



Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2018 – Françoise Barré-Sinoussi**

**Visibilité des besoins en fournitures
consommables dans un établissement
de santé**

Cécile MARSA

Sommaire

Remerciements.....	4
Listes des sigles utilisés	5
Introduction	6
1 La visibilité en demi-teinte des besoins en fournitures consommables	10
1.1 Le contexte national et réglementaire suppose une connaissance des consommations en fournitures consommables	10
1.1.1 L'intérêt national pour la connaissance des achats	10
1.1.2 La certification des comptes impose une connaissance des achats hospitaliers	11
1.2 Il subsiste un manque de visibilité sur les quantités que ces besoins représentent	12
1.2.1 La standardisation théorique des processus achat et approvisionnement	12
1.2.2 Des méconnaissances qui révèlent un manque de visibilité sur les quantités consommées.....	14
2 Les atouts et les limites des pratiques relatives à l'identification des besoins en fournitures consommables.....	17
2.1 Les atouts valorisant la connaissance des besoins en fournitures consommables .	18
2.1.1 La clarification des procédures achat et approvisionnement.....	18
2.1.2 La mise en place de référents hôteliers	19
2.2 Les dysfonctionnements impactant la visibilité des besoins en fournitures consommables.....	20
2.2.1 Les dysfonctionnements en termes logistiques	20
2.2.2 Les dysfonctionnements en termes organisationnels	21
3 L'optimisation des achats et des approvisionnements de fournitures consommables à travers la détermination de dotations « cibles ».....	24
3.1 La méthodologie pour déterminer les dotations mensuelles par UF	24
3.1.1 Répertorier le poids des produits concernés	24

3.1.2	La négociation des dotations.....	25
3.2	La mise en œuvre des dotations cibles	26
3.2.1	Les « services tests ».....	26
3.2.2	La mise en œuvre opérationnelle	27
	Conclusion.....	30
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	II
	Annexe 1 – Extrait des comptes de classe 6.....	III
	Annexe 2 – La charte du référent hôtelier	IV
	Annexe 3 – Aménagement de la fiche de poste pour un référent hôtelier	VII

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de la Direction Achat et Logistique de mon lieu de stage, spécialement la responsable des achats et des approvisionnements, les acheteurs et gestionnaires.

Je souhaite également remercier l'ensemble des personnes qui m'ont apporté leur soutien et leur expertise lors de mon stage : les magasiniers, les cadres coordonnateurs, les référents hôteliers et les participants au benchmarking.

Enfin, je tiens à remercier mon binôme de lecteurs qui m'a aidé dans la structuration, la conduite et l'élaboration de ce mémoire.

Listes des sigles utilisés

- **AMA** : Assistant Médico-Administratif
- **AS** : Aide-Soignant
- **ASH** : Agent de Service Hospitalier
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire
- **CR** : Centre de Responsabilité
- **D2AL** : Direction des Achats, de l'Approvisionnement et de la Logistique
- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **EPS** : Etablissement Public de Santé
- **FHF** : Fédération Hospitalière de France
- **GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- **PHARE** : programme de Performance Hospitalière pour des Achats Responsables
- **RESAH** : Réseau des Acheteurs Hospitaliers
- **UF** : Unité Fonctionnelle

Introduction

La réécriture d'un Projet d'Etablissement est l'occasion de faire le point sur l'ensemble des objectifs et de l'activité des pôles de l'établissement de santé. On les retrouve dans les Projets de Service. Mais c'est également l'occasion de faire le point sur des projets plus transversaux comme le projet hôtelier. Ce projet a notamment pour intérêt d'améliorer l'expérience achat et approvisionnement des pôles dans l'optique d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de l'actuelle recherche d'efficience des EPS.

Le projet hôtelier d'un EPS peut faire référence à la consommation et l'utilisation faite des produits stockés et des services de maintenance et de transport. Si l'on se réfère au plan comptable hospitalier, et plus précisément aux comptes de classes 6, les produits stockés regroupent : les produits pharmaceutiques et les produits à usage médical ; les fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique ; l'alimentation ; les fournitures consommables. Les produits pharmaceutiques, à usage médical et médico-technique, ainsi qu'alimentaires dépendant d'une réglementation particulière, nous nous concentrerons ici sur les fournitures consommables : les produits d'entretien, les fournitures de bureau et informatiques, les couches, les alèses, les produits absorbants, le petit matériel hôtelier et les autres fournitures consommables¹.

La réflexion autour d'un projet hôtelier fait écho à deux points d'actualité : la recherche de performance dans les achats hospitaliers et l'optimisation des conditions de travail.

Tout d'abord, la réflexion autour des achats hospitaliers a pour but la performance de ces achats et la réalisation de gains sur achat. En effet, grâce à une meilleure visibilité des fonctions achats et approvisionnement, ainsi que sur la consommation des UF, il est possible d'optimiser les achats et de réaliser des gains. Les gains sur achat sont des indicateurs qui mesurent la performance de la fonction achat d'un établissement et qui valorisent la fonction d'acheteur et les leviers qu'il met en œuvre. La performance des achats requiert de « mieux acheter ».

Ensuite, la réflexion autour des achats hospitaliers peut représenter un moyen d'agir positivement sur les conditions de travail. Connaître les besoins des services permet d'anticiper et de prévenir les ruptures d'approvisionnement. Le CHU de Grenoble, suite au suicide d'un neurochirurgien en 2017, a décidé de faire une enquête sur les facteurs de crise. Les résultats, énoncés par la Directrice Générale Jacqueline HUBERT, ont démontré

¹ Annexe 1 – Extrait des comptes de classe 6

qu'il existe trois générateurs potentiels de stress qui impactent durablement les conditions de travail : le non-remplacement des agents, la gestion des flux humains dans le service d'urgence et les ruptures d'approvisionnement². La gestion des stocks dans les services de soins peut être ressentie comme une pression sur l'activité et les moyens d'y répondre. Le sentiment de ne pas avoir ce qu'il faut pour exercer son activité est une hantise très forte pour les professionnels du secteur hospitalier. Une réflexion autour des achats, et par conséquent sur l'approvisionnement des stocks dans les services, peut être un moyen d'améliorer les conditions de travail des professionnels hospitaliers, soignants et logistiques.

Au regard de ses enjeux, quelles sont les limites à la connaissance des besoins en fournitures consommables dans un établissement public de santé ?

Plusieurs suppositions sont possibles. Tout d'abord, la consommation relative à l'ensemble des produits stockés devrait, normalement, être connue, visible et prévisible, du fait de la certification des comptes et de la connaissance que l'établissement a de son activité. Puis, dans les cas où certaines consommations pourraient être anarchiques, la recherche d'une meilleure visibilité quant aux besoins des services pourrait être l'occasion de rationaliser la gestion des stocks. Enfin, une plus grande implication des services dans les chaînes d'achat et d'approvisionnement pourrait entraîner la meilleure maîtrise de celles-ci.

Afin de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses de départ, ce présent mémoire va utiliser comme outils méthodologiques : la recherche documentaire, l'analyse statistique, l'observation non-participante, le benchmarking, l'entretien directif et l'entretien semi-directif.

La recherche documentaire est au fondement de la recherche universitaire. Elle permet d'appréhender les dimensions du sujet et ses enjeux. De plus, la recherche documentaire permet de vérifier des données recueillies lors de méthodes d'enquêtes qualitatives comme les entretiens. Cependant, cette méthode de recherche doit se faire avec précaution afin de départager les documents et les supports trouvés. De même, il convient de se départir des précédentes enquêtes sur le même sujet du fait de l'évolution constante des normes et des coutumes relatives à la consommation et à l'approvisionnement des services au sein des établissements publics de santé.

² « CHU de Grenoble : le plan parviendra-t-il à briser l'omerta ? », Journal International du Médecin, 09/05/2018

L'analyse statistique est l'occasion de manipuler des données chiffrées quantitatives en vue de rendre visible la consommation des UF. Une analyse statistique doit être conduite de manière rigoureuse et nécessite certaines compétences (logiciels, calculs...). Les avantages principaux de l'analyse statistique sont de permettre une description fiable d'une situation, possiblement dynamique. En effet, du fait de la traçabilité des consommations dans les établissements publics de santé, toutes les données nécessaires sont disponibles. Néanmoins, ces données sont nombreuses. Il faut donc être particulièrement rigoureux dans les calculs réalisés.

L'observation non-participante est utile pour comprendre des pratiques, même si la présence d'un observateur peut s'avérer être un biais dans le comportement supposé naturel de l'observé. Il s'agit donc pour l'observant de prendre suffisamment de distance pour que les comportements soient les plus naturels possibles. Avant l'observation, il s'agira de créer des repères afin d'évaluer la pratique observée, soit ici la gestion des stocks et les commandes en fournitures consommables.

Le « benchmarking » est un terme utilisé pour désigner le fait d'identifier, via des études comparatives, de meilleures pratiques et fonctionnements, et de voir s'ils sont applicables dans une situation particulière afin de la rendre plus performante.

L'entretien directif est très spécifique. Les questions ne varient pas d'une personne à l'autre. C'est une première méthode d'exploration afin d'obtenir une série d'informations pour commencer à travailler sur le sujet. L'approfondissement de la thématique demandera des entretiens semi-directifs pour ne pas passer à côté de faits percutants.

Les entretiens semi-directifs dans cette enquête se dérouleront autour de thématiques permettant aux interlocuteurs d'y répondre librement. Cette méthode d'enquête a pour avantage d'être facile à mettre en place puisque l'on peut adapter les thématiques en fonction de la personne interrogée (cadre de pôle, référent hôtelier, responsable de magasin). Néanmoins, les entretiens semi-directifs nécessitent un investissement lourd en termes de temps (disponibilité pour l'entretien, retranscription, analyse, interprétation). De plus, les réponses dépendent des connaissances, représentations et/ou de la liberté de parole des personnes interrogées. Enfin, il faut souligner que sur ce terrain d'enquête, le temps accordé aux entretiens semi-directifs est particulièrement court puisqu'il se passe pendant les congés d'été, ce qui rend les personnes à interviewer moins disponibles.

Tout d'abord, nous verrons, en fonction des différentes réglementations relatives à cette thématique, quelle visibilité les EPS ont-ils réellement de leurs besoins en fournitures consommables (première partie). Ensuite, nous étudierons les atouts et les limites des pratiques permettant, ou non, l'optimisation de leurs connaissances des besoins en fournitures consommables (deuxième partie). Enfin, ce mémoire sera l'occasion de proposer des préconisations afin d'avoir une meilleure visibilité quant aux besoins réels en fournitures consommables des établissements de santé (troisième partie).

1 La visibilité en demi-teinte des besoins en fournitures consommables

Il semble difficile de croire, à l'heure actuelle, que des consommations soient inconnues dans un EPS. En effet, la recherche d'une maîtrise des dépenses publiques a entraîné, dans le secteur sanitaire, social et médico-social, la procédure de certification des établissements qui en relèvent. Cela passe par la certification des comptes des établissements et la connaissance de leurs recettes et de leurs dépenses. Cependant, en dépit des réglementations en vigueur, un établissement de santé a-t-il une connaissance optimale de ses besoins en fournitures consommables ? Nous verrons que si la législation et la réglementation vont dans le sens d'une meilleure connaissance financière des besoins en fournitures consommables (première sous-partie), il persiste un manque de visibilité sur les quantités que ces besoins représentent (seconde sous-partie).

1.1 Le contexte national et réglementaire suppose une connaissance des consommations en fournitures consommables

1.1.1 L'intérêt national pour la connaissance des achats

Tout d'abord, la recherche d'une meilleure connaissance des achats hospitaliers et de leur performance est au cœur du programme PHARE, lancé par le gouvernement français en 2011. Ce programme a pour but la réalisation de « meilleurs » achats afin de dégager des marges de manœuvres financières pour les hôpitaux, dans un contexte de restriction budgétaire et de développement durable. L'efficacité est de mise, car l'optimisation financière doit se faire en maintenant, voire en améliorant, le niveau de prise en charge des patients. Le programme PHARE a connu des succès. Il a permis de réaliser, sur la période 2012-2014, près de 840 millions d'euros de gains sur achat³, puis 1,4 milliards d'euros sur la période 2015-2017 sur les plus de 20 milliards d'euros de dépenses annuelles que représentent les achats hospitaliers pour l'ensemble des EPS⁴. Ces succès en termes de performance pour les achats hospitaliers ont encouragé la Cour des Comptes, dans son rapport publié en juin 2017⁵, à maintenir le programme PHARE sur la période 2018-2020.

³ « Programme PHARE : une première phase encourageante », Hospitalia, 03/06/2015

⁴ « Fiche 2-7 : les achats : les appuis du programme PHARE », Marc BOUCHE (DGOS), Recueil de fiches pratiques sur la performance hospitalière, 05/2016, pp. 3

⁵ « Les achats hospitaliers », dir. M. MIGAUD, Cour des Comptes et Chambres Régionales et Territoriales des Comptes, 06/2017, pp. 127

Ensuite, la recherche d'une meilleure connaissance des achats et des gains potentiels sur achat est également au cœur de la politique des Groupements Hospitaliers de Territoire. Les GHT représentent une nouvelle forme de coopération pour les établissements de santé. Dans cette forme de coopération, devenue obligatoire pour les EPS, la fonction achat des établissements membres du GHT doit être transférée à l'établissement support pour qu'il exerce la responsabilité d'une fonction achat unique (élaborer la politique et la stratégie d'achat, planifier et passer des marchés). Lors de son audition devant la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale relative à la mission d'évaluation et de contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale, le 7 mars 2018, Cécile CHEVANCHE⁶, responsable du pôle Finances de la FHF, a rappelé l'intérêt des GHT dans la réalisation de gains sur achat. En effet, elle a mis en avant les avantages de la massification et de l'effet volume afin d'avoir une offre plus intéressante. En ce qui concerne mon établissement de stage, les achats de produits stockés représentent une masse importante (56% des achats de Titre 2 et 18% du Titre 3).

1.1.2 La certification des comptes impose une connaissance des achats hospitaliers

Les montants des achats hospitaliers, et par conséquent des dépenses réalisées dans les fournitures consommables, sont connus du fait de la certification des comptes des établissements de santé. La fiabilisation des comptes d'un établissement de santé est obligatoire pour tous les EPS et nécessaire dans la garantie de la bonne utilisation des deniers publics. Elle est assurée par l'Agence régionale de Santé et la Direction Régionale des Finances Publiques de l'établissement concerné. La certification des comptes est inscrite à l'article L.6145-16 depuis la loi HPST de 2009, mais n'est obligatoire que pour les EPS dont les recettes dépassent le seuil des 100 millions d'euros. Les produits stockés représentent un cas particulier dans la certification des comptes, du fait de la variation des stocks à prendre en compte. Cette certification est externe, car réalisée par les Commissaires aux Comptes. Ces derniers doivent s'assurer de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes. Lors de ces procédures, tous les achats et les approvisionnements sont épluchés, ainsi que leurs justificatifs (exemple : factures). Les montants concernés sont donc connus.

Les procédures achats et approvisionnements sont également identifiées et réglementées par les lois du 23 juillet 2015 et du 27 mars 2016 relatives aux marchés publics. Cependant, il faut bien différencier les achats hospitaliers du processus d'approvisionnement. La fonction achat débute avec l'expression d'un besoin et se termine

⁶ Compte rendu n°5 des auditions sur la politique achat des hôpitaux, Jean-Charles GRELIER, Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, 07/03/2018, pp. 2

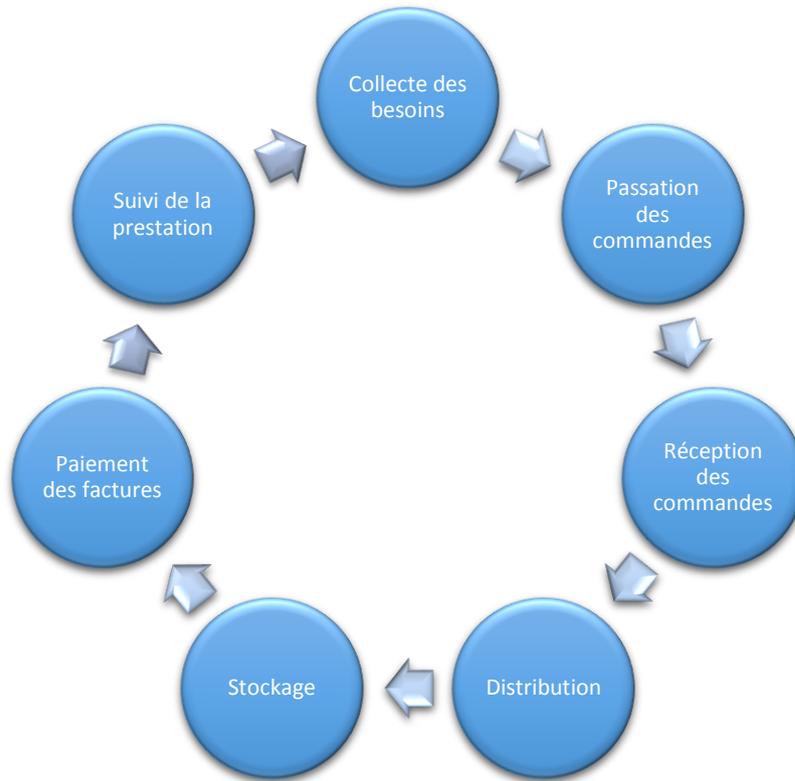
par la liquidation des factures, ainsi que l'évaluation de l'achat. Cela englobe donc toute l'interface entre l'hôpital et ses fournisseurs (expression du besoin, études des marchés, mise en concurrence, sélection des fournisseurs, contractualisation et suivi du contrat). La fonction approvisionnement débute de la passation de la commande, intègre la livraison des commande, la gestion des stocks et s'achève avec le paiement des fournisseurs.

1.2 Il subsiste un manque de visibilité sur les quantités que ces besoins représentent

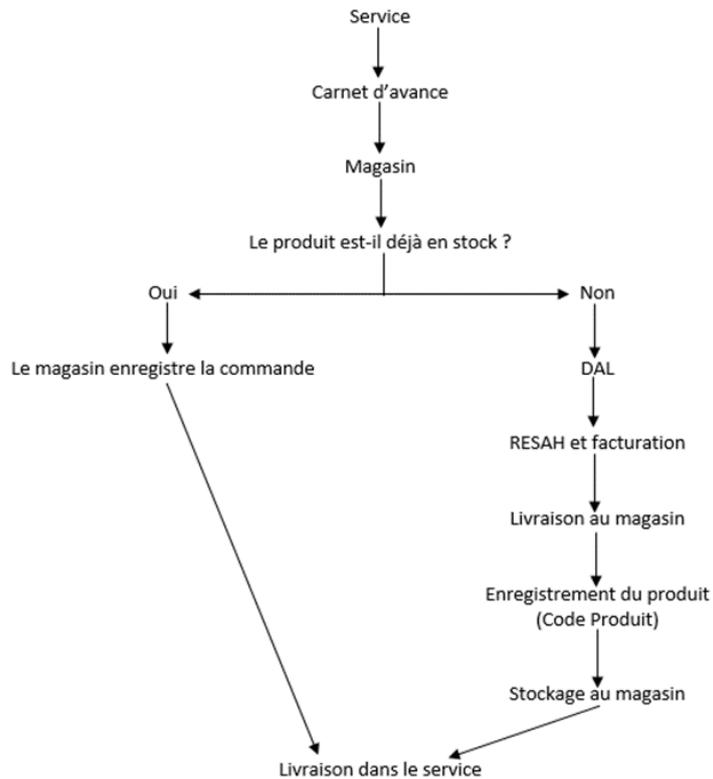
1.2.1 La standardisation théorique des processus achat et approvisionnement

La réglementation autour des achats et des dépenses dans un établissement public de santé impose de connaître les procédures d'achats et d'approvisionnements. Ces deux procédures sont complémentaires et organisées généralement de la manière suivante.

Les UF expriment leurs besoins en fournitures consommables dans des carnets de commande, en version papier et/ou numérique. Ces carnets leurs sont remis en début d'année pour toute la durée de l'exercice. Afin d'obtenir une commande pour le mois M, les services doivent communiquer leurs demandes au magasin de l'établissement avant la fin du mois précédent. Si le magasin dispose du produit, alors il peut livrer le service. S'il ne l'a pas, alors la demande part pour la Direction des Achats, de l'Approvisionnement et de la Logistique, à destination de l'acheteur référent pour cette catégorie de produit. Pour ce genre de fournitures, il existe déjà normalement un marché. L'acheteur édite donc un devis, fait approuver la facture du fournisseur, lance la commande et liquide la facture. Le produit est livré au magasin pour ensuite être placé dans les stocks du magasin ou acheminé vers le service qui en a besoin. Le processus d'approvisionnement peut donc être modélisé des deux manières suivantes :

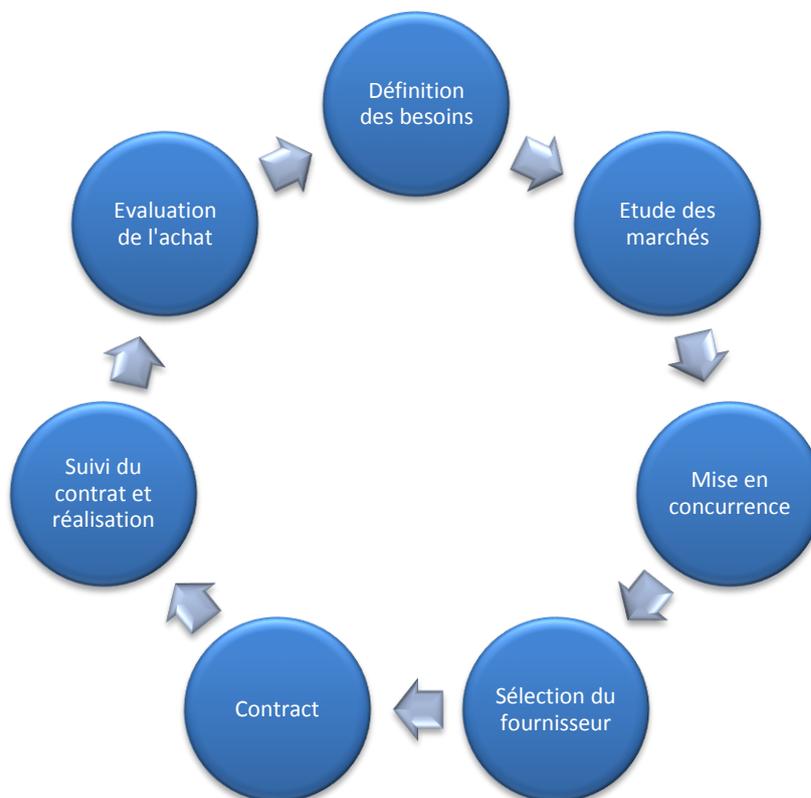


Processus d'approvisionnement standardisé



Logigramme détaillant la chaîne d'approvisionnement type pour les produits stockés

Dans le cas où le marché relatif au produit demandé n'est pas réalisé ou n'est plus d'actualité, l'acheteur doit suivre la procédure achat modélisée ci-après.



Processus d'achat standardisé

La convergence des systèmes d'informations dans le cadre des GHT ne va pas avoir un impact trop important pour les acheteurs. En effet, ce sera à la cellule des achats d'harmoniser les contrats et les fournisseurs. Si tous les établissements membres du GHT passent déjà par la plateforme RESAH, alors, quand il s'agit des fournitures consommables, il est fort probable qu'ils aient déjà les mêmes fournisseurs. Cela peut être par exemple la société Antalis pour le papier ou la société Office Dépôt pour les fournitures de bureau. Ce que les acheteurs des différents établissements vont devoir harmoniser, c'est la nature des produits comme par exemple le même type de papier.

1.2.2 Des méconnaissances qui révèlent un manque de visibilité sur les quantités consommées

Afin de confronter la réglementation aux pratiques de terrain, j'ai réalisé une première d'entretiens directs.

Cette grille d'entretien directif a été utilisée sur un ensemble varié de personnels : ASH, secrétaires médicales, secrétaires administratives, AS, cadres de services, cadres coordonnateurs...

- Quelle fonction exercez-vous au sein de l'établissement ?
- Quelles sont vos fonctions précédemment exercées ?
- S'avez-vous où se trouve la DAL ?
- S'avez-vous où se trouve le magasin ?
- Connaissez-vous les coordonnées des acheteurs en fonction de vos besoins ?
Détaillez.
- Connaissez-vous les coordonnées des magasiniers ? Détaillez.
- Quelle est la procédure pour réaliser une commande au sein de votre service ?

Le but de cet exercice était de recueillir des témoignages quant à la connaissance et à la méconnaissance que les membres du personnel peuvent avoir de ces procédures. Tout d'abord, peu de personnes interrogées connaissent véritablement la procédure achat au sein d'un établissement public ou privé de santé, à moins d'avoir travaillé précédemment dans une direction achat. Ensuite, les résultats de ces entretiens sont très variables. En effet, les cadres coordonnateurs vont être plus souvent au fait du fonctionnement de la procédure approvisionnement. Néanmoins, les professionnels soignants et techniques (AS, ASH, infirmiers, AMA) sont plus à même de connaître les coordonnées des acheteurs ou des gestionnaires administratifs en fonction de leurs besoins. En principe, l'organigramme opérationnel du service est toujours d'actualité. Chaque changement est notifié à l'ensemble des services de l'établissement. En ce qui concerne les noms et coordonnées des magasiniers, ainsi que leur emplacement, ils sont connus de tous. Enfin, la connaissance de la chaîne d'approvisionnement est connue dans ses grandes lignes uniquement : vérifier les stocks, remplir le carnet de commande, envoyer le carnet de commande au magasin, réceptionner la commande et la placer dans le lieu de stockage approprié. Si le besoin en produits stockés n'est pas présent dans le carnet de commande, alors la commande doit être faite en ligne, sur le service intranet adéquat. Cependant, des méconnaissances persistent : coordination des commandes au sein du service, l'ensemble des lieux de stockage et de ce qu'ils doivent contenir ou dans quelle quantité, les validations nécessaires pour l'envoi des commandes, les délais pour passer les commandes, les délais pour réceptionner les commandes et par qui.

Ces méconnaissances ne sont pas sans avoir de conséquences sur la chaîne d'approvisionnement. Cela représente des ruptures: absence de signatures de cadre dans les carnets de commande pour validation, multiplication de l'envoi de carnets pour dans un même service, refus de répondre aux commandes jugées « excessives » par les magasiniers, conservation de produits dont le service n'a plus d'utilité... Ces ruptures peuvent représenter des risques: commandes livrées mais non-réceptionnées, stocks

périmés, piles déchargées, rupture d'approvisionnement... Le déménagement d'un service, ou d'un bureau, est souvent l'occasion de retrouver des stocks de produits, notamment des cartons d'enveloppes et de crayons. Cela peut, in fine, engager des frais supplémentaires et des dépenses.

Pour conclure cette première partie, il est possible d'affirmer que les montants des consommations en produits stockés sont connus. En effet, les réglementations en vigueur permettent de référencer tous les montants des approvisionnements et des achats au sein d'un établissement public de santé. Cependant, il est plus compliqué de connaître les quantités concernées. En effet, les méconnaissances et les ruptures relatives aux procédures achats et approvisionnements entraînent des failles dans la visibilité des besoins en fournitures consommables pour chaque UF.

Fort de ce constat, quelles sont les pratiques qui favorisent ou non la visibilité des consommations en produits stockés ?

2 Les atouts et les limites des pratiques relatives à l'identification des besoins en fournitures consommables

Les établissements publics de santé ont des pratiques différentes en ce qui consiste la gestion des stocks et les approvisionnements. Il est possible de le vérifier en mettant en place un benchmarking.

Cette grille d'entretien semi-directif a été utilisée pour la réalisation d'un benchmarking afin de comparer les pratiques des établissements publics hospitaliers vis-à-vis du contrôle de leurs besoins en fournitures consommables. Les entretiens ont été réalisés avec les responsables achats et les responsables logistiques.

- Quelles sont les activités de votre établissement ? Combien de places et de lits est-ce que cela représente ? Combien d'entrée faites-vous en moyenne par an ? Combien d'effectifs médicaux et non-médicaux employez-vous environ dans votre établissement ?
- Quelle est la situation financière de votre établissement ? Est-il passé sous Plan de Retour à l'Équilibre ? L'a-t-il été durant les dix dernières années ?
- Quel est le montant des dépenses relatives aux produits stockés (6021 – 6022 – 6023 – 6026) dans votre établissement en 2017 ? En 2016 ?
- Comment est présentée la chaîne achat dans votre établissement ? Vous paraît-elle intelligible ?
- Pouvez-vous me décrire la chaîne d'approvisionnement dans votre établissement ? À votre avis quels sont ses points forts et ses marges d'amélioration ?
- Comment est organisée la gestion des stocks dans vos pôles ? Avez-vous des logisticiens qui y sont affectés ? Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour assurer le contrôle de ces stocks ? Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour assurer le contrôle des besoins en produits stockés ?
- Avez-vous pensé à mettre en place des dotations cibles sur ces produits ? Si oui, quelle a été ou quelle sera votre méthodologie ?

Au total, 6 établissements publics hospitaliers ont participé au benchmarking :

- Un Centre Hospitalier dans le Val-de-Marne [REDACTED]
- Un Centre Hospitalier dans les Pyrénées Orientales [REDACTED]
- Un Centre Hospitalier dans la Manche [REDACTED]
- Un Centre Hospitalier dans l'Ille-et-Vilaine [REDACTED]

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Un Centre Hospitalier Universitaire dans l'Hérault [REDACTED]- Un Centre Hospitalier Universitaire dans l'Indre-et-Loire [REDACTED] |
|--|

Cette méthode d'enquête a permis de répondre à la question suivante : quelles sont les actions qui permettent d'améliorer ou non la visibilité que l'on a sur des besoins en fournitures consommables ? Certaines pratiques peuvent être considérées comme des atouts (première sous-partie) et d'autres comme des dysfonctionnements (seconde sous-partie).

2.1 Les atouts valorisant la connaissance des besoins en fournitures consommables

2.1.1 La clarification des procédures achat et approvisionnement

Certaines procédures hospitalières peuvent parfois être vues comme complexes du fait de leur technicité, de leur taille ou de leur manque de mise en valeur. La clarification de ces procédures peut donc être perfectible dans le fonctionnement d'une activité. Le CH d'Ille-et-Vilaine ainsi que le CH du Val-de-Marne ont travaillé sur la simplification de leurs procédures achats et approvisionnements.

En ce qui concerne la procédure achat, le CH du Val-de-Marne a décidé de la simplifier et de la rendre plus intelligible pour tous les services au sein de son GHT. Cela est passé par la rédaction d'un guide achat GHT composé de fiches pratiques, la publication d'une charte des achats hospitaliers et la révision de l'organisation de la DAL. Cette simplification a permis un gain de temps notable pour l'ensemble des personnels. En effet, quand ils souhaitent réaliser un achat, ils savent désormais ce qui est possible de faire, à travers le respect de quelles valeurs et, surtout, qui contacter directement : le prescripteur et l'acheteur. Le plus souvent, le prescripteur est le cadre coordonnateur du pôle, tandis que l'acheteur est désigné en fonction de la nature du produit demandé. Un organigramme plus compréhensible de la D2AL a permis une meilleure communication au sein de l'établissement et, par conséquent, une amélioration des conditions de travail.

En ce qui concerne la procédure approvisionnement, le CH d'Ille-et-Vilaine a décidé de lancer une procédure unique de commande dématérialisée. Les services n'ont plus à remplir de carnets de commande papiers. La commande se fait en ligne, sur les services intranet de l'établissement. En fonction du produit commandé, l'acheteur reçoit la demande. En fonction des stocks du magasin, l'acheteur lance la commande si nécessaire. Afin de gagner du temps sur la recherche du produit, le site intranet s'accompagne également d'un glossaire.

Ainsi, si un service recherche un produit spécifiquement, il peut savoir quel est son prix unitaire, quel acheteur est concerné, s'il est disponible au magasin ou quelle est la procédure pour l'acheter, ainsi que dans quel délai il est possible de l'avoir. Cette procédure permet d'éviter les doublons dans les commandes. Dans cette version dématérialisée, la demande de commande ne peut être envoyée que par le cadre coordonnateur dont la signature est présente. Cela permet d'éviter de court-circuiter les validations nécessaires à toutes commandes. Il est également possible de faire l'inventaire de la liste des besoins et en quels quantités par service, puis de comparer les besoins de chaque service en fonction de ce qui est comparable.

2.1.2 La mise en place de référents hôteliers

Au sein des Projets d'Établissements, il est possible d'intégrer des projets transversaux tels que le projet hôtelier. C'est que le CH du Val-de-Marne souhaite faire lors de la réécriture de son Projet d'Établissement sur la période 2018-2023.

Afin de garantir la sécurité et la fiabilité du process approvisionnement, le CH de la Manche a décidé d'ouvrir un poste de logisticien dans chaque pôle. C'est également ce qu'a fait le CHU de Poitiers⁷. Le logisticien de pôle a pour mission de planifier, organiser et contrôler la gestion des flux de produits et de services afférant à son pôle. Cela passe donc par la préparation et la réalisation des commandes, la réception des produits, l'organisation des lieux de stockage et l'expression des besoins de son pôle le plus justement possible. Le recrutement de logisticien de pôle permet de réaliser des gains de temps. En effet, les tâches logistiques sont alors détachées au plus possible du travail des infirmiers, des cadres, des ASH, des AMA... Ce gain de temps peut ainsi libérer de la crainte des ruptures d'approvisionnement et améliorer les conditions de travail.

Cependant, la mise en place de logisticiens de pôle peut représenter un coût élevé pour les EPS. En effet, les EPS connaissent actuellement une pression financière du fait de l'importance de la maîtrise des dépenses de santé. À moindre frais, il est donc possible de détacher partiellement des employés déjà en poste sur des postes de référents hôteliers. C'est la stratégie qu'a décidé d'adopter le CH du Val-de-Marne. Afin de présenter le rôle du référent hôtelier auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement, il est possible de constituer la charte du référent hôtelier⁸ et de faire valider par la Direction des Ressources Humaines un aménagement de la fiche de poste⁹ des employés volontaires pour être partiellement détachés.

⁷ « Référent logistique de pôle : un nouveau métier au CHU de Poitiers », Revue Techniques Hospitalières, n°710, 07/2008, p.51-56

⁸ Annexe 2 – La charte du référent hôtelier

⁹ Annexe 3 – Aménagement de la fiche de poste pour un référent hôtelier

Il convient également de souligner que le détachement partiel sur un poste de référent hôtelier peut être l'occasion de faire valoir une expertise relative à l'utilisation de certains produits. Cela dit, ce n'est pas un détachement qui peut convenir à tous les membres du personnel. En effet, une des missions du référent hôtelier à réaliser est la manutention. Les risques de Troubles Musculo-Squelettiques sont donc bien présents.

Ce sont ces logisticiens de pôle ou ces référents hôteliers qui seront le mieux à même de participer à l'élaboration du Projet hôtelier puisqu'ils connaissent les besoins réels du pôle en fournitures consommables.

2.2 Les dysfonctionnements impactant la visibilité des besoins en fournitures consommables

2.2.1 Les dysfonctionnements en termes logistiques

Les dysfonctionnements logistiques pesant sur la visibilité des besoins en fournitures consommables proviennent essentiellement des problèmes de gestion des stocks. Ces problèmes peuvent provenir de la gestion même des produits dans les lieux de stockage, mais également de la répartition des lieux de stockage.

La gestion des stocks est aussi importante dans un EPS que dans une entreprise privée. En effet, les stocks et les flux permettent de produire une activité de biens et/ou de services. Dans un EPS, cela consiste en la production d'un service de soins. Sans une bonne gestion des stocks à l'hôpital, les soins, diagnostics et traitements ne sont pas possibles. Il existe plusieurs techniques de gestion des stocks. On distingue généralement les flux poussés¹⁰ des flux tirés¹¹. Ces deux techniques fonctionnent difficilement à l'hôpital du fait du côté « aléatoire » de la demande et de la réponse à la demande qui doit être immédiate. Une autre méthode de gestion des stocks est possible à l'hôpital : la méthode du plein-vide. Cette méthode consiste à placer un ensemble du même produit dans deux bacs. Lorsque le premier bac est vide, alors la commande de ce produit est envoyée. La consommation du produit dans le second bac permet d'attendre l'arrivée de la commande. Une mauvaise gestion des stocks à l'hôpital peut être observée par un gonflement des commandes. Cela peut avoir des conséquences financières et environnementales : le

¹⁰ Flux poussés ou tendus = réalisation d'un plan de production afin que les stocks coïncident avec la demande prévisionnelle

¹¹ Flux tirés ou synchrones = le but est de réaliser le moins de stock possible en obtenant ses ressources quand la demande est faite

gaspillage, la surconsommation, la péremption... Il est possible d'imaginer les répercussions juridiques de l'utilisation d'un produit périmé sur un patient¹².

Le dysfonctionnement peut également provenir d'une mauvaise répartition des lieux de stockage. Il a pu être observé dans les CHU de l'Hérault et dans le CH du Val-de-Marne que certains lieux de stockage étaient mal utilisés. En effet, les produits y étaient stockés de manière à pouvoir y accéder le plus rapidement possible. Or, certaines catégories de produits requièrent un conditionnement particulier : les produits d'entretien, les fournitures alimentaires, le linge... Même le papier doit être conservé à l'abri de l'humidité pour ne pas moisir. Le stockage « sauvage » ne permet pas de rendre compte de l'état des produits ni de l'état des stocks. Le plus souvent, lorsque l'on se réfère aux produits d'entretien, les chariots de ménage peuvent être considérés comme des espaces de stockage « sauvage ». En effet, les référents hôteliers ne voyant pas les produits dans les stocks vont en recommander, alors qu'ils sont en quantité suffisante sur les chariots d'entretien. En mettant chaque produit dans le lieu qui lui correspond, cela permet de faciliter le travail des référents hôtelier, notamment dans la conduite des inventaires. Ils peuvent être d'autant plus réactifs dans le réapprovisionnement.

2.2.2 Les dysfonctionnements en termes organisationnels

Les dysfonctionnements en termes organisationnels peuvent être considérés comme des dysfonctionnements logistiques. Néanmoins, ils se réfèrent à un manquement dans l'organisation du service. Ces manquements peuvent concerner la sécurité ou l'organisation même des UF.

Un dysfonctionnement en termes de sécurité peut survenir par exemple lors de la livraison des commandes ou dans la gestion des lieux de stockage. Tout d'abord, si les effectifs du service ne sont pas en nombre suffisant, il se peut que certaines commandes ne soient pas réceptionnées par le personnel adéquat. Cela a pour conséquence de laisser les commandes dans l'entrée du service, voire à la porte du service. N'importe qui peut alors passer, qu'ils soient employés, patients ou visiteurs, et se servir dans les stocks. Le CH du Val-de-Marne a ainsi déclaré des pertes en termes de linge à destination des patients et des employés dans ses services de psychiatrie. L'officialisation de référents hôteliers, en charge de réceptionner les commandes à date fixe mensuellement serait une solution pour garantir la sécurité dans l'acheminement des livraisons.

Ensuite, tous les établissements ont fait remonter le même problème en termes de sécurité : des lieux de stockage trop accessibles. Cela peut être caractérisé par des portes laissées

¹² « Chambéry : le laboratoire accuse l'hôpital d'avoir utilisé une poche périmée », La Dépêche, 16/01/2014

ouvertes, des clés qui sont prêtées à tous les employés, des codes qui sont connus de tous. En tant que stagiaire au CH du Val-de-Marne, lors de mon stage « blouse blanche », les cadres me donnaient les codes des lieux de stockage. La tentation peut alors être grande de s'approvisionner en fonction de ses envies et non en fonction de ses besoins d'activité. C'est à ce moment que l'on peut parler d'une consommation anarchique en mode « open bar ». Le CHU de l'Hérault a étudié ce phénomène. De la même manière, l'officialisation des référents hôteliers (ou des logisticiens de pôle) peut se faire en parallèle de la sécurisation des lieux de stockage, à la manière des sécurités imposées réglementairement pour les stocks de pharmacie.

Pour comprendre les dysfonctionnements dans l'organisation des UF, il faut se rappeler l'organisation et le découpage d'un hôpital. La plupart du temps, les EPS sont divisés en Pôles (et en Directions), puis en Centre de Responsabilité et, enfin, en Unité de Fonctionnement. Les UF peuvent avoir le libellé d'un service, mais également d'un mode de prise en charge ou d'une activité à l'intérieur d'un même service. Pour ces UF, il existe donc une écriture comptable, mais aucune « activité ». En effet, l'UF du service sera activée par les consommations du service, mais les autres UF ne seront pas « actifs ». Il est alors difficile de connaître les besoins relatifs à une activité ou à un mode de prise en charge puisque la commande sera celle du service. Jusqu'ici cela n'est pas un problème dans l'évaluation des besoins puisque l'on peut se baser sur les besoins du CR. Les quantités sont bien présentes. Le problème survient quand les modes de prise en charge évoluent, que les UF se regroupent différemment et créent de nouveaux services, voire de nouveaux CR. Étant donné que les modes de prise en charge évoluent au gré des besoins de la patientèle, cela peut se produire annuellement ou tous les deux ans au moins. Il devient alors plus difficile de connaître les besoins réels de ces nouveaux services. Cela signifie que le répertoire comptable des UF n'évoluent pas aussi vite que l'expression des besoins. On ne peut pas se rendre compte des besoins.

Pour illustrer notre propos, il est possible de prendre l'exemple ci-après :

Pôle SSR Adulte 2016*(répartition des UF par pathologie)***Pôle SSR Adulte 2018***(répartition des UF par prise en charge)*

<p>CR – Neurologie et gériatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> • UF 1 = 100 € • UF 2 = 0 • UF 3 = 0 <p>CR – Rhumatologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • UF 4 = 100 € • UF 5 = 0 • UF 6 = 0 <p>CR – Orthopédie</p> <ul style="list-style-type: none"> • UF 7 = 100 € • UF 8 = 0 • UF 9 = 0 	<p>CR – Consultations</p> <ul style="list-style-type: none"> • UF 1 = 100 € • UF 4 = 100 € • UF 7 = 100 € <p>CR – Hospitalisation de jour</p> <ul style="list-style-type: none"> • UF 2 = 0 • UF 5 = 0 • UF 8 = 0 <p>CR – Hospitalisation complète</p> <ul style="list-style-type: none"> • UF 3 = 0 • UF 6 = 0 • UF 9 = 0
---	--

Dans ce mode d'organisation, en 2016, les données sont connues par CR seulement. En effet, seul le premier UF de chaque CR est actif. On peut imaginer que les professionnels de santé commandent le matériel dont ils ont besoin lors de leurs consultations et se servent de ce même matériel partout. Ainsi, lorsque les UF se réorganisent, il n'est pas possible de savoir ce dont les autres CR ont besoin. C'est un manque de visibilité qui provient d'un dysfonctionnement organisationnel.

Pour conclure cette partie, il est possible d'identifier des pratiques ou des modes d'organisation qui participent à renforcer, ou au contraire à amoindrir, la visibilité que l'on a des besoins réels des UF pour leur activité. Parmi les atouts, on peut rappeler la clarification des procédures achats et approvisionnements sur l'ensemble de l'établissement, ainsi que la mise en place de logisticiens de pôle ou de référents hôteliers. En revanche, il demeure des manques de visibilité lorsque les livraisons sont mal réceptionnées, lorsque les lieux de stockage sont trop accessibles ou lorsque les UF n'explicitent pas leurs besoins et sont rattachés à d'autres CR.

Fort de ce constat, quel indicateur peut être mis en place afin d'avoir une parfaite visibilité des besoins en fournitures consommables au sein d'un établissement de santé.

3 L'optimisation des achats et des approvisionnements de fournitures consommables à travers la détermination de dotations « cibles »

Il est possible d'utiliser un indicateur afin d'avoir une meilleure visibilité des besoins e fournitures consommables dans les services : les dotations mensuelles. Les dotations mensuelles sont une indication moyenne des quantités de produits nécessaires à un UF ou un CR pour pouvoir fonctionner. Il ne faut pas confondre les dotations moyennes et les dotations « cibles ». Alors que les dotations mensuelles sont une moyenne de consommation, les dotations « cibles » sont un objectif de consommation. Il faut d'abord déterminer les dotations moyennes avant de pouvoir mettre en place des dotations « cibles ». Comment déterminer ces dotations et les mettre en œuvre ? Après avoir vu la méthodologie nécessaire à leur détermination (première sous-partie), nous verrons comment les mettre en œuvre (seconde sous-partie).

3.1 La méthodologie pour déterminer les dotations mensuelles par UF

Afin de mettre en œuvre des dotations dans un établissement de santé, il convient de suivre une méthodologie claire. Dans le cas contraire, cela peut occasionner des pertes de temps, des erreurs numériques et, par conséquent, des dépenses inutiles.

Il est tout d'abord possible de réaliser un benchmarking, regroupant des établissements publics et privés dans le secteur sanitaire et médico-social. En effet, la mise en place de dotations sur certains produits n'est pas une nouveauté et a déjà été réalisée. De bons conseils peuvent survenir quant aux outils à utiliser, à la marche à suivre, aux interactions à mener, au calendrier à prévoir, aux problèmes qui peuvent survenir... Grâce à ces conseils et à la connaissance que l'on a de son établissement, on peut se fixer une méthodologie.

3.1.1 Répertoire le poids des produits concernés

Grâce aux logiciels de suivi comptable de l'activité (par exemple Hexagone), il est possible de lancer une requête. En fonction des catégories comptables de produits (compte de classe 6) que l'on veut observer, on peut obtenir une liste des produits concernés, avec les services qui les ont consommés, quels mois, en quelles quantités et pour quels montants. L'intérêt de cette étape est d'identifier ce que l'on va traiter dans les mois à venir. C'est aussi un premier terrain de communication avec les acteurs qui seront concernés (un code produit avec les acheteurs, un libellé clair du produit avec les utilisateurs).

Par exemple, on peut établir une liste de produits par catégorie comptable, On peut alors référencer leurs prix unitaires, le montant en euros de leur consommation pour l'année, puis les quantités en unité que cela représente. L'identification du prix unitaire est une référence essentielle pour responsabiliser tous les acteurs dans les chaînes des achats et des approvisionnements hospitaliers. Le poids en euros et en quantité de chaque produit sur une année permet d'identifier les tendances de consommation : les produits qui ne sont plus ou très peu utilisés ; les produits qui pèsent fortement sur le montant total des consommations (du fait de leur prix unitaire ou des quantités consommées) ; les produits qui ne doivent plus être consommés.

3.1.2 La négociation des dotations

La détermination des dotations des UF doit se faire avec les personnes concernées par leur utilisation au quotidien. Les référents hôteliers, s'il existe, sont les interlocuteurs les plus indiqués. Mais, pour que tout le personnel se mobilise, il faut que le cadre coordonnateur du pôle soit engagé dans la procédure. Sans explication, les cadres coordonnateurs peuvent penser que la détermination de dotations est inutile (« une moyenne mensuelle n'est pas révélatrice de l'activité réelle »), invasive (« vous ne pouvez pas comprendre ce qu'on utilise ou comment on l'utilise ») ou encore une limitation de leurs moyens. Dans le cadre d'un Plan de retour à l'Équilibre, tous les acteurs sécurisent leurs moyens, qu'ils en aient besoin ou non.

Le premier entretien avec les cadres coordonnateurs de pôle est l'occasion de présenter les dotations. Dans un premier temps, il s'agit d'une indication mensuelle moyenne du besoin. Si la procédure aboutit pour arriver à des dotations cibles, ça ne doit pas signifier que ce sera un plafond posé sur les dotations. En effet, si un service a besoin de plus d'un produit (suite à une forte hausse de l'activité par exemple), l'UF peut consommer davantage et réévaluer ses dotations annuellement. De même, si l'UF a besoin d'un produit de manière exceptionnelle, il peut également en faire la demande. Un indicateur se doit d'être dynamique et de correspondre à une pratique. De même, si une consommation est saisonnière (par exemple un aérosol brumisateur), le pôle peut continuer à commander ce produit uniquement pendant l'été. La quantité annuelle de produit consommée est lissée pour visualiser une moyenne mensuelle. Le pôle n'a pas à respecter obligatoirement la fréquence de consommation. Cet entretien peut également servir pour présenter les intérêts à mettre en place cet indicateur. La détermination de dotation a un triple intérêt. Le premier intérêt est pour le pôle. En effet, il s'agit avant tout d'un indicateur pour gérer ses stocks et réaliser de meilleurs inventaires des besoins. Le deuxième intérêt est pour les magasiniers. En effet, ils préparent les commandes de tous les UF dans un espace de stockage parfois limité. Prévoir en avance les besoins de chaque UF peut représenter une meilleure capacité

organisationnelle et de prévention des ruptures d'approvisionnement. Enfin, le troisième intérêt est pour le GHT. En effet, si l'on connaît les produits nécessaires aux activités des établissements membres, alors on peut créer une massification des achats et réaliser des gains sur achat. À la fin de l'entretien, il faut remettre une liste des produits concernés. Avec l'ensemble de son personnel, et notamment les référents hôteliers, le cadre coordonnateur pourra lancer une réflexion sur les besoins qu'ils estiment nécessaires, à quelles fréquences ils en ont besoin (annuellement, mensuellement, à la quinzaine ou par semaine) et avec quelles UF ils les consomment. Ainsi, il est possible de se sentir acteur de la procédure.

À partir des quantités consommées les années précédentes, de la connaissance que l'on a des produits, de leur utilisation et des prix unitaires, il est possible d'établir les dotations. En fonction des besoins exprimés par les pôles, il est possible de revoir cette moyenne à la hausse ou à la baisse.

Une fois les montants déterminés, il faut l'approbation des référents hôteliers, des cadres coordonnateurs, du responsable achat et des magasiniers. Si nécessaire, il faut les revoir encore et encore jusqu'à ce que tous les acteurs soient d'accord.

À cette étape, la politique achat doit être autant prise en considération que les besoins du service. En effet, la politique achat doit refléter la stratégie achat pour l'ensemble de l'établissement et du GHT. En ce qui concerne ces produits, les objectifs en termes de développement durable doivent être pris en considération. Par exemple, les produits d'entretien doivent être utilisés dans une démarche écologique plus responsable. Un autre exemple concerne le matériel hôtelier. Les lois se multiplient dans l'Union Européenne pour limiter la consommation de plastique à usage unique¹³. Dans un établissement de santé, on peut les retrouver dans les gobelets en plastique à destination des patients, des assiettes et des couverts en plastique, des pailles, des agitateurs et des tasses à café. La détermination de dotation sur ces produits doit donc prendre en compte la capacité de la DAL à passer de nouveaux marchés respectueux des nouvelles législations. C'est pour cela que l'accord du responsable achat sur ces dotations est requis.

3.2 La mise en œuvre des dotations cibles

3.2.1 Les « services tests »

À partir des entretiens et des négociations, il est possible de trouver des Centres de Responsabilité volontaires pour faire le test des dotations. Afin que le test soit le plus représentatif possible, il faut au moins une Direction, un service de soins et un service

¹³ « L'Union Européenne veut interdire le plastique à usage unique », Courrier International, 29/05/2018

médico-technique. L'élaboration des dotations de ces unités sera donc prioritaire pour qu'une fois prêtes, elles passent sous dotations avant la fin de l'exercice en cours.

Le test se passera de la manière suivante : les services tests se feront livrer leurs produits en début de mois. Toutes les semaines, il s'agira de faire l'évaluation des consommations des produits sous dotation. Le but est d'évaluer la justesse mensuelle des dotations, de les faire évoluer si nécessaire. En fonction des résultats du test, il sera possible de valider toutes les dotations ou les réévaluer si nécessaire.

3.2.2 La mise en œuvre opérationnelle

La mise en œuvre opérationnelle des dotations mensuelles dans le but d'en faire des dotations cibles doit se faire avec certains prérequis.

Tout d'abord, il faut pouvoir assurer la sécurisation de stocks afin qu'il n'y ait pas de perte dans la chaîne d'approvisionnement. Cela peut passer par la mise en œuvre de référents hôteliers qui auraient la responsabilité de garantir la sécurité des lieux de stockage.

Ensuite, certains produits doivent en être écartés. En effet, il ne doit pas y avoir d'avance possible pour les cartouches et les piles : les cartouches, du fait de leur coût unitaire et les piles du fait des conditions nécessaires pour les stocker sans qu'elles se déchargent. Lorsque ces deux produits sont terminés, les versions usagées sont échangées au magasin contre des versions neuves. La seule exception concerne les piles prévues réglementairement sur les chariots d'urgence. La condition pour le magasin de prévoir les approvisionnements nécessaires sur ces produits est que les pôles fournissent la liste de leurs imprimantes et de leurs instruments fonctionnant avec des piles.

Enfin, il faut trouver des tableaux de bords susceptibles d'identifier l'évolution des besoins des UF mensuellement et annuellement. Grâce à ces tableaux de bords, il sera ensuite possible de comparer des UF comparables et de mesurer les gains sur achats réalisés sur un exercice. Deux types de tableaux de bords sont possibles.

Le premier recense, en fonction du produit, son prix unitaire, sa dotation prévue, l'état du stock en début de mois, ce qu'il faut commander pour le mois et le montant de ce que cela représente.

Code Produit	Libellé	Prix unitaire	Dotation mensuelle	Janvier 2018		Total janvier €	...	Total €
				Etat stock	À commander			
Catégorie 60262 – Produits d’entretien								
						€		€
Catégorie 60265 – Fournitures de bureau								
						€		€
Catégorie 602661 – Couches, alèses et protection								
						€		€
Catégorie 602662 – Petit matériel hôtelier								
						€		€
Catégorie 60268 – Autres fournitures consommables								
						€		€
Total annuel						€		€

Le second tableau de bord recense l'évolution annuelle des consommations en quantité et en coût de chaque produit. Il est ainsi possible de voir quels produits, en fonction de leur catégorie, sont les plus utilisés et quels produits pèsent le plus sur l'activité du service.

Code Produit	Libellé	Prix Unitaire	Quantité 2017	€ 2017	Quantité 2018	€ 2018	...
Catégorie 60262 – Produits d’entretien							
				€		€	
Catégorie 60265 – Fournitures de bureau							
				€		€	
Catégorie 602661 – Couches, alèses et protection							
				€		€	
Catégorie 602662 – Petit matériel hôtelier							
				€		€	
Catégorie 60268 – Autres fournitures consommables							
				€		€	
Total Annuel			-	€	-	€	
Evolution par rapport à l'année précédente			-	%	-	%	

Pour conclure cette partie, la mise en place de dotation permet d'avoir une plus grande visibilité sur des produits consommés par UF ou par groupements d'UF, et dans quelle quantité. Ce sont autant d'informations qui pourront venir en aide à la politique achat relative aux fournitures consommables.

Si la mise en place des dotations sur les fournitures consommables fonctionne, il est tout à fait envisageable d'accroître le champ d'action des dotations aux dépenses alimentaires, comme au CH des Pyrénées Orientales, aux dépenses liées à la lingerie, comme au CH d'Ille-et-Vilaine ou encore aux dépenses liées à la Pharmacie, comme au CHU d'Indre-et-Loire. La performance des dotations et de la gestion des stocks peut également être accrue grâce à l'utilisation de douchettes. Cependant, toutes ces améliorations en amont dans les chaînes achats et approvisionnements ne doivent pas se faire sans l'optimisation en aval de la plateforme logistique de tri des déchets.

Cette étude mériterait d'être approfondie afin d'être complète. En effet, le benchmarking n'a pas fait appel à d'établissement privé ni d'établissement médico-social. Dans le cas où il faudrait reconduire l'expérience, je recommande plus de temps pour le regroupement et l'analyse des données, ainsi que la négociation dans les pôles et la mise en place de services tests. Réaliser cette enquête lors de l'été pendant que les cadres et/ou référents hôteliers sont en vacances ou en période d'évaluation n'est pas recommandé.

Conclusion

Les achats et les approvisionnements hospitaliers sont un enjeu phare dans l'actualité en santé. Ils sont une thématique transversale dans la réécriture d'un Projet d'Établissement, concernant tous les pôles et toutes les directions d'un hôpital. Ils sont également le deuxième poste de dépenses dans un établissement de santé, après le personnel. Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, de déficit financier et de restriction des marges budgétaires, un regard plus approfondi sur l'intérêt de ces dépenses et les probables gains sur achat peut permettre d'éviter les mesures drastiques d'un Plan de Retour à l'Équilibre. De plus, les achats et les approvisionnements hospitaliers étant au cœur de l'activité hospitalière, une potentielle rupture d'approvisionnement représente une crainte qui pèse sur les conditions de travail de tous. C'est pourquoi il est donc indispensable de fiabiliser les processus d'achats et d'approvisionnement. La détermination du besoin est à la base des procédures achats et approvisionnements. Si le besoin n'est pas clairement exprimé, alors l'achat ne peut pas être efficient et l'approvisionnement ne correspondra pas aux besoins de l'activité, ce qui peut impacter la qualité de la prise en charge du patient. Avoir une meilleure connaissance des besoins des pôles en matière de fournitures consommables ne peut donc que participer à l'efficacité de la politique achat.

Au regard de ses enjeux, quelles sont les limites à la connaissance des besoins en fournitures consommables dans un établissement public de santé ?

La visibilité qu'un établissement de santé peut avoir sur la consommation de fournitures consommables n'est pas imparfaite. En effet, les actions menées autour du programme PHARE, de la fonction achat mutualisée au sein des GHT et de la certification des comptes vont dans le sens d'une parfaite connaissance des montants consommés. Cependant, il persiste un manque de visibilité, non pas dans le montant que représentent ces consommations, mais sur les quantités de produits dont les pôles ont réellement besoins. En dépit des procédures achats et approvisionnements relativement maîtrisées, des consommations anarchiques et une habitude de laisser-faire quand les finances vont bien ne rendent pas compte des besoins réels.

Un certains nombres de dysfonctionnements participent à obscurcir cette visibilité des besoins en fournitures consommables : une mauvaise gestion des stocks, une absence de répartition des lieux de stockage, un manque de sécurité dans la chaîne d'approvisionnement et des lectures comptable d'UF qui ne correspondent plus à l'organisation des soins. Néanmoins, certaines pratiques et certains outils permettent de redonner de la visibilité aux besoins des UF en fournitures consommables comme la

clarification des procédures achats et approvisionnements ou encore la désignation de logisticiens de pôle ou de référents hôteliers.

Un autre outil peut permettre d'améliorer la visibilité des besoins en fournitures consommables dans les UF : la détermination de dotations mensuelles afin de négocier des dotations cibles. Un tel outil à mettre en place nécessite une méthodologie claire, une communication avec tous les pôles de l'établissement de santé, un certain nombre de tests, une sécurisation des stocks et des tableaux de bords intelligibles.

Afin de perfectionner la gestion des stocks et l'évaluation du besoin dans les pôles d'un établissement de santé, il peut être judicieux d'accompagner cette réflexion d'un système de douchettes et d'un parc informatique suffisant pour les exploiter. C'est un autre chantier pour les services logistiques d'une DAL.

Bibliographie

Productions ministérielles

- « Fiche 2-7 : les achats : les appuis du programme PHARE », Marc Bouche (DGOS), Recueil de fiches pratiques sur la performance hospitalière, 05/2016

Rapports

- « Les achats hospitaliers », dir. M. MIGAUD, Cour des Comptes et Chambres Régionales et Territoriales des Comptes, 06/2017, pp. 127
- Compte rendu n°5 des auditions sur la politique achat des hôpitaux, Jean-Charles GRELIER, Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, 07/03/2018, pp. 2
- « Chapitre – Projet Hôtelier », *Projet d'Etablissement 2015-2020* du CH Montperrin à Aix-en-Provence, p.107-133

Articles en ligne

- « CHU de Grenoble : le plan parviendra-t-il à briser l'omerta ? », Journal International du Médecin, 09/05/2018
- « Programme PHARE : une première phase encourageante », Hospitalia, 03/06/2015
- « Le plein-vide, une gestion des stocks qui évite le trop plein », TecHopital, 04/04/2013
- « Chambéry : le laboratoire accuse l'hôpital d'avoir utilisé une poche périmée », La Dépêche, 16/01/2014
- « L'Union Européenne veut interdire le plastique à usage unique », Courrier International, 29/05/2018

Articles de presse

- « Référent logistique de pôle : un nouveau métier au CHU de Poitiers », Revue Techniques Hospitalières, n°710, 07/2008, p.51-56

Ouvrages

- Livre blanc : bonnes pratiques des achats hospitaliers, dir. Salvator MAIRA, Les étudiants du Master Spécialisé Management de la Fonction Achat, Grenoble Ecole de Management, 05/2016 pp. 118

Liste des annexes

Annexe 1 – Extrait des comptes de classe 6

Annexe 2 – La charte du référent hôtelier

Annexe 3 – Aménagement de la fiche de poste pour un référent hôtelier

Annexe 1 – Extrait des comptes de classe 6

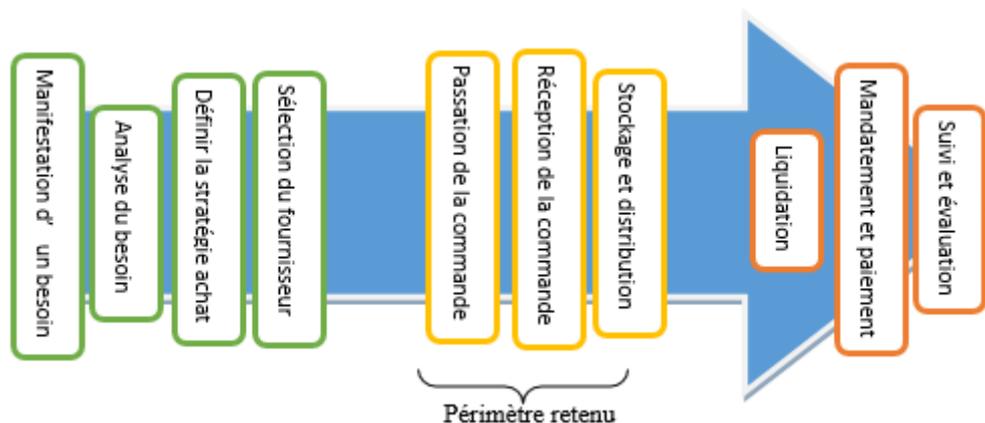
- 601 Achats stockés de matières premières ou fournitures
 - 6011 A caractère médical et pharmaceutique
 - 60111 A caractère pharmaceutique
 - 60112 A caractère médical
 - 6012 A caractère hôtelier et général
- 602 Achats stockés ; autres approvisionnements
 - 6021 Produits pharmaceutiques et produits à usage médical
 - 60211 Spécialités pharmaceutiques avec AMM
 - 60212 Spécialités pharmaceutiques importées
 - 60215 Produits sanguins
 - 60216 Fluides et gaz médicaux
 - 60217 Produits de base
 - 60218 Autres produits pharmaceutiques et produits à usage médical
 - 6022 Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique
 - 60221 Ligatures, sondes
 - 60222 Petit matériel médico-chirurgical non stérile
 - 60223 Matériel médico-chirurgical à usage unique stérile
 - 60224 Fournitures pour laboratoires
 - 60225 Fournitures d'imagerie médicale
 - 60226 Appareils et fournitures de prothèses et d'orthopédie
 - 60227 Pansements
 - 60228 Autres fournitures médicales
 - 6023 Alimentation
 - 6026 Fournitures consommables
 - 60261 Combustibles et carburants
 - 60262 Produits d'entretien**
 - 60265 Fournitures de bureau et informatiques**
 - 60266 Fournitures hôtelières
 - 602661 Couches, alèses et produits absorbants**
 - 602662 Petit matériel hôtelier**
 - 602663 Linge et habillement
 - 60268 Autres fournitures consommables**

En **gras**, les comptes dont les produits stockés sont étudiés dans ce mémoire.

Annexe 2 – La charte du référent hôtelier

<u>Rédigée par</u> : Cécile Marsa, stagiaire AAH	Logo de l'établissement	<u>Validée par, le</u> :
--	-------------------------	--------------------------

1. Le référent hôtelier est un volontaire au cœur de la stratégie d'achat et d'approvisionnement de l'hôpital. Il est à l'écoute des besoins de son service et les traduit afin de garantir un accompagnement optimal des patients dans une ambiance de travail apaisée. Il est un interlocuteur logistique privilégié dans le service.
2. Son rayon d'action concerne les produits stockés. Cela regroupe : les produits d'entretien, les fournitures de bureau, les couches, alèses et protections, le petit matériel hôtelier et d'autres fournitures consommables et stockables. Son action prend place dans la chaîne d'achat et d'approvisionnement.



3. Sa mission est essentielle. Les enjeux autour de la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement sont nombreux :
 - L'enjeu sanitaire. L'absence de gestion des stocks peut pénaliser tout le personnel hospitalier. La désignation d'un référent hôtelier et d'une gestion optimale de l'approvisionnement permet donc de dégager plus de temps « soignant ».
 - L'enjeu en termes de qualité des conditions de travail. La gestion des stocks peut être une source de stress pour le personnel hospitalier, surtout quand il s'agit de rupture de stock. Le fait d'identifier une personne ressource est ressenti comme un soulagement et un apaisement dans le travail au quotidien.
 - L'enjeu en termes de qualité de service. Les produits stockés concourent directement à la prise en charge des patients de l'hôpital. Dans le service, pouvoir

disposer du bon produit au bon moment permet une meilleure prise en charge du patient et sa satisfaction quant à son séjour.

- L'enjeu économique. Les hôpitaux publics connaissent des déficits très importants qui compromettent leurs marges d'action (recrutement, développement de services, investissement lourd). Une meilleure consommation et un approvisionnement responsable, et non une restriction, permettent de réaliser des gains sur achats. Ce sont des économies qui seront valorisées, car ressenties dans tout l'hôpital.
- L'enjeu en termes de développement durable. Mieux consommer à l'hôpital au XXI^{ème} doit se faire dans le respect de l'environnement (éviter les péremptions dues au sur-stockage).

4. Le référent hospitalier a donc pour responsabilités :

- La réception des commandes
- Le rangement des commandes dans le lieu de stockage approprié
- La gestion et la sécurisation des lieux de stockage qui lui sont confiés
- La distribution des produits à qui de droit
- La réalisation d'inventaires mensuels des stocks qui lui sont attribués
- Le lancement des commandes en temps voulu
- La réévaluation annuelle des dotations mensuelles du service dans lequel il évolue. En effet, la maîtrise des approvisionnements est un projet dynamique que vous faites vivre en même temps que le service.

5. Pour se faire, le référent hôtelier a à sa disposition :

- Une formation dédiée à la gestion des stocks dans les services hospitaliers
- Un temps de travail aménagé, consacré à son engagement
- Un matériel informatique adapté
- Des partenaires dédiés et présents pour travailler avec lui. Parmi ces partenaires dédiés, on peut notamment identifier :
 - o Le cadre coordonnateur de pôle (qui a notamment pour rôle de valider les commandes du référent hôtelier) ;

- Le magasin central des Hôpitaux de Saint Maurice pour la passation des commandes et la mise en place d'inventaires et de gestions optimales des stocks ;
 - L'acheteur référent pour les produits concernés, afin de trouver les produits correspondant le mieux aux besoins exprimés.
6. Le référent hôtelier peut suivre l'évolution de sa mission avec des indicateurs précis. Les montants annuels, par catégorie de produits stockés, permettent de mettre en avant les potentiels gains sur achat réalisés. Leur stabilité, ou leur évolution en fonction de la vie du service, démontrera la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement.
7. Le référent hôtelier est recruté suivant une fiche de poste déterminée, précisant ses missions, ses compétences et le cadre d'exercice de ses activités. Devenir le référent hôtelier de son service est un engagement faisant l'objet d'une contractualisation.

Annexe 3 – Aménagement de la fiche de poste pour un référent hôtelier

Métier : Référent hôtelier

Famille : Achat-Logistique

Sous-famille : Restauration-Hôtellerie

Code métier : 25R80

Pôle :

Temps de travail : 20%

1. Définition :

Le référent hôtelier est responsable, dans le secteur qui lui a été attribué (service, unité de fonctionnement...) de l'approvisionnement en produits stockés, depuis la réalisation de la commande jusqu'à sa distribution. Il est à l'écoute des besoins de son service et les traduit afin de garantir un accompagnement optimal des patients dans une ambiance de travail apaisée.

2. Spécificités :

Devenir référent hôtelier nécessite du temps. En effet, il faut pouvoir être à l'écoute service, de l'évolution des besoins du personnel et des patients. Il faut également prendre un temps régulier et rigoureux pour les commandes, les réceptions et les inventaires.

3. Conditions particulières :

Le référent hôtelier travaille en collaboration avec :

- Le cadre coordonnateur de pôle, qui doit valider les commandes avant envoi au magasin central
- Le magasin central, dans la passation des commandes et la réalisation d'inventaire
- L'acheteur référent aux produits stockés, afin de mieux définir les besoins du service, du personnel et des patients

4. Activités :

- Passer les commandes de produits stockés en temps voulu
- Réceptionner les commandes
- Stocker les commandes dans les endroits prévus à cet effet
- Sécuriser et gérer le lieu de stockage
- Distribuer les produits à qui de droit
- Réaliser un inventaire mensuel afin d'optimiser la prochaine commande
- Réévaluer annuellement les besoins du service et ses dotations mensuelles en produits stockés
- A termes, participer à l'élaboration d'un Projet Hôtelier à l'échelle de l'établissement

Savoir-Faire et compétences <i>requis pour le poste / détenus par l'agent en vue de leurs référencements pour l'entretien professionnel</i>	1 – Compétences générales	2 – Opérationnelles	3 - Approfondies	4- Expert
Communication et relations interpersonnelles		X		
Gestion de stock			X	
Circuit achat et logistique	X			
Rigueur et organisation			X	
Maîtrise du pack Office		X		

Le __ / __ / ____

Signature de l'agent :

Nom prénom : _____

Signature : _____