...). Le 6 janvier 2023 (réitéré lors de sa conférence de presse du 16 janvier 2024), le Président Macron déclarait « *Notre défi collectif, à court terme, est de libérer du temps des médecins pour les patients, du temps des soignants pour les patients et donc de repenser complètement notre organisation collective.* » Face à ce constat, l'un des leviers mobilisés par les hôpitaux français est celui de la logistique via le déploiement des logisticiens de soins. Avant de présenter ce que recouvre ce métier, revenons sur le contexte organisationnel et historique dans lequel s'inscrit ce *nouveau* métier.

### ***1.1. La logistique hospitalière, une fonction longtemps oubliée***

A la fin des années 1990, le terme même de logistique n'existait pas dans les hôpitaux français (on parlait de magasins, de services économiques...) et on avait tendance à définir la logistique par sa vision fonctionnaliste et techniciste, principalement rationalisatrice, comme « *la technologie de la maîtrise des flux physiques (hôteliers, de médicaments, d'autres matériels médicaux, de patients et de personnels) par les flux d'informations (médicaux, financiers et administratifs)* » (Sampieri, 2000). Les activités logistiques opérationnelles sont alors éparses dans l'hôpital, empêchant de fait d'exploiter les potentialités de réductions des coûts et d'amélioration de la qualité de services ou de s'orienter vers une véritable fonction stratégique (Sampieri-Teissier et Livolsi, 2019). Force est de constater que l'évolution de la logistique s'est longtemps heurtée aux représentations antérogrades des acteurs et des institutions. Ainsi que l'écrivent Sampieri-Teissier et Livolsi (2019), « *les acteurs ont des sentiments d'appartenance très divers (les médecins au corps médical, les soignants au service, les administratifs à l'hôpital) et,*

*malgré l'apparition des pôles, ils s'empêchent d'agir au-delà de leur périmètre qui, dans le meilleur des cas, est le pôle, mais le plus souvent se limite au service, voir à l'équipe du Professeur X.* » Ce fonctionnement cloisonné de l'hôpital caractérisé depuis longtemps par Glouberman et Mintzberg (2001) a ainsi longtemps empêché la logistique de jouer pleinement son rôle transversal et intégré. Pourtant, progressivement, très lentement, la représentation que l'on avait de la logistique a évolué, tant sur le terrain que dans les communautés académiques, passant d'une logique de bricolage (Bruyère et al. 2014) à une approche plus managériale, qui intègre des problématiques relationnelles et organisationnelles (Beaulieu et al., 2014). On pourrait la définir aujourd'hui, en s'inspirant du CSCMP (Council of Supply Chain Management Professionals) comme cette composante du Supply Chain Management qui planifie, met en place et maîtrise de façon efficace et efficiente les flux aller et retour de marchandises, leur entreposage et des services grâce à des informations associées, de manière à satisfaire les exigences du patient, le cas échéant de ses aidants, et surtout des personnels en contact avec les patients (soignants, médecins...).

La crise sanitaire de la COVID-19 a certainement joué un rôle non négligeable dans l'évolution de la logistique en tant que fonction sur le terrain, et ce pour deux raisons principales : son rôle essentiel durant la crise a fait prendre conscience à tous les acteurs de son importance et la tension sur les postes médicaux et soignants, dont le temps se raréfie, a souligné la contribution potentielle qu'elle pouvait apporter à prendre en charge certaines activités.

### ***1.2. La logistique hospitalière, une fonction pourtant pleinement intégrée aux enjeux médico-soignants***

La fonction logistique a longtemps été (et l'est encore souvent) cantonnée à des activités support, considérées comme éloignées du cœur de métier médical ou soignant. Pourtant, de nombreux chercheurs se sont attachés à démontrer ses apports potentiels ou avérés pour une meilleure performance globale des établissements. Nous synthétiserons ici les enjeux d'une bonne logistique, en cinq points principaux (Eckerlein et Sampieri, 2022).

1. Une meilleure satisfaction des patients : par la qualité hôtelière (disponibilité des matériels et des ressources tels que les lits, les fauteuils roulants, les repas adaptés et des médicaments), qui contribue au rétablissement des patients.

2. Une amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail : en permettant au personnel soignant de se consacrer pleinement à son cœur de métier et en anticipant sur ses besoins en ressources.
3. La sécurité des personnels et des patients : en évitant les erreurs et les ruptures de stock.
4. Une optimisation des ressources matérielles et humaines : en limitant les coûts logistiques et en libérant du temps pour les soins.
5. La contribution à une politique RSE, vecteur d'attractivité d'un établissement : en développant une vision globale des flux de l'établissement, susceptible de faire émerger des pratiques d'approvisionnement responsables, de gestion et de valorisation des déchets, de baisse des consommations et de réduction des gaspillages.

Face à ces enjeux, la logistique hospitalière a progressivement évolué ces dix dernières années. De nombreux signes montraient que cette fonction était en train d'évoluer : innovations technologiques (automates de préparation de commande en pharmacie, robots de transport à guidage automatique...), développement de plateformes, recrutement de nouvelles compétences (ingénieurs logistiques), évolution des organigrammes... Des solutions commençaient ainsi à être testées de manière expérimentale (directeurs des opérations, logisticiens de soins...), comme si elles attendaient le bon moment pour être déployées à une échelle plus importante. La crise COVID a donc permis une cristallisation des difficultés et une injonction à évoluer vers une véritable intégration de la logistique via le déploiement de logisticiens de service.

### ***1.3. Les logisticiens de service, de nouveaux acteurs aux contours encore flous***

Il est difficile de dater précisément l'apparition de ces acteurs dans les établissements hospitaliers. D'un point de vue académique, aucun article ne semble s'intéresser directement à ces acteurs, même s'ils peuvent être évoqués ponctuellement pour illustrer la notion d'intégration logistique. D'un point de vue empirique, ce sujet a été abordé de manière sporadique dans certains établissements sous diverses dénominations au fil des ans depuis une dizaine d'années environ : logistique de service, logistique de soins, ou encore logistique d'étage. Ce sujet fait toutefois l'objet depuis quelques mois de

questionnements croissants (tables rondes, débats en ligne<sup>2</sup>) et de multiples témoignages dans la presse professionnelle (Hospimédia, Stratégies Logistique, TechHôpital, Supply Chain Magazine, Gestions Hospitalières, etc.). Reprenant le terme de logistique d'étage, une étude récente (juin 2023) a été conduite conjointement par l'ANAP (Agence nationale de l'appui à la performance) et l'ARTLH (Association des responsables des transports et de la logistique à l'hôpital) auprès des établissements publics de santé. Les principaux résultats révèlent qu'un tiers des établissements<sup>3</sup> dispose actuellement d'une fonction logistique d'étage, principalement déployée dans les services de soins aigus et d'urgences. Elle est assurée à 33 % par des soignants et 22% par des logisticiens (le reste étant assuré par des personnels de la pharmacie, des ouvriers ou des techniciens).

L'ensemble des sources empiriques semble ainsi mettre en évidence l'apparition d'un nouveau métier, ou du moins une réattribution des activités dites logistiques selon de nouvelles modalités organisationnelles, incarnées par de nouveaux acteurs. Reste à voir si l'introduction de ces nouveaux acteurs s'accompagne d'un processus de professionnalisation qui pérennise les évolutions.

Avant d'aller plus loin dans la partie empirique de ce papier, il est important de présenter la revue de littérature sur la question de la professionnalisation.

## **2. La professionnalisation, revue de littérature synthétique et opérationnalisation du concept**

### ***2.1. Émergence du concept de professionnalisation***

Le terme de professionnalisation est apparu à partir des années 1970-1980 en France pour accompagner un mouvement de décentralisation du pouvoir et l'émergence de nouvelles valeurs telles l'autonomie, l'efficacité, la responsabilité de l'individu qui doit devenir lui-même acteur de sa vie professionnelle (Péoc'h et Ceaux, 2015). Le thème connaît un important succès au début des années 2000 (Wittorski, 2008 ; de Lescure, 2021) ; la professionnalisation répond alors à la nécessité d'articuler plus étroitement travail et formation et de développer des expertises multiples, dans des contextes d'activité qui changent de façon quasi-permanente (Wittorski, 2008). Les travaux empiriques sur la

---

<sup>2</sup> La logistique d'étage : une clé pour libérer du temps soignant ? 07/09/2023, Hospimédia : <https://www.youtube.com/watch?v=78euT6-frFA> ; La logistique d'étage : des enjeux à tous les étages ? 09/12/2022, Citwell <https://www.youtube.com/watch?v=s0aBRvnv4T4>

<sup>3</sup> L'enquête a été réalisée auprès de plus de 75% des CHU français et 16% des CH.

professionnalisation se multiplient ensuite, en investissant de nouveaux terrains pour étudier des activités professionnelles négligées jusque-là (Demazière et Gadéa, 2009). Pour de Lescure (2021), il s'agit surtout d'interroger la professionnalisation d'activités ou de groupes professionnels qui relèvent des catégories de salariés que l'Insee range dans les professions intermédiaires ou les employés. Parmi ces recherches, diverses et variées, citons à titre d'exemple les travaux sur la professionnalisation de la fonction de direction d'un établissement d'enseignement (Brassard, 2004), de la fonction d'accueil en bureau de poste (Valléry et Leduc, 2005), de la fonction RH (Guérin et al., 2009), de celle des achats (Barreyre, 2010), des infirmiers dans l'organisation hospitalière (Péoch et Ceaux, 2015), etc.

## ***2.2. Définition et opérationnalisation du concept***

La notion de professionnalisation couvre une réalité multiple et les travaux cités ci-dessus en constituent une illustration très concrète. Ils conçoivent la professionnalisation de manières différentes que ce soit sur le plan des processus et des modalités de sa mise en œuvre et/ou sur celui des finalités et des enjeux visés. On assiste ainsi à un élargissement des usages de la professionnalisation dans les études empiriques (Demazière et Gadéa, 2009 ; Péoc'h et Ceaux, 2015 ; Wittorski, 2016 ; de Lescure, 2021) qui s'applique autant à des métiers qu'à des groupes professionnels (de Lescure, 2021). Les travaux sur la professionnalisation des fonctions abordent deux niveaux de lecture : celui des changements opérés au sein des fonctions, et celui des conséquences sur les salariés concernés, les savoirs et compétences, les pratiques professionnelles et l'organisation du travail en général (Wittorski, 2008 ; Chanut-Guieu, 2009 ; Barreyre, 2010, Vézinat, 2014 ; Péoc'h et Ceaux, 2015). Ceci peut expliquer, entre autres, les raisons pour lesquelles, sur le plan académique, cette notion paraît « ambiguë » et couvrant une pluralité de sens (d'Hervé-Durand, 2014 ; Wittorski, 2016 ; de Lescure, 2021).

Pour Wittorski (2008, 2016), l'usage du mot professionnalisation par les milieux du travail traduit une intention organisationnelle d'accompagner la flexibilité du travail dans le sens d'une modification continue des compétences en lien avec l'évolution des situations de travail. Cette conception recouvre trois sens distincts : la professionnalisation comme constitution d'un groupe social autonome, une « profession », la professionnalisation comme « *mise en mouvement* » des individus dans des contextes de travail mouvants visant l'efficacité au travail et l'évolution des



compétences, et la professionnalisation comme « *fabrication d'un professionnel par la formation et quête d'une légitimité plus grande des offres et pratiques de formation* » (Wittorski, 2016, p. 64-65).

Les approches anglosaxonne et francophone de la professionnalisation présentent à cet égard d'importantes divergences (Wittorski, 2008 ; Becker, 2009 ; Demazière et Gadea, 2009). L'approche anglosaxonne s'appuie sur un modèle fonctionnaliste qui formalise les conditions et les critères par lesquels un groupe professionnel devient une profession (Guérin et al., 2009) : il doit s'agir d'une activité 1) exercée à plein temps ; 2) comportant des règles d'exercice ; 3) comprenant une formation et des écoles spécialisées ; 4) possédant des organisations professionnelles ; 5) comportant une protection légale du monopole ; 6) ayant établi un code de déontologie. Pour plusieurs auteurs, cette conception fonctionnaliste correspond au processus de professionnalisation des professions libérales (et prestigieuses), comme la médecine et le droit (Wittorski, 2008 ; Becker, 2009). Les travaux menés en France s'éloignent nettement de cette conception. En s'appuyant sur un modèle à dominante interactionniste (Wittorski, 2008 ; Becker, 2009 ; Demazière et Gadéa, 2009 ; Vézinat, 2014), les travaux francophones ont investi de nouveaux terrains pour étudier des activités professionnelles négligées jusque-là, des activités professionnelles nouvelles et émergentes, des activités serties dans des organisations industrielles ou de services, des activités illégitimes ou marginales, etc., (Demazière et Gadéa, 2009). Selon l'approche interactionniste, plutôt que de se demander si telle occupation est une profession, il vaut mieux comprendre dans quelles circonstances les membres d'une occupation tentent de la transformer en profession (Wittorski, 2008). Les chercheurs doivent dans ce cadre répondre à de nombreuses questions, couvrant selon Becker (2009), les positions et les statuts des groupes impliqués dans le processus, l'identification des acteurs internes et externes affectés, le déroulement et la division du travail dans l'organisation, les aptitudes et compétences nécessaires pour effectuer l'activité, la manière dont les salariés acquièrent ces connaissances et compétences, ou encore, les arguments et justifications soulevés par les différents acteurs participants ou concernés par la professionnalisation de la fonction.

In fine, pour Becker (2009), l'autonomie et la compétence sont les marqueurs essentiels de la professionnalisation. Cependant d'autres caractéristiques ont été révélées par les études empiriques. Guérin et al. (2009, p.106) les résumant en indiquant qu'une fonction professionnalisée est « *plus structurée, outillée, spécialisée et autonome* », et que ses

acteurs sont « *mieux formés et positionnés au sein des firmes, [pesant] toujours plus sur leur destin et leurs orientations* ».

### **3. Méthodologie**

L'objectif de la recherche étant exploratoire, l'étude de cas unique s'avère une méthode pertinente, qui permet de mettre en lumière des phénomènes dans une visée descriptive et compréhensive (Yin, 1994). L'unité d'analyse retenue est l'hôpital.

#### ***3.1. Présentation du cas***

L'hôpital sélectionné est un CHU (centre hospitalier universitaire) de plus de 2800 lits et places, répartis sur 6 sites géographiques. Il fait ainsi partie des plus grands CHU français. Les logisticiens de service y ont été mis en place récemment (juillet 2023) mais on peut retrouver des *traces* de l'existence de personnels soignants faisant fonction de logisticiens de service remontant à une dizaine d'années environ. Le projet qui a permis le déploiement de ce nouveau métier a été initié en 2021, suite à la crise sanitaire. En effet, la direction logistique de ce CHU a joué un rôle particulièrement actif et s'est rendu visible aux yeux de tous durant la crise sanitaire. Suivant, elle a ainsi pu initier un certain nombre de chantiers visant à repenser la fonction : audit logistique, restructuration de l'organigramme, réorganisation des magasins et mise en place d'un nouveau système de réapprovisionnement des services basé sur la complémentation<sup>4</sup>... Ce dernier a engendré un rapprochement accru entre la direction logistique et les services de soins, ce qui a facilité des réflexions conjointes autour de ce qu'allaient devenir les logisticiens de service. En parallèle, la tension sur les personnels médicaux et soignants à fois au niveau national et dans ce CHU a conduit la direction de l'établissement à mettre en œuvre un projet prioritaire pour redonner du temps médical et paramédical. C'est dans ce contexte qu'a été publié un appel à projet à destination des services de soins qui pouvaient candidater pour demander des personnels logistiques visant à libérer du temps soignant. Les services ont alors travaillé conjointement avec la direction logistique pour identifier

---

<sup>4</sup> L'approche par level, ou système de complémentation, se caractérise par une tournée des unités de soins à réapprovisionner selon un horaire prédéterminé. Lors de cette tournée, un opérateur logistique effectue un décompte des fournitures entreposées dans les unités de soins et les compare au niveau de stock attendu. L'information est téléchargée dans le système d'information, ce qui déclenche alors le réapprovisionnement.

les besoins, clarifier le périmètre et la fiche de poste, afin de pouvoir répondre à l'appel à projet.

Nous avons ainsi identifié ce cas comme exemplaire (David, 2003), voire « révélateur » (Yin, 1994, p. 40) du phénomène étudié, dans la mesure où il permet, dans le cadre d'une démarche structurée et réfléchie (projet mûri sur deux années), d'identifier les marqueurs d'un processus de professionnalisation.

### ***3.2. Collecte des données et méthode de codage***

Les données ont été collectées selon plusieurs modalités :

- Des entretiens semi-directifs : 13 entretiens avec les logisticiens de service et les cadres soignants rattachés ainsi que l'animateur du réseau des logisticiens de service. Les entretiens semi-directifs ont tous été réalisés *in situ* afin d'observer leurs conditions d'exercice et les outils à disposition.
- Un entretien de type « focus groupe » avec l'ensemble des 6 responsables logistiques des différents sites du CHU (accompagnés de la directrice adjointe de la direction logistique ainsi que de l'animatrice du réseau des logisticiens de service). Il a permis de discuter du contexte d'émergence du projet de logisticiens de soins, des attentes et finalités liées au projet, du processus de création des postes, des qualifications et compétences attendues, des évolutions organisationnelles liées au projet, du recrutement, de la formation et de l'accompagnement des LS. Cette méthode de collecte représente un intérêt scientifique indéniable. En effet, dans la mesure où l'objectif de cette recherche est d'analyser le processus de professionnalisation, le focus groupe permet de confronter les acteurs impliqués dans le processus pour s'approcher le plus possible d'une forme de réalité sur l'origine du projet et la manière dont il a été piloté.
- De l'analyse documentaire : collecte de différents documents (présentation du projet, appel à projet, fiche de poste, matrice des compétences, programme de formation, enquête de satisfaction des cadres...).

Les thèmes abordés dans les entretiens avec les LS, les CS la CRLS étaient structurés dans des guides d'entretien couvrant la description du poste de logisticien de soins, ses finalités, les compétences, routines et outils associés, l'accompagnement dans l'acquisition des compétences, l'autonomie et l'initiative dans le poste, l'accueil du poste par les soignants, l'organisation du travail et les interfaces avec les autres fonctions. Ces

thèmes ont constitué la grille initiale de codage des entretiens ; la grille a été enrichie de codes supplémentaires traduisant d'autres thèmes ressortant des entretiens (motivation pour le poste, difficultés rencontrées, aptitudes requises, évolution du poste).

**Tableau 1 – Liste des acteurs rencontrés**

| Acteurs           | Service   | Rattachement hiérarchique              | Durée               |
|-------------------|---|--|---------------------|
| LS1 S. B.         | Bloc maternité + urgences maternité   | Direction logistique                   | 30 minutes          |
| LS2 M. U.         | Réanimation polyvalente   | Service de soins / direction des soins | 26 minutes          |
| LS3 H. K.         | Urgences adultes  | Service de soins / direction des soins | 22 minutes          |
| LS4 L. G.         | Urgences pédiatriques, consultation pédiatrique   | Direction logistique                   | 23 minutes          |
| LS5 I.V.          | Réanimation néonatale   | Direction logistique                   | 29 minutes          |
| LS6 E. L.         | Hépatologie, gastrologie, chirurgie viscérale   | Direction logistique                   | 25 minutes          |
| CS1 L.P.          | Hépatologie, gastrologie, chirurgie viscérale   |  | 20 minutes          |
| CS2 M. L. et L.R. | Urgences adultes  |  | 20 minutes          |
| CS3 S.A.          | Chirurgie digestive   |  | 39 minutes          |
| CS4 E.P.          | Bloc maternité + urgences maternité   |  | 21 minutes          |
| CS5 A.P. et E.    | Pédiatrie A et B  |  | 20 minutes          |
| CS6 S.G.          | Réanimation polyvalente   |  | 38 minutes          |
| CRLS O. F.        | Coordinatrice du réseau des logisticiens de service   | Direction logistique                   | 25 minutes          |
| Focus Groupe      | 6 responsables logistiques + directrice adjointe de la direction logistique + Animatrice réseau des logisticiens de service |  | 2 heures            |
| <b>TOTAL</b>      |   |  | 7 heures 36 minutes |

## 4. Résultats

### 4.1. Résultats descriptifs

Sur les six logisticiens de soins rencontrés, trois dépendent hiérarchiquement de la direction logistique et trois de la direction des soins. Les trois logisticiens rattachés à la direction logistique avaient déjà un minimum d'expérience en logistique, mais pas forcément à l'hôpital. Les trois logisticiens relevant de la direction des soins étaient tous

soignants mais n'avaient pas toujours une expérience logistique. Au moment des entretiens avec les LS et les cadres, quatre LS de soins sont en poste depuis 5 à 6 mois, un LS est en poste depuis 1 mois et un LS est en poste depuis plus de 2 ans.

Nous articulons les résultats issus de l'étude de cas autour de quatre thèmes : Titre et périmètre de la fonction ; compétences, accompagnement et autonomie des LS ; finalités et enjeux de la logistique de soins ; motivations pour le poste et difficultés rencontrées.

### **Titre et périmètre de la fonction :**

Le poste est généralement dénommé « *logisticien de service* » (LS), et peut parfois être accompagné du nom du service concerné (*maternité, réanimation, etc.*). Mais il arrive qu'on recoure à des intitulés plus génériques comme *logisticien* ou *agent logistique*.

L'analyse des verbatim relatifs au périmètre de l'activité révèle que les LS gèrent les produits hôteliers (issus du magasin hôtelier) et les DMS (dispositifs médicaux stériles), pour des tâches couvrant l'implantation et le rangement de la réserve (étiquetage, organisation, etc.), les commandes, la réception et le rangement. Ils ont également à leur charge le suivi du biomédical (équipements et machines). Enfin, ils prennent en charge le suivi et le pilotage toutes les demandes d'interventions classiques (ampoules cassées, fuite de robinet, etc.) en interface avec les services techniques. Les médicaments sont clairement exclus du périmètre des produits : « *Il y a tout ce qui est hôtelier, donc le magasin hôtelier, le magasin médical, donc les dispositifs médicaux stériles. Et le biomed donc c'est tout ce qui est les équipements, les machines. Il n'y a que la pharmacie que je ne touche pas. Tout sauf la pharmacie* » (LS1). La gestion des médicaments reste sous la responsabilité du personnel soignant et de la pharmacie : « *tout ce qui est du matériel médical, et tout ce qui est des pansements, des DMS, en fait, d'accord. Mais pas les médicaments, ça c'est les infirmiers qui s'en occupent et la pharmacie* » (LS2).

Concernant ce qu'ils appellent les « demandes extérieures » ou le « hors stock » qui correspondent à des demandes ponctuelles, certains LS ne les gèrent pas encore soit parce qu'ils ne disposent pas encore des compétences requises, soit par manque de temps. Les cadres en conservent alors la gestion, le temps qu'ils puissent prendre leurs marques et finir l'implantation des réserves. Les LS qui ont les compétences (issus du monde soignant) vont jusqu'à recevoir les fournisseurs pour étudier de nouveaux dispositifs médicaux, du nouveau matériel et en discuter ensuite dans l'équipe.

L'homogénéité des tâches et du périmètre d'action s'explique, selon les acteurs, par la clarté de la fiche de poste, qui permet d'éviter de confier des courses ou autres activités

périphériques aux LS : « *Tout est écrit, c'est clair dans la fiche de poste, on ne peut pas revenir dessus* » (LS6). Par ailleurs, on peut également noter quelques différences sur la gestion du matériel, ils sont plus ou moins bricoleurs et certains dépannent directement ou du moins vérifient qu'une intervention est nécessaire « *parfois, c'est juste un fil débranché* » (CS6) « *Pour aussi tous les petits problèmes d'informatique. Après moi comme je m'y connais un petit peu, si je peux résoudre le problème, je fais tout de suite et puis après sinon c'est une demande* » (LS3).

Malgré cette homogénéité des tâches, certaines activités ponctuelles hors champ de la logistique et de la fiche de poste peuvent être ajoutées aux charges des LS, « *le déménagement de lits quand on ferme un service pour l'été ; les logisticiens, pour éviter que ce soit les soignants qui le fassent, vont s'en occuper ; on ne s'en rend pas compte, mais c'est un gros travail, que l'on fait entre le cadre et le logisticien* » (CS6).

En ce qui concerne les outils mobilisés, au-delà de l'usage des outils techniques de communication et de passation des commandes qui se sont standardisés dans la fonction (le téléphone, le cahier de transmission pour les demandes d'intervention, SAP pour passer les commandes, etc.), les LS développent et partagent leurs propres outils comme le *lutin* (qui référence les produits d'une réserve) ou un *support Excel* dédié au suivi des interventions. D'autres initiatives locales existent comme dans le cas du LS2 qui a développé une gazette appelée « *logistette* » pour diffuser les nouveautés et les bonnes pratiques dans le service.

### **Compétences, accompagnement et autonomie des LS :**

Selon la fiche de poste, la maîtrise des outils de la bureautique et de la gestion des stocks est essentielle pour la tenue du poste. La connaissance de la logistique hospitalière est mentionnée comme étant « appréciée ». Curieusement, hormis cette dernière indication, la fiche de poste ne mentionne pas les connaissances relatives à l'environnement médical. Les qualités professionnelles requises s'articulent autour des savoir-être communément requis dans le métier de la logistique (sens de l'organisation, esprit d'équipe, polyvalence, adaptabilité et anticipation, etc.), auxquelles s'ajoutent quelques qualités spécifiques au contexte comme le sens des responsabilités et de l'économie, la rigueur et la diplomatie. Ce dernier aspect revient particulièrement lors de nos interviews lorsque l'on aborde la question des compétences requises : « *Et puis avoir une bonne relation avec le personnel et tous les acteurs à côté. Être arrangeant, être enfin pouvoir garder un bon, un bon*

*contact quoi » (LS3) ; « la réactivité, s'adapter avec tout le monde, être comme il faut du relationnel et faut aussi prendre sur soi » (LS6).*

A leur prise de poste, le dispositif d'accompagnement mis en place s'adapte en fonction du profil des LS. Les LS issus du personnel soignant, connaissant déjà l'environnement et la structure, présentaient selon la CRLS le profil le plus adéquat. Elle dit au sujet d'une LS anciennement aide-soignante : *« elle avait la réactivité du soignant qu'il faut. Le matériel, elle le connaissait parce qu'elle était déjà là avant de prendre le poste et du coup tout a été très vite. »*. Les LS de cette catégorie exprimaient le besoin d'acquérir les compétences relatives aux outils de gestion des stocks. Les formations ont été dispensées par les anciens logisticiens ou les informaticiens de l'établissement : *« j'ai eu une formation avec Monsieur [X] pour tout ce qui est SAP, pour m'aider un peu au niveau des commandes et tout » (LS3)*. Les LS externes à l'univers des soins étaient amenés systématiquement à se former sur le tas, sous le tutorat d'un cadre de service et / ou des aides-soignants : *« moi j'ai commencé à les faire [les commandes] avec les aides-soignants, j'ai fait 2 ou 3 fois avec [X] et [X]. Et ensuite je leur ai demandé de me laisser le faire tout seul et de me corriger. La 4ème fois, j'ai fait tout seul » (LS1)*.

Au sujet de leur autonomie, les LS interrogés disent qu'ils se sentent de plus en plus autonomes : *« Il y a des choses que je suis toujours en train d'apprendre, il y a des choses, ça y est, c'est acquis, je les fais plus facilement qu'au début » (LS1)*, et qu'en cas de besoin, ils peuvent toujours solliciter la CRLS - ou encore le « réseau » des LS : *« On va aller voir la personne qui maîtrise un petit peu mieux le sujet pour demander de l'aide et c'est le réseau qui fait ça » (LS4)*. Sur ce point, la CRLS insiste sur son importance notamment pour se dépanner entre sites et aussi pour échanger entre LS : *« ce réseau fonctionne bien (...) il faut qu'ils se rencontrent entre eux (...) c'est vraiment stratégique en termes d'intégration et de formation »*. L'appui du réseau de collègues permet ainsi de pallier le manque d'expérience chez les LS nouvellement installés dans cette fonction.

### **Les finalités et les enjeux de la logistique de soins :**

Deux grandes finalités peuvent être distinguées. La première est intrinsèque à la gestion de la logistique. La seconde réside dans la valeur créée pour les autres métiers.

En effet, d'abord, il s'agit d'optimiser la gestion de la réserve et de coordonner les flux logistiques : *« Ça serait faire en sorte que la réserve soit le plus optimisée et logique possible, ... c'est que ces réserves soient remplies et qu'il manque de rien là-haut quoi. Et pareil, les demandes d'intervention, que ça se fasse assez rapidement pour les*

*fluidifier* » (LS4). Cela permet d'éviter les mauvaises expériences passées, par exemple celles relatives au problème d'indisponibilité des produits dans les réserves : « *De temps en temps, il y avait des manques parce que c'était pas là, c'était la faute de personne entre guillemets* » (LS5), ou encore, à l'absence de coordination entre les acteurs : « *Il y avait une montagne de matériel, par exemple parce qu'il y avait eu deux commandes de faites et qu'elles s'étaient pas conciliées entre cadres par exemple, chacun observant qu'il n'y en a pas dans le bac, donc tout le monde en commande* » (LS5).

En outre, le travail des LS vise à « soulager » le personnel soignant. La multiplicité des verbatim à ce sujet témoigne de la compréhension commune du métier dont font preuve les LS. Cette finalité se concrétise d'abord en mettant à disposition des soignants les produits demandés : « *Et moi je le soulage au niveau de ça en fait, d'apporter du matériel, du matériel à disposition, le ranger, les réserves pour qu'ils aient accès à tout ce dont ils ont besoin au moment voulu.* » (LS2). Les verbatim qui suivent mettent l'accent sur le gain de temps dont va bénéficier le personnel soignant en leur évitant de traiter des produits et du matériel : « *Laisser un peu plus de temps aux soignants, ce qu'il ne peut pas faire, moi je peux le faire. Pour le matériel, ça évite de courir à droite à gauche quand ils sont occupés sur un patient ou sur des entrées, ou sur autre chose* » (LS2), afin qu'ils puissent se concentrer davantage sur le soin : « *Qu'ils ne soient pas occupés à faire de la logistique, du rangement de réserve, des commandes... Eux, ils ont plus de temps pour soigner* » (LS3). Le gain de temps peut aussi concerner les cadres qui avaient jusqu'alors la charge de gérer certains aspects de la logistique : « *... il me soulage de tâches extrêmement routinières et me permet de faire correctement mes autres tâches au cœur des équipes, la réserve est toujours bien rangée et bien approvisionnée* » (CS1).

Lorsqu'on interroge les cadres de soins sur le travail réalisé par les LS, les retours sont unanimement positifs : « *pour nous il [Le LS] est indispensable, on communique très bien c'est fluide ; et là, en plus on est en période de restructuration du service, donc il fait un gros travail sur le suivi des travaux (...) il fait beaucoup le lien avec les services techniques(...) et puis, comme il a été soignant, il a une réflexion supplémentaire pour les travaux, parce qu'il connaît l'utilisation des matériels, la circulation des patients et des personnels* » ; « *c'est un gain de temps très important* » (CS2) ; « *il a le temps de suivre les demandes d'intervention, donc il sait où ça en est, il a des contacts avec les services techniques* » (CS5). Certains cadres voient en leur LS un véritable binôme avec lequel échanger notamment sur l'achat de nouveau matériel.



### **Les motivations des LS et les difficultés rencontrées :**

Ce qui est le plus apprécié dans leur poste par les LS c'est l'autonomie, la liberté dont ils jouissent pour organiser leur travail (« *on nous fait confiance* », LS2), ainsi que la variété des tâches, en particulier les demandes exceptionnelles : « *c'est une demande d'une infirmière qui a vu ça sur un réseau et du coup là, la logisticienne devient la fée clochette du service. C'est magique, on voit du matériel qu'on aimerait bien avoir. Avant, on ne pouvait pas l'obtenir parce que finalement on ne savait pas trop à qui demander* » ; « *[les rendez-vous commerciaux, la recherche de produits nouveaux], ça valorise vraiment le poste de logisticien qu'on a, parce que finalement on n'est pas que remplisseurs de bacs* » (LS5). Les LS trouvent un sens concret à leur travail, ils se sentent utiles et valorisés dans leur service : « *je suis arrivé, j'étais le sauveur* » (LS1), « *à chaque fois, on me disait, ah c'est vous qui avez rangé tout ça, c'est vraiment super bien* » (LS4).

Dans le registre des difficultés rencontrées, les entretiens mettent en évidence quelques difficultés en termes d'intégration : « *on a fait un premier recrutement qui s'est mal passé, ça arrive, parce qu'il n'a pas réussi à s'adapter à nos organisations* » (CS1). D'autres remarques rappellent que des routines organisationnelles préalables à l'introduction des LS peuvent persister : « *parfois les infirmières n'ont pas toujours le réflexe du LS, donc on leur rappelle, mais ça vient et elles voient qu'il est efficace* » (CS5). D'autres problèmes traduisent une certaine résistance au changement chez les infirmiers notamment, que ce soit pour des raisons fonctionnelles : « *On a pu avoir des réticences chez les infirmières, parce qu'on a changé leur organisation en modifiant les réserves. Parce qu'elles ont leurs petites habitudes, mais ça a été l'histoire d'une période très courte* » (CS2), ou encore parce qu'ils se sentaient visés par l'introduction de cette nouvelle fonction : « *avant même que l'on accueille le logisticien, certaines disaient, ah on nous colle un logisticien, c'est la direction, pour nous empêcher de commander* » (CS3). Ces réticences témoignent aussi d'une dépossession d'activités historiquement réalisées par les infirmiers, s'accompagnant d'une crainte sur l'efficacité des LS : « *ils ont toujours fait, c'est toujours eux qui ont fait et du jour au lendemain, on leur dit « c'est plus vous », donc forcément la critique est plus forte (...) et puis c'est la peur de la rupture, pour un soignant c'est très important* » (CS3).

Du côté des LS, la nature des difficultés perçues varie selon leurs profils. Ceux qui sont issus du milieu médical expriment des difficultés essentiellement liées aux processus

logistiques : « *La difficulté, c'est plus connaître le mode de fonctionnement, c'est à dire qu'on a quelque chose à commander, par où passer, par où commander, quand il y a des problèmes de dérogation, vers qui se faire, qui s'orienter pour avoir ce qu'on veut* » (LS2). Pour les autres, les difficultés sont logiquement liées aux produits et dispositifs médicaux : « *En fait, la problématique des logisticiens qui ne sont pas soignants, c'est le DMS. Parce que les soignants parlent chinois, et que c'est pas des dispositifs qu'ils ont l'habitude d'utiliser, de s'approprier. Ils l'ont jamais fait, ils le comprennent pas forcément. Et ça, c'est la difficulté, et pas connaître le soin quand on doit organiser une réserve, c'est compliqué aussi* » (LS1). En ce sens, un LS estime que les anciens soignants maîtriseraient le métier plus facilement que les autres, notamment en l'absence d'une vraie formation pour ces derniers : « *Je trouve que, comment dire ça pour des personnes comme nous qui ont été dans les soins, c'est plus facile, plus abordable je pense... que les gens qui viennent de l'extérieur parce que c'est quand même particulier au niveau médical, tous les produits qu'on a, c'est comment dire, peut être qu'il faudrait des formations pour ces gens-là* » (LS3). Ces éléments font écho et expliquent les différents dispositifs d'accompagnement mis en place lors de la prise de poste par les LS.

## **Discussion**

Notre étude indique que la professionnalisation de la logistique de service dans l'établissement étudié, fonction officiellement introduite depuis 6 mois au moment de la collecte des données, est bien amorcée. En référence au courant interactionniste de la professionnalisation (Wittorski, 2008 ; Becker, 2009), les circonstances et marqueurs de la professionnalisation de la fonction de logisticien de soins sont repérables.

Premièrement, la fonction couvre des finalités et un périmètre d'action bien délimités, qui sont intégrés et compris non seulement par les logisticiens de service eux-mêmes mais également par les autres acteurs de l'hôpital, notamment les personnels soignants. Des compétences spécifiques se développent au sein de la fonction, dont les outputs concrets sont perçus et appréciés par les soignants. La fonction de logistique de soins semble ainsi être reconnue et légitimée au sein de l'établissement. Elle prend une place dans la structure qui est admise par tous et les LS en poste acquièrent une autonomie croissante dans l'exercice de leur métier. Cette autonomie progressive passe par un accompagnement protéiforme : tutorat avec les infirmiers, encadrement par le coordonnateur LS, socialisation entre pairs qui permet d'échanger sur les pratiques.

Certains LS font preuve d'initiative dans la création ou l'amélioration d'outils métiers (lutin, tableurs excel, carnets), ce qui témoigne d'une appropriation du métier. Ces éléments coïncident avec les caractéristiques de la professionnalisation décrits par Becker et al. (2009) et Guérin et al. (2009) et confirment qu'une « mise en mouvement » des LS dans leur contexte de travail s'opère pour assurer leur efficacité au travail et l'évolution de leurs compétences (Wittorski, 2016).

De plus, il semble que les membres de la fonction LS puissent constituer un groupe social à part entière au sein de l'hôpital (Wittorski, 2016). Quelle que soit leur origine professionnelle (anciens soignants ou non), ils s'identifient en effet aujourd'hui comme logisticiens de service. Cette reconnaissance identitaire est également opérée par les autres corps de métier à l'hôpital, qui distinguent les LS non seulement des soignants mais aussi des logisticiens de magasin. L'identité partagée des LS est marquée dans leur discours et symbolisée dans leur tenue vestimentaire, dont la couleur leur est propre.

Toutefois, l'intégration des LS ne s'accompagne pas encore d'un parcours et d'un dispositif de formation complètement formalisés : la montée en compétences relève encore d'une forme de « bricolage » organisationnel, notamment sur les DMS. De plus, quelques soignants ont encore le réflexe d'exécuter des tâches logistiques ; ils n'ont pas tous entièrement intégré dans leurs routines la présence des LS pour les suppléer dans ces tâches. Inversement, dans certains cas, rarement déclarés, les soignants peuvent demander aux LS d'effectuer des tâches hors champ logistique (déménagement d'une chambre...). Nous avons également relevé des différences locales, entre services, dans les pratiques des LS. Ces limites constituent autant d'enjeux managériaux pour assurer la poursuite de la professionnalisation des LS.

En l'absence d'offre de formation initiale externe qui permettrait de « fabriquer des professionnels » (Wittorski, 2016), les responsables hospitaliers ont tout d'abord intérêt à formaliser un programme de formation qui transmette des connaissances dès l'installation des LS, en amont de l'accompagnement managérial. Même si ce programme existe, il ne semble pas complètement mis en œuvre ; il se focalise avant tout sur l'acquisition de connaissances techniques logistiques, plus que sur l'environnement hospitalier, les équipements et produits médicaux et leurs usages, dont la connaissance est nécessaire à l'exercice du métier. Par ailleurs, la fonction pourrait s'harmoniser davantage entre les différents services ou établissements via la capitalisation des expériences. Le coordonnateur des LS peut jouer un rôle dans l'impulsion de cette logique de capitalisation des expériences en organisant des réunions d'échange entre LS, à

fréquence régulière, qui permettraient d'identifier et de diffuser les bonnes pratiques. Une telle socialisation serait aussi un moyen de renforcer le processus de création d'une identité métier et de constitution d'un groupe social autonome qui est déjà à l'œuvre. Enfin, le développement de la fonction doit être suivi avec des indicateurs de performance permettant d'apprécier qualitativement et quantitativement la performance de la logistique et les retombées réelles générées par la professionnalisation de la fonction LS. Ceci renforcera la légitimité de la fonction au sein des établissements.

## **Conclusion**

La recherche met en évidence la professionnalisation en cours du nouveau métier de logisticien de soins. Malgré des logiques de bricolage et des difficultés d'appropriation de ce métier, cette étude de cas exemplaire souligne l'intérêt d'un projet murement réfléchi en amont, d'une fiche de poste claire, et d'un accompagnement de ces acteurs, autant de facteurs clés de succès qui permettent de légitimer progressivement ce nouveau métier. En ce sens il constitue un apport managérial indéniable.

D'un point de vue académique, les apports sont à la fois de produire une première étude sur les logisticiens de soins, et contribuer ainsi aux rares recherches logistiques en gestion des ressources humaines, et d'autre part de contribuer aux travaux sur les processus de professionnalisation.

La démarche n'est cependant pas exempte de limites qui sont autant de perspectives de recherche. Tout d'abord, la limitation à un seul cas exemplaire pourrait laisser penser que cette nouvelle profession se diffuse massivement dans les établissements et que tous se sont appuyés sur des fiches de poste, un programme de formation... Il sera donc essentiel de dépasser cette vision idéale pour identifier d'autres établissements aux démarches différentes et aux difficultés plus prégnantes. Autre limite : celle de ne pas avoir interrogé de soignants (infirmières ou aides-soignantes) pour avoir une vision plus critique de ces postes, ne serait-ce qu'au travers des changements de routines qu'ont dû mettre en place les logisticiens.

## Références

- Barreyre, P. Y. (2010). Les chemins d'un changement organisationnel : La professionnalisation de la fonction achats. *Revue française de gestion*, (6), 187-190.
- Beaulieu, M., Roy, S., Landry, S., Michaud, M. & Roy, C., (2014). La logistique hospitalière au Québec : passé, présent, futur. *Gestion*, 3 (39), 56-62.
- Becker, H. S. (2009). Préface de l'ouvrage *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, dir. Demazière D. et Gadéa C., p.9-12.
- Brassard, A. (2004). La professionnalisation de la fonction de direction d'un établissement d'enseignement et le développement du champ d'études de l'administration de l'éducation. *Éducation et francophonie*, 32(2), 36-61.
- Bruyère, C., Massard, N. Romeyer, C. et Sirjean, S. (2014). Le bricolage logistique en milieu hospitalier : étude du flux de réapprovisionnement des services de soins. *Actes de la conférence RIRL*, 20-21 Mai, Marseille.
- Chanut-Guieu, C. (2009). La professionnalisation de la fonction de bénévole : quand l'Etat impulse le changement. *Management & Avenir*, 27, 13-30.
- David, A. (2003). Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion. *Revue Sciences de Gestion*. (39) 139-166.
- Demazière, D., & Gadéa, C. (2009). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Collection Recherche, éditions La Découverte.
- Eckerlein, G. et Sampieri-Teissier, N. (2022). *La logistique hospitalière au service des soignants et des patients*, Editions Techniques de l'Ingénieur, ouvrage électronique, disponible à l'adresse : <https://www.techniques-ingenieur.fr/base-documentaire/genie-industriel-th6/management-des-supply-chains-42121210/la-logistique-hospitaliere-au-service-des-soignants-et-des-patients-ag5430/>, Paris, doi:10.51257/a-v2-ag5430, 10 juillet.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56-69.
- Guérin, F., Pigeyre, F. & Gilbert, P. (2009). La professionnalisation de la fonction RH: Mythe et limites. *Revue française de gestion*, 194, 105-121.
- De Lescure, E. (2021). Postface: Professionnalisation: pluralité de sens, multiplicité d'enjeux. *Formation emploi*, 115-130.
- Herve-Durand, C. (2014). Fondements épistémologiques et méthodologiques d'une analyse de la professionnalisation. *Les professionnalisations contemporaines*.

- Péoc'h, N., & Ceaux, C. (2015). Accompagnement de la professionnalisation des infirmiers nouvellement diplômés en France: une étude qualitative. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 1(1), 57-64.
- Sampieri, N. (2000). *Contribution à l'analyse de la logistique hospitalière : proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publics français à partir d'une étude empirique*, Doctoral dissertation, Université de la Méditerranée.
- Sampieri-Teissier, N. et Livolsi, L. (2019). Une vision Supply Chain pour améliorer l'efficacité hospitalière?, in Benzidia, S. et Bentahar, O. *Supply Chain Management de la santé*. Éditions EMS, 2019.
- Valléry, G. & Leduc, S. (2005). Contribution ergonomique à l'analyse des relations de service exemple de professionnalisation d'une fonction d'accueil en bureau de poste. *Le travail humain*, 68, 153-189.
- Veziat, N. (2010). Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009). *Sociologie*, 1, 413-420.
- Wittorski R. (2008). La professionnalisation, *Savoirs*, n° 17, pp. 9-36.
- Wittorski R. (2016). Les compétences : une avancée pour parler de la professionnalisation ?, in Fernagu Oudet S. & Batal C. (dir.), *(R)évolution du management des ressources humaines. Des compétences aux capacités*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, pp. 183-196.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and Methods*, Applied social research methods series, 5. Biography, Sage Publications, London.