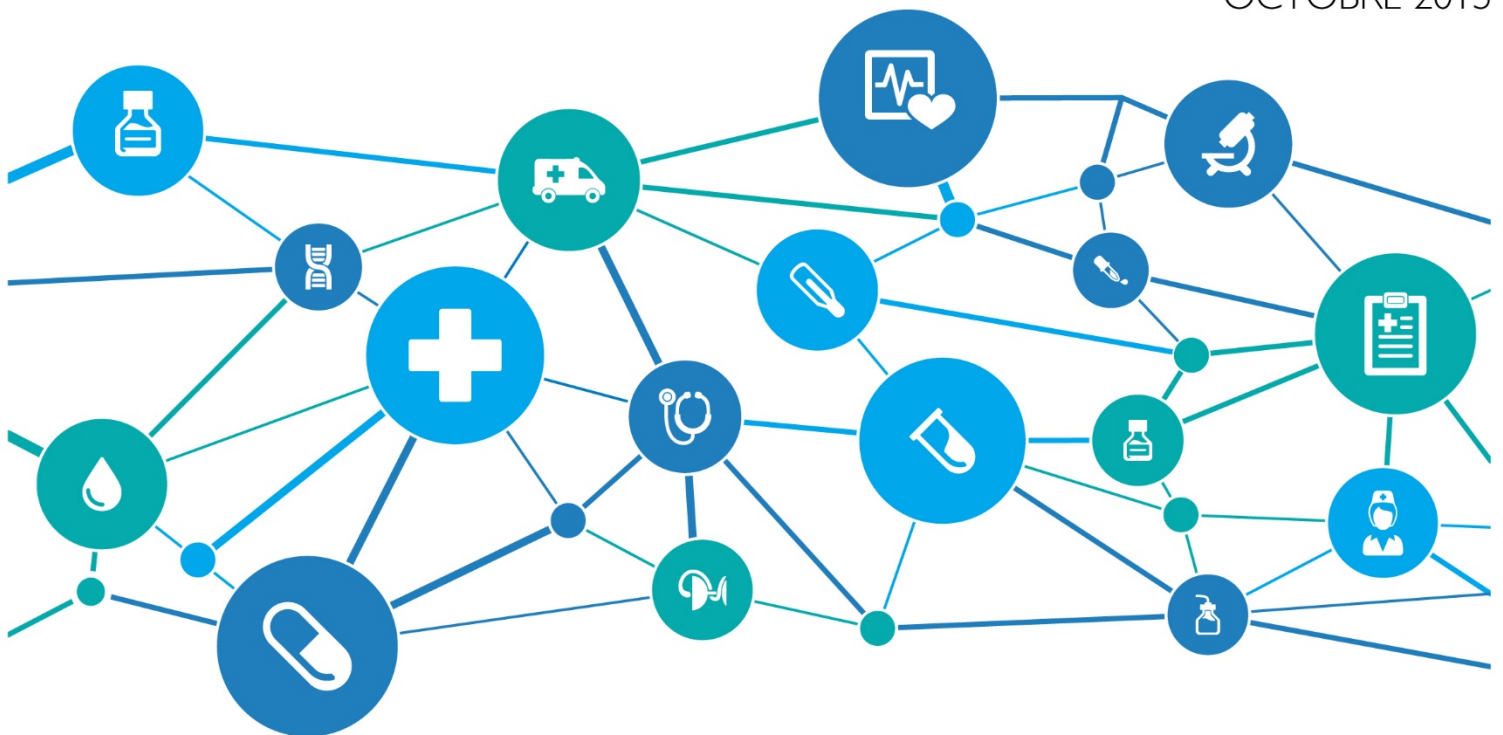


LOGISTIQUE HOSPITALIÈRE : DES EXPÉRIENCES DE PARTAGE DE SERVICE INTER-ÉTABLISSEMENT, DES LEÇONS POUR LA RÉORGANISATION DU RÉSEAU

Martin Beaulieu
Jacques Roy

OCTOBRE 2015



Créé en 2009, le Centre sur la productivité et la prospérité de HEC Montréal mène une double mission. Il se consacre d'abord à la recherche sur la productivité et la prospérité en ayant comme principaux sujets d'étude le Québec et le Canada. Ensuite, il veille à faire connaître les résultats obtenus en organisant des activités de transfert, de vulgarisation et, ultimement, d'éducation.

Pour en apprendre davantage sur le Centre ou pour obtenir des exemplaires de ce document, visitez le www.hec.ca/cpp ou écrivez-nous, à info.cpp@hec.ca.

Logistique hospitalière :

Des expériences de partage de service inter-établissement, des leçons pour la réorganisation du réseau

Auteurs

Martin Beaulieu

Jacques Roy

Centre sur la productivité et la prospérité
HEC Montréal
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) Canada H3T 2A7
Téléphone : 514 340-6449

Dépôt légal : quatrième trimestre 2015
ISBN : 978-2-924208-43-4
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Cette publication a bénéficié du soutien financier du ministère des Finances du Québec.

Photo de la couverture : @iStockPhoto/Hilch

© 2015 Centre sur la productivité et la prospérité, HEC Montréal

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières.....	3
Introduction.....	4
Recension des écrits.....	5
Méthodologie.....	7
Le choix des répondants.....	7
La collecte et l'analyse des données.....	7
Présentation des cas.....	9
Analyse des résultats.....	13
Conclusion.....	16
Bibliographie.....	17

INTRODUCTION

Le réseau québécois de la santé et des services sociaux vit actuellement une profonde réorganisation de ses structures. Les centres intégrés (universitaires) de santé et des services sociaux (CISSS ou CIUSSS), découlant de la fusion de tous les établissements d'un territoire donné, créent de nouvelles organisations d'une taille jamais vue jusqu'à maintenant dans le secteur de la santé au Québec. L'objectif de cette réorganisation est d'offrir une meilleure continuité de soins à la population de ce territoire tout en rationalisant les structures administratives. Parallèlement, la constitution de ces nouvelles entités sera une occasion de consolider les ressources en matière de gestion des approvisionnements et de la logistique. Cet exercice peut aider des établissements à combler une partie de leur retard dans ce domaine (Beaulieu et Roy, 2015a). Compte tenu du nombre d'établissements et de la géographie des territoires, il y aura donc une nouvelle infrastructure à mettre en œuvre dans ce domaine, ce qui constituera un défi important qui monopolisera les énergies des intervenants pour de nombreux mois.

Alors, comment mettre en œuvre cette nouvelle infrastructure? Nous sommes d'avis que nous pouvons tirer des leçons de certaines initiatives de collaborations inter-établissements en matière de gestion des approvisionnements et de la logistique qui ont eu lieu au cours des dernières années au Québec. Ces initiatives étaient un premier terreau pour le secteur de la santé afin de développer des formules de coordination entre deux organisations. Notre étude suivra quatre projets dont le degré de mise en œuvre, mais aussi de succès varie de l'un à l'autre. Aussi, ces projets couvraient une variété de processus logistiques. Ces caractéristiques permettront de dégager des conclusions qui pourront guider les décideurs logistiques actuels afin de relever les défis associés à la réorganisation du réseau.

RECENSION DES ÉCRITS

Il y a plus de quinze ans, Landry et Beaulieu (1999) avaient mis en évidence des déséquilibres de ressources et d'expertises entre les établissements d'une même région. Les récentes enquêtes menées au Québec confirment que ces déséquilibres entre les établissements sont encore présents (Beaulieu et Roy 2015a) et le sont même entre les régions (Beaulieu et Roy, 2015b). Ce déséquilibre n'est pas uniquement visible sur les ressources détenues, mais également sur la performance offerte (Beaulieu et Roy, 2015a; 2015b).

Cette situation a donc perduré et ses effets se sont souvent amplifiés devant les objectifs d'optimisation de la performance des processus de logistique hospitalière exigés par les décideurs du réseau. Des établissements n'avaient alors pas les moyens d'investir dans ces processus pour en relever la performance. Dans ce contexte, certains établissements ont réalisé des initiatives en vue de partager entre eux des services associés à la gestion des approvisionnements et des stocks.

Quelles sont les implications d'un tel partage de services? À ce jour, la littérature sur des expériences similaires est peu abondante dans le secteur de la santé et c'est encore plus vrai pour la situation québécoise. Il y a bien quelques articles qui documentent ces expériences, mais ils ciblent les activités de soins (Halverson et al., 2000; Woodend; 1992) ou alors le partage de services logistiques était évoqué dans le contexte des groupes d'achats (Parnell, 1988). Cette littérature est également peu explicite sur les préalables et les conditions de succès à des partages de services en approvisionnement ou en gestion des stocks. On retrouve principalement une étude dans ces domaines, celle de Beaulieu et Patenaude (2004) qui décrit une telle formule de collaboration entre trois établissements de l'Île de Montréal. Dans ce cas, un établissement pivot offrait ses services à deux autres établissements limitrophes. Le partage impliquait le lancement des commandes auprès des fournisseurs et la gestion complète ou partielle des stocks des deux autres établissements par le centre pivot. Cette étude visait aussi les gains découlant de cette mise en commun : la constitution d'une masse critique justifiant l'acquisition d'un système d'information plus performant tout en préservant une expertise dans ce domaine ainsi qu'un accroissement de la productivité de certaines ressources. L'étude précise tout de même des conditions de succès : le recours à un système d'information commun, une base de données commune, un partage clair des rôles dans chacune des organisations, un soutien de la haute direction des organisations respectives et de la souplesse dans le choix de la solution finale afin d'éviter un mur-à-mur qui serait mal adapté à certaines organisations.

Devant une littérature peu détaillée dans ce domaine, nous avons investigué un autre champ de recherche, celui des centres de services partagés. Cette formule a commencé à se populariser au cours des années 1990 dans le secteur privé (Forst, 1997) et dans le secteur public au cours des années 2000 (Ulbrich, 2010). Bien qu'il n'ait pas de définition unique (Ulbrich, 2010), un centre de services partagés (CSP) permet de faire converger les bénéfices de plusieurs tendances : décentralisation, centralisation et impartition. L'idée d'un CSP est de concentrer une série de services de soutien (paie, ressources humaines, approvisionnement, etc.) dans une unité administrative distincte. Wilson (2004) précise que le CSP se distingue d'une structure centralisée dans la mesure où l'on veut que le client interne puisse avoir le choix de recourir au CSP ou à un prestataire externe

d'où le lien avec la notion d'impartition. Cette orientation fait en sorte que le CSP a une réelle orientation sur le client ce qui tend à augmenter la qualité du service offert (Wilson, 2004). Cette proximité avec le client rejoint un bénéfice de la décentralisation. Finalement, un CSP viserait des économies à long terme (Wang et Wang, 2007).

Bergeron (2003) énumère cinq grandes phases dans le déploiement d'un CSP. Dans la première phase, celle d'identification, l'organisation précise les activités de soutien qui peuvent être déplacées vers le centre des services partagés. Pour la seconde phase, la mobilisation, plusieurs activités qui étaient dans diverses unités vont être transférées vers la nouvelle unité et l'organisation va procéder à la sélection des nouvelles ressources pour soutenir le CSP. Cette phase suppose une revue des effectifs actuels, donc l'entité-mère devra absorber, redistribuer ou réduire le nombre de ses employés à cause de la surcapacité prévue.

La phase de consolidation représente une évolution progressive vers la nouvelle unité. Le transfert ne se fait pas d'une manière brutale, mais cette opération va se dérouler par étapes sur plusieurs mois : les activités seront transmises à la nouvelle unité, département par département. Pendant la quatrième phase, celle de l'extraction, la nouvelle structure est actuellement en place et l'équipe qui livre les services est opérationnelle. Les employés qui sont en surcapacité ou bien qui n'arrivent pas à s'adapter à la nouvelle organisation, seront transférés ou licenciés. La réduction de l'effectif est normalement très limitée et surtout, elle est due à l'élimination de la duplication des fonctions.

Enfin, lors de la dernière phase, celle d'encapsulation, l'effet de la nouvelle structure commence à se manifester, ainsi les employés du CSP seront responsables des fonctions de soutien et mettent en place, par exemple, la standardisation des processus pour répondre efficacement aux besoins des clients. Naturellement, en plus de cette nomenclature, il est possible d'en retrouver d'autres comme celle suggérée par Divakaran et Mani (2008).

Les démarches suggérées demeurent tout de même génériques, elles sont peu détaillées en ce qui concerne les enjeux logistiques dans le secteur de la santé. Dans ce contexte, il y a lieu de mener une étude spécifique à ce domaine afin de combler une partie des connaissances.

MÉTHODOLOGIE

Pour améliorer la performance de la gestion des approvisionnements et des stocks, les nouveaux CISSS devront inévitablement procéder à un rééquilibrage de leurs ressources et parfois aussi à un rehaussement des pratiques actuelles. La présente étude entend répondre à deux questions de recherche interreliées : quelles sont les conditions de succès d'une collaboration logistique entre des établissements de santé et comment ces conditions s'influencent mutuellement?

Pour répondre à cette question, nous recourons à des études de cas, une méthodologie adaptée compte tenu de l'état d'avancement des connaissances dans ce domaine (Yin, 2010). En effet, notre recension des écrits a démontré le peu de développement dans le secteur de la santé. Aussi, les questions de recherche impliquent d'identifier des variables qui sont intuitives pour l'instant et de voir comment elles sont liées entre elles.

LE CHOIX DES RÉPONDANTS

Les cas ont été identifiés par une stratégie opportuniste (Thiétart, 1999) compte tenu de la rareté des expériences dans le secteur québécois de la santé. Ainsi, au cours des dernières années, l'équipe de chercheurs avait eu l'occasion de mener des analyses des systèmes logistiques d'une cinquantaine d'établissements de santé de la province, ce qui avait permis d'identifier des situations de partage de services. C'est dans ce bassin d'établissements que des cas ont été identifiés. Une fois ciblé, l'établissement devait souhaiter participer à cette étude.

Aucun des cas étudiés n'est dans une logique pure de centre de services partagés, tous sont à un stade plus ou moins élaboré de partage de services. Cette situation permet d'avoir un spectre large d'expériences et ne pas être contraint à une seule formule. Aussi, nous nous retrouvons avec des expériences très circonscrites à quelques activités alors que d'autres sont beaucoup plus élaborées. Aussi, ces formules ne se sont pas toutes avérées concluantes. Dans certains cas, elles n'ont pas eu le temps d'être menées à terme. Dans d'autres cas, il y a un écart entre les objectifs poursuivis et les résultats obtenus. Ces contrastes permettent de nuancer les observations qui seront dégagées.

LA COLLECTE ET L'ANALYSE DES DONNÉES

Les cas ont été construits selon deux axes. D'abord, des entrevues ont été réalisées pour chacun des cas. Parfois, des entrevues ont été menées sur plusieurs mois afin de suivre l'évolution du projet et de valider certaines informations offertes dans les entretiens précédents. Pour d'autres cas, des entretiens ont été menés avec un membre de chacune des organisations impliquées dans le partage de services. Le second axe était la consultation de documents associés au projet. Dans tous les cas, nous cherchions à corroborer l'information reçue par une seconde entrevue ou par des documents (Ellram, 1996).

Pour l'analyse des données, nous avons eu recours à la démarche de Huberman et Miles (1990) qui proposent le développement de matrices. Ces dernières permettent de simplifier les réponses

obtenues en facilitant les comparaisons entre elles. Il est aussi possible de créer des matrices plus élaborées à partir des premiers résultats obtenus. La section sur la présentation des résultats adoptera cette approche.

PRÉSENTATION DES CAS

Pour permettre une meilleure comparaison entre les quatre cas étudiés, nous présenterons les informations clés sous forme de tableaux. Ceux-ci mettront en évidence la taille du projet de collaboration étudié, la nature du projet, les bénéfices recherchés, et les défis rencontrés (tableaux 1 à 5). Cette dernière dimension va au-delà des conditions de succès, elle met en évidence des paramètres qui auraient pu être pris en considération afin que le projet génère des bénéfices supplémentaires ou supérieurs.

Il faut préciser que, bien que nous ayons reçu une autorisation verbale des répondants nous permettant de nommer leurs établissements, nous préférons préserver leur anonymat. Bien que la taille du réseau québécois de la santé et des services sociaux permettrait à de nombreux intervenants de retracer l'origine des expériences documentées, nous préférons une formule plus anonyme qui permet de se concentrer sur les événements et non les organisations impliquées.

Pour présenter les informations des tableaux 1 à 5 et lors de certaines descriptions qui suivront, nous retenons les expressions établissement-pivot et établissement-client. Le premier est l'organisation qui offre ses services alors que le second est celui qui reçoit les services en question.

TABLEAU 1
TAILLE DU PROJET

Cas A	Cas B	Cas C	Cas D
Deux établissements impliqués	Deux établissements impliqués	Deux établissements impliqués	Huit établissements d'une région

TABLEAU 2
NATURE DU PROJET

Cas A	Cas B	Cas C	Cas D
Prise en charge de la préparation des commandes de fournitures médicales pour les réserves des unités de soins et lancement des commandes auprès des fournisseurs. Pour le processus de réapprovisionnement, le rangement des articles aux unités de soins est réalisé par le personnel logistique de l'établissement-client	Prise en charge de la préparation des commandes de fournitures médicales pour les réserves des unités de soins et lancement des commandes auprès des fournisseurs. Prise en charge de certains achats spécifiques selon les besoins et qui font l'objet d'une tarification distincte. L'établissement client conserve la réception, la gestion des stocks au magasin et le réapprovisionnement des unités de soins.	Prise en charge du réapprovisionnement des médicaments.	Création d'un service de gestion des approvisionnements et de la logistique à l'échelle de la région. Le CSP devait être mis en œuvre à partir du service des approvisionnements d'un des établissements de la région et non constituer une entité administrative distincte.

TABLEAU 3
OBJECTIFS POURSUIVIS

Cas A	Cas B	Cas C	Cas D
Dégager des économies dans un contexte de réduction importante du personnel dans l'établissement-client.	Mettre à niveau des façons de faire de l'établissement-client et réduire sa dépendance face au seul employé en charge des achats. Une situation qui crée une vulnérabilité de l'organisation en cas d'absence prolongée de l'employé ou de sa compréhension des lois et des règlements.	Sécuriser le circuit du médicament dans le contexte où il était difficile de maintenir des ressources dans ce domaine en permanence.	Dégager des économies et rehausser les pratiques logistiques à l'échelle de la région.

TABLEAU 4
OBJECTIFS ATTEINTS

Cas A	Cas B	Cas C	Cas D
Il n'apparaît pas évident aux yeux de tous les intervenants que le processus a su générer les économies envisagées compte tenu des contraintes rencontrées : incompatibilité des systèmes d'information, contrainte d'espace dans le magasin central de l'établissement-pivot.	Le projet pourrait aller plus loin, mais le stade réalisé a permis d'atteindre les objectifs de l'établissement-client par une mise à niveau des processus de gestion des stocks au magasin et aux unités de soins.	Après plusieurs années de fonctionnement, il a fallu changer de partenaire, car avec celui qui avait été retenu initialement, il était devenu difficile de comprendre la facturation demandée. L'établissement-client craignait d'être surfacturé et les réponses offertes de la part de l'établissement-pivot n'étaient pas complètement satisfaisantes.	Le projet en était à ses premiers développements et il n'avait pu se matérialiser avant la réorganisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux, il est donc difficile d'évaluer les résultats en termes de succès ou d'échec.

TABLEAU 5
LES DÉFIS RENCONTRÉS

Cas A	Cas B	Cas C	Cas D
L'absence d'un système d'information unifié entre les deux établissements. L'absence d'une harmonisation des processus.	L'absence d'une standardisation des produits entre les deux établissements et compatibilité des systèmes d'information.	Absence de contrat encadrant la relation entre les deux parties.	Harmoniser la base de données des produits a été beaucoup plus long que prévu.

Les tableaux précédents mettent en évidence les principales caractéristiques de chacun des cas étudiés. Les prochaines lignes cherchent à intégrer les informations recueillies en combinant des observations provenant de plusieurs cas simultanément. Cette intégration peut offrir des points de vue complémentaires ou à l'inverse antagonistes nuanciant les leçons à dégager.

L'harmonisation de la base de données est le défi exprimé le plus explicitement dans une majorité de cas étudiés. Il avait déjà été mis en évidence dans l'étude de Beaulieu et Patenaude (2004). Pour le cas D, il ne s'agissait peut-être pas du défi le plus important compte tenu de la taille du projet, mais il s'agissait du premier à devoir être abordé. Il est important de préciser que cet effort d'harmonisation de la base de données a exigé plus de temps que ce qui avait été initialement prévu. En effet, alors que cette activité devait prendre au départ trois mois, le nettoyage a demandé 20 % plus de temps et l'effort d'extraction a été plus important que prévu. Pour cette région, on parlait de 259 000 lignes de transactions à traiter et il n'avait pas été possible d'obtenir des ressources supplémentaires pour réaliser cette tâche à l'intérieur de la programmation.

Les entretiens menés avec les répondants du cas B démontrent l'importance de cette harmonisation. Dans ce cas, les réquisitions d'achats directs de l'établissement-client étaient prises en charge par l'établissement-pivot. Cependant, puisque les numéros ne sont pas harmonisés pour les articles utilisés exclusivement par l'établissement-client, le personnel du service des approvisionnements de l'établissement-pivot doit ressaisir la requête dans son système d'information avant de l'acheminer aux fournisseurs.

La rédaction de contrat de service en bonne et due forme entre les deux parties est un deuxième défi. Un répondant du cas C indiquait : « une entente n'est pas un contrat! » À cet effet, les intervenants du cas D ont pris la peine de rédiger un contrat les liant les uns aux autres. Ce dernier précisait les obligations des uns et des autres, comme la structure de gouvernance, la propriété des actifs, les modalités de retrait d'un partenaire, les rôles du centre de services partagés. Pour le répondant du cas C, un tel contrat doit prévoir des objectifs de performance à atteindre par le partenaire pivot et les mesures de performance retenues. Un répondant du cas A va dans le même sens en précisant que l'établissement-pivot ne semblait pas en mesure de livrer tout ce qui avait été convenu entre les deux établissements. Il devient donc nécessaire de traduire les objectifs en clauses contractuelles pour s'assurer que l'établissement-pivot cherche à les atteindre.

Une analyse préalable et sérieuse de la situation actuelle est nécessaire avant de lancer des initiatives de partage d'activités. Pour le cas D, le projet avait été étudié pendant pratiquement deux ans. Une première fois, d'un point de vue plus théorique et la seconde fois par une analyse plus technique des capacités et des ressources technologiques nécessaires pour mener à bien le projet d'un centre de services partagés. À chaque fois, la haute direction des établissements était informée et elle autorisait les phases subséquentes. À partir des entretiens avec des intervenants des cas A et C, on comprend que les décisions se sont prises à un haut niveau dans ces établissements. Le partage de services de chacun de ces deux derniers cas permettait de résoudre une problématique pour l'établissement client. Cependant, une décision à ce niveau ne permet pas de saisir toutes les implications opérationnelles et elle tendra à sous-estimer les obstacles à sa mise en œuvre. Pour le cas C, l'absence de mesure de performance a fait en sorte que l'établissement client a douté des montants facturés

par l'établissement pivot : quantité, produits, prix et le temps des techniciens de l'établissement-pivot consacré à l'établissement-client.

L'harmonisation des processus doit être étudiée attentivement. Les répondants du cas B indiquent qu'une part importante des bénéfices provient de la mise à niveau des processus de gestion des stocks au magasin central et aux unités de soins. De nouvelles pratiques ont été introduites afin de faire un meilleur suivi des paramètres de gestion des stocks. Ces répondants ont vu dans cette étape un préalable à la démarche de collaboration entre les deux établissements une occasion de réaliser des bénéfices avant même l'amorce officielle de la collaboration.

Les répondants des cas B et D rapportent des résultats (ou une progression) positifs mais ils admettent que certains aspects auraient pu être poussés davantage. Par exemple, dans le cas D on évaluait la possibilité d'intégrer le service des comptes-à-payer à l'intérieur de la structure des services partagés, une suite logique après avoir intégré dans une seule structure régionale le flux des matières et le flux d'information. Pour sa part, les répondants du cas B reconnaissent que les efforts de standardisation des produits pourraient être plus poussés ou réalisés conjointement.

Dans la même catégorie, un effort de standardisation des produits ne doit pas être négligé. Dans le cas A, c'est près de 75 % des fournitures médicales de l'établissement-client qui n'étaient pas disponibles à l'établissement-pivot. Le manque d'espace dans l'entrepôt de ce dernier limitait le potentiel d'entreposage de ces articles. Aussi, en venant se greffer au contrat de l'établissement-pivot, l'établissement-client pouvait se retrouver avec des conditionnements de produits surdimensionnés pour les besoins réguliers de ses unités de soins.

ANALYSE DES RÉSULTATS

Notre analyse des résultats s'articulera en deux volets. D'abord, nous formulerons des observations plus génériques dans un contexte d'un partage de responsabilités entre deux organisations. Par la suite, nous enchaînerons par des constats plus spécifiques à la situation actuelle du réseau québécois de la santé et de la création des CISSS et nous conclurons en répondant à nos deux questions de recherche.

D'abord, une première observation concerne un principe de base en impartition : « ne jamais impartir un problème ». Lorsque des organisations sont aux prises avec des processus problématiques, dont la performance est erratique, les décideurs peuvent avoir le réflexe de sous-traiter l'activité, une façon de se départir du problème. Trop souvent cette option s'avère rapidement contre-productive, car les ennuis initiaux n'ont pas disparu avec la sous-traitance. Ces problèmes découlent fréquemment d'un manque de maîtrise du processus et en le confiant à un prestataire externe, ce dernier devra prendre plusieurs mois pour développer sa propre compréhension du processus et des façons de l'améliorer. Une organisation devrait mieux maîtriser ses processus avant de les céder. De plus, il faut s'assurer que le partenaire ait intérêt à procéder à de telles améliorations. Le partage de services à l'intérieur du réseau ne semble pas balisé par les mêmes impératifs que celui impliquant un prestataire de services externe. Les cas A, B et C démontrent que les établissements-pivots peuvent réaliser certains bénéfices en soutenant un autre établissement (sécuriser des ressources internes par un volume d'activités plus importants, obtenir des volumes plus appréciables permettant des négociations de volume avec les fournisseurs, etc.), cependant, les entretiens que nous avons menés nous indiquent que les établissements-pivots voient souvent le soutien comme une forme d'aide consentie à l'autre établissement. Dans ces circonstances, on ne mettra pas tout en œuvre pour assurer le succès du projet. Un prestataire de service dont c'est la mission de base aura plutôt intérêt à satisfaire son client. À cet effet, le cas C s'est conclu par la fin de l'accord entre les deux établissements et l'amorce d'un processus de sélection d'un prestataire de service privé pour les produits pharmaceutiques.

Ainsi, en prenant le temps de mettre à niveau ses processus internes avant de les confier à un partenaire externe, l'organisation peut obtenir deux bénéfices. D'abord, cette maturité permettra de pouvoir potentiellement récupérer une partie des gains de productivité au lieu de les laisser à un prestataire externe. Ensuite, cette maîtrise permettra d'identifier les indicateurs de performance critiques afin que le prestataire exécute correctement son mandat au profit de son « client. »

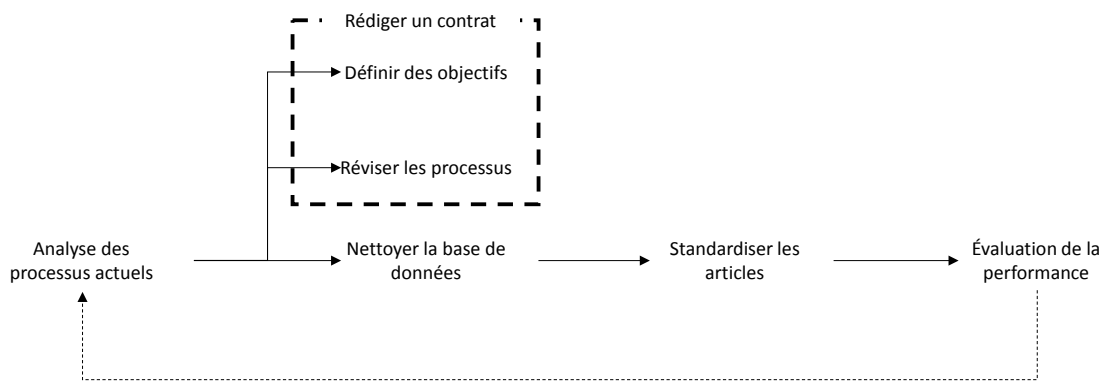
Ce dernier point nous amène à notre seconde observation. Nous reprenons les propos d'un de nos répondants : « une entente n'est pas un contrat. » À cet effet, il faut un degré de maîtrise suffisant pour être en mesure de rédiger un bon contrat. Cependant, le contrat qui couvre toutes les possibilités n'existe pas (Williamson, 2002), il faut donc prévoir des mécanismes de gouvernance entre les deux parties pour assurer la progression de la relation et résoudre les problèmes lorsqu'ils surgissent (Beaulieu et Roy, 2012). Il doit y avoir un niveau de confiance entre les deux parties, sinon la relation peut se détériorer.

À partir des quatre cas étudiés, nous pouvons dégager des leçons qui pourraient s'avérer utiles dans le contexte de la restructuration des systèmes logistiques découlant de la création des CISSS.

1. **Développer une nouvelle base de données unifiée des codes de produits.** Cet énoncé semble une évidence, mais il apparaît opportun d'insister sur le temps nécessaire pour y arriver. Les décideurs ne doivent pas sous-estimer le temps requis pour obtenir cette nouvelle base de données. Aussi, les gestionnaires doivent maintenant développer les mécanismes de contrôle afin d'assurer l'intégrité de la base de données. Il est nécessaire que l'organisation procède à des investissements conséquents pour assurer la constitution et l'entretien de cette base de données. Par ailleurs, les gestionnaires devraient réfléchir aux coûts-bénéfices de l'uniformisation des technologies de l'information. Les cas A et B ont mis en évidence des enjeux associés à la diversité des technologies de l'information.
2. **Standardiser les articles.** Les nouveaux CISSS vont intégrer de nombreux établissements. Il sera nécessaire de procéder à une standardisation des articles et cela pour trois raisons : 1) assurer une meilleure continuité de soins par le recours à des procédures et à des fournitures normalisées, 2) réduire la complexité de la chaîne logistique (réduction de la diversité des produits entreposés ou commandés en achat direct) ou la diversité des contrats à gérer, et 3) dégager des économies alors que la standardisation est reconnue comme l'un des principaux vecteurs pour dégager des économies dans la chaîne logistique (Pedersen, 1996). Les efforts de standardisation ne pourront débiter avant la mise à jour de la base de données. Aussi, pour que le processus soit plus efficace, il faudrait synchroniser les dossiers à standardiser avec les contrats à renouveler.
3. **Prendre en charge de la gestion des stocks au point d'utilisation.** Cette prise en charge a des implications qui sont souvent sous-estimées : la nécessité de gérer des seuils minimum/maximum, le choix des articles à conserver dans les réserves et la gestion du décompte et du rangement des articles (réapprovisionnement) (Blouin et al., 2001). Cette prise en charge est cruciale car elle devient le point d'incertitude de la demande, une gestion erratique à ce niveau de la chaîne logistique aura des répercussions sur les acteurs en amont (magasin central, entrepôt régional et fournisseur). La prise en charge ne signifie pas un contrôle direct de toutes les opérations par un service logistique, il s'agit de définir des procédures claires pour la mise à jour des paramètres des activités de réapprovisionnement. Ces procédures devront être respectées. Ce que ce point met en évidence est l'importance de bien comprendre les processus pour en saisir toutes les ramifications.
4. Finalement, les nouveaux CISSS devront s'interroger quant au **positionnement des comptes-à-payer**. Dans une perspective d'intégration du flux financier, il y a une logique à intégrer sous une structure logistique le service des comptes-à-payer afin que le personnel des achats et celui des comptes-à-payer puissent échanger sur les problématiques qui réduisent l'efficacité de ce dernier service. Cette réflexion doit intégrer la dimension de contrôle interne où l'on cherche à dissocier le service acheteur du service payeur.

Enfin, notre étude souhaitait répondre à deux questions interconnectées : quelles sont les conditions de succès d'une collaboration logistique entre des établissements de santé et comment ces conditions s'influencent mutuellement? La figure 1 dégage ces conditions de succès. Les énoncés de la figure font des liens directs avec plusieurs de nos propos précédents. Les liens que nous établissons entre ces facteurs découlent de nos observations, mais aussi d'une logique naturelle. Par exemple, nettoyer la base de données devient un préalable à la standardisation des articles. Par ailleurs, la rédaction d'un contrat devrait impliquer la définition des objectifs et intégrer les révisions des processus. Finalement, notre schéma est complété par une rétroaction sous la forme d'une évaluation de la performance qui peut nécessiter un retour à l'analyse des processus actuels.

FIGURE 1
POSITIONNEMENT DES CONDITIONS DE SUCCÈS



CONCLUSION

Quand nous avons démarré la présente étude, nous envisagions à l'époque une tendance vers des formes de collaboration inter-établissements dans la mesure où la pression sur le contrôle des coûts ne devait pas diminuer et que tous les établissements n'ont pas toujours les ressources et les expertises nécessaires pour effectuer les changements requis. À l'automne 2014, le gouvernement annonçait une réforme du réseau de la santé qui s'incarnait par une fusion des établissements d'un territoire donné. Cette réforme pourrait donc résoudre les déséquilibres de ressources logistiques observés dans le passé (Beaulieu et al., 2014; Landry et Beaulieu, 1999) et encore présents à l'échelle des régions (Beaulieu et Roy, 2015b). Cependant les nouveaux systèmes logistiques à déployer le seraient sur des territoires très vastes et à certains égards, le processus d'intégration régional des activités logistiques sera similaire aux initiatives de collaboration inter-établissements. Il y aura inévitablement une séquence de mise en œuvre afin de générer très rapidement les gains souhaités. En ce sens, les expériences présentées dans ce document peuvent être riches d'enseignements pour la mise en œuvre de ces nouveaux systèmes logistiques.

Par ailleurs, il n'est pas dit que des efforts de collaboration inter-établissement ne seront pas possibles entre les CISSS. Nous avons déjà observé qu'il y a encore des débalancements entre les régions (Beaulieu et Roy, 2015b). Nous entrevoyons donc une forme de spécialisation qui ferait en sorte qu'un établissement pourrait voir certaines de ses opérations rayonner au-delà de ses frontières naturelles. Dans ces circonstances, certaines des conclusions émises dans ce rapport seront également pertinentes.

La recherche de gains d'efficience dans le réseau québécois de la santé, comme dans tous les réseaux des pays industrialisés (Naylor, 1999) est un défi de tous les instants dans un contexte de demande en croissance constante. Les stratégies à mettre en œuvre pour obtenir ces gains peuvent être variées, mais leur enjeu principal réside dans leur déploiement. Les cas étudiés mettent en lumière des préalables que les organisations ne peuvent pas négliger pour obtenir les bénéfices escomptés.

BIBLIOGRAPHIE

Beaulieu, M.; Roy, J. *Logistique hospitalière : un portrait québécois 2015*, Centre sur la productivité et la prospérité, HEC Montréal, 2015a.

Beaulieu, M.; Roy, J. *Logistique hospitalière : un portrait des régions du Québec*, Centre sur la productivité et la prospérité, HEC Montréal, 2015b

Beaulieu, M.; Roy, J. *Le comportement logistique des entreprises québécoises*, Centre sur la productivité et la prospérité, HEC Montréal, 2012.

Beaulieu, M.; Roy, J.; Landry, S.; Michaud, M.; Roy, C. « La logistique hospitalière au Québec : passé, présent et futur », *Gestion*, vol. 39, n° 3, 2014, p. 56-62.

Beaulieu, M.; Patenaude, G. « La gestion des approvisionnements en réseau : le cas du centre hospitalier Notre-Dame-de-la-Merci », *Logistique & Management*, numéro spécial, 2004, p. 59-64.

Bergeron, B. *Essentials of Shared Services*, New Jersey, John Wiley & Sons Inc., 2003, 264 p.

Blouin, J.P.; Beaulieu, M.; Landry, S. « Systèmes de réapprovisionnement des unités de soins: description et implications organisationnelles », *Logistique & Management*, vol. 9, n° 2, 2001, p. 43-53.

Divakaran, A.; Mani, M. « To Share or Not to Share? », *Business Finance*, vol. 14, n° 6, 2008, p. 30-32.

Ellram, L.M. « The Use of the Case Study Method in Logistics Research », *Journal of Business Logistics*, vol. 17, n° 2, 1996, p. 93-138.

Forst, L.I. « Fulfilling the Strategic Promise of Shared Services », *Strategy & Leadership*, vol. 25, n° 1, 1997, p. 30-34.

Halverson, P.K.; Mays, G.P.; Kaluzny, A.D. « Working Together? Organizational and Market Determinants of Collaboration between Public and Medical Care Providers », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 12, 2000, p. 1913-1916.

Huberman, A.M.; Miles, M.B. *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles, De Boeck Université, 1991, 480 p.

Landry, S.; Beaulieu, M. « L'approvisionnement face au bouleversement du secteur de la santé : le cas québécois », *Revue Internationale de l'achat*, vol. 19, n° 3/4, 1999, p. 17-25.

Naylor, C.D. « Health Care in Canada: Incrementalism under fiscal duress », *Health Affairs*, vol. 18, 1999, p. 9-26.

Parnell, T. « Central Shared Services and the Small Hospital », *Hospital Materiel Management Quarterly*, vol. 10, n° 1, 1988, p. 76-81.

Thiétart, R.-A. *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, 1999, 535 p.

Pedersen, J. « Product Standardization Playing to Win », *In Vivo*, June 1996, p. 15-20.

Ulbrich, F. « Adopting Shared Services in a Public-Sector Organization », *Transforming Government: People, Process and Policy*, vol. 4, n° 3, 2010, p. 249-265.

Wang, S.; Wang, H. « Shared Services Beyond Sourcing the Back Offices: Organizational Design », *Human System Management*, vol. 26, n° 4, 2007, p. 281-290.

Williamson, O.E. « The Theory of the Firm as Governance Structure: From Choice to Contract », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 16, n° 3, 2002, p. 171-195.

Wilson, D.A. « Shared services: A Strategy for reinventing Government », *Government Finance Review*, vol. 20, n° 4, 2004, p. 37-44.

Woodend, R. « Establishing an Integrated System at Markham Stouffville Hospital », *Journal fo Systems Management*, vol. 42, n° 6, 1992, p. 32-41.

Yin, R.K. *Case Study Research: Design and Methods, 5th Edition*, Sage Publications, 2013.