

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : **11 et 12 décembre 2001**

LA FONCTION ACHAT – APPROVISIONNEMENT

AU CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN

PROJET DE REORGANISATION

Michèle PERRIN

Remerciements

La proposition de ce thème de travail m'a été faite conjointement par Georges OUVRIER et Jacqueline PRAT, respectivement Directeur et Directeur-adjoint de la Logistique et du Patrimoine, et par mon maître de stage, Yvette de MENIBUS, Directeur général adjoint du Centre Hospitalier Sud Francilien.

La collecte des informations puis l'élaboration de ce document ont représenté un temps de travail que je n'aurai pu dégager sans la bienveillante compréhension de mon maître de stage. Je l'en remercie, ainsi que des conseils qu'elle m'a prodigués.

Je remercie les directeur et directeur adjoint, ainsi que toute l'équipe de la DPL dont j'ai si souvent sollicité le concours, de la confiance qu'ils m'ont accordée. J'y associe Alain Arnaud.

Je suis très reconnaissante à Younès BENANTEUR d'avoir accepté de guider cette étude et à chacun des directeurs des services économiques et chefs de bureau rencontrés à l'occasion de ce travail de m'avoir fait bénéficier de leur expérience et d'avis précieux.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : PRÉSENTATION	4
1 - LA FUSION ET SON ENVIRONNEMENT	5
1.1 Un bassin de population situé dans l'Essonne	5
1.2 La construction, en parallèle, de deux hôpitaux séparés par moins de 10 kms.....	5
1.3 Le processus décisionnel de la fusion	6
1.4 Les mesures immédiates.....	7
2 - LA FONCTION ACHAT-APPROVISIONNEMENT DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER.....	8
2.1 Sa mission	8
2.2 Le regard de l'IGAS.....	9
2.2.1 Sur les achats hospitaliers au niveau national	9
2.2.2 Sur l'organisation des achats au CHSF	9
3 - LES ACHETEURS	10
3.1 La Direction du patrimoine et de la logistique (DPL).....	10
3.1.1 Présentation générale.....	10
3.1.2 La fonction achat-approvisionnement au sein de la direction	11
3.2 Les acheteurs hors de la DPL.....	14
3.2.1 En situation d'acheteurs autonomes	14
3.2.2 En situation de prescripteur	15
4 - LES ACHATS ET LEUR ENVIRONNEMENT.....	16
4.1 Le cadre budgétaire.....	16
4.1.1 L'investissement	16
4.1.2 L'exploitation	16
4.2 Incidences de la situation de la trésorerie sur les relations avec les fournisseurs.....	17
4.3 Modalités d'octroi des dotations et contrôle des consommations	17
4.3.1 L'absence de comptabilité analytique.....	18
4.3.2 L'absence de contractualisation budgétaire avec les services.....	18
4.3.3 Information des services.....	19

4.3.4	Une insuffisante sensibilisation des personnels au regard du respect de leur enveloppe.....	20
PARTIE 2 : ANALYSE DU FONCTIONNEMENT		23
5 - L'INCIDENCE DU PROCESSUS DE FUSION SUR L'ORGANISATION		
ACTUELLE DES ACHATS		24
5.1	D'importants besoins de communication encore insatisfaits	24
5.1.1	L'information à disposition des services clients	24
5.1.2	L'information des services clients vers les gestionnaires	25
5.2	Le maintien de procédures de gestion propres à chaque site.....	26
5.2.1	Des spécificités qui s'imposent aux services-clients	26
5.2.2	Des modalités de gestion interne portant l'empreinte de « l'avant-fusion »	28
5.3	Des procédures internes à la DPL préjudiciables à la dynamique de la fusion.....	30
5.3.1	Des « codes produits » redondants	31
5.3.2	Une information faussement utile	31
6 - UNE RÉPARTITION COMPLEXE DES RÔLES D'ACHETEURS		32
6.1	Des services clients confrontés a un entrelacs de procédures	32
6.1.1	L'acheteur est différent selon le site considéré	32
6.1.2	Une même gamme de produits peut être traitée par différents acheteurs.....	33
6.2	Une logique d'organisation difficile à percevoir.....	33
6.2.1	Les familles de produits	36
6.2.2	La logique produit.....	36
7 - LE FICHER PRODUIT TRADUIT UN CERTAIN DÉVOIEMENT DU RÔLE DE L'ACHETEUR		37
7.1	La répartition entre produits en stock et produits hors stock.....	37
7.1.1	La gestion « en stock »	37
7.1.2	La gestion « hors stock ».....	37
7.2	Absence de standardisation et persistance d'incohérences.....	39
7.3	Faiblesse de la volonté de rationalisation des acheteurs face aux services clients.....	39
8 - LA PERFORMANCE DE LA GESTION RESTE POUR LES ACHETEURS UN OBJECTIF DE SECOND RANG.....		40
8.1	Certains comptes donnent lieu à un nombre de commandes très élevé.....	40
8.1.1	Examen au plan global.....	40
8.1.2	Quelques exemples révélateurs	41

8.2	Une part importante des commandes correspond à des montants très faibles.....	42
8.3	Le nombre des fournisseurs auxquels il est fait appel pour un même secteur, a fortiori pour un même compte, est parfois très élevé.....	43
8.4	La dépense est insuffisamment contrôlée	44
8.5	La satisfaction ressentie par les services clients est de niveau très variable	45
PARTIE 3 : PROPOSITIONS.....		46
9 - LA NÉCESSITÉ D'UNE POLITIQUE D'ACHAT		47
9.1	Une composante forte de la stratégie de l'établissement	47
9.1.1	Longtemps tenue pour mineure.....	47
9.1.2	Une fonction qui acquiert une reconnaissance croissante	48
9.1.3	Un apport supplémentaire pour un établissement fusionné	48
9.2	La perspective de la démarche d'accréditation	50
9.3	Préparer l'hôpital aux évolutions économiques et juridiques.....	51
9.3.1	L'évaluation des fournisseurs.....	51
9.3.2	Des offres de prestations hautement diversifiées et personnalisées	51
10 -UNE POLITIQUE D'ACHAT ADAPTÉE AU CHSF		52
10.1	Nécessité d'une progression par étapes.....	52
10.1.1	Une fonction achat à recentrer	53
10.1.2	A la faveur du recrutement d'un cadre intermédiaire	53
10.2	Choix des objectifs.....	54
11 -DES OBJECTIFS GRADUES.....		54
11.1	Evaluer la fonction achat	55
11.1.1	L'analyse au regard de l'effet volume.....	55
11.1.2	La mise à plat du processus d'achat.....	55
11.1.3	La création de tableaux de synthèse.....	56
11.1.4	La participation des services clients.....	57
11.2	Souscrire à des règles de rationalisation de l'achat	57
11.2.1	Agréger la demande.....	57
11.2.2	Harmoniser, standardiser les fournitures	58
11.2.3	Rationaliser et uniformiser les procédures.....	59
11.2.4	Gérer le fichier des fournisseurs	60
11.2.5	Gérer les stocks	62
11.3	S'inscrire dans une dynamique de performance.....	64
11.3.1	Valoriser le rôle des gestionnaires d'achat.....	64

11.3.2 Créer des synergies avec les services experts.....	66
11.3.3 Associer les services clients au processus d'achat.....	67
11.3.4 Communiquer.....	69
11.4 Adapter l'organisation.....	72
11.4.1 Organisation des services économiques et d'achat.....	72
11.4.2 Une coordination formalisée au plan de l'établissement.....	72
RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS.....	74
CONCLUSION.....	76
LISTE DES ANNEXES (annexes non fournies).....	77
Annexe 1.....	78
Annexe 2.....	79
Annexe 3.....	80
Annexe 4.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	82

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CH : Centre hospitalier

CHSF : Centre Hospitalier Sud Francilien

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

DPL : Direction de la logistique et du Patrimoine

GEF : Gestion économique et financière (logiciel)

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISO : International Standard of Organization

MF : Million de francs

NF : Norme Française

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, les multiples contraintes qui s'exercent sur l'hôpital semblent s'amplifier. La performance thérapeutique, l'excellence des soins, la sécurité maximale, la qualité de l'accueil hôtelier, la modernisation des systèmes d'information et la transformation progressive des modes de travail sont autant d'obligations à satisfaire simultanément. Les tutelles expriment des exigences élevées en matière de contrôle des dépenses, d'optimisation de la gestion, en matière de mise aux normes des installations, des équipements et des dispositifs médicaux ; l'utilisateur concentre ses demandes sur la qualité de la prise en charge médicale, tout en appréciant qu'elle soit exercée dans un cadre moderne et pourvu d'un relatif confort.

Toutes ces évolutions, qui concourent à l'élévation de la qualité, ont un coût. Or elles interviennent dans un contexte où le desserrement de la pression budgétaire pesant sur les hôpitaux n'est ni constaté, ni envisagé.

C'est la raison pour laquelle la fonction achat des hôpitaux, longtemps tenue pour une fonction quelque peu secondaire, fait peu à peu l'objet d'un regard nouveau. A l'instar du secteur privé, y compris de santé, qui, dans les années 1980-1990, a fait de la fonction achat un vecteur d'accroissement de la rentabilité et de lutte contre la concurrence, le secteur hospitalier public, producteur de soins et de prestations impliquant un recours important aux approvisionnements extérieurs, engage lui aussi une réflexion de fond sur l'optimisation de sa gestion des achats. Ainsi, les achats hospitaliers s'émancipent peu à peu de l'approche foncièrement réglementaire qui les régissait au profit d'une recherche de gains de productivité compatible avec le cadre réglementaire et l'exigence de qualité. De nombreux

établissements adaptent des méthodes venues du secteur industriel pour structurer et coordonner une fonction achat souvent dispersée, pour mieux définir les besoins, sélectionner les fournisseurs, repenser la notion de stock et évaluer les processus. Compte tenu de la part des achats dans les dépenses des hôpitaux, de 20 à 25 %, les perspectives de gain existent. Cette orientation nouvelle se conjugue avec la politique d'amélioration continue de la qualité formalisée par l'ANAES et également présente dans le chapitre 6 de la norme ISO 9000 et dans la norme NF X50-128. Quelques établissements ont obtenu cette certification.

Le Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) envisage ces évolutions avec intérêt, dans la mesure où il est aujourd'hui encore fortement soumis au contexte contraignant décrit plus haut. L'établissement présente en outre la particularité d'être une entité nouvelle, produit de la fusion, au 1^{er} janvier 1999, des centres hospitaliers Gilles de Corbeil situé à CORBEIL-ESSONNES et Louise Michel situé à EVRY. Il s'agit là d'une contrainte supplémentaire, particulièrement lourde, qui s'est traduite par la constitution d'une organisation nouvelle, aux plans médical, humain, logistique. A ces divers titres, ce processus de fusion a eu des répercussions sur la fonction achat.

En effet, la nouvelle direction en charge des achats, la Direction du patrimoine et de la logistique (DPL), en se constituant au printemps 1999 a dû en même temps poursuivre la gestion propre à chacun des deux établissements, projeter une organisation et un projet pour les années à venir et satisfaire aux diverses exigences qui s'exercent en continu sur tous les hôpitaux.

La fonction achat du CHSF s'est donc trouvée exposée à des problématiques à la fois communes à l'ensemble des établissements et propres à la situation complexe et inédite de toute fusion.

Au terme de deux années de fonctionnement marquées par la constitution d'une équipe reconfigurée, par le déploiement de procédures nouvelles, par l'installation d'un nouveau logiciel de gestion comptable, par la mise en place progressive d'une cellule des marchés, le besoin d'une phase de bilan du travail accompli par les services économiques a été ressenti.

La coïncidence de la présence d'un élève directeur dans l'établissement a conduit le directeur et directeur adjoint du Patrimoine et de la Logistique à lui confier une étude sur la fonction achat en vue d'en proposer une réorganisation.

A l'exception de la cellule des marchés et du secteur biomédical, qu'il a paru opportun de tenir en retrait de ces travaux en raison des projets de réorganisation qui y étaient déjà à l'oeuvre, le périmètre de cette mission a été pour l'essentiel laissé à l'appréciation de l'élève directeur.

En effet, il est apparu que la phase de bilan devrait être centrée sur les procédures en vigueur et que celles-ci pouvaient faire l'objet d'un examen à tout point d'entrée de la DPL. Il a été donné toute liberté de procéder aux investigations nécessaires auprès des personnels de la DPL en vue d'établir un état des lieux, puis de définir les grandes lignes d'une organisation et de procédures simplifiées, unifiées et garantant d'une qualité accrue des prestations.

Ce travail d'examen critique et de recherche d'amélioration des procédures a donc été conduit auprès des gestionnaires en charge de l'achat et de l'approvisionnement. Il s'est appuyé sur un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales en date de janvier 2001, relatif au fonctionnement de l'établissement, qui consacre un certain nombre de pages aux achats. Pour la formulation des propositions, il a été tenu compte des capacités de projection dans le futur proche dont dispose la DPL et, plus largement le CHSF, en termes d'outils de gestion et de moyens humains.

: - : - : - : - : - : - :

Le Centre Hospitalier Sud Francilien est un établissement récemment créé, à la suite de la fusion des centres hospitaliers de Corbeil-Essonnes et d'Evry. La fonction achat est l'une des compétences qu'exerce la Direction du patrimoine et de la logistique, en relation avec d'autres directions fonctionnelles (**Partie 1**). L'empreinte du récent processus de fusion reste perceptible sur le fonctionnement des services d'achat. Les modes d'organisation et les procédures utilisées sont insuffisamment homogènes et rationnels. L'approche gestionnaire n'est pas suffisamment développée (**Partie 2**). Une politique d'achat adaptée au contexte particulier de l'établissement doit être promue dans le cadre du projet d'établissement. La fonction achat doit faire l'objet d'aménagements visant à une rationalisation accrue, préalable nécessaire à une gestion dynamique et à des performances mesurables (**Partie 3**).

Partie 1 : Présentation

Le Centre Hospitalier Sud Francilien est un établissement récemment créé, produit de la fusion au 1^{er} janvier 1999 des hôpitaux de Corbeil-Essonnes et d'Evry. La fonction achat est l'une des compétences qu'exerce la Direction du Patrimoine et de la Logistique, en relation avec l'ensemble de l'établissement.

1 - La fusion et son environnement

1.1 UN BASSIN DE POPULATION SITUE DANS L'ESSONNE

Le bassin de vie du Centre Hospitalier Sud francilien est situé au sud de l'Ile-de-France, dans le département de l'Essonne, dont la population a connu depuis 1990 l'une des plus fortes croissances de la Région (+ 4,6 %). L'Essonne totalise 1 134 328 habitants en 1998. Evry, son chef-lieu, a vu sa population doubler en quelques années et constitue, avec les communes avoisinantes, un secteur nord-est du département à la population relativement défavorisée (concentration de 41,6 % des non actifs du bassin, revenu moyen par foyer fiscal le plus faible du département, taux des bénéficiaires du RMI supérieur à ceux des autres bassins de vie de l'Essonne).

1.2 LA CONSTRUCTION, EN PARALLELE, DE DEUX HOPITAUX SEPARES PAR MOINS DE 10 KMS

Vers la fin des années 1970, les responsables politiques ont décidé la création d'un hôpital sur la ville nouvelle d'Evry, alors même qu'un établissement hospitalier fonctionnait depuis de longues années dans la cité voisine de Corbeil. Cette décision s'est inscrite en rupture avec la pratique généralement observée lors de l'édification des villes nouvelles, consistant plutôt à renforcer les moyens existant à proximité. C'est à ce moment que les principaux services des administrations ont été transférés de Corbeil vers Evry, à la suite de la Préfecture et du Tribunal, et que fut envisagée la perspective d'un regroupement sur Evry de certains services aigus présents dans chacun des deux hôpitaux.

Cette dernière proposition resta néanmoins au stade de l'hypothèse, puisqu'au contraire, à la faveur du nouveau contexte politique de 1981, la reconstruction complète de l'hôpital de Corbeil fut entreprise. Ainsi, alors que l'hôpital Louise Michel d'Evry, doté d'une capacité autorisée de 407 lits, recevait ses premiers patients en 1982, la reconstruction de Gilles de Corbeil portait cet établissement, en 1985, à 437 lits.

« Dès cette époque et jusqu'à une période récente, les autorités de tutelle tiendront un double discours, insistant sur l'intérêt d'une complémentarité entre les deux établissements, mais n'en précisant jamais les modalités d'application, et laissant se développer une concurrence. »¹

Alors que les praticiens d'Evry avaient été recrutés début 1980 sur la foi d'un hôpital pluridisciplinaire unique sur le bassin de vie, la décision de rénovation du CH de Corbeil, annoncée en 1982, a aussitôt été perçue comme un obstacle au développement de celui d'Evry. En effet, en dépit des disparités sociologiques qui peuvent caractériser Evry et Corbeil, des besoins sanitaires similaires demandaient à être satisfaits de part et d'autre. La prise en compte de ces besoins permettait deux options stratégiques : celle d'une complémentarité recherchée et programmée entre les deux établissements ou bien celle d'un développement non concerté, privilégiant une offre de soins largement diversifiée et, au total, concurrente de la part de chacun des établissements. C'est cette dernière option qui a été poursuivie.

« Cette situation d'inévitable concurrence a conforté une rivalité politique, administrative, médicale plus ou moins larvée. Si l'opposition entre les deux communautés hospitalières semble s'être atténuée au cours des années 95 à 99, les contraintes de la récente fusion viennent aujourd'hui les réactiver. »²

Aujourd'hui encore, un « état d'esprit » qui serait propre à chacun des deux principaux sites du CHSF est fréquemment allégué pour expliquer la persistance de tel ou tel mode de fonctionnement différent.

1.3 LE PROCESSUS DECISIONNEL DE LA FUSION

Une amorce du processus de rapprochement, présente dans le SROS Ile de France en date de 1994 qui évoque la nécessité d'une complémentarité entre les deux hôpitaux, a été relayée en 1995 par le « *Livre blanc sur la complémentarité* », fruit d'une coopération entre quelques responsables médicaux appartenant à chacun des deux établissements.

1 – 2 : IGAS – Rapport d'enquête sur le fonctionnement du CHSF, janvier 2001

L'élan décisif a toutefois été donné par l'Agence régionale d'hospitalisation d'Île de France à compter de 1997, notamment dans le cadre d'une sélection d'opérations de fusion pilotes. Cette nouvelle politique a permis que les deux hôpitaux et l'ARH s'engagent en mai 1998 sur des orientations en vue d'un contrat d'objectifs et de moyens. Enfin, après avis favorables de chacun des conseils d'administration, conseils municipaux (à l'exception de celui de la commune de Lisses) et des CME, et après avis négatif de chacun des Comités techniques d'établissement, la fusion a été prononcée par arrêté du directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation en date du 2 décembre 1998, avec effet du 1er janvier 1999.

Ainsi naquit le Centre Hospitalier Sud Francilien, entité composée de deux centres hospitaliers généralistes à plateau technique équivalents, d'un centre de réadaptation fonctionnelle, d'un SAMU-SMUR, de deux instituts de formation, l'un pour les soins infirmiers, l'autre de manipulateurs en électroradiologie médicale, d'une unité de consultations médico-judiciaires, d'une maison de retraite, d'une unité de consultations et de soins ambulatoires et d'un service médico-psychologique régional assurant la prise en charge des détenus de Fleury-Mérogis. Cet ensemble représente aujourd'hui 946 lits et places sur un total de 26 sites et correspond à un budget de 1, 533 milliards de F (exploitation : 1, 1 milliard de F et investissement : 433 MF). Il emploie près de 3000 agents.

Le processus qui a mis un terme à des années de gestion autonome, réputée souvent divergente, parfois rivale, au profit d'une fusion pure et simple a donc été mené en l'espace de quelques mois. Sans que le choix ait été fait de réaliser une préfiguration du nouvel établissement, cette fusion s'est néanmoins immédiatement concrétisée aux plans juridique et administratif, à défaut du plan médical. En effet, l'ensemble de l'équipe de direction et des services en dépendant s'est réorganisé et regroupé sur le site de Louise Michel au tout début de 1999 – à l'exception de la direction des personnels et de la qualification (DPQ) appelée à demeurer sur le site de Gilles de Corbeil et des services techniques et informatiques. Les équipes ont ainsi été constituées à partir des personnels des deux sites.

1.4 LES MESURES IMMEDIATES

Déjà, par le biais d'une procédure d'appel d'offres menée de manière commune, les deux hôpitaux venaient de faire le choix de doter le futur établissement d'un nouveau système d'information englobant la gestion de toutes les données : financières, économiques, de

personnel, des malades, etc. Le noyau Référence et les applicatifs de la gamme Evoluance, dont le logiciel de gestion économique et financière (GEF) pour l'économat et les finances, avaient été retenus ; leur mise en place dans des délais rapides a permis une gestion homogénéisée, unique, dès avant la fin 99 pour une très grande part de l'activité de l'établissement.

2 - La fonction achat-approvisionnement dans le contexte hospitalier

2.1 SA MISSION

La fonction achat-approvisionnement paraît d'emblée familière : son évocation renvoie notamment aux procédures des marchés, à la notion de satisfaction des besoins, à celle de maîtrise des coûts, à la gestion des stocks...

Soumise à un examen plus poussé, la fonction achat-approvisionnement s'avère un enchaînement de décisions hétérogènes dont chacune influe sur un résultat mesurable.

L'achat-approvisionnement peut se caractériser comme un processus initialisé par la définition d'un besoin, sous-tendu par des choix de gestion résultant de priorisations préalables et faisant appel à des compétences diversifiées : méthodologie de l'analyse du besoin, des procédures, des consommations, de la connaissance du marché, du contrôle de la satisfaction et de la performance globale ; aspects contractuels-relationnels avec les services-clients, les fournisseurs et les services associés à l'achat ; aspects matériels de la réception, du stockage et de la distribution. Au travers de ce prisme, le rôle de l'acheteur se dessine : l'interface décisionnel entre l'hôpital et l'ensemble de ces fournisseurs.

Définir une stratégie d'achat consiste, pour l'établissement, à prioriser et à agencer différents objectifs selon ses besoins et ses possibilités propres, dans un but qui, exprimé de manière lapidaire, ne peut qu'être celui de « dépenser mieux ». Selon les cas, cette formule recouvre toutefois des problématiques différentes ou différemment assemblées : réduire ou stabiliser

la dépense, passer d'une « administration » des achats à leur véritable gestion, devenir le conseil de services plus fortement responsabilisés, voire à gestion décentralisée.

2.2 LE REGARD DE L'IGAS

2.2.1 Sur les achats hospitaliers au niveau national

Dans son Rapport pour 1997, l'IGAS a livré un certain nombre de réflexions, dont le paradoxe suivant : en dépit de la part importante que représentent les achats dans les budgets d'exploitation (25 à 30 %, soit plus de 70 milliards de F), le caractère stratégique de cette fonction est le plus souvent négligé, sinon ignoré. D'ailleurs la dotation réservée à l'achat hospitalier est souvent utilisée comme la plus commode, voire la seule variable d'ajustement du budget de l'établissement. Les coûts croissants induits par le progrès médical et technologique, les exigences de sécurité et de confort des usagers démontrent pourtant de plus en plus crûment le caractère simpliste de cette vision.

L'IGAS procède à un constat sombre de la situation des achats à partir d'un échantillon de 4 CHU. La fonction est affaiblie, car dispersée et cantonnée à sa seule dimension juridique au détriment de l'acquisition de compétences économiques et techniques. La corrélation entre achats et activité des services reste balbutiante ; la rationalisation des achats, via l'agrégation et la normalisation, est encore très insuffisante. Les synergies, voire la simple coordination entre les équipes médicales, soignantes et celles en charge de l'achat restent à inventer.

2.2.2 Sur l'organisation des achats au CHSF

Une enquête sur le fonctionnement de l'établissement a été réalisée par l'IGA.S au second semestre 2000 et a donné lieu au dépôt d'un rapport, dans sa version provisoire, en janvier 2001. Traitant de l'ensemble des fonctions médicales, administratives, financières et logistiques, cette analyse est donc intervenue deux ans après la fusion. Les rapporteurs de l'IGA.S résumant ainsi : « *L'organisation des achats est insuffisante. Les fonctions d'acheteurs sont peu valorisées. Le déroulement actuel des processus d'achat restreint*

l'action des acheteurs. La qualité de la satisfaction des besoins varie selon les sites.(...) Il n'existe pas de véritable politique de stocks au niveau de la Direction du Patrimoine et de la Logistique alors que le fonctionnement actuel de la cellule des marchés fait courir des risques juridiques à l'établissement. »

3 - Les acheteurs

3.1 LA DIRECTION DU PATRIMOINE ET DE LA LOGISTIQUE (DPL)

Ainsi que le représente l'organigramme général (annexe 1), la DPL est l'une des cinq directions fonctionnelles de l'établissement.

Bien qu'une des missions essentielles de la direction -et une proportion significative de son effectif, notamment administratif- corresponde à la gestion des achats et de l'approvisionnement, ces termes ne figurent ni dans son nom ni dans l'intitulé d'aucun des services qui la composent.

3.1.1 Présentation générale

Bicéphale -un directeur et une directrice adjointe-, la direction est découpée, telle que l'organigramme la représente (annexe 2), en 3 services directement rattachés aux deux directeurs : économique, hôtelier et bio médical. Ces trois services regroupent les fonctions suivantes :

- services économiques : achats (classe 2, classe 6), cellule marchés
- services hôteliers : restauration, blanchisserie, espaces verts
- service biomédical, incluant un atelier sur chaque site.

D'autres services, ou unités, figurent à l'organigramme de la DPL : deux magasins d'approvisionnement, la distribution du courrier, la reprographie, la salubrité, les transports , une « antenne » sur le site de Gilles de Corbeil. Celle-ci est chargée d'un rôle d'accueil et de relais pour toutes les fonctions de la direction y compris pour des déclarations de sinistre,

elle est le point de départ et d'arrivée des transmissions de courrier inter-sites en rapport avec la DPL, elle assure une régie de recettes et d'avance, elle est gestionnaire en matière de carburant, de transport et de garage, de jardinage, d'affranchissement, de téléphone et pour l'ergothérapie.

L'ensemble de la direction comporte 175 ETP dont 17 personnels administratifs.

3.1.2 La fonction achat-apvisionnement au sein de la direction

Transversale, elle est présente dans chaque service et unité à l'exception du secrétariat et du courrier. On peut dire qu'elle est un dénominateur commun à l'ensemble des unités qui composent la direction. Les achats représentent d'ailleurs la part essentielle des 115 MF du budget de la DPL.

3.1.2.1 Descriptif

Chacun des deux directeurs exerce une responsabilité en matière d'achat, compte tenu d'une répartition entrecroisée des secteurs d'activité :

Directeur	Directeur adjoint
<ul style="list-style-type: none"> -Suivi budgétaire de la classe 2 -Equipements (planif, achats, inventaires, amortissement) -Service bio médical (planification, cahier des charges pour achats, maintenance interne et externe, ateliers) -Achats (réactifs et pdts sanguins) -Prestations (téléphone, assurances) -Marchés en rapport avec secteurs gérés -Services logistiques (blanchisserie, transports, espaces verts) -« Antenne » de G de Corbeil 	<ul style="list-style-type: none"> -Suivi budgétaire de la classe 6 -Achats (fourn méd, usage unique, films radio) -Prestations (alim, déchets, ménage, sécurité, archives, transports sanitaires, examens à l'extérieur) -Marchés en rapport avec secteurs gérés -Services logistiques (cuisines, diététiques, magasins, vagemestres, coursiers, reprographie, salubrité) -Coordination des vigilances du CHSF

Le nombre des personnels qui interviennent en tant qu'acheteurs, pour totalité ou partie même résiduelle de leur activité, s'élève à plus de 25 et correspond à la répartition par grade et secteur suivante :

- biomédical : 2 adjoints techniques (dont l'un remplit les conditions du concours sur titre d'ingénieur subdivisionnaire) + 2 agents de catégorie C
- achats stocks : 1 agent de cat B + 3 agents de cat C
- achats équipements : 1 agent de cat B + 4 agents de cat C
- marchés/gestion : 1 agent de cat B + 2 agents de cat C
- magasins : 3 agents de catégorie C
- cuisines et diététique : 1 agent de catégorie A + 1 agent de catégorie C
- blanchisserie : 1 agent de catégorie C
- antenne Corbeil : 2 agents de catégorie C
- au titre du seul site de Corbeil, pour certains petits dispositifs médicaux : 3 cadres supérieurs soignants

Le cœur du dispositif d'achat se situe dans les trois pôles regroupés dans les « services économiques » : « Achats Stocks », « Achats équipements » et « Marchés Gestion ».

L'équipe actuelle est composée à égalité d'agents venant de Corbeil ou d'Evry et, pour une part très mineure, de personnes venant de l'extérieur. Seuls quatre agents exerçaient auparavant des fonctions fortement différentes de celles qu'ils occupent aujourd'hui, à l'instar des deux directeurs.

Deux recrutements sont en cours, sur deux créations de poste :

- en catégorie A: celui d'un chef de bureau qui aurait pour mission « *l'encadrement, la coordination et l'animation des services économiques et un rôle d'assistance technique aux cadres des services logistiques* ». Ce recrutement dotera la direction d'un cadre intermédiaire à vocation transversale et comblera une vacance datant d'environ deux ans, soit la période de la fusion.
- en catégorie B : celui d'un second agent, également adjoint des cadres, pour la cellule des marchés

3.1.2.2 L’empreinte de la fusion sur l’organisation actuelle des achats

Il faut signaler que certains agents appartenant à la direction des affaires économiques de Corbeil n’ont pas souhaité rejoindre la nouvelle direction du fait de sa localisation sur Evry et que celle-ci a donc de facto accusé une déperdition de compétences. Par ailleurs et en vertu des orientations de principe de la fusion préconisant des économies d’échelle, la DPL a été constituée avec un effectif réduit par rapport aux moyens existants de part et d’autre. C’est en avril 2000 seulement que l’unique poste de chef de bureau, vacant depuis la fusion, a été transformé en poste de directrice adjointe.

Officiellement annoncée en novembre 1998, la fusion a eu pour date d’effet le 1^{er} janvier 1999. L’installation effective de la nouvelle direction économique sur Evry a été réalisée entre avril et mai 1999. Ainsi, en moins d’un semestre, tandis que la gestion quotidienne propre à chacun des deux hôpitaux se poursuivait, une nouvelle organisation a dû être mise sur pied, puis, de manière synchrone, le déploiement progressif du logiciel GEF, le regroupement et la répartition de la totalité des fonctions ont été assurés.

3.1.2.3 Un logiciel sous-exploité

A l’instar de l’ensemble de l’établissement, la DPL dispose d’un outil informatique récemment installé dont l’utilisation n’est pas encore optimisée.

Deux ans après sa mise en place, certaines fonctionnalités de GEF demeurent sous utilisées. En effet, si la commande, la liquidation, le mandatement, l’imputation des consommations par centres de responsabilités et par unités fonctionnelles sont des fonctions constamment sollicitées, la plupart des autres restent d’un usage moins développé.

GEF offre cependant de nombreuses ressources qui, exploitées en interne, amélioreraient les procédures. A cet égard, il faut signaler qu’à compter de l’an prochain des états des commandes en attente de réception seront disponibles.

Un agent de la DPL (appartenant aux Services économiques, pôle « Achats Stock ») est chargé des fonctions de « correspondant GEF » pour la direction, tâche qui représente effectivement une partie de ses activités. Ses possibilités d’action sont toutefois limitées, dans la mesure où aucune demande de formation à l’utilisation de la base Infocentre

(implantée à la DPL postérieurement à GEF) n'a toutefois été présentée en sa faveur – ni d'ailleurs au bénéfice d'un autre agent. Ainsi, toute investigation à partir des données du logiciel de gestion, si minimale soit-elle, doit donc être demandée auprès d'un agent défini de la direction informatique (située sur le site de Corbeil). De facto, la DPL se trouve privée des tableaux de bord les plus courants et autres possibilités d'exploitation.

Cette incapacité à utiliser directement et régulièrement les ressources de GEF a sans doute contribué à entretenir une méconnaissance de cet outil. Ainsi, des états sont parfois créés en totale déconnexion de GEF alors qu'ils traitent rigoureusement des mêmes données ; ils sont élaborés de manière « manuelle » c'est-à-dire par une « re-saisie » sur Excel des données figurant sur les factures telles que montant de commande, nom de fournisseur, libellé de produits, unité fonctionnelle consommatrice, etc.

Ce fonctionnement sur un mode régressif par rapport aux moyens disponibles, source d'erreurs et de perte de productivité, indique que l'implantation du logiciel n'a pas donné lieu à une formation et un suivi adaptés.

Sur le site d'Evry, il semble que le responsable du contrôle de gestion est seul à procéder à des requêtes sur Infocentre. Il n'est qu'exceptionnellement sollicité par la DPL.

3.2 LES ACHETEURS HORS DE LA DPL

3.2.1 En situation d'acheteurs autonomes

Hormis dans le cadre des marchés dont la centralisation et l'encadrement administratif relèvent de la DPL (cf infra), les entités suivantes disposent d'une autonomie :

- les pharmacies de Corbeil et d'Evry
- la maison de retraite pour les achats de nature technique (et non de soins ou économiques pour lesquels le bon de commande est signé du DPL)
- la Direction du personnel et de la qualification, pour la formation, l'interim et les transports sur les D. O. M.
- les services techniques, pour les petites commandes

3.2.2 En situation de prescripteur

Les services informatiques ne procèdent à aucun achat de manière directe. Ainsi, outre leurs relations avec la cellule marchés, ils ont deux interlocuteurs à la DPL : l'un pour les achats d'équipements, appartenant à la cellule du même nom, le second pour les consommables et la maintenance, qu'elle soit sous contrat ou hors contrat, appartenant cette fois à la cellule « Fournitures médicales et divers ».

En pratique, ces deux agents de la DPL sont en situation de dépendance à l'égard de ce partenaire dont le rôle est celui d'un prescripteur d'achat relativement affranchi des contraintes de gestion.

Au plan des équipements, il résulte de cette répartition de compétences que le suivi des comptes est rendu opaque pour la DPL (information aléatoire par les services informatiques sur les modifications apportées à la programmation, les ajouts ou suppressions de crédits) et que l'affectation des matériels informatiques achetés reste ignorée de l'acheteur (la totalité des matériels informatiques est imputée sur l'UF « informatique »). Les services informatiques estiment de leur côté que les retours d'information, suite aux demandes d'approvisionnement qu'ils formulent auprès de la DPL, sont trop souvent déficients.

Au plan des comptes d'exploitation, la DPL gère les contrats de maintenance sans véritable lisibilité : en dépit d'améliorations réelles, l'information relative aux nouveaux contrats, aux résiliations, aux avenants entraînant des conséquences financières n'a pas le caractère systématique qu'elle devrait avoir. La liquidation des factures de prestations d'entretien ou de réparation se fait encore le plus souvent en l'absence de la signature d'un membre des services informatiques attestant le service fait. Une rectification de cette procédure est envisagée pour l'an prochain.

De même, les demandes de consommables présentées à la DPL par les magasins ou les services ne sont accompagnées d'aucune forme de justificatifs ni davantage revêtues d'un visa du service informatique. Si l'on peut convenir que, par exemple, l'indication du numéro d'inventaire de l'équipement concerné ne saurait suffire à garantir l'opportunité d'un achat de consommables, pour de multiples raisons, l'examen d'une demande au regard d'indicateurs prévisionnels et réalisés de consommation, par service ou par matériel, définis en liaison

avec les services prescripteurs de l'achat du matériel, pourrait en revanche constituer une amorce d'appréciation du besoin.

En l'état, cette absence de procédures d'information entre les deux directions fait que la DPL ne peut exercer un quelconque contrôle sur des achats dont elle est pourtant l'ordonnateur.

4 - Les achats et leur environnement

4.1 LE CADRE BUDGETAIRE

4.1.1 L'investissement

Le budget du CHSF pour 2001 s'élève à 138 MF, après approbation de la décision modificative n°1. Il était de 117 MF, décision modificative n° 1 comprise, au titre de 2000.

Le budget d'investissement géré la DPL pour 2001 représente 50 MF, décision modificative n° 1 comprise. En 2000, il s'établit à 43 MF. Les reports représentent 17 MF pour chacun des deux exercices.

4.1.2 L'exploitation

Le budget du CHSF pour 2001 s'élève à 1.107 MF pour le fonctionnement, décision modificative n° 1 comprise. En 2000, la dotation a été de 1.085 MF.

Le budget d'exploitation géré par la DPL pour 2001 représente 114 MF, décision modificative n° 1 comprise (la décision modificative n° 2 ne devrait pas apporter de modification à cette enveloppe). En 2000, il s'était établi à 110 MF, décision modificative de clôture comprise.

La hausse des crédits inscrits en 2001 est de 3,6 % par rapport à 2000.

Cette progression correspond pour l'essentiel aux fournitures à caractère médical.

Les dépenses d'hôtellerie et de logistique n'entraînent pas, elles, de dérapage. Ce constat, pour positif qu'il paraisse, n'exonère cependant pas d'une réflexion sur le niveau et la structure de cette dépense.

4.2 INCIDENCES DE LA SITUATION DE LA TRESORERIE SUR LES RELATIONS AVEC LES FOURNISSEURS

Le besoin de trésorerie du Centre Hospitalier Sud francilien peut être estimé à 100 millions de francs. Il a pour conséquence un délai de règlement de plus de six mois après l'émission des mandats, soit pratiquement huit mois à compter de la date de livraison par les fournisseurs. Cette situation est préoccupante à des titres divers. D'une part, elle met le CHSF dans l'incapacité de négocier des tarifs attractifs avec ses fournisseurs. D'autre part, cette situation provoque des difficultés en cascade auprès des fournisseurs dont l'équilibre financier est à son tour mis à mal. Signe d'un climat dégradé entre l'établissement et certaines entreprises, ces dysfonctionnements ont entraîné en 2000 une intervention de certaines d'entre elles auprès de l'ARH.

Il faut signaler enfin que la réforme du code des marchés publics se traduira par une difficulté supplémentaire pour le CHSF du fait de l'introduction prochaine d'un délai maximum de règlement associé à l'application automatique d'intérêts moratoires.

4.3 MODALITES D'OCTROI DES DOTATIONS ET CONTROLE DES CONSOMMATIONS

Vers la fin du mois de septembre de « n-1 », les directions soumettent à la Direction des Affaires Financières et de la Clientèle à la fois le scénario de dépenses pour « n » qu'elles ont affinés à partir de la lettre de cadrage budgétaire reçue en juillet et leurs éventuelles demandes de crédits pour mesures nouvelles. La direction générale arbitre entre ces

demandes en fonction des priorités qu'elle a elle-même fixées pour l'établissement puis transmet le dossier à la tutelle pour décision.

Quand la dotation est connue et, surtout, au fil du déroulement de l'année budgétaire, les directions sont amenées, le cas échéant, à prioriser à nouveau leurs projets et, en conséquence, sinon à restructurer leurs dotations, du moins à procéder aux virements de compte à compte qu'impose l'évolution de la situation.

4.3.1 L'absence de comptabilité analytique

Il n'existe pas actuellement de comptabilité analytique au Centre Hospitalier Sud Francilien.

Auparavant, cependant, chacun des deux hôpitaux avait développé des outils en vue de cette finalité. Ainsi, le Centre hospitalier d'Evry a disposé, entre 1995 et 1998, d'une comptabilité comportant une répartition des coûts directs et des coûts induits. Un système similaire était en vigueur à Corbeil. Paradoxalement, la fusion des deux établissements n'a pas permis le maintien d'une comptabilité de ce niveau et s'est donc traduite, sur ce plan de l'analyse des fonctions, par un recul.

La décision de développer cet outil a été prise mais n'a pas donné lieu à traduction concrète à l'heure actuelle.

4.3.2 L'absence de contractualisation budgétaire avec les services

On peut dire toutefois qu'il existe une esquisse de budgets de service dans la mesure où sur la base de dépenses constatées en n-1 une enveloppe budgétaire est attribuée aux services, par Centre de responsabilité (au nombre de 98) et par Unité fonctionnelle (400). La mise en œuvre de budgets de service stricto sensu et de la contractualisation ne sont actuellement pas à l'ordre du jour.

4.3.3 Information des services

Elle est faite à deux niveaux : celui des unités de consommation et celui de l'équipe de direction.

4.3.3.1 Les unités de consommation

Chaque mois, le responsable ou, plus couramment, le chef de service et le cadre supérieur en charge d'un centre de responsabilité reçoivent deux états de dépenses.

Le premier correspond au centre de responsabilité dont le binôme médecin-cadre soignant – ou tout autre responsable- a la charge ; il est décomposé en 9 rubriques :

- « personnel non médical », ventilé en 6 postes de dépenses
- « personnel médical », ventilé en 8 postes
- « médical », ventilé en : matériel, médicaments et prescriptions hors CHSF
- « équipement (maintenance et fournitures) », ventilé en : bio-médical et informatique
- « hôtellerie », ventilé en : lingerie, logistique, entretien/nettoyage, restauration, transport
- « bâtiment » ventilé en : travaux et énergies
- « frais de gestion », ventilé en 3 postes
- « autres », c'est-à-dire les dépenses non classées

Le second état répartit la dépense du centre de responsabilité non plus par nature mais entre les unités fonctionnelles qui compose le centre de responsabilité et, reprenant les 9 rubriques, les ventile par comptes budgétaires (et non plus par postes de dépenses).

L'utilisation de ce document a été d'emblée très variable ; l'intérêt qu'il a pu susciter auprès de certains responsables est sans doute en déclin dans la mesure où, depuis son institution, il n'a emporté aucune conséquence. En toute hypothèse, il constitue pour les services une information qui préfigure un peu le stade d'une éventuelle responsabilisation effective. A l'heure actuelle il représente l'unique source d'information budgétaire et financière à l'échelle des services qui soit mise à la disposition de ceux-ci. Il importe de préciser, notamment, que les services n'ont pas la possibilité de gérer leur approvisionnement via GEF, ni d'exploiter

ses indicateurs et tableaux de bord pour suivre leur consommation de produits. L'usage de GEF est réservé aux gestionnaires de la DPL.

4.3.3.2 Le Comité de direction

Chaque directeur fonctionnel reçoit pour sa part l'ensemble des états de consommation des centres de responsabilité et des unités fonctionnelles et donc, à ce titre, la DPL.

4.3.4 Une insuffisante sensibilisation des personnels au regard du respect de leur enveloppe

En l'état, l'information adressée aux services à travers ces documents, notamment parce qu'elle est dépourvue d'impact, ne permet qu'une familiarisation « douce » et strictement liée au bon vouloir de chacun avec les données budgétaires et financières.

Ainsi, alors que celles-ci sont des critères utiles pour de nombreux arbitrages, qu'elles sont cruciales pour le développement de l'établissement, leur impact ne semble pas être pleinement apprécié par la collectivité hospitalière.

La diffusion de documents budgétaires synthétiques ne peut davantage suffire à éclairer les personnels, qu'ils soient médicaux, soignants ou autres, sur les aspects de la gestion en relation avec leurs activités et comportements quotidiens. Or en dehors des débats institutionnels qui se tiennent autour du vote des budgets, dont le caractère technique, global et ponctuel ne favorise pas particulièrement la prise de conscience d'acteurs non experts, peu d'informations relatives aux coûts de l'activité hospitalière quotidienne viennent fournir les stimulations propices à une meilleure connaissance des enjeux et à une responsabilisation individuelle.

4.3.4.1 Du côté des acheteurs

Le suivi de la consommation de la dotation globale affectée à chaque compte incombe normalement à la personne qui en centralise toutes les données, c'est à dire à son gestionnaire.

4.3.4.1.1 Via GEF

Cette tâche est facilitée par le logiciel GEF dont l'une des fonctionnalités consiste à signaler à l'acheteur qui s'apprête à engager une dépense la position du compte concerné au regard de la consommation réalisée, exprimée en douzièmes cumulés. Cette vision globale a été complétée en 2001 par une ventilation de la consommation de chaque compte par centre de responsabilité, qui constitue donc une seconde forme d'alerte pour l'acheteur.

Même si la notion de douzième n'est pas pleinement adaptée, en raison de l'artificialité de son caractère linéaire, l'indication demeure un signal à ne pas négliger. En cas de progression anormale de la dépense, sur-consommation aussi bien que sous-consommation, le gestionnaire peut procéder à un examen du compte selon le moyen approprié (demande d'explications sur les quantités consommés, sur la tarification appliquée, recherche d'une corrélation avec un volume d'activité, etc) et en saisir son responsable. En pratique, cette attitude n'est pas systématique.

4.3.4.1.2 Via l'état mensuel de la Direction des Finances

Par ailleurs, un agent de l'équipe centrale de la DPL est chargé d'éditer et de diffuser l'état mensuel global pour l'établissement des dépenses élaboré par la direction des Finances. Celui-ci liste tous les comptes et comporte pour chacun d'entre eux l'indication de la dotation budgétaire, du montant et du taux de réalisation au douzième considéré, ainsi que le « reste disponible ». La diffusion, à date fixe chaque mois, de cet état –ajout à la faculté qu'a chaque gestionnaire de suivre en permanence l'évolution de ses comptes sur GEF- ne suffit pas à ancrer de la part de tous les gestionnaires une attitude de veille et d'alerte qui soit fiable.

4.3.4.2 Du côté des services clients

La diffusion initiale aux responsables des Centres de responsabilités et au Comité de Direction de l'état mensuel des consommations établi par le contrôle de gestion a été accompagnée d'une note explicative dont le propos se limitait à en éclairer la lecture. Le fait que cet état reste dépourvu de suites, autres que de rares demandes de renseignements de la part de responsables de services, a naturellement contribué à émousser l'intérêt qu'il a légitimement suscité à l'origine.

Partie 2 : Analyse du fonctionnement

L'empreinte du récent processus de fusion reste perceptible sur le fonctionnement des services d'achat. Les modes d'organisation et les procédures utilisées sont insuffisamment homogènes et rationnels. L'approche gestionnaire reste trop peu développée.

5 - L'incidence du processus de fusion sur l'organisation actuelle des achats

En dehors de l'introduction du logiciel GEF, étape essentielle il est vrai, on peut regretter le manque de moyens et, particulièrement, la brièveté des délais disponibles pour une étude de projet préalable à la fusion des services d'achat.

La nouvelle organisation a ainsi été mise en place sans que des orientations prioritaires soient clairement fixées, ni d'ailleurs sans qu'une mise à plat des procédures puisse être réalisée dans le détail.

5.1 D'IMPORTANTES BESOINS DE COMMUNICATION ENCORE INSATISFAITS

5.1.1 L'information à disposition des services clients

D'une manière générale, peu de documents porteurs d'information à la fois sur l'organisation de la DPL, le nom et le rôle de ses personnels, et sur les processus d'approvisionnement semblent connus de l'ensemble du CHSF.

L'organigramme de la direction, dans sa version initiale, d'après-fusion (annexe 2), a fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des services ; à lui seul, ce document ne pouvait toutefois suffire à l'information des services.

Un document d'approche comptable intitulé « *Répartition des comptes par gestionnaire* » (annexe 3) n'a pas été diffusé au-delà de la direction sauf, vraisemblablement et de manière informelle, à la Direction des Finances et de la Clientèle.

Il n'existe pas de liste actualisée des acheteurs et référents-achats pour chacun des types de produits disponibles ou susceptibles d'être achetés, qui soit mis à la disposition de tous les services. L'annuaire téléphonique paru en juillet 2001 se trouve être le support d'information le plus récent et le plus renseigné. Or ce document reprend le libellé très synthétique et

succinct qui figure sur l'organigramme de la DPL et ne peut permettre d'aiguiller correctement un agent vers le gestionnaire approprié. Dans l'attente de l'élaboration d'un document papier puis d'une mise en réseau de l'information, le bouche à oreille permet aux nouveaux arrivants, de même qu'aux agents qui passent d'un site à un autre, de s'initier aux règles... comme à leurs exceptions .

Au sein du pôle « Achats d'équipements » (un cadre de catégorie B + 4 agents de catégorie C) un document s'intitulant « *Contenu des divers comptes* » (annexe 4) fournit des informations utiles dans la mesure notamment où il désigne pour chaque compte à la fois l'essentiel de son contenu, son gestionnaire DPL (c'est-à-dire tel ou tel agent de l'équipe « Achats d'équipements ») et l'interlocuteur technique qui en est le référent, selon le cas prescripteur ou conseiller (par exemple tel agent du service biomédical ou du service informatique). Ce document, diffusé en avril 1999 à l'ensemble des services, n'a toutefois fait l'objet d'aucune d'actualisation depuis cette date.

5.1.2 L'information des services clients vers les gestionnaires

Les imprimés utilisés actuellement pour les demandes d'approvisionnement en magasin ou pour les commandes auprès d'un gestionnaire DPL existaient dans la plupart des cas préalablement à la fusion. Ils sont demeurés identiques le plus souvent, c'est-à-dire disparates au plan de leur format, présentation, couleur, rubriques, etc. Ils peuvent n'être que très sommairement remplis et leur signature par un agent habilité n'est souvent requise qu'en théorie. Certaines demandes d'approvisionnement se limitent à un simple papier libre, voire à un appel téléphonique au-delà, semble-t-il, de ce que l'urgence pourrait éventuellement justifier.

5.2 LE MAINTIEN DE PROCEDURES DE GESTION PROPRES A CHAQUE SITE

5.2.1 Des spécificités qui s'imposent aux services-clients

5.2.1.1 De la part de chacun des deux magasins

Des différences existent, qui portent à la fois sur le nombre et la nature des fournitures en stock et sur leur mise à disposition des services par les magasins.

Gilles de Corbeil dispose de 344 articles différents en rayon, Evry 326. C'est sur leur répartition par nature que ces produits diffèrent le plus :

Nombre des différents types d'articles en rayons	Magasin Gilles de Corbeil	Magasin Louise Michel
Produits d'entretien	65	38
Petit matériel hotelier/médical	58	48
Papeterie /fournitures bureau	109	128
Consom informatiques/ fourn bureautique	73	57
Films et pochettes imagerie	32	néant
Papier à usage bio médical		40
Divers	7	15

Les modalités de mise à disposition des articles auprès des services clients diffèrent également :

	Magasin Gilles de Corbeil	Magasin Louise Michel
Distributions planifiées (dans les services)	- entretien et ménage, - petit matériel médical	- entretien (sauf ménage) - petit matériel médical - petit matériel hôtelier
Retraits planifiés (par les services, au magasin)	néant	- hygiène, ménage - fournitures de bureau
Retraits à la demande (auprès des magasiniers)	- tout le reste	- consommables informatiques

Ces différences sont justifiées par des besoins différents qui peuvent être liés aux activités ou aux caractéristiques spécifiques de chaque site, de même que par des capacités de stockage différentes sur Evry et Corbeil, mais sans doute s'expliquent-elles aussi par un choix de réaliser l'harmonisation étape par étape. Le projet actuel de rénovation du magasin de Corbeil, bientôt suivi par celui d'Evry, a permis l'émergence d'un questionnement sur ces pratiques.

5.2.1.2 Pour le secteur de l'usage unique non stérile

Il s'agit d'habillement, de linge et de petits ustensiles pour les cuisines.

L'harmonisation des procédures et la prise en charge de ces articles par un gestionnaire unique n'est pas réalisée en ce qui concerne une partie d'entre eux. Les faibles capacités de stockage du magasin de Corbeil, l'existence d'une blanchisserie sur ce seul site et la prise en charge prééminente de la gestion des deux cuisines par celle d'Evry contribuent à expliquer les procédures propres à chaque site, présentées ci-après.

Par ailleurs, on observe que la gestion de certains articles à usage unique non stériles est demeurée une attribution de la pharmacie de Louise Michel alors qu'une intéressante tentative de gestion centralisée de tout l'usage unique non stérile a été lancée et largement

réalisée par la DPL sitôt après la fusion. La répartition actuelle est d'ailleurs à nouveau en discussion avec la pharmacie.

Le tableau ci-après indique la variété des intervenants, selon le site, pour l'usage unique non stérile.

Type d'articles à usage unique	Intervenants au titre de Gilles de Corbeil	Intervenants au titre de Louise Michel
Habillement soignant (tabliers, casaques, blouses visiteurs...)	agent DPL n° 1+ blanchisserie (gestion des demandes d'appro, des commandes et de la distribution)	pharmacie (idem)
Linge patient, lit et gants de toilette	agt DPL n° 1 + blanchisserie (idem)	agent DPL n° 1 + magasin (idem)
Cuisine (habillement et linge tels que : gants vinyl, latex, poudrés, tabliers, masques, calots, blouses, kits visiteurs, torchons, essuie-mains, bobines...)	selon les articles : - agt DPL n° 1 + cuisine - agt DPL n° 1 + magasin - agt DPL n°1 + cuis + mag	selon les articles : - agt DPL n° 1 + cuisine - agt DPL n° 1 + magasin - pharmacie (gants + coiffes + masques)
Cuisine (gobelets, assiettes, couverts, barquettes)	agent DPL n° 2 + magasin	agent DPL n° 2 + cuisine

5.2.2 Des modalités de gestion interne portant l'empreinte de « l'avant-fusion »

5.2.2.1 Les magasins

Un certain nombre d'articles de fournitures de bureau, présents dans les stocks de chacun des deux magasins, ne connaissent cependant pas un traitement identique en ce qui concerne leur suivi de consommation. A Evry, la sortie de magasin de ces articles est imputée sur l'UF de consommation ; pas encore à Gilles de Corbeil (un « bon » papier est toutefois conservé, mais non exploité). La totalité des consommations de fournitures de bureau régulièrement présentes en magasin est donc imputée sur le code UF « magasin Gilles de Corbeil » au lieu des UF effectivement consommatrices. Ainsi qu'il a été indiqué, le projet de rénovation du magasin de Gilles de Corbeil modifiera prochainement cet état de fait.

Une partie des consommables informatiques connaît la même différence de traitement entre les deux magasins.

5.2.2.2 Participation des cadres soignants à l'achat

Certains papiers et petits matériels à usage bio-médical (essentiellement des matériels pour enregistrement cardiographique et électro-encéphalogramme, des gels, électrodes, papiers spécifiques) connaissent des modalités de commande différentes selon le site.

A Corbeil, une surveillante cadre supérieur procède, pour tous les services, au recensement des besoins – c'est-à-dire à son appréciation en qualité et quantité - puis, après tests et concertation, émet auprès de la DPL une demande d'approvisionnement semestrielle et globale ; cette même surveillante assure la réception au magasin (deux livraisons annuelles) et se charge d'organiser la distribution dans les services sur deux journées pour chacune des livraisons. Il est intéressant de souligner que cette surveillante répond à la définition de l'acheteur dans la mesure où elle constitue un interface au rôle actif et décisionnel entre les services clients et leur fournisseur, en l'occurrence le gestionnaire DPL.

A Evry, chaque service transmet à la DPL ses demandes d'approvisionnement au gré de ses besoins ; quant au magasin, il gère seul les papiers pour appareils bio-médicaux – accumulant de nombreux types de papier à l'usage incertain.

Deux autres cadres soignants se chargent à Corbeil d'un même rôle, respectivement pour tous les filtres de respirateurs et pour les appareils de mesure du glucose. Ce recours à l'expertise d'un soignant n'existe pas sur Evry.

5.2.2.3 Cas particulier des produits d'imagerie et de laboratoire

Les produits d'imagerie comportent les produits chimiques de radiologie, les films, pochettes, les containers de déchets.

	Gilles de Corbeil + annexes	Louise Michel + annexes
Commande	Gestionnaire DPL « X »	idem
Livraison	Au magasin qui dépalettise et distribue	Directement dans le service avec l'aide d'un magasinier
Gestion du stock	Informatisée, par le magasin	Visuelle, par le service radio

Les produits de laboratoire obéissent à des règles similaires.

5.2.2.4 Des avancées inégales selon les sites

Les dictaphones et lecteurs qui leur sont associés sont d'un usage extrêmement courant dans l'hôpital. Deux agents sont en charge de leur gestion : l'un au titre des acquisitions et des réparations, l'autre au titre de l'achat des consommables. Devant la multiplicité des modèles présents dans l'établissement et les difficultés entraînées à chaque panne, perte ou vol, l'agent en charge des acquisitions et réparations a imposé une harmonisation de ces matériels. Toutefois, en raison d'une plus grande facilité de gestion ressentie par cet agent pour le site d'Evry, où il exerce ses fonctions depuis l'origine, l'harmonisation est pour l'instant limitée à ce site.

Même s'il est certain que cette avancée sera ultérieurement réalisée sur Corbeil, dès que la charge de travail le permettra, la persistance de telles approches « par site » n'est ni rare ni insignifiante. Elle témoigne de l'importance de l'expérience acquise, que ce soit en termes procéduraux ou relationnels et de la nécessité de mesures et d'un délai propices à l'assimilation du processus de fusion.

5.3 DES PROCEDURES INTERNES A LA DPL PREJUDICABLES A LA DYNAMIQUE DE LA FUSION

Parmi les procédures mises en place au lendemain de la fusion, on relève certaines formes de recours à une individualisation des sites qui ne sont ni nécessaires ni souhaitables.

5.3.1 Des « codes produits » redondants

La plupart des articles en stock sont répertoriés sous deux codes produits correspondant pour l'un au produit d'Evry et pour l'autre à celui de Corbeil avec, accolée, la mention (E) ou (C).

Exemple n° 1 :

(code produit + libellé produit + site de consommation)

122903 5 Coca-cola 33 cl (E)

10180 1 Coca-Cola 33 cl (C)

Exemple n° 2 :

299005 3 abaisse-langue bte de 100 (E)

10259 7 abaisse-langue bte de 100 (C)

Exemple n° 3 :

10220 3 boîtier lampe de poche (E)

10610 6 boîtier lampe de poche (C)

Progressivement, cette singularité devrait disparaître à l'instar, par exemple, de l'ensemble des produits lessiviels de cuisine qui relèvent chacun d'un code unique, dépourvu de toute mention de site.

5.3.2 Une information faussement utile

Par ailleurs, chaque compte comporte un code « divers (C) » de même qu'un code « divers (E) » ; ils sont utilisés pour l'achat d'articles éventuellement identiques pour chacun des sites.

Ces deux pratiques pourraient laisser penser que la destination du produit est une indication signifiante. Or, sous cette forme brute, celle-ci est dépourvue d'intérêt (seule l'UF de consommation est une information pertinente et, naturellement, l'outil nécessaire pour d'éventuelles comparaisons de site à site) ; cette classification ne fait d'ailleurs pas, en tant que telle, l'objet d'une exploitation. Il faut signaler, enfin, que la mention (E) ou (C) ne correspond pas à une indication de lieu de livraison : ce renseignement essentiel pour le fournisseur et les magasins est en effet matérialisé en clair sur la commande et sur le bon de

réception transmis par l'acheteur au(x) magasin(s) en vue de la réception prochaine de la marchandise commandée. GEF permet également d'individualiser le lieu de livraison (possibilité de désignation double : magasin principal et/ou magasin secondaire). En fait, cette pratique semble surtout correspondre à la survivance d'un automatisme né dans l'immédiat « après-fusion ».

6 - Une répartition complexe des rôles d'acheteurs

6.1 DES SERVICES CLIENTS CONFRONTES A UN ENTRELAÇS DE PROCEDURES

6.1.1 L'acheteur est différent selon le site considéré

Si la quasi totalité des secteurs a été harmonisée, quelques vestiges des organisations antérieures subsistent néanmoins. Ils correspondent rarement aujourd'hui à une nécessité fonctionnelle, ni même à une décision argumentée. Ils expriment davantage le caractère encore inabouti du processus de fusion. La multiplication des chantiers ouverts et des problèmes à résoudre depuis deux ans explique aisément que certaines réorganisations aient été différées.

Il en est ainsi de quelques secteurs ou articles, parmi lesquels certains articles à usage unique (cf supra) et les produits diététiques. Pour ces derniers, le rôle de la pharmacie est quasi exclusif sur le site de Corbeil, tandis qu'à Evry cette gestion est réalisée au sein de la DPL via une coordination entre les diététiciennes, l'acheteur spécialisé dans les achats relatifs aux cuisines (appartenant au pôle « Marchés – Gestion) et la cuisine ; une participation tout-à-fait mineure à ces achats est par ailleurs dévolue à la pharmacie d'Evry.

Ainsi, alors qu'un gestionnaire du linge à usage unique non stérile a été désigné parmi les personnels de la DPL –donc sur le site d'Evry-, son domaine de compétences sur ce site se trouve en fait réduit en raison de la poursuite de la gestion de ces produits par la pharmacie.

6.1.2 Une même gamme de produits peut être traitée par différents acheteurs

Tel est le cas des fournitures de bureau qui relèvent à la fois de deux comptes et de deux gestionnaires. Ainsi, le compte des achats dits « en stock » (602 811 – engagement 2000 : 1, 03 MF) géré par le responsable du magasin se trouve «concurrencé » par un compte 606 411 (engagement 2000 : 0,71 MF) dont les articles commandés par un gestionnaire de l'équipe centrale présentent des recoupements certains avec le premier compte. Il est vraisemblable que les services clients jouent de cette pluralité de l'offre en matière de fournitures de bureau.

6.2 UNE LOGIQUE D'ORGANISATION DIFFICILE A PERCEVOIR

L'exercice qui consiste à répartir de manière cohérente l'extrême diversité des achats recouvrant la totalité de l'activité hospitalière entre un nombre limité de gestionnaires est délicat. Il suppose l'existence d'un objectif prioritaire, sa satisfaction la plus étendue possible puis...d'inévitables compromis.

L'organisation en vigueur au CHSF n'est peut-être pas pleinement satisfaisante, mais elle est d'un type courant. A l'exception d'un modèle d'organisation dont elle ne s'inspire en rien, qui consiste à regrouper un ensemble de services et à le doter d'un gestionnaire unique pour la quasi totalité de ses besoins, elle emprunte à différentes approches : la recherche d'une spécialisation par secteur d'activité, la recherche d'une spécialisation par type de produits gérés et enfin la spécialisation de type budgétaire. Le tableau ci-après représente la répartition des agents de l'équipe centrale selon ces trois approches.

Les différents gestionnaires y sont représentés par une lettre de l'alphabet marquant leur appartenance à l'un ou l'autre des trois pôles composant les « services économiques » ou à une autre entité de la DPL en charge d'achats (*cf* l'organigramme de la DPL).

Pôle A = « Achats stocks » - Pôle B = « Achats équipements » - Pôle C = « Marchés - Gestion » - Pôle D = magasins - Pôle E = service biomédical – Pôle F : antenne de Corbeil – Pôle G : blanchisserie.

Cette mention est suivie d'un chiffre individualisant l'agent au sein de son pôle, le plus souvent constitué de 4 à 5 agents. Enfin, les attributions qui viennent en ajout au profil majoritaire sont mentionnés en petits caractères italiques.

On constate d'emblée trois faits :

- d'une part, aucun des pôles n'est complètement homogènes et l'intitulé de chacun reflète imparfaitement ses missions réelles ;
- d'autre part, les gestionnaires se répartissent de manière presque équilibrée sur les trois premières colonnes représentant les types d'organisation classiques ;
- enfin, certains acheteurs ne peuvent entrer dans aucun élément du triptyque, aucune forme de spécialisation ne se dessinant comme majoritaire parmi leurs attributions éclectiques ; ils figurent donc dans la quatrième colonne dite « composite ».

Le tableau se lit ainsi (exemple de la première case de gauche : «C2 : cuisines et... ») : l'agent n° 2 du pôle « Marchés – Gestion » est le gestionnaire des achats nécessaires au fonctionnement quotidien, sous tous leurs aspects, des deux cuisines et des deux selfs.

Dominante : par secteur d'activité	Dominante : par type de produit	Dominante : par typologie budgétaire	Composite
C 2 : cuisines et restaurants pour malades et personnel (pdts alim et diét + ustensiles et petits objets à usage unique + lessives cuisine + contrôles sanitaires cuisine)	A 4 : usage unique non stérile (linge et habillement, pour tous les services)	B 1, B 2, B 3 : investissement (+ inventaire + amortissement) + <i>petit matériels et outillages sur comptes d'exploitation</i> + <i>entretien matériels divers</i>	A 2 : achat fournitures de bureau, administratives, de documentation, d'énergie, de petit mat et consommables médicaux, de stérilisation ; consommables, maintenance et réparations de matériels informatiques, etc
E 1, E 2 : biomédical (tous achats + maintenance + réparations)	A 3 : fournitures méd très ciblées (sang, réactifs chim et fourn méd nucl) + <i>petit mat de laboratoire</i>		C 3 : prestations extérieures de toute nature + achat de fournitures imagerie + entretien de tous les photocopieurs
B 4, B 5 : prestations extérieures pour malades (soins, consult et hospit, transports afférents, inhumations, cultes)	D 1 : fournitures de bureau et imprimés		F 1, F 2 : antenne site de Corbeil : divers
A 1 : administration générale (assurances, droits et taxes, subventions, locations, contentieux, etc) + <i>crédit-bail informatique</i> + <i>correspondant GEF</i>	D 3 : papier destiné à la reprographie		C 1 : marchés, réceptions, Noël du perso, missions, publications, alimentation à l'extérieur, autres
G : blanchisserie (habillement + fournitures + lessives pour blanchisserie)	D 2: entretien et ménage (tous produits pour tous les services)		

Ainsi qu'il se dégage du tableau, l'organisation existante ne favorise pas clairement un type d'organisation. Elle ne met pas particulièrement en valeur la dynamique propre aux familles de produits ni même la « logique produit ».

6.2.1 Les familles de produits

Tel est le cas des dispositifs non stériles à usage unique dispersés entre d'un côté un gestionnaire pourtant exclusivement spécialisé sur cette seule famille et de l'autre l'une des deux pharmacies.

On note également qu'un agent spécialisé dans la fourniture du sang, des réactifs et principaux produits immunologiques et chimiques nécessaires au plateau technique, notamment laboratoire, médecine nucléaire, anatomie et cytologie pathologiques n'a pas à connaître des produits destinés à la radiologie, dont le traitement est confié à un agent chargé de secteurs totalement disparates (dont la maintenance des photocopieurs).

6.2.2 La logique produit

Une démarche de « logique produit » signifie la prise en charge d'un produit de l'expression de son besoin à la fin de son utilisation.

Cette approche consiste à faire du gestionnaire l'expert du marché concerné, et à ce titre l'organisateur des tests, le responsable du choix du produit, l'acteur des relations avec les fournisseurs, le gestionnaire de ses consommables, de sa maintenance, des éventuelles réparations et de sa réforme.

L'exemple de la micro informatique (PC, imprimantes, scanner...) fournit une illustration de cette problématique. Ainsi, la fourniture des matériels informatiques de l'hôpital met en jeu le service informatique, extérieur à la DPL, en tant que prescripteur auprès d'un acheteur de la DPL, tandis que consommables et maintenance sont intégralement pris en charge par la DPL, mais par un autre agent que celui ayant procédé à l'achat. Pour être performante, cette organisation requiert une coordination poussée. En pratique, celle-ci est insuffisante et aboutit, entre autres conséquences, à une absence de contrôle des consommables (compte 606 451, (*cf infra*)).

L'entretien de certains matériels de bureau de base est également source de confusion dans la mesure où, par exemple, les traitements des pannes de dictaphones et de fax sont assurés par deux agents appartenant à des services différents (l'un DPL, l'autre hors DPL).

7 - Le fichier produit traduit un certain dévoiement du rôle de l'acheteur

7.1 LA REPARTITION ENTRE PRODUITS EN STOCK ET PRODUITS HORS STOCK

Les termes d' « en stock » et de « hors stock » ne doivent pas être entendus littéralement, en gestion quotidienne.

Plusieurs distinctions sont à faire et pour cela mieux vaut recourir aux termes d' « en stock » et de « hors stock », applicables aux comptes 602, et à ceux d'achats « non stockés » pour les comptes 606.

7.1.1 La gestion « en stock »

« En stock » signifie que le montant des marchandises réceptionnées puis progressivement consommées influe sur la valeur monétaire du stock détenu par l'établissement.

7.1.2 La gestion « hors stock »

Certains produits, dits gérés en « hors stock », également commandés sur des comptes 602, ne contribuent pas à cette valorisation dans la mesure où leur entrée et leur sortie du stock sont concomitantes, donc nulles. Sitôt entrée dans le stock, la marchandise en sort via une imputation sur une UF de consommation. Cette imputation est souvent globale, tournante et à tous égards fictive :

- globale : les fournitures de bureau du compte 602 811 consommées sur l'ensemble du site de Corbeil et ses annexes sont imputées en totalité sur l'unité fonctionnelle du magasin ;
- tournante : les collecteurs d'aiguille du compte 602 283 ont été l'objet, à Evry, d'imputations par rotation sur les différents services concernés ; cette pratique est en voie d'amendement ;

- fictive : outre les raisons mentionnées ci-dessus, ces marchandises dites « hors stock » sont présentes en permanence sur les rayonnages des magasins.

En termes comptables, la part « hors stock » de certains comptes de stock n'est pas négligeable :

- le compte 602 811 (« fournitures de bureau ») correspondant à un engagement de dépenses de 1 029 546 F en 2000 est géré pour 45 % de sa valeur en « hors stock »
- le compte 602 283 (« divers petits matériels médicaux »), correspondant à un engagement de 1 417 555 F, pour 55 %
- le compte 602 284 (« consommables médicaux ») correspondant à une dépense engagée de 1 316 016 F est lui géré en totalité en « hors stock ».

L'obligation comptable de déclaration et de valorisation des flux de stock n'est donc pas remplie.

Sur le plan de la gestion des achats et du suivi des dépenses, ce mode de fonctionnement n'est pas satisfaisant et devrait être limité à un nombre très restreint d'articles. En effet, non seulement l'UF de consommation indiquée n'est pas toujours fiable et le stock disponible inconnu, mais encore ces marchandises sont-elles souvent regroupées sous un code produit global (l'un pour Louise Michel, l'autre pour Gilles de Corbeil) qui en complique notablement le suivi. L'existence de ce code global entraîne de surcroît des erreurs dans la mesure où il impose, à chaque commande, une saisie manuelle du libellé du produit. On aboutit ainsi à ce qu'un même produit soit commandé sous des intitulés divers alors qu'il suffirait « d'appeler » un code produit pour faire instantanément apparaître un libellé validé, dans un esprit de sécurisation des procédures.

A cet égard, il faut noter une initiative positive prise pour la gestion des barquettes de cuisine : bien que gérées en « hors stock » pour leur totalité, chaque modèle dispose désormais d'un code produit spécifique. Cette procédure tend d'ailleurs à progresser. En effet, le code produit individualisé permet de renseigner la fiche produit contenue dans GEF, (numéro de marché, conditions particulières d'achat, fournisseurs) : s'il s'agit d'un travail de saisie lourd au départ, il s'avère rapidement payant, notamment pour la passation des commandes.

7.2 ABSENCE DE STANDARDISATION ET PERSISTANCE D'INCOHERENCES

Les listes des commandes effectuées par compte ou au titre de familles particulières mettent en évidence un éventail très large des produits régulièrement consommés. Ces listes laissent penser qu'il existe des redondances évitables.

Cette situation est observable pour les fournitures générales et consommables de bureau, pour lesquels l'approvisionnement ne semble pas subir de limitations connues en termes de gamme d'articles disponibles (ni de montant ou de volume d'achat). Cet état de fait est sans doute renforcé par l'existence de deux acheteurs distincts agissant sur quatre comptes dédiés aux fournitures de bureau.

Le fichier des « divers matériels médicaux » (602 283) présente des similitudes. On relève par exemple un choix de huit modèles de collecteurs d'aiguille dont cinq sont réservés à Corbeil (de 0, 5 litre à 6 litres) et trois autres à Evry (de 1,5 litre à 7 litres). Il est vraisemblable que les besoins des services ne pâtiraient pas d'une réduction importante de cette gamme, après harmonisation entre les sites et limitation du nombre des fournisseurs (quatre actuellement).

Il en va de même pour les cuvettes à usage unique pourtant destinées aux mêmes services dans chacun des deux sites (urgences, anesthésie et réanimation) et de nombreux autres articles.

7.3 FAIBLESSE DE LA VOLONTE DE RATIONALISATION DES ACHETEURS FACE AUX SERVICES CLIENTS

L'obstacle principal à la standardisation des produits mis à disposition des services réside dans l'attitude relativement effacée d'une partie des gestionnaires de la DPL qui perçoivent trop souvent leur rôle comme celui d'un prestataire de service dénué d'autorité sur l'achat. La « *compétence technique des personnels soignants* », biomédicaux ou autres, est fréquemment mise en avant pour justifier l'attribution à ceux-ci d'un plein pouvoir de désignation des produits et des quantités à commander. Cette attitude ne signifie pas forcément un « désinvestissement » mais davantage une méprise sur les missions propres à

l'acheteur, sur ses capacités d'améliorer le processus d'achat et sa part de responsabilité dans la gestion des services économiques.

Ceci explique que des bons d'approvisionnement puissent être adressés à la DPL avec la seule mention d'un produit nouveau et du nom d'un fournisseur (éventuellement suite à des tests réalisés dans le service dont le gestionnaire n'a pas nécessairement été informé, sauf s'il s'agit d'une opération d'ampleur) et que cette commande soit passée sans autre forme de procédure.

8 - La performance de la gestion reste pour les acheteurs un objectif de second rang

8.1 CERTAINS COMPTES DONNENT LIEU A UN NOMBRE DE COMMANDES TRES ELEVE

8.1.1 Examen au plan global

Si l'on considère par exemple l'ensemble suivant des comptes 606 :

- 606 611 (« petit matériel et outillage médical »)
- 606 311 (« petit matériel et outillage hospitalier »)
- 606 411 (« fournitures de bureau »)
- 606 431 (« imprimés ») et 606 441 (« documentation – communication »)
- 606 451 (« fournitures informatiques de bureau »)
- 606 471 (« étiquettes et imprimés informatiques »)
- 606 821 (« petit matériel technique »)
- 606 851 (« petit matériel et outillage de jardin »)
- 606 861 (« petit matériel et outillage biomédical »),

mettant en jeu huit acheteurs différents, on relève pour 2000 un montant global d'achat de 4.373.116 F TTC, ayant donné lieu à 1178 commandes (soit un montant moyen de 3712 F TTC).

Particulièrement, on note que 51 % des commandes ont été passées pour un montant inférieur à 1500 F TTC et, parmi celles-ci, 29 % correspondent à un montant de moins de 700 F TTC.

8.1.2 Quelques exemples révélateurs

Les commandes de « fournitures de bureau », qui ont représenté en 2000 un montant de 1,619 MF TTC, sont gérées à travers deux comptes :

- compte 602 811, géré par le magasin = 978 806, 77 F TTC
- compte 606 411, géré au niveau de l'équipe centrale = 640 554, 82 F TTC

Le premier de ces comptes a donné lieu à 125 commandes (montant moyen : 7830 F TTC). Le second, qui répond à des demandes spécifiques des services portant sur des produits non présents dans les stocks, s'est éparpillé en 402 commandes (montant moyen : 1593 F TTC). Au total, 527 commandes, soit plus de dix par semaine, ont été passées au titre de ces deux comptes de fournitures de bureau.

Un compte « fournitures de bureau informatiques » correspondant aux disquettes, listings, cartouches, barrettes mémoires, cassettes, CD, claviers, rubans, toner ...(compte 606-451), a représenté pour sa part 150 commandes, pour un montant de 901 678, 62 F TTC (soit une moyenne de 6011 F TTC, avec 3 commandes hebdomadaires).

Le compte « étiquettes » (606 471) qui s'est élevé à 242 071, 07 F TTC a représenté quant à lui 40 commandes (montant moyen : 6051 F).

Au total, toutes les fournitures de bureau cumulées au travers de ces quatre comptes ont donc représenté 717 commandes pour une seule année, soit 13, 7 commandes hebdomadaires d'un montant moyen de 3853 F TTC.

Cette dispersion emporte des conséquences importantes en termes de rentabilité administrative. En effet, chaque commande suppose un processus long et complexe faisant intervenir de nombreux agents, outre les gestionnaires, pour une fraction variable de leur temps de travail qu'il s'agisse pour eux d'une saisie informatique, d'un contrôle, d'une mise en parapheur, d'un visa, d'une signature, de procédures de réception ou de distribution de

matériels. Les agents sollicités dans le processus d'achat dépassent d'ailleurs le cadre de la DPL puisqu'ils incluent le personnel de la direction des finances et celui de la Trésorerie en charge du mandatement.

A cet égard, il faut observer que le volume des 717 commandes annuelles évoqué plus haut au titre des fournitures de bureau se traduit, compte tenu des livraisons fractionnées, par un nombre de liquidations de factures encore supérieur (en l'occurrence, 764). Cette observation se vérifie pour d'autres comptes. Les comptes 602 283 et 602 284 (« divers petit matériel médical » et « consommables médicaux ») qui ont représenté 718 commandes en 2000 ont donné lieu à 755 opérations de liquidations de factures.

8.2 UNE PART IMPORTANTE DES COMMANDES CORRESPOND A DES MONTANTS TRES FAIBLES

L'examen des mêmes comptes de fournitures de bureau donne les résultats suivants :

	Compte 602 811	Compte 606 411	Compte 606 451	Compte 606 471
Montant commandé en 2000	978 806 F	640 554 F	901 678 F	242 071 F
Nb commandes	125	402	150	40
Montant moyen	7830 F	1593 F	6011 F	6051 F
dont montant inf à 1500 F TTC	26	292	53	15
à 700 TTC	8	190	23	8

Les commandes inférieures à 1500 F TTC, exprimées en taux, représentent les proportions suivantes :

- 72 % des commandes du compte 606 411 (« fournitures de bureau »)
- 20 % des commandes du compte 602 811 (« fournitures de bureau ») ; s'agissant de fournitures de base, stockées en magasin, cette proportion semble particulièrement élevée.
- 35 % des commandes du compte 606 451 (« fournitures de bureau informatiques ») dont on peut pourtant penser qu'elle correspondent à des articles régulièrement demandés.

De même pour les commandes inférieures à 700 F TTC :

- 6,4 % des commandes du compte 602 811 (cf supra)
- 15 % des comptes 606 411 et 451 (cf supra)

Les comptes du « divers petit matériel médical » (602 283) et celui des « consommables médicaux » (602 284) se prêtent à un examen similaire.

	Compte 602 283	Compte 602 284
Montant commandé en 2000	1 420 186,37 F	1 046 299,65 F
Nbre de commandes	414	304
Montant moyen d'une cde	3430 F	3441 F
Nbre de commandes inf à 1500 TTC	189 soit 45 %	116 soit 38 %
inf à 700 TTC	118 soit 28 %	soit 15 %

8.3 LE NOMBRE DES FOURNISSEURS AUXQUELS IL EST FAIT APPEL POUR UN MEME SECTEUR, A FORTIORI POUR UN MEME COMPTE, EST PARFOIS TRES ELEVE

- compte 602 811 (fournitures de bureau) : 22 fournisseurs
- compte 606 411 (fournitures de bureau) : 56 fournisseurs
- compte 606 451 (fournitures de bureau informatiques) : 32 fournisseurs
- compte 606 471 (étiquettes) : 15 fournisseurs

Compte tenu des recoupements, il est ainsi fait appel, pour l'ensemble de ces fournitures de bureau, à 96 fournisseurs différents.

De même, le nombre des fournisseurs auprès desquels l'établissement réalise ses achats de petit matériel médical et de consommables bio médicaux appelle l'attention :

- compte 602 283 (« divers petit matériel médical ») : 118 fournisseurs

- compte 602 284 (« consommables biomédicaux ») : 93 fournisseurs

Au total, 155 fournisseurs sont sollicités au titre de ces deux derniers comptes.

Cette dispersion traduit vraisemblablement la nécessité de recourir à des fournisseurs très spécialisés, et éventuellement aussi une démarche d'évitement à l'égard du seuil imposant le recours à une procédure de marché public mais en premier lieu, beaucoup plus sûrement, elle signale l'absence d'harmonisation des matériels et produits, la priorité accordée aux desiderata des services de soins et une absence de prise en compte de toute agrégation.

8.4 LA DEPENSE EST INSUFFISAMMENT CONTROLEE

Certains gestionnaires ont développé des tableaux de bord relatifs à leurs activités, mais tel n'est pas toujours le cas.

Les indicateurs fournis par GEF, par les états mensuels des dépenses engagées émanant de la direction des finances et par le contrôle de gestion ne suffisent pas toujours à déclencher une procédure d'examen de la situation, si un dépassement est constaté.

On peut ainsi relever, ponctuellement, des niveaux de dépenses supérieurs à la progressivité convenue des douzièmes dont la cause n'est pas recherchée dès la première alerte et qui pourront ensuite s'avérer difficilement corrigibles sur le reste de l'exercice.

Au 30-06-2001, les fournitures médicales (comptes 606-6) s'établissent à un taux de consommation de 109 % de la dotation allouée, et les comptes de fournitures de petit matériel médical et médico-technique (602-2) à 121,2 %. Le quasi équilibre de l'ensemble des charges d'exploitation à caractère médical (102,6 %) ne suffit pas à s'exonérer d'un examen des comptes accusant un dépassement.

8.5 LA SATISFACTION RESENTIE PAR LES SERVICES CLIENTS EST DE NIVEAU TRES VARIABLE

Les appréciations sont très diverses. Quand elles sont négatives, elles ont bien davantage trait aux procédures utilisées qu'au résultat final du processus.

L'insuffisante clarté de l'organisation, l'apparente difficulté de trouver le moyen de s'informer sur le rôle exact de chacun des gestionnaires et sur les procédures en vigueur, le recours à des attitudes ou expressions considérées comme encore trop « administratives » de la part des gestionnaires, l'absence de règles connues de tous, l'information aléatoire sur l'état d'avancement des demandes d'approvisionnement, la complexité éprouvée à résoudre des problèmes triviaux, etc, sont au nombre des commentaires entendus. En revanche, la satisfaction finale des besoins exprimés n'est pas ou peu mise en cause.

Partie 3 : Propositions

Une politique d'achat adaptée au contexte particulier de l'établissement doit être promue dans le cadre du projet d'établissement. La fonction achat doit faire l'objet d'aménagements visant à une rationalisation accrue, préalable nécessaire à une gestion dynamique et à des performances mesurables.

9 - La nécessité d'une politique d'achat

Les gains qu'apporte une politique d'achat, en termes de maîtrise des coûts, d'adéquation aux besoins et de qualité nette des prestations ont donné lieu à des recherches poussées dans le secteur privé. En dépit de l'importance de son rôle d'acheteur, le milieu hospitalier a tardé à conduire cette analyse. Elle figure aujourd'hui parmi ses priorités.

9.1 UNE COMPOSANTE FORTE DE LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT

9.1.1 Longtemps tenue pour mineure

Ainsi que le soulignait l'IGAS dans son Rapport pour 1997, la politique d'achat fait encore figure d'absente dans nombre de projets d'établissement. Est-ce le signe d'une difficulté à lui reconnaître une place de fonction structurante à part entière ? Jusqu'à une date récente, la fonction achat était perçue comme l'auxiliaire des autres fonctions, une sorte de fonction ancillaire. Ce statut s'est confirmé avec les restrictions budgétaires qui se sont imposées à la plupart des hôpitaux : la logistique et les approvisionnements sont devenus la variable d'ajustement du budget de l'établissement. Bien à tort, l'affirmation d'une politique d'achat dans ce type de contexte passait pour secondaire ou irréaliste. Un « profil bas » a souvent prévalu.

La persistance des difficultés budgétaires, en même temps que les innovations mises en place par certains hôpitaux, s'inspirant des méthodes d'achat et d'approvisionnement utilisées dans d'autres secteurs économiques tels que l'industrie ou la distribution, ont peu à peu contribué à ce que la fonction achat sorte de l'ombre où elle se maintenait.

Elle dépit de l'intérêt croissant qu'elle suscite, elle reste encore une fonction faiblement investie par les projets et parmi eux le projet d'établissement. Or la stratégie de l'hôpital s'appuie et influe sur la fonction achat-approvisionnement. Aussi bien dans le domaine financier qu'opérationnel, des conditions de travail que de la qualité des soins, la fonction achat-approvisionnement peut jouer un rôle essentiel. D'où l'importance qu'elle atteigne une cohérence, à la fois en soi et en lien avec les autres fonctions.

Le projet d'établissement du CHSF, actuellement dans une phase de relative mise en attente d'une orientation préalable sur sa configuration future (soit un site unique et autre que les deux implantations actuelles, soit un maintien et une rénovation complète des deux principaux sites actuels), avait prévu un volet logistique. Il importe que celui-ci décline explicitement l'achat et l'approvisionnement.

9.1.2 Une fonction qui acquiert une reconnaissance croissante

On observe, dans de nombreux établissements, une évolution des personnels des services d'achat d'un profil essentiellement administratif et juridique vers un profil d'acheteur professionnel.

Ce besoin se fait jour pour de multiples raisons. D'une part la pression budgétaire, pour inégale qu'elle soit, laisse peu d'établissements indemnes. Après s'être traduite parfois par des « coupes-sombres » ou des mesures de colmatage ponctuel, souvent chroniques, elle contraint aujourd'hui les établissements à produire des analyses poussées des méthodes et des résultats de leurs services d'achat.

La profusion des besoins exprimés par les services, la complexité du marché résultant des restructurations affectant les entreprises, et les multiples formes que l'achat peut revêtir, en termes juridiques et financiers, incitent à l'acquisition de compétences spécialisées pour faire face à ces évolutions. Le terme achat devient, à l'instar de fonctions hospitalières considérées plus nobles, associé aux mots de qualité et de performance.

La fonction achat-approvisionnement est en effet totalement transversale, elle naît des besoins de toute la structure, elle l'irrigue en retour dans son entier. D'où son impact sur les autres fonctions exercées dans l'établissement et donc, au final, sur le patient.

9.1.3 Un apport supplémentaire pour un établissement fusionné

Dans le contexte particulier du CHSF dont la fusion est à la fois très récente et encore incertaine quant à la forme définitive qu'elle prendra (site unique ou non), l'intérêt d'une politique d'achat paraît renforcé.

La DPL a mené dans l'urgence, au moment de la fusion, un énorme travail de refonte des attributions et de réforme des procédures qui a permis au nouveau service d'achat d'être opérationnel en un laps de temps extrêmement court. Naturellement, cette phase initiale n'a pas permis une mise à plat complète, ni la définition d'un projet de service porteur d'objectifs et de moyens pour la nouvelle direction.

La DPL conserve donc aujourd'hui un rôle actif à jouer à l'égard de la fusion. A l'instar de la direction du Personnel et de la Qualification qui peut élaborer, en concertation, les moyens d'une harmonisation des conditions de travail entre les différents sites, la DPL a devant elle un chantier qui intéresse tous les agents de l'établissement et requiert une participation de leur part.

La DPL pourrait se fixer le programme suivant :

- parachever l'uniformisation des procédures entre les sites, vis à vis des services clients comme en interne
- s'engager dans une harmonisation et une standardisation des produits qui atténuera graduellement les disparités coûteuses, qu'il s'agisse de coûts directs ou de coûts induits
- s'interroger sur le bien-fondé des pratiques en matière d'approvisionnement et de stockage.

Le développement de cette nouvelle phase d'avancées devrait se fonder en bonne part sur une synergie entre les services clients et la DPL, sur la base d'une relation «clients - fournisseur interne ». De cette démarche émanera une dynamique de reconnaissance mutuelle des différents métiers, d'échanges d'informations et d'expertise, et un enrichissement des attributions de chacun propices à la résolution de la plupart des dysfonctionnements.

La participation à des instances ou des projets transversaux liés aux achats, à chaque fois qu'elle est mise en place, est toujours perçue comme féconde en termes de déclouonnement des fonctions et services. Il conviendra de la développer.

9.2 LA PERSPECTIVE DE LA DEMARCHE D'ACCREDITATION

Le *Manuel de l'Accréditation* de l'ANAES, en date de février 1999, donne pour les fonctions d'achat, d'approvisionnement et de logistique les prescriptions suivantes.

« *Les fonctions logistiques permettent la continuité des prestations fournies au patient* » (...) « *L'organisation des fonctions d'approvisionnement* » (...) est l'une des « *fonctions logistiques principales* ».

Référence n°1 : « *L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins de son activité* :

- *les besoins sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif,*
- *les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat,*
- *les secteurs d'activité sont approvisionnés à périodicité définie*
- *une procédure d'approvisionnement en urgence est en place* ».

« *Les procédures d'achat concernent les approvisionnements en consommables aussi bien que les équipements* »

Ces prescriptions peuvent être résumées ainsi :

- il existe un impact des fonctions logistiques sur la prestation délivrée au patient,
- l'adéquation des fournitures aux besoins est obtenue via l'évaluation et l'association des utilisateurs.

A l'heure actuelle, il ne semble pas qu'un processus d'achat en vigueur à la DPL, pris dans son intégralité, puisse satisfaire au niveau d'exigence fixé en termes d'évaluation et d'association des utilisateurs. En revanche, des ébauches solides de cette démarche existent, se mettent en place ou sont souhaitées par certains acheteurs, faisant ainsi que le traitement de tel segment d'une procédure, ou de telle famille de produits, s'inspire de cette approche.

Il importe donc d'engager une réflexion d'ensemble sur l'adaptation des procédures à ces recommandations et d'en établir le plan de travail correspondant. La demande du CHSF visant à une visite des experts de l'ANAES au second semestre 2004 a été acceptée par cette dernière.

9.3 PREPARER L'HOPITAL AUX EVOLUTIONS ECONOMIQUES ET JURIDIQUES

L'accès à Internet s'est généralisé, les systèmes d'information en réseau se sont multipliés. La relation entreprise-client se transforme progressivement.

9.3.1 L'évaluation des fournisseurs

L'évaluation des fournisseurs est désormais définie par la norme NF X50-128 comme étant un examen systématique pour déterminer dans quelle mesure le fournisseur est capable à un instant donné de satisfaire aux exigences spécifiées. L'évaluation des performances des fournisseurs (externes en premier lieu mais aussi internes) doit donc devenir un outil décisionnel pour l'acheteur, dans la mesure où elle permet de peser objectivement sur le fournisseur et à ce dernier d'améliorer la prestation.

Dans un avenir proche, la capacité à détecter des fournisseurs offrant le service recherché au meilleur prix et avec les meilleures garanties sera un atout primordial de la gestion des établissements, compte tenu du milieu très mobile, parfois instable, que constituent les entreprises et compte tenu de la diversité croissante de la formulation des offres.

La complexité des marchés sera appréhendée à travers des approches de type benchmarking dans lesquelles la pratique de l'évaluation et la mise en réseau de l'expertise sera essentielle pour permettre à nombre d'établissements de maintenir leurs achats à un niveau de performance satisfaisant.

9.3.2 Des offres de prestations hautement diversifiées et personnalisées

Alors que la contractualisation interne née de la loi du 31-07-1991, renforcée par l'ordonnance 96-346 du 24-04-1996 ne s'est pas encore traduite dans tous les établissements par la mise en place des budgets de service, on a en revanche observé ces dernières années, de la part du secteur commercial et industriel gravitant autour de l'hôpital, une adaptation des prestations offertes à cette forme d'organisation nouvelle des hôpitaux.

En l'espèce, la réactivité et la capacité d'innovation des entreprises s'avère remarquable. Ainsi, un nombre croissant d'entreprises proposent désormais aux hôpitaux des prestations comportant, via de très simples transactions sur Internet, à la fois un accès direct de chaque service à l'achat de fournitures médicales et hôtelières auprès de leurs plates-formes logistiques et une livraison directe sous 24 ou 48 heures. Ce type de prestations contractuelles permet à l'hôpital de choisir avec une grande sophistication les modalités de la délégation qu'il consent aux services de l'hôpital pour commander auprès du fournisseur, en même temps que les modalités d'encadrement et de contrôle qu'il conserve sur ces commandes au niveau des services économiques centraux. Les fournisseurs se prêtent avec souplesse aux demandes de configuration les plus personnalisées (pour le catalogue des produits mis à disposition des services, pour le suivi des dépenses au niveau central comme au niveau des services, pour le destinataire et la périodicité de la facturation, etc).

D'autres offres de prestations se font jour : achats en ligne, entreprises proposant des services d'interface entre l'hôpital et ses différents fournisseurs, etc. L'intérêt de ces offres devra pouvoir être évalué sans délai.

Il est vraisemblable que des centrales d'achat public spécialisées viendront en parallèle fournir aux établissements les moyens d'acquérir à meilleur prix des matériels et produits standardisés, à l'instar de ce qui se fait dans les cliniques privées où cette logique a été menée à une échelle incomparable avec le secteur hospitalier public.

10 - Une politique d'achat adaptée au CHSF

Une politique d'achat adaptée est celle qui reflète le projet d'établissement, en conciliant au mieux les moyens financiers, humains et organisationnels.

10.1 NECESSITE D'UNE PROGRESSION PAR ETAPES

Le CHSF est une entité très récemment créée. Il n'est pas doté à l'heure actuelle d'une réelle structure d'analyse de gestion, ni en mesure d'instaurer les budgets de service et la

contractualisation qui les fonde. D'éventuelles perspectives de décentralisation de tout ou partie des achats est donc prématurée.

Compte tenu par ailleurs de la complexité qu'a apportée la fusion aux procédures d'achat et d'approvisionnement, une association immédiate des services utilisateurs à l'amélioration des méthodes de gestion ne paraît pas la voie la plus opératoire.

10.1.1 Une fonction achat à recentrer

La fonction achat est actuellement gérée de façon peu homogène et, à l'instar de nombreux établissements, de façon dispersée. Aujourd'hui, les procédures et les objectifs peuvent différer selon les gestionnaires et tant la décision d'achat que la maîtrise de l'ensemble du processus échappent dans certains cas à la DPL.

Dans ce contexte, la phase première d'un plan d'amélioration global de la fonction achat doit se concentrer au niveau de la DPL. Son encadrement, secondé des proches collaborateurs, doit sélectionner les dysfonctionnements relevant de la seule compétence de la DPL et traiter ceux-ci en priorité, dans le cadre d'une coordination poussée entre les gestionnaires et les quelques services extérieurs qui y sont associés. C'est le passage par cette phase de rationalisation initiale qui rendra plus constructive, dans un second temps, une ouverture de la direction aux échanges avec la sphère extérieure que représentent les services-clients et les fournisseurs.

10.1.2 A la faveur du recrutement d'un cadre intermédiaire

L'arrivée d'un chef de bureau en novembre 2001 sera un élément déterminant pour la réussite et, d'abord, pour la simple faisabilité de cette étape. Son profil de poste a été prioritairement défini comme celui d'un encadrant, d'un coordonateur et d'un animateur des services économiques : il sera donc à même de jouer un rôle moteur dans la conduite de la réflexion et de l'action interne à la DPL. Cet agent extérieur à la structure du CHSF apportera un regard neuf sur les procédures en vigueur.

10.2 CHOIX DES OBJECTIFS

Le choix des objectifs doit être réaliste au regard des moyens dont dispose l'établissement et porteur d'avancées perceptibles par l'ensemble des agents.

Les objectifs retenus devront susciter l'adhésion des personnels de la DPL car ce sont eux qui auront à charge de les développer au quotidien.

Un travail d'explication doit donc être réalisé auprès de l'ensemble de ces agents pour qu'ils mesurent l'obligation qui est faite à tous les personnels de l'hôpital de s'adapter en permanence afin d'améliorer les prestations. Cette obligation vaut pour les soignants comme pour les non soignants. L'ANAES en a fait le fil conducteur de la démarche l'accréditation au seuil de laquelle le CHSF se trouve aujourd'hui.

Au terme de deux années d'un fonctionnement marqué par de grandes mutations et d'innombrables ajustements à une situation qui n'avait pu être préparée, on peut penser qu'il semblera opportun aux gestionnaires de la DPL de dresser un premier bilan :

- évaluer la fonction achat ;

Puis, compte tenu de l'exposé qui précède, les objectifs suivants sembleraient pertinents :

- adopter des principes de rationalisation du processus d'achat ;
- s'inscrire dans une dynamique de performance ;
- adapter l'organisation.

11 - DES OBJECTIFS GRADUES

Les progrès à accomplir en vue d'une amélioration des processus et des résultats, démarche qui sera également un prélude obligatoire à la démarche d'accréditation, requièrent un phasage.

11.1 EVALUER LA FONCTION ACHAT

L'état des lieux présenté dans ce document n'avait pas pour objectif l'exhaustivité. Il ne traite pas en profondeur de la relation externe avec les fournisseurs ni de celle, interne, avec les services clients. Les procédures de marchés publics de même que certains secteurs d'achat ont été volontairement maintenus en périphérie de l'étude : les travaux, les médicaments et dispositifs médicaux, les fournitures spécialisées du plateau technique, dans une moindre mesure les équipements, etc.

Il est donc indispensable de procéder à d'autres investigations ciblées. On peut en proposer quelques unes.

11.1.1 L'analyse au regard de l'effet volume

Il est utile de faire une distinction entre produits coûteux et produits non coûteux. Selon le principe défini par l'économiste Pareto, 20 % des produits représentent 80 % de la valeur des achats. Dans ces conditions, toute mesure corrective apportée au processus d'achat de tels produits verra ces effets démultipliés. Tel pourrait être le cas des réactifs de laboratoire, dont les montants, en soi très élevés, évoluent de manière préoccupante : de 11,6 MF en 1999 à un « trend » de 15,6 MF pour 2001.

11.1.2 La mise à plat du processus d'achat

Ce processus se décline, selon les produits, les gestionnaires et les sites, en un certain nombre de variantes. Il présente des atouts et des lacunes qui doivent être connus et évalués. A cette fin, il serait instructif que quelques acheteurs renseignent un questionnaire, en forme de grille ou d'arborescence, afin de décrire leur intervention dans différents processus d'achat auxquels ils participent. Cette approche analytique est utile pour évaluer des informations de nature diverse :

- les délais

- les intervenants (combien d'entre eux sur un processus ? participation formelle ou informelle ? erreur sur le participant ? etc)
- la diffusion de l'information (les retours d'information nécessaires existent-ils ? sous quelle forme ? etc)
- le respect des procédures (des visa sont-ils prévus ? présents ? l'ordonnateur est-il fondé à engager sa signature ? etc)
- la cohérence de la segmentation (redondances ? étape défailante ou tronquée ? etc).

L'examen de ce type de diagramme permet un premier diagnostic sur la « dominante » du processus : coopératif, administratif, éclaté, protocolisé, etc...et met en évidence les maillons faibles du processus.

Il serait particulièrement utile de réaliser cette analyse avec une optique « famille de produits », c'est-à-dire en regroupant la mise à plat puis la comparaison de processus relatifs à des produits proches, mais pouvant relever de comptes différents et vraisemblablement aussi de gestionnaires différents.

Un autre angle d'analyse vraisemblablement fructueux serait celui de la « logique produit » impliquant la mise à plat, en parallèle, des procédures propres à l'achat d'un matériel, de ses consommables, de sa maintenance, de ses réparations, à sa réforme et à son remplacement.

11.1.3 La création de tableaux de synthèse

Les constats relatifs au nombre annuel des commandes, à leurs montants, au nombre des fournisseurs de chaque compte, cités *supra* (8.1, 8.2, 8.3), ont été fournis par le biais de requêtes GEF. Il serait opportun de sélectionner un petit nombre de requêtes de ce type et de les effectuer pour chaque compte ou ensemble de comptes, non que des comparaisons doivent être établies entre eux (la variété des produits et des besoins ne le permet pas), mais afin de porter à la connaissance de chacun des gestionnaires des données synthétiques de leur activité qui méritent d'être évaluées par eux.

11.1.4 La participation des services clients

L'enquête de satisfaction est un mode d'information et de coopération utile. Elle ne paraît toutefois pas primordiale au stade actuel. En revanche, dès lors que l'effort de mise à plat et de clarification d'un certain nombre de procédures aura été engagé et que les objectifs fixés à la fonction achat auront été définis, les services-clients seront appelés à apporter leur plus-value aux modifications en cours.

11.2 SOUSCRIRE A DES REGLES DE RATIONALISATION DE L'ACHAT

11.2.1 Agréger la demande

La morcellement de la commande est générateur de contre-productivité administrative, car il secrète des processus répétitifs, qui surchargent inutilement le travail de chacun et accroissent le taux incompressible des dysfonctionnements. Il est donc profitable de regrouper les demandes d'approvisionnement concernant un même fournisseur, ou encore une même famille de produits, en définissant pour cette recherche d'agrégation le cadre approprié, que ce soit en termes de délais (une seule commande par quinzaine ou par mois, etc), de montants (pas de commande avant d'avoir atteint tel seuil monétaire) ou autre.

L'agrégation de la commande recouvre plusieurs aspects et suppose des démarches variées.

11.2.1.1 Procéder à un toilettage des fichiers « produits en stock » et « produits non stockés »

Il est nécessaire de procéder à l'examen comparatif de deux listings : celui des achats en stock (comptes 602) et celui des achats non stockés (comptes 606, en pratique produits commandés au fil des demandes des services) afin d'y déceler ceux des produits dont le volume et la fréquence des commandes justifieraient qu'ils migrent d'une catégorie à l'autre.

On constate en effet que des produits initialement fournis à un seul ou très peu de services, donc non stockés et commandés au gré des demandes d'approvisionnement de ces services, voient parfois leur utilisation se généraliser. En maintenant ces produits dans la catégorie des achats non stockés on s'expose donc à des commandes incessantes, de faibles montants, d'un coût élevé en termes organisationnels (la chaîne va de la commande à la distribution, via maintes étapes).

11.2.1.2 Stabiliser les procédures de commande des produits non stockés

A partir d'états recensant la consommation annuelle de produits non stockés par chaque unité fonctionnelle, il est possible de dresser une liste de produits dont la demande est régulière au fil de l'année.

Certains de ces produits pourront dès lors être gérés en stock (*cf supra* 11.2.1.1.). En revanche, d'autres, pour des raisons essentiellement liées à la capacité des magasins resteront gérés en qualité d'achats non stockés, mais selon des modalités nouvelles.

Ainsi, afin de lisser et de rationaliser les opérations de commande de ces fournitures, chaque service pourrait devenir, à échéance régulière et espacée, destinataire de cette liste (à l'instar de ce qui est fait pour les produits en stock) afin d'y formuler ses demandes d'approvisionnement. Deux formules sont possibles : soit une liste des achats non stockés nettement individualisée par service et en conséquence relativement exhaustive –n'excluant guère que le strict imprévisible-, soit une liste valable pour tous les services mais nécessairement limitée aux articles intéressant le plus grand nombre d'entre eux. Les services seraient ainsi invités, à échéance fixe, à prévoir leurs besoins pour une période définie (pour un an, par exemple, au Centre hospitalier de Neuilly – Courbevoie, avec une demande de confirmation ou de modification motivée au bout de six mois).

11.2.2 Harmoniser, standardiser les fournitures

L'essentiel de ce travail relève d'une concertation entre gestionnaires de la DPL et les services de soins et supposera de la part de tous ceux-ci une participation à des groupes de travail ad hoc. Déjà, cependant, la faible consommation de certains produits devrait inciter leur gestionnaire à se rapprocher du service utilisateur afin de lui proposer de tester le

produit courant en vue, si possible, de s'aligner sur les autres services. Dans de nombreux cas, un avis de l'infirmière hygiéniste ou du CLIN pourrait guider les gestionnaires dans leur appréciation de ces problèmes.

11.2.2.1 Fournitures « hôtelières » et de bureau

Une première phase de standardisation peut être réalisée sur des produits tels que les fournitures de bureau et encore certains produits d'entretien. A cet égard, le seul rapprochement des listes de produits de même nature, mais figurant soit dans des comptes de stock soit dans des comptes d'achats non stockés, pourra faire apparaître des doublons à arbitrer.

11.2.2.2 Consommables bureautiques et biomédicaux

Une part importante de cette standardisation relève d'une concertation avec les services informatiques ou biomédical en raison des implications des choix de matériels sur les consommables associés.

Quelques comptes de familles de produits (exemple : « fournitures informatiques de bureau »), dont l'intitulé précisément délimité dénote pourtant une intention de suivi et de contrôle réel, hébergent un éventail de fournitures de même nature qui témoigne d'une croissance non maîtrisée.

11.2.3 Rationaliser et uniformiser les procédures

La configuration particulière de cet établissement multi-sites et récemment fusionné n'est pas sans poser des limites à cette démarche. De fait, une harmonisation raisonnée reste dans certains cas la meilleure, voire la seule option qui vaille, quand bien même l'uniformisation serait tentante.

En pratique, les contacts entre les gestionnaires situés à la DPL, en grande partie regroupée sur un périmètre restreint du site d'Evry, rendent effective une coordination quotidienne.

Celle-ci permet, de manière informelle, la résolution de maints problèmes et débouche occasionnellement sur des procédures plus homogènes.

Afin d'étendre cette démarche, d'en enrichir son contenu, il serait souhaitable qu'une instance spécifique se réunisse sur ce thème, autour du futur chef de bureau, afin notamment que les gestionnaires les plus éloignés puissent participer à cette recherche d'uniformisation (notamment les trois gestionnaires appartenant aux magasins, respectivement chargés des fournitures de bureau, des produits d'entretien et de la reprographie) et que les « référents » en charge de certains secteurs d'achat spécialisés (informatique, biomédical) y soient associés.

11.2.3.1 Protocoliser

Les procédures les plus sensibles et les plus complexes gagneraient par ailleurs à faire l'objet d'une protocolisation systématique.

L'analyse des données fournies par l'étude de « mise à plat du processus d'achat » (*cf supra*, 11.1.2.) constituera le travail de base de cette instance qui devra, en sous-groupes, traiter de l'achat, de l'approvisionnement et de la maintenance.

11.2.4 Gérer le fichier des fournisseurs

La « gestion des fournisseurs » englobe des aspects différents : à la fois la gestion des relations avec les fournisseurs de l'établissement, mais également la gestion du marché de l'offre des fournisseurs, c'est-à-dire une forme de veille concurrentielle sur les entreprises. Seul le premier aspect est envisagé ci-après.

11.2.4.1. Eventail des fournisseurs du CHSF et conditions d'achat

A l'heure actuelle, le nombre des fournisseurs de l'établissement paraît important à la fois au plan global et au regard particulier de certains comptes (*cf supra*, 8.3.). Outre que cet état de fait demanderait à être examiné de manière plus précise, il suscite en toute hypothèse le besoin d'une première étude portant sur les fournisseurs inactifs ou de faible montant. Cette

analyse, facile à conduire grâce à GEF, permettrait de s'interroger sur la présence dans les fichiers de fournisseurs auxquels il n'est rien commandé, de réfléchir aux modalités d'agrégation de la demande et de gestion des petites commandes. Cette étude demanderait à être effectuée à travers le prisme des familles de produits. Il pourrait également être intéressant d'apprécier quelles corrélations peuvent être établies entre l'éventail des fournisseurs sur un produit donné et le(s) prix obtenu(s) par le CHSF sur ce produit.

Parallèlement, la règle des 20/80 pourrait également inspirer une étude spécifique des fournisseurs auprès desquels les montants les plus importants sont acquittés, en vue d'améliorer les conditions obtenues lors de négociations ultérieures. Une analyse portant sur les produits stratégiques ou encore produits dits sensibles (fournitures d'imagerie médicale, par exemple) pourrait s'avérer un complément utile.

11.2.4.2. Evaluation des prestations

Les fournisseurs doivent désormais faire l'objet d'une évaluation qui se mettra en place graduellement. Celle-ci comportera une participation de tous les gestionnaires ainsi que des services de soins.

A titre de première étape, il serait souhaitable que les magasins et tout autre agent ou entité en charge de réceptionner des marchandises signalent dans un répertoire unique et mis en réseau les dysfonctionnements constatés à l'ouverture des colis et palettes : quantités manquantes, erreurs sur la marchandise, substitution non négociée d'un produit par un autre, dégâts, conditionnement autre que celui demandé, dépassement des délais agréés, etc. Ces problèmes quotidiens sont essentiellement gérés par les magasins qui traitent chacun environ 350 réceptions mensuelles de marchandises. Les informations relatives à ces dysfonctionnements seraient ainsi plus systématiquement portées à la connaissance des acheteurs -qui de leur côté renseigneraient les dysfonctionnements liés à la facturation- et à terme susceptibles d'influer sur la décision de choisir telle ou telle entreprise.

Le fichier des fournisseurs, tel qu'il est conçu dans l'applicatif GEF, permet de compléter la saisie des informations administratives et comptables relatives à chaque entreprise par quelques lignes de commentaires. Dans l'hypothèse où cet espace de saisie ne pourrait être aménagé afin de recevoir la quantité nécessaire d'informations, il conviendrait alors que cet

espace mentionne l'existence, pour l'entreprise considérée, d'une fiche d'observations renseignée, et que celle-ci soit facilement accessible sur un outil en réseau.

Par ailleurs, des liens entre la cellule des marchés et l'ensemble des acheteurs pourraient se formaliser, à terme, afin d'associer plus étroitement le premier à l'évaluation des fournisseurs, au titre de l'exécution des marchés.

11.2.5 Gérer les stocks

11.2.5.1 La rénovation des magasins

Un projet de réorganisation du magasin de Corbeil est en bonne voie : il comporte une rénovation des locaux, au caractère urgent et primordial (accès des livraisons, traction et maniabilité des marchandises, rangements), et sera l'occasion d'une remise en question de l'ensemble des procédures et méthodes de travail des magasins, dans le cadre d'un projet de service. Cette réorganisation sera suivie par celle du magasin du site d'Evry.

11.2.5.2 Connaître les stocks

L'appréciation du niveau des stocks est, par tradition, souvent visuelle. Chaque magasin gère de l'ordre de 300 à 350 références de produits. Le recours à GEF n'est pas encore systématique, qu'il s'agisse d'évaluer les stocks ponctuellement ou de dresser des inventaires. Les ruptures de stock constatées ne font pas l'objet de traces particulières et leur analyse reste empirique. Le projet de service pourrait traiter prioritairement des améliorations à apporter à ces deux procédures.

11.2.5.3 S'interroger sur le « stock à 30 jours »

En moyenne, les stocks visent 30 jours, quelle que soit la valeur des produits stockés et alors même que les délais de réapprovisionnement se situent parfois autour de 72 heures, voire 48 heures. Les magasins justifient l'importance de ces stocks par la difficulté à anticiper

la demande des services, par le risque d'une carence des fournisseurs liée au fait qu'ils fonctionnent en flux tendus, voire par la crainte d'imprévisibles grèves des transporteurs.

Pourtant, si l'on pose comme principe que la gestion des approvisionnements a pour objectif de déterminer quand et combien commander pour obtenir le coût global le moins élevé sur une marchandise tout en maintenant une sécurité estimée suffisante, on peut penser qu'une discrimination est possible en fonction à la fois des produits et des fournisseurs.

C'est à ce titre également que l'évaluation des fournisseurs prend tout son intérêt (*cf supra* 10.2.4.2.). Une information fiable, actualisée, sur les capacités et les pratiques effectives des fournisseurs -ou d'une sélection d'entre eux- en matière de livraison doit être partagée entre les différents participants au processus d'achat. Elle devrait permettre un affinement des stocks de sécurité en fonction des produits. Cette approche est bien entendu pratiquée, mais il lui manque le caractère rationnel et formalisé qui résulterait d'une interrogation sur la pertinence d'une généralisation du stock à 30 jours.

Certains principes de gestion doivent être mutuellement confrontés. D'un côté l'agrégation de la commande, de l'autre le principe selon lequel les produits coûteux sont à commander fréquemment, leur coût d'acquisition étant inférieur au coût de détention, tandis que les fournitures peu coûteuses peuvent faire l'objet de commandes espacées, leur coût de détention étant inférieur au coût d'acquisition. Ces interrogations requièrent d'être précisément ciblées et supposent une coopération incluant les services utilisateurs, notamment pour définir les articles dont l'approvisionnement est un élément sensible de la chaîne des soins.

11.2.5.4 Le surstockage

En magasin, il se justifie par la tentative d'obtenir une réduction significative auprès des fournisseurs, via des regroupements de commandes ou de livraisons. En effet, le fournisseur a intérêt à faire porter à l'acheteur les coûts de détention et de gestion des stocks.

Les services de soins connaissent aussi parfois le surstockage, par réflexe de précaution, par manque de compréhension ou de confiance dans les procédures d'achat et de gestion des stocks en magasin. Il serait intéressant que cet aspect, non étudié ici, fasse ultérieurement l'objet d'une demande d'informations auprès des services. Afin de résoudre

ce problème, on peut signaler une initiative radicale mise en œuvre à l'hôpital de Neuilly-Courbevoie : une vérification des stocks de chaque service est réalisée par visite inopinée d'un membre de l'équipe du magasin (environ toutes les trois ou quatre semaines, à un jour et une heure différents). Cette procédure a été mise en place au terme d'un travail de réduction draconienne des produits référencés, qu'ils soient tenus ou non en stock au magasin (ces derniers doivent également être l'objet de commandes planifiées de la part des services, sauf imprévisibilité réelle).

11.3 S'INSCRIRE DANS UNE DYNAMIQUE DE PERFORMANCE

11.3.1 Valoriser le rôle des gestionnaires d'achat

Les personnels de la DPL viennent de traverser une fusion, c'est-à-dire une période marquée par les changements et les incertitudes en même temps que par un surcroît de travail. Il est aujourd'hui souhaitable que le sens de leur action et de leur contribution à l'évolution du CHSF soit clairement dessiné et mis en valeur à hauteur de ce qu'il représente en réalité. En effet, les personnels qui ne sont pas des acteurs directs des soins perçoivent souvent leur rôle comme de moindre intérêt. Il importe de démontrer que tel n'est pas le cas.

Il est donc essentiel que la politique d'achat définie par l'établissement et les objectifs qu'elle comporte soient précisément connus d'eux et qu'ils apprécient pleinement la responsabilité particulière qu'ils ont à y jouer.

Ainsi qu'il a été vu plus haut, l'uniformisation ou l'harmonisation des procédures constituera une première initiative visant à refermer la période de transition qui a mené plusieurs établissements à se fondre en une nouvelle entité. Grâce aux résultats de la phase d'évaluation ciblée qui sera réalisée au sein de chacun des pôles de gestion, des travaux importants pourront être programmés :

- rationalisation des pratiques d'achat et d'approvisionnement,
- toilettage des références de produits, des comptes entre eux, des modes de gestion en stock ou hors stock.

Ces travaux représenteront une base sur laquelle fonder une gestion dynamique et performante.

L'arrivée toute prochaine d'un chef de bureau en charge de l'encadrement, de la coordination et de l'animation des services économiques sera un élément déterminant de la motivation des agents pour modifier, rendre plus efficaces et plus coopératives leurs méthodes de travail. Il reviendra au directeur et à son adjointe de tracer les grandes lignes du programme que ce cadre aura à mettre en œuvre avec l'ensemble des gestionnaires.

11.3.1.1 Contrôle et action

Les importantes ressources du logiciel GEF devront être évaluées. Très rapidement, le rôle de GEF en tant qu'outil de pilotage des services économiques sera renforcé. Il fournira les indicateurs nécessaires à la constitution de tableaux de bord. Ceux-ci seront tantôt à visée stratégique, et destinés à l'encadrement de la direction qui y trouvera des marges de manoeuvre, tantôt des instruments d'aide à la décision pour les gestionnaires, donc synthétiques, orientés vers le court terme et précisément utiles à établir un positionnement en temps réel par rapport à des objectifs quantitatifs ou qualitatifs.

Parmi les premiers indicateurs à concevoir, figureraient par exemple celui des incidents à la livraison ou à la facturation (évolution en nombre), celui des délais de livraison d'un certain nombre de produits sensibles, celui des ratios de rotation de certains stocks, celui du nombre mensuel de commandes par familles de produits, etc. C'est à partir des résultats de l'évaluation faite sur les procédures de chaque pôle, des dysfonctionnements signalés par les services de soins ou des contraintes particulières liées à certains produits que la sélection des indicateurs profitables à la gestion sera affinée.

Un indicateur est un moyen d'action sous réserve, bien sûr, qu'il prévoie précisément les actions correctives à déclencher (s'informer, modifier, alerter, stopper, prévoir, etc) en fonction des données qu'il indique.

11.3.1.2 Développer la capacité d'utilisation des ressources de la DPL

Les besoins en formation devront être évalués, notamment ceux du chef du bureau qui devra être apte, avec au minimum un autre agent de la direction, à procéder aux requêtes sur Infocentre.

11.3.1.3 Mettre en réseau services clients et fournisseurs internes

Dans une phase ultérieure, l'extension de GEF aux services de soins pourra être envisagée. Cette option présenterait plusieurs avantages : mise en ligne du catalogue personnalisé de tous les produits en stock ou hors stock régulièrement commandés par chaque service -et éventuellement le catalogue général-, suppression des bons d'approvisionnement au profit de la demande en ligne, accès automatique au gestionnaire compétent, suivi de l'état d'avancement de la demande d'approvisionnement (commande passée ou non, livraison en instance, différée ou faite, distribution en instance, etc). L'enjeu de cette extension de GEF est d'amener les services clients à une rationalisation de leurs relations avec les gestionnaires et de les insérer dans une dynamique de maîtrise de leurs consommations.

Le passage à cette procédure informatisée, s'il est envisagé, supposera naturellement une phase test réalisée avec des services volontaires pendant laquelle la question relative aux habilitations devra être précisément résolue.

11.3.2 Créer des synergies avec les services experts

Si l'on exclut de cette catégorie le service biomédical au motif de son appartenance à la DPL et eu égard aux relations relativement formalisées qu'il entretient avec les gestionnaires des services économiques, le principal service expert qui coopère étroitement avec ces services est le service informatique.

En dépit d'efforts mutuels, la collaboration reste perfectible. En effet, le service informatique et les services économiques ont ponctuellement des relations qui semblent mettre en

évidence une dichotomie proche de celle que l'on discerne parfois entre services clients et gestionnaires de la DPL..

Il est aujourd'hui souhaitable que les services informatiques et les agents des services économiques s'engagent sur une « charte » comportant une protocolisation des procédures, un principe d'information et de dialogue mutuel et des objectifs de gestion partagés. Il serait opportun que cette initiative soit lancée au niveau de l'encadrement de chacune des deux entités à partir de propositions précises de la DPL, dont la mise en place serait confiée, après validation, à deux référents attirés (pour les services économiques, ce devrait être le futur chef de bureau).

11.3.3 Associer les services clients au processus d'achat

Cette perspective peut représenter une légère crainte pour certains personnels qui soit estiment n'avoir que peu à apporter aux services de soins, soit redoutent que ceux-ci s'approprient leurs compétences sans contrepartie possible à leur bénéfice, compte tenu de l'image de technicité intimidante que véhicule le monde soignant. D'autres gestionnaires de la DPL voient en revanche le profit mutuel que les différents personnels trouveraient à communiquer sur les approvisionnements, leur prévision, leur évaluation, à réduire ainsi l'asymétrie d'information. Ces derniers ont bien compris que l'acte d'achat est plus efficient quand il est enrichi de l'expertise des utilisateurs.

Les mondes a priori distants que sont celui des soins et celui des services économiques ont en effet en commun de concourir à la bonne marche d'une même structure, l'hôpital. Les compétences qu'ils peuvent mettre en commun sont un plus pour la gestion de l'hôpital, pour son économie globale, financière et humaine.

11.3.3.1 La formalisation des relations entre services-clients et DPL

Cette coopération peut s'analyser sous l'angle contractuel qui est intrinsèque à l'approche par processus. Familière du monde industriel, cette approche postule l'obtention d'une valeur ajoutée à chacune des phases d'une succession d'activités. On peut la transposer à la relation interne qui relie les services de soins, les acheteurs, les distributeurs, les

responsables de la maintenance. Une relation « client - fournisseur interne » s'instaure en cascade.

Cette concertation entre services clients et gestionnaires de la DPL existe déjà dans beaucoup de cas. Il conviendra cependant de la généraliser et de la formaliser dans un futur relativement proche (à échéance d'un an si possible), dès lors que la phase initiale, interne à la DPL, de révision des procédures et de programmation des priorités aura été menée à bien. C'est à ce prix que des bénéfices seront recueillis de manière uniforme et avec un effet d'entraînement durable. La forme à donner à ces instances doit être légère (réunion autour de quelques cadres de santé volontaires et des gestionnaires concernés de la DPL), adaptée à la famille de produits ou au segment du processus étudié (présence selon les cas de l'infirmière hygiéniste, d'un membre du CLIN, du responsable du magasin, du médecin du travail, etc) et très cadrée dans ses objectifs et dans sa durée. Pour éviter l'écueil de commissions et sous-commissions trop nombreuses et progressivement inopérantes, la sélection des produits ou d'aspects de la procédure à analyser devra être rigoureuse.

11.3.3.2 L'apport des services clients à la gestion

La coopération entre services clients et gestionnaires de la DPL doit s'instaurer prioritairement sur les opérations clés afférentes aux produits et aux procédures :

- la connaissance du marché (informations relatives aux produits nouveaux et aux fournisseurs, organisation de tests encadrés par la DPL, etc)
- la définition du besoin aux plans quantitatif et qualitatif (par la participation à des tests encadrés par la DPL, par un accord sur une sélection de produits dans chaque famille et la suppression concomitante d'autres produits, par l'acceptation d'une standardisation d'une partie des produits, par la recherche d'une optimisation du rapport coût/prestation et dans une phase ultérieure par une corrélation entre activité et consommation, etc).
- l'évaluation des produits nouveaux (signalement formalisé des mauvais fonctionnements, évaluation des coûts d'usage, notamment liés aux consommables ou achats d'accompagnement, etc)

- les modalités de distribution du produit (effort de prévision de la part des services de soins, de transparence en ce qui concerne les stocks dans les services, gestion en stock ou non de certains produits)
- les procédures (d'approvisionnement, de maintenance)

A titre d'exemple, une commission pourrait être créée avec pour objet la « *réduction du nombre des modèles de collecteurs d'aiguille* ». Elle devrait afficher un objectif de réduction quantifié (par exemple, suppression d'au moins trois des huit modèles actuels) et les membres participants auraient reçu une brève note d'information préalable sur les enjeux de la démarche (mettre fin au surcoût administratif lié à l'éparpillement des commandes, au nombre excessif des fournisseurs, aux difficultés de stockage générées par le nombre des modèles, etc) et sur les modalités de fonctionnement de la commission. Le résultat obtenu sera ensuite rapidement porté la connaissance de tous les services, en même temps que le fichier produits sera apuré.

11.3.4 Communiquer

Actuellement la communication des gestionnaires à l'égard des services clients n'est qu'empirique.

11.3.4.1. Pour faire connaître l'organisation

Ainsi qu'il a été décrit (*cf supra* 5.1.1.), aucune information n'a été spécifiquement conçue pour les services clients à l'occasion de la constitution de la DPL. Seul l'organigramme de la direction a été diffusé à l'ensemble des services. Le besoin de documents d'information permettant de comprendre les procédures et d'identifier les interlocuteurs compétents reste donc important. Ces documents doivent être conçus en se plaçant du point de vue des néophytes que sont les services clients.

A cet égard, la rédaction d'un *Guide de l'utilisateur* constituerait sans nul doute un projet extrêmement satisfaisant aux plans de l'effort de transparence et de l'exhaustivité de l'information.

Ce type de guide doit comporter des informations relatives :

- aux personnes : quels gestionnaires, quels experts ?
- aux produits : les familles, éventuellement les références « GEF » des produits avec leur libellé –ce qui suppose une réduction préalable de leur nombre-, le mode d’approvisionnement –en stock ou non-, le prix, les bonnes pratiques d’utilisation, le gestionnaire de l’achat, de la maintenance, de la réparation, de la réforme, etc
- aux procédures.

Le principe de ce guide est que les informations soient accessibles de manière croisée, en cherchant par famille de produit, puis produit, ou par gestionnaire. Ainsi qu’on l’observe parfois, le guide peut contenir le catalogue, avec une adaptation selon les services en fonction de leurs besoins particuliers.

Un tel guide se veut un instrument de travail permettant l’émergence d’une terminologie commune entre acheteurs et utilisateurs.

Il s’agit toutefois d’un travail lourd à réaliser s’il se veut d’emblée complet, précis et clair, et en même temps voué à des risques d’obsolescence rapide. Il est donc judicieux de définir une formule qui sans prétendre au caractère exhaustif et « définitif », alimentera progressivement les services en informations. Là encore, le choix entre papier et messagerie électronique se posera.

11.3.4.2. Au sujet des projets et des réalisations des services achat

Dés lors que les objectifs seront définis et validés, il reviendra aux services économiques de s’engager dans une logique de communication avec les services clients. Une forme adaptée devra être trouvée, avec le concours de la responsable de la communication ; soit via un document papier, soit via la messagerie interne dont l’installation est prévue dans les six mois qui viennent. Il serait souhaitable qu’un plan, même sommaire, soit envisagé sur une certaine durée et périodiquement réexaminé à la lumière des évolutions réalisées.

La première initiative de communication pourrait porter sur une présentation du service achat, sur quelques éléments chiffrés, sur les objectifs des services d'achat et d'approvisionnement, sur les moyens et sur le calendrier prévisionnel de leur réalisation, sur la participation attendue des services de soins (les thèmes des premiers groupes de travail). Un support tel que le media de communication interne de l'établissement, *Flash Infos*, recto verso adressé tous les deux mois aux salariés dans l'enveloppe contenant leur bulletin de salaire, apporterait à cette démarche une caution d'engagement appréciable et une publicité certaine.

Cette étape est d'une importance toute particulière car sa réussite fera d'elle un levier pour l'action des services économiques. Par la suite, d'autres informations devront régulièrement irriguer les services :

- décisions concrètes issues de groupes de travail
- modifications apportées à l'organisation ou aux procédures
- diffusion de protocoles relatifs à des processus complexes (maintenance, approvisionnements en urgence)
- acquisition et disponibilité en stock de produits nouveaux par l'établissement (et suppression d'autres)
- organisation et résultats de tests
- exemples de réalisations d'économies à qualité de prestations constante ou supérieure (tels que par exemple la décision récente de réaliser en interne, à effectif constant des services de reprographie, des bons d'examen et autres documents auparavant sous-traités, pour un gain net de 0,15 MF),
- sensibilisation au facteur coût en ciblant prioritairement sur des produits en forte croissance de consommation (à cet égard les établissements optent pour des formes d'information diverses ; le Centre hospitalier de Neuilly-Courbevoie remet par exemple un « ticket de caisse » lors de chaque distribution de fournitures indiquant le coût réel des marchandises remises)

11.4 ADAPTER L'ORGANISATION

11.4.1 Organisation des services économiques et d'achat

Toute modification de la répartition de la charge de travail entre gestionnaires est un exercice délicat, autant pour des raisons techniques qu'humaines.

Par ailleurs, une évaluation de la charge de travail des différents secteurs ne pourra être valide qu'après la phase de rationalisation et d'homogénéisation des procédures.

Il semble donc aujourd'hui prématuré de proposer une répartition différente.

Des observations plus générales peuvent néanmoins être faites. D'une part, il semble qu'un schéma d'organisation sectorielle des achats qui confierait la gestion de l'ensemble des besoins d'un groupe relativement homogène de centres de responsabilités à un gestionnaire unique des services économiques ne soit pas adapté au CHSF dans sa phase actuelle.

En revanche, des cohérences appréciables devraient pouvoir se dégager d'une approche par famille de produits. Celle-ci est embryonnaire dans l'organisation et sa mise en place ne devrait donc pas être perçue comme une perturbation, ni dénuée d'intérêt. Cette répartition, qui dépasse la classification comptable, apparaît opératoire. Elle permet, en agrégeant la demande, d'atteindre l'effet volume et donc une plus grande efficacité dans l'achat. L'acheteur tend vers une spécialisation. Cette formule présente une plus grande logique et lisibilité pour l'utilisateur. Associée à la logique produit, qui vise à regrouper sur un même gestionnaire l'ensemble des phases du processus de vie d'un produit (de l'achat à la maintenance), elle garantit davantage de cohérence et sans doute aussi d'intérêt dans le travail de chacun des gestionnaires.

11.4.2 Une coordination formalisée au plan de l'établissement

En toute hypothèse, il pourrait être souhaitable, pour lutter contre les tendances centrifuges liées à la multiplicité des pôles de décision en matière d'achat, d'instituer une véritable

coordination transversale des achats effectués par le CHSF. Cette coordination, qui viserait à garantir une application satisfaisante des règles relatives à l'achat hospitalier, pourrait se calquer sur les dispositifs mis en place dans certains établissements où existent parfois :

- un comité de coordination des achats placé sous la présidence du chef d'établissement réunissant toutes les entités, directions ou services, concernés par l'achat. Il aurait pour rôle de valider les objectifs de la fonction achat, de connaître de ses principales mises en œuvre et des problèmes présentant un intérêt au niveau de cette coordination. L'achat constituant un vecteur d'image de marque pour l'établissement il pourrait, à terme, se fixer des objectifs de relations avec les fournisseurs.
- un centre de ressources juridiques, techniques et économiques commun aux directions fonctionnelles et entités intervenant dans l'achat. Compte tenu de la montée en développement actuelle de la cellule des marchés, ce centre de ressources pourrait, à moyen ou long terme, y trouver sa place.

RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS

1 – **Procéder à un bilan** de deux années de fonctionnement « post-fusion » :

- ☞ mise à plat du processus d'achat
- ☞ analyse de tableaux de synthèse de l'activité de chaque pôle de gestion

2 – **Poursuivre l'uniformisation** des procédures entre les sites, dans les procédures de gestion interne comme vis à vis des services clients

3 – **Piloter le projet de service de modernisation des magasins**

4 – **Rationaliser le processus d'achat dans le cadre d'une coordination interne** aux services économiques :

☞ agréger la commande via :

- le toilettage des fichiers de produits
- l'harmonisation puis la standardisation des références (objectif de réduction des coûts directs et des coûts procéduraux induits)
- tendre vers un alignement des procédures d'approvisionnement des produits en stock et hors stock

☞ rationaliser et protocoliser les procédures

☞ gérer le fichier des fournisseurs :

- gestion des incidents
- éventail des fournisseurs et prix obtenus, ciblage Pareto
- fournisseurs inactifs

☞ gérer les stocks :

- inventorier
- consigner et analyser les ruptures
- traiter les surstockages
- s'interroger sur le stock à 30 jours
- s'interroger sur la mise en stock ou non de certains produits

5 – Valoriser le rôle des gestionnaires d'achat

- apprendre à contrôler son activité via des indicateurs et à agir en réponse
- optimiser l'utilisation de la ressource GEF
- mettre en réseau services clients et fournisseurs internes
- mettre en place une coordination formalisée avec les services experts

6 – Associer les services clients au processus d'achat en formalisant les relations services clients / fournisseurs internes (groupes de travail, autres) :

- coopérer sur la connaissance du marché de l'offre (tests organisés par les services économiques, informations sur produits nouveaux)
- rechercher l'optimisation du rapport coût / prestation
- affiner en concertation la définition du besoin (quantitatif et qualitatif, via l'organisation de tests, les fiches de bonne utilisation, la standardisation, la corrélation des volumes des fournitures avec l'activité)
- travailler sur les modalités de distribution et de stockage dans les services
- revoir s'il y a lieu les procédures

7 – Communiquer (Flash Info, messagerie, papier, affichage à la DPL, en magasins et à l'antenne de Corbeil)

- sur l'organisation, puis
- sur les projets et les résultats
- envisager un Guide de l'utilisateur

8 – Adapter l'organisation

- en interne, autour des familles de produits et des logiques produits
- via une coordination formalisée des acheteurs au niveau de l'établissement, dans le cadre d'une politique d'achat intégrée au projet d'établissement

CONCLUSION

Définir une politique d'achat adaptée à l'établissement suppose d'élaborer un projet à la fois cohérent en soi et cohérent avec la stratégie globale de l'établissement. Il est donc nécessaire que les orientations proposées par la DPL soient validées par la direction générale et bénéficient d'un effet d'entraînement sur tous les intervenants de la fonction achat.

Projeter la réorganisation phasée de la fonction achat approvisionnement du CHSF, en y associant l'ensemble des services, suppose une volonté réelle et partagée d'améliorer la qualité du service rendu, de viser l'intérêt global de l'établissement et de renoncer à des cloisonnements familiaux au profit de la mutualisation de l'information.

Il s'agit donc d'une entreprise complexe qui doit s'appuyer sur la pédagogie. Elle requiert un état d'esprit nouveau notamment de la part des gestionnaires d'achat qui auront à se représenter clairement son intérêt pour pouvoir en convaincre leurs interlocuteurs.

Les évolutions économiques que la fonction achat sera amenée à connaître de manière accélérée, à l'hôpital tout autant qu'ailleurs, imposent de mesurer rapidement les progrès à accomplir pour devenir performant et savoir le rester.

Liste des annexes

1 : organigramme général de l'établissement

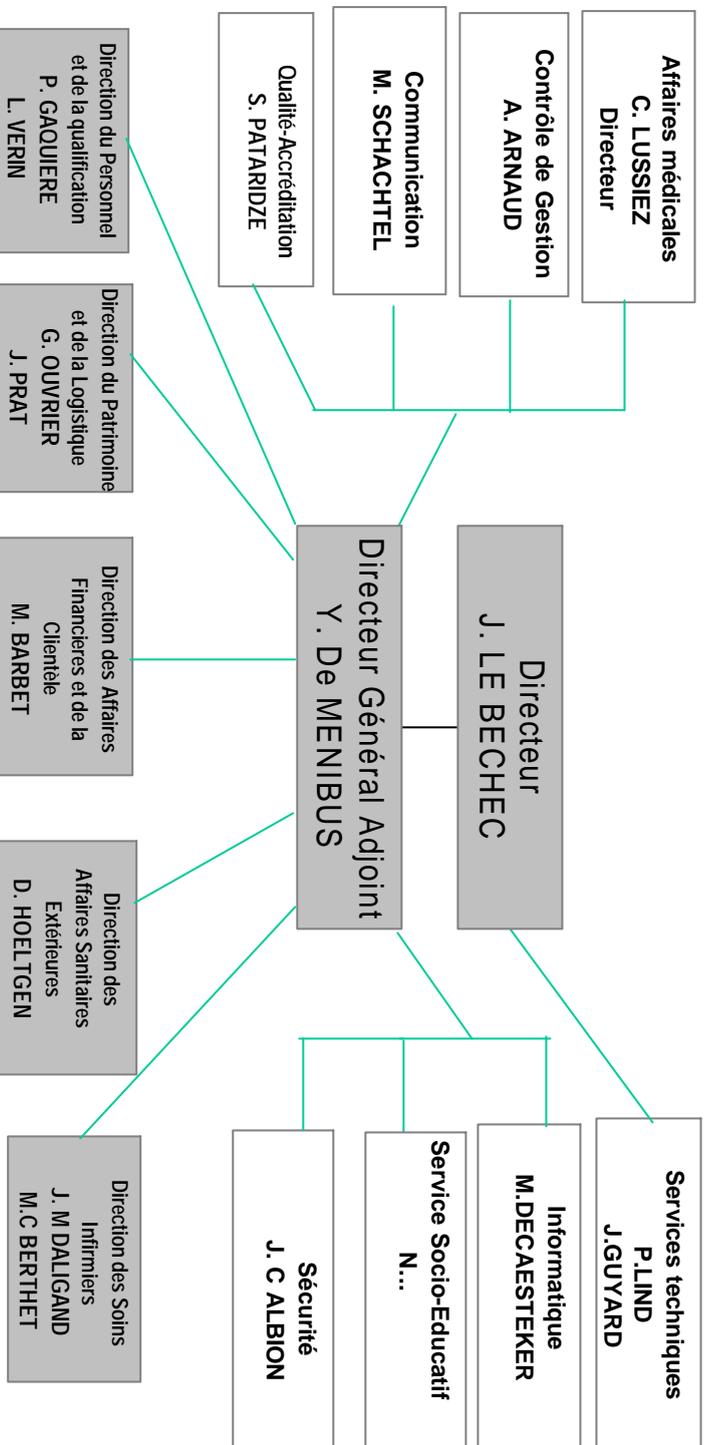
2 : organigramme de la direction du patrimoine et de la logistique

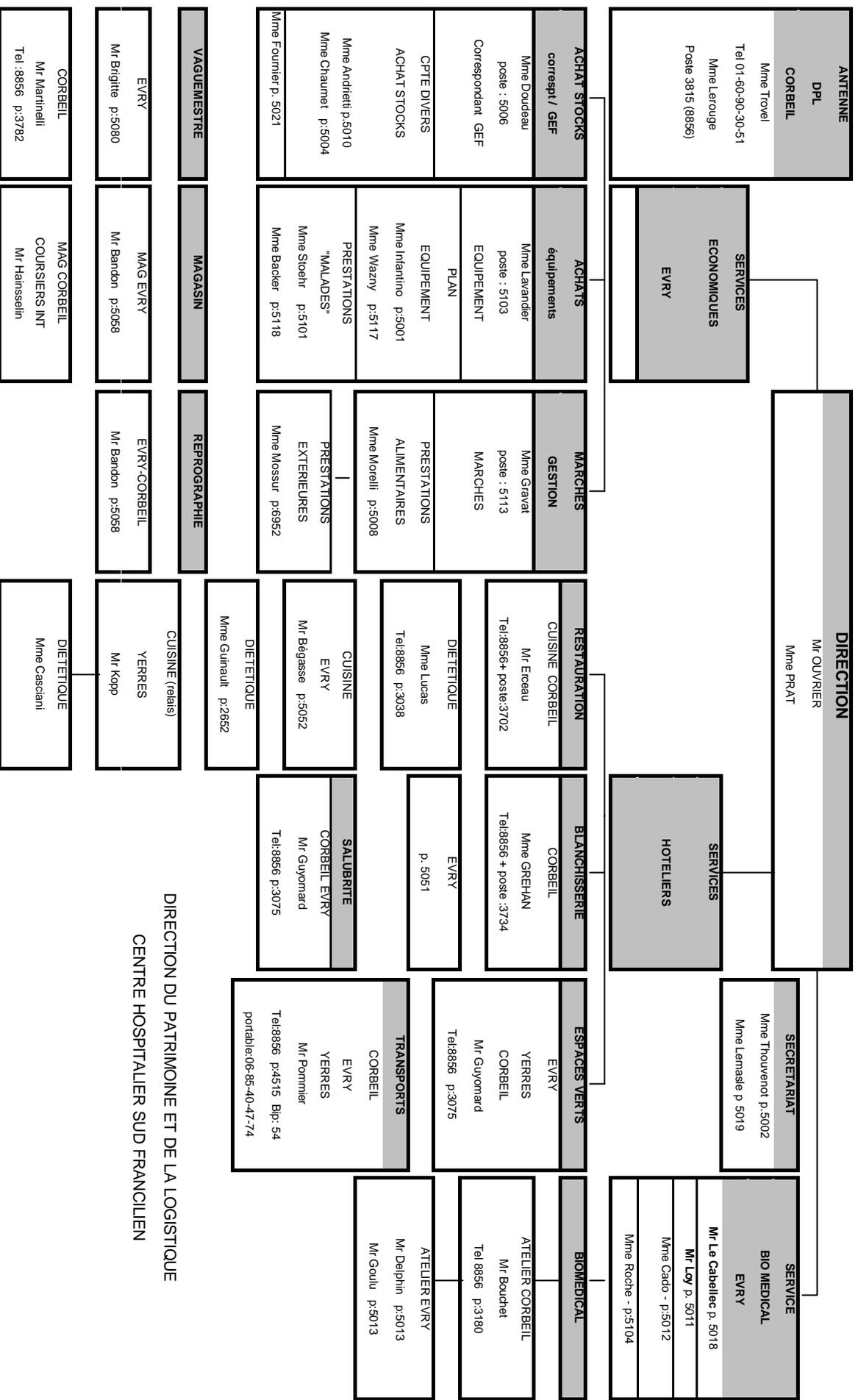
3 : répartition des comptes entre les gestionnaires de la direction du patrimoine et de la logistique

4 : contenu des comptes d'investissement et leur répartition entre les gestionnaires du pôle « Achat – Equipements »

ORGANIGRAMME

CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCIILIEN





DIRECTION DU PATRIMOINE ET DE LA LOGISTIQUE
CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCIEN

Bibliographie

1. Articles

- Patrice BARBEROUSSE, Alain SUTTER, *Sous-traitance ou partenariat ?*, Revue Hospitalière de France, juillet/août 1996
- Alain CANAULT, *De l'achat à la stratégie d'achat*, *Décision Santé*, mars 1997
- Gérard CETTOUR-BARON, *A propos de la qualité dans les achats hospitaliers*, *Gestions Hospitalières*, mai 2000
- Marie-Hélène COUCHARD-GUIGNARD, *Nomenclature des fournitures : le cas des produits de santé*, Revue hospitalière de France, mai/juin 2000
- Jérôme DUCHENE, *La réforme du Code des marchés publics*, Revue Hospitalière de France, mai/juin 2000
- Pierre GALAIS, *Evaluation des fournisseurs dans l'exécution d'une commande*, *Acheteur Public*, Avril 2000
- Jean-Philippe GUILLAUME, Jean-François CROS, *La plate forme logistique du CHU de Montpellier*, *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 1997
- Dominique LEGOUGE, *Pour une véritable politique des achats à l'hôpital*, *Décision Santé*, mai 1996
- Philippe MARAVAL, *Places de marchés électroniques et achats hospitaliers*, Revue Hospitalière de France, mai/juin 2000
- Anick MICHEL, *Un forum achats hospitaliers au sein d'Hôpital Expo 2002*, Revue Hospitalière de France, mai/juin 2001
- Claude SIMONNET, *Le projet carte d'achat*, Revue Hospitalière de France, mai/juin 2001

- Claude STORPER, *Acheteur à l'hôpital*, Gestions Hospitalières, octobre 1998
- Claude STORPER, *Pour une nouvelle organisation de l'achat hospitalier*, Revue Hospitalière de France, mai/juin 2001

1. Ouvrages et rapports

- Nadine DUBOIS, Christophe PHILIBERT, Jean-Pierre RENAUD, sous la coordination de Josette RAZER, *La maîtrise des achats à l'hôpital*, Les Guides de l'AP-HP, août 1997
- Inspection Générale des Affaires Sociales, *Les achats hospitaliers : une préoccupation injustement négligée*, Rapport annuel 1997
- Yves JONCOUR, Pascal PENAUD, *L'achat public, Optimiser la fonction achat approvisionnement dans le secteur public*, Editions d'organisation, 2000
- Dominique LEGOUGE, *Le guide de la qualité dans les achats publics*, Editions d'organisation, 1998

2. Autres

- Circulaire DHOS/F4/2000 n° 474 du 15-09-2000 relative à l'organisation de la fonction achat et à la maîtrise de la commande publique dans les établissements publics de santé
- Norme NF X50-128, Ligne directrice pour les achats et les approvisionnements, AFNOR,
- Norme ISO 9000, International Standard of Organization
- Sites web : www.sante.fr, www.fhf.fr