

**Pratique exemplaire : la
standardisation des fournitures
médicales au Centre universitaire de
santé McGill**

**Par Martin BEAULIEU, Sylvain LANDRY,
Katherine DeFALCO et Guy SIMARD**

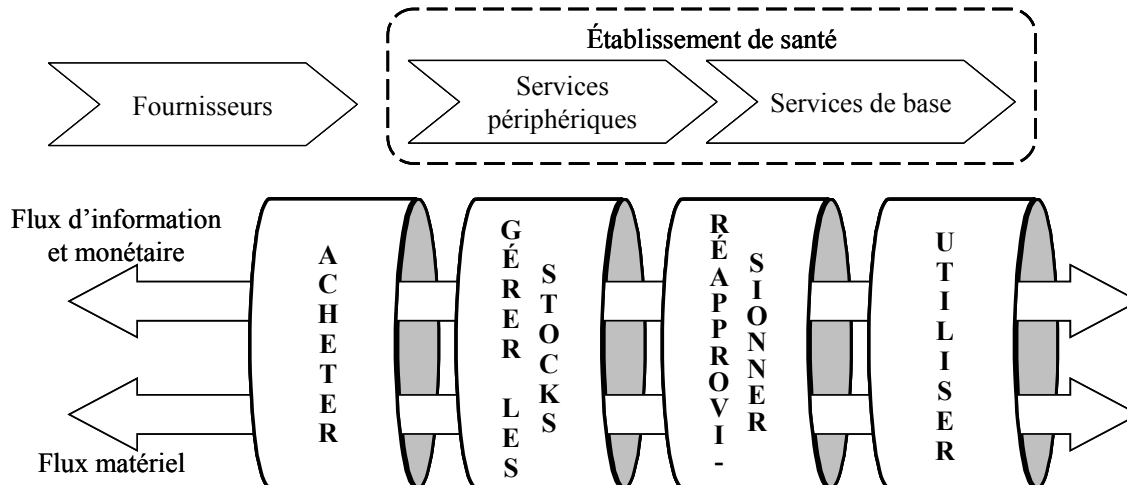
Cahier de recherche n° 06-04
Mars 2006

ISSN : 1485-5496

Introduction¹

En l'an 2000, le groupe de recherche CHAÎNE amorçait un travail de recension de pratiques exemplaires dans le domaine de la logistique hospitalière. Comme le présente la figure 1, les chercheurs ont développé un canevas d'analyse touchant les grands paramètres de logistique hospitalière (les principaux processus : achat, gestion des stocks, réapprovisionnement et utilisation; les principaux flux : information, monétaire et matériel) ainsi que les acteurs de la chaîne pouvant assurer le pilotage de ces activités (par exemple les fournisseurs et les établissements). Les premiers exercices se sont déroulés principalement en Europe et en Asie (Landry et Beaulieu, 2000; Landry et Beaulieu, 2003). À la suite d'un partenariat avec l'Association québécoise de la logistique et de l'approvisionnement dans le secteur de la santé (AQLASS), le groupe de recherche CHAÎNE offre une série de cahiers de recherche présentant des initiatives québécoises dans le domaine de la logistique hospitalière.

Figure 1 - Modèle d'études pratiques exemplaires



Le présent cahier décrit la mise en œuvre d'une stratégie de standardisation des produits, en portant une attention particulière à la démarche de standardisation² et à la structure organisationnelle retenue. Il est évident pour de nombreux experts que la gestion des approvisionnements et du matériel doit dépasser la simple acquisition des fournitures nécessaires au bon fonctionnement d'une organisation (Carter *et al.*, 2000). Dans le contexte du secteur de la santé où les ressources sont limitées, les gestionnaires des approvisionnements peuvent déployer des stratégies qui auront un impact positif sur la mission première d'un établissement (Landry et Beaulieu, 2002). La standardisation des produits peut être l'une de ces stratégies.

¹ La réalisation de ce cahier de recherche a été rendue possible grâce à la participation financière de l'Association québécoise de la logistique et de l'approvisionnement du secteur de la santé (AQLASS).

² L'Office de la langue française accepte l'expression standardisation comme une « technique destinée à simplifier, à uniformiser et à spécifier les caractéristiques de produits ou d'activités de travail en vue de réduire le nombre ».

La standardisation a fait l'objet de nombreux écrits au début des années 1980. Cependant pendant de nombreuses années peu de travaux significatifs ont été observés. Plusieurs raisons pourraient expliquer cette période de silence, nous en formulons trois :

1. Aux États-Unis, entre les années 1985 et 1995, il y a eu un intérêt important pour les programmes de réapprovisionnement aux points d'utilisation gérés par les distributeurs de fournitures médicales (*stockless*) (Arthur Andersen & Co., 1990). De tels programmes ont pu donner l'impression aux gestionnaires des établissements que l'ensemble des questions logistiques était sous la responsabilité des distributeurs. Ces programmes ont connu des difficultés à la fin des années 1990 (Rivard-Royer *et al.*, 2002).
2. Au Canada, à la même époque, les services des approvisionnements jouaient un rôle souvent trop effacé dans leurs établissements de santé pour prendre une part active aux discussions entourant le choix des produits (Landry et Beaulieu, 1999).
3. Les exercices de standardisation peuvent exiger de défier la résistance du corps médical (Davis, 2004), un effort qui exige un gestionnaire de projet ayant une bonne lecture politique de son organisation.

Cependant, la crise financière vécue par de nombreux réseaux de la santé ces dernières années a ranimé l'intérêt pour les exercices de standardisation des produits (VHA, 2002), d'autant plus que des études produites au cours de la dernière décennie confirment le potentiel d'économies de cette pratique (Advisory Board, 1997; Ontario Hospital Association, 2001; Perderson 1996).

C'est dans ce contexte qu'à l'automne 2002, la directrice associée du service de gestion du matériel du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) dépose un mémoire auprès du comité de direction de l'établissement. L'un des objectifs était d'obtenir les budgets permettant l'embauche, au service de gestion du matériel, de deux professionnels de la santé qui verraient à mener des exercices de standardisation. Ces professionnels occuperaient les postes d'agent de standardisation. Pour la directrice associée, il ne fait aucun doute que des démarches de standardisation des produits offrent des occasions de réduction des coûts tout en améliorant la qualité des soins. La proposition visait donc la création d'une entité administrative dédiée aux dossiers de standardisation qui verrait à développer une démarche systématique et continue tout en constituant un point de canalisation de la documentation sur les produits. La direction de l'établissement a donné son aval à un projet pilote au début de l'année 2003. Après quelques mois de recherche, deux candidats sont recrutés. Ces deux intervenants cumulent de nombreuses années d'expérience à titre d'infirmier ou d'infirmier assistant-chef au CUSM mais aussi dans d'autres établissements de santé. Ils démarrent officiellement leur mandat à la fin du printemps 2003¹.

Ce document présente l'expérience du CUSM dans la mise en œuvre d'un comité de standardisation. Pour analyser cette pratique, ce texte sera constitué de deux grandes parties : la première décrit la démarche de standardisation adoptée par le CUSM. La

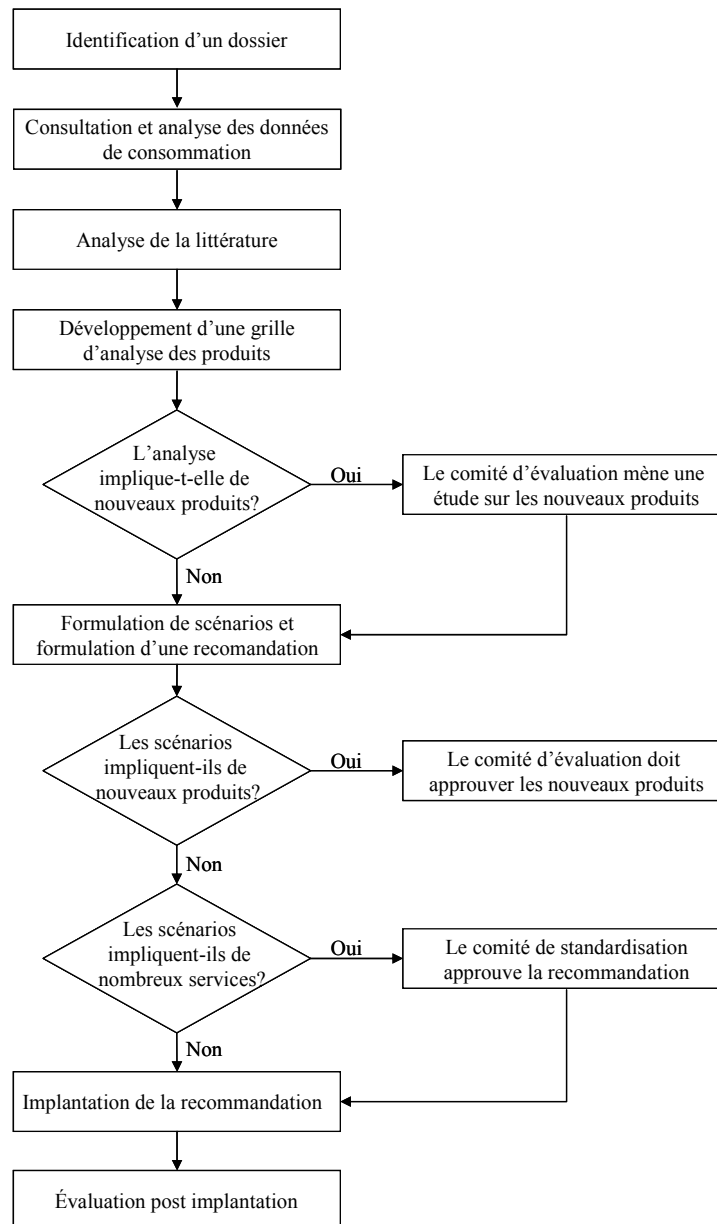
¹ Ceux-ci sont coauteurs du présent cahier.

seconde partie discute de cette démarche en la comparant à d'autres expériences similaires.

L'expérience de standardisation menée au CUSM

Lors du dépôt de son mémoire au comité de direction du CUSM, la directrice associée au service de gestion du matériel avait décrit les grands paramètres de la démarche de standardisation. Il n'en demeure pas moins que les agents de standardisation ont développé une procédure de travail lors de leurs premiers dossiers. Cette démarche impliquant un ensemble d'intervenants et de comités est présentée à la figure 2. Chacune des grandes étapes de la démarche sera décrite dans les prochaines sous-sections.

Figure 2 - Démarche de standardisation développée au CUSM



Pour apprécier les enjeux de cette pratique logistique, il est nécessaire de saisir le contexte organisationnel dans laquelle elle se déroule. Le CUSM est le fruit de la fusion, au milieu des années 1990, de cinq établissements de santé associés à la communauté anglophone montréalaise : l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital de neurologie de Montréal et l'Institut thoracique de Montréal. Les gestionnaires ont alors fait le pari de fusionner progressivement les structures et les cultures de chacun des sites.

Au plan logistique, avant la fusion, chaque établissement était doté d'un service des approvisionnements, d'un magasin central et donc de ses propres pratiques d'achats. Tous les sites n'avaient pas accordé un intérêt égal à la gestion de l'utilisation; c'est pourquoi certains sites pouvaient posséder un intervenant chargé d'évaluer les produits alors que d'autres n'en avaient aucun. Une intention claire de la haute direction du CUSM était d'éliminer le dédoublement des structures afin de mettre en commun les expertises et le pouvoir d'achat de chacun des sites. Encore aujourd'hui, cet objectif n'est pas toujours aisé à concrétiser car il faut composer avec les cultures organisationnelles propres à chaque pavillon du CUSM. C'est dans ce contexte que sont arrivés les deux agents de standardisation. Précisons que chaque agent est responsable d'un type de dossiers bien précis : l'un travaille sur les dossiers des unités de soins alors que le second voit au dossier du bloc opératoire.

Identification d'un dossier

Il n'existe pas de procédure afin de déterminer les dossiers qui seront traités. Un contrat rendu à échéance, le renouvellement d'un contrat avec le groupe d'achats, un besoin découlant d'une pratique générale ou les demandes de services peuvent être des motifs déclenchant une démarche de standardisation. À l'intérieur de son mémoire, la directrice associée du service de gestion du matériel souhaitait privilégier les dossiers présentant généralement l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : des produits consommés en grand volume ou des produits dont le prix unitaire est élevé. Les dossiers présentant ces caractéristiques pouvaient offrir un potentiel d'économie plus appréciable.

Consultation et analyse des données de consommation

Une fois qu'un dossier est priorisé, il est nécessaire de documenter la pratique. Les deux agents de standardisation ont accès aux données du système d'information du service de gestion du matériel. Ils peuvent donc consulter les données de consommation, les contrats conclus leur permettant de connaître les fournisseurs retenus ainsi que les prix payés par chacun des sites du CUSM. Ces données permettent de cartographier les comportements pour chacun des pavillons. Le tableau 1 offre un exemple simplifié de données collectées pour le produit ABC¹. Ces données peuvent mettre en évidence des comportements très différents d'un pavillon à l'autre. Ainsi, un site peut déjà avoir retenu un seul produit à la suite d'une démarche de standardisation alors qu'un autre

¹ Pour préserver la confidentialité de certaines informations commerciales, nous avons changé le nom du produit.

consomme l'ensemble des produits sous contrat. Un tel exercice de cartographie révèle que certaines options historiquement rejetées par des sites sont pourtant déployées à grande échelle dans d'autres pavillons du CUSM. La diversité des comportements de consommation a trois impacts sur certaines étapes de la démarche de standardisation (voir figure 1)¹ :

- Consultation des données : Il est nécessaire pour les agents de se rendre sur place pour consulter les utilisateurs afin de comprendre pourquoi ils acceptent ou rejettent certaines options. Est-ce que ces choix sont fondés sur des motifs de pratiques médicales ou sur la pathologie des patients ayant des exigences de soins particuliers? Ou est-ce que ces choix proviennent d'une méconnaissance de certains produits et de leur utilisation?
- Approbation de nouveaux produits : Certaines pratiques n'ont pas à être évaluées puisqu'elles sont déjà acceptées et en vigueur dans des services du CUSM ce qui peut accélérer la démarche de standardisation;
- Formulation des scénarios : Puisqu'une variété de produits est déjà utilisée par le CUSM, l'agent peut raffiner les scénarios qu'il proposera.

Tableau 1 – Consommation en dollars du produit ABC dans les différents pavillons et selon les différentes marques de produits²

	Neurologie	Hôpital Général	Royal-Victoria	Hôpital pour enfants
Penta XC	14 518 \$	197 500 \$		
Penta CC			121 215 \$	20 130 \$
Xagone			3 392 \$	
Westbrook				16 425 \$
Eastbrook	4 895 \$		280 \$	
Markham			1 025 \$	
Bielen			13 540 \$	29 164 \$

Analyse de la littérature

Il est nécessaire de documenter les pratiques afin que les produits recommandés soit acceptables d'un point de vue clinique. Cette analyse intègre aussi les évolutions législatives prévisibles qui pourraient modifier des choix technologiques dans quelques années. Cet exercice permet aussi d'évaluer les risques et les bénéfices d'un changement ainsi que les investissements potentiels à sa mise en œuvre.

¹ Précisons que les agents de standardisation ne peuvent uniquement se fier aux données contenues dans le système d'information. Ils doivent visiter les sites car il peut arriver que des pavillons consomment certains articles qui sont identifiés sous un autre nom dans le système.

² Afin de préserver la confidentialité de certaines informations, nous avons changé le nom des marques commerciales ainsi que les prix. Cependant, les proportions ont été respectées afin de conserver la crédibilité de l'exercice. Soulignons aussi que quatre des cinq pavillons du CUSM emploient cet article, le cinquième n'a pas de spécialité l'exigeant.

Pour les aider dans cette tâche, les agents de standardisation ont accès aux bases de données bibliographiques de l'Université McGill pour produire une recension des écrits récents sur le sujet. Naturellement, ils rechercheront des expériences se déroulant dans un contexte multipavillonnaire, ou dans des établissements ayant des activités de recherche ou plus généralement dans des hôpitaux de grande taille afin d'avoir des expériences les plus similaires avec celui du CUSM.

Développement d'une grille d'analyse

Pour être en mesure d'évaluer les différents produits, il est nécessaire de constituer une grille d'analyse. Une telle grille a aussi l'avantage de préciser les critères qui auront été utilisés pour formuler les scénarios.

Soulignons que pour certains dossiers, les agents de standardisation n'ont pas toute l'information en main car il pourrait être nécessaire de recommander un nouveau produit qui n'est pas utilisé dans un pavillon du CUSM¹. Dans une telle situation, il est nécessaire de valider au préalable la conformité de ce produit dans le but d'éviter d'introduire des produits incompatibles avec la pratique. Dans ce cas, les agents de standardisation ont recours à l'un ou l'autre des comités d'évaluation du CUSM² qui ont le mandat d'évaluer tous les nouveaux produits pouvant être implantés dans les pavillons de l'établissement de santé. Ce comité mène un exercice formel d'évaluation. À cet effet, un formulaire écrit est développé et administré à des services utilisateurs. Un tel formulaire contient des critères objectifs évitant ainsi de travailler avec les impressions des utilisateurs. Outre l'obtention des commentaires sur les produits, cet exercice permet d'identifier des zones de résistance potentielles à tout changement de produit.

Formulation des scénarios

En ayant en main l'ensemble des données, les agents de standardisation formulent des scénarios dégageant quelques options. L'agent présentera des options qui sont d'abord efficaces cliniquement et qui pourront ensuite générer des bénéfices financiers³. Les scénarios doivent s'accompagner d'un plan de mise en œuvre. Le tableau 2 présente un exemple d'une grille de scénarios pour le produit ABC.

Des informations collectées lors des visites des établissements permettent de justifier ces scénarios. Ainsi, le scénario 1 s'inscrit dans les principes de standardisation formulés :

¹ Soulignons que les agents de standardisation doivent le plus possible composer avec les produits qui sont déjà sous contrat avec le CUSM. Deux raisons peuvent expliquer cette situation. D'abord, ceci évite de reprendre la démarche d'appel d'offres afin d'inclure un nouveau fournisseur. Il suffit alors d'ajuster les quantités commandées à chacun en fonction de la recommandation adoptée. Ensuite, un nouveau produit doit être validé par un des comités d'évaluation. Naturellement, lorsque l'exercice de standardisation coïncide avec les renouvellements de contrats, ceci accroît le choix de produits possibles.

² Pour le CUSM, on peut recenser au moins deux comités d'évaluation, l'un pour les produits des unités de soins et un second pour les produits du bloc opératoire. Chacun relève d'une direction distincte.

³ Les scénarios proposés s'appuient sur les prix actuellement payés par le CUSM et non sur les prix réduits provenant d'une nouvelle négociation intégrant des volumes plus considérables ou des négociations réalisées par le groupe d'achats de la région.

favoriser les produits déjà consommés à l'interne, en l'occurrence le produit Bielen qui serait déployé dans tous les sites. Le scénario 2 est une variante du précédent, il suggère l'adoption du Penta CC pour le service d'anesthésie des adultes. En fait, il s'agit du produit déjà utilisé dans ce service. Ce scénario cherche à accommoder la direction de ce service qui s'oppose fortement au produit Bielen. Ce scénario est une option pragmatique¹. Le scénario 3 n'impose pas de produit mais il cherche à normaliser la gamme de produits utilisés au CUSM. Ce scénario élimine près du deux tiers des codes de produits à gérer mais sans apporter d'économies monétaires directes. Naturellement, il s'agit du scénario le plus simple à implanter. Finalement, le scénario 4 est le plus économique car il intègre un produit acheté par le groupe d'achats. Toutefois, il ne pourrait être déployé à court terme car il s'agit d'un nouveau produit qui n'a pas été évalué à grande échelle par le comité d'évaluation. Si les agents de standardisation tenaient compte des produits actuellement sous contrat au CUSM, le scénario 1 est le plus économique. Soulignons que dans le cas du produit ABC, l'agent a proposé plus d'une marque afin d'accommoder des pratiques médicales ayant des consommations marginales².

Tableau 2 – Exemple de scénarios pour le produit ABC

Sommaire CUSM 2004 – Produit ABC											
Marques	Situation actuelle			Scénario 1		Scénario 2		Scénario 3		Scénario 4	
	Unités Totales	Coût unitaire	Coût en \$	Unités	Coûts en \$	Unités	Coûts en \$	Unités	Coûts en \$	Unités	Coûts en \$
Penta XC	157 050	1,35 \$	212 018								
Penta CC	104 700	1,35 \$	141 345			27 650	37 328	264 980	357 723		
Xagone	3 230	1,05 \$	3 392								
Westbrook	7 300	2,25 \$	16 425	7 300	21 600	7 300	21 600	7 300	21 600	7 300	21 600
Eastbrook	4 500	1,15 \$	5 175	4 500		4 500		4 500			
Markham	500	2,05 \$	1 025	500	1 025	500	1 025	500	1 025	500	1 025
Bielen	40 670	1,05 \$	42 704	305 650	320 933	278000	291 900	40 670	42 704	305 650	275 085
		Coûts totaux	422 084		343 558		351 853		423 052		297 710
		Économie			78 526		70 231		-968		124 374
Les produits Westbrook, Eastbrook et Markham sont inclus dans tous les scénarios afin de répondre à des besoins particuliers.											
Scénario 1	À l'exception de consommations marginales par des unités ayant des clientèles particulières – 100 % Bielen, sans évaluation.										
Scénario 2	100 % Bielen sauf pour les adultes du service d'anesthésie pour qui on utiliserait le Penta CC, sans évaluation.										
Scénario 3	Bielen pour le pavillon pour enfants et Penta CC pour les pavillons pour la clientèle adulte, sans évaluation.										
Scénario 4	100 % un nouveau produit de Bielen qui est à 0,90 \$ l'unité. Il faudrait au préalable procéder à un exercice d'évaluation puisqu'il s'agit d'un nouveau produit non encore déployé dans l'établissement.										

Précisons qu'une solution est jugée la plus économique si elle l'est pour l'ensemble du CUSM et non pour chaque pavillon. Par exemple, un des scénarios avancés peut recommander un produit à 5,00 \$ alors qu'un pavillon utilise un produit à 4,50 \$ et qu'un autre en emploie un à 6,75 \$. Il y aura un gain net pour le CUSM, toutefois un pavillon devra absorber une hausse de prix. En théorie, il devrait y avoir un transfert budgétaire vers les pavillons qui devront déboursier davantage, cependant dans les faits, les montants

¹ Précisons que dans ce scénario, s'il se concrétisait, le Penta CC serait géré comme un achat direct. Ce scénario normaliserait donc les codes de produits au magasin.

² Dans cet exemple, il s'agit d'un département traitant des malades aux prises avec le virus du sida et qui utilisait un type spécifique de cathéter. L'agent de standardisation se sentait très mal à l'aise de contraindre ce département à recourir à un nouveau produit car celui-ci a déterminé que celui utilisé causait le moins de désagrément aux patients. Ce choix était relativement aisé à prendre puisque la consommation actuelle représentait une somme relativement marginale.

en cause sont relativement insignifiants lorsqu'on les compare aux budgets globaux de ses établissements.

Les scénarios doivent mener à l'adoption d'une recommandation. Selon la nature des dossiers, différents intervenants peuvent être impliqués dans la formulation de la recommandation. Pour les dossiers impliquant un grand nombre de services et dont les sources de résistance anticipées peuvent être nombreuses, le comité de standardisation sera le forum décisionnel privilégié. Le comité de standardisation est imputable au directeur des finances (*Chief Financial Officer*) et il est présidé par la directrice associée du service de gestion du matériel. Le comité comprend entre autres des acheteurs des produits cliniques, des fournitures du bloc opératoire ou des fournitures médicales, le directeur associé des soins infirmiers ainsi que le médecin-chef de la direction des services professionnels (*Physician Director*). Selon les dossiers, le directeur administratif, mission chirurgie et médecine du CUSM, un représentant de la direction des services hospitaliers, un représentant des services thérapeutiques et diagnostiques, un représentant du contrôle des infections, un représentant du département de santé et de sécurité ou le président du comité des patients peuvent se joindre aux délibérations. La directrice associée désireait que les représentants soient des intervenants du plus haut niveau hiérarchique possible pour que :

Lors de la sélection des produits, nous obtenions l'aval de la plus haute autorité des services concernés. Il y a un effet d'engagement. En plus, lors de la mise en œuvre des recommandations, s'il y a de la résistance de la part des utilisateurs, nous pouvons les inviter à faire part de leurs réactions à la direction de leur service, ce qui peut atténuer la résistance au changement.

Pour les deux premières années de travail des agents de standardisation, le comité ne s'est réuni qu'à deux occasions.

Par ailleurs, pour les dossiers impliquant l'introduction d'un nouveau produit, la recommandation sera entérinée par l'un des comités d'évaluation. De plus, les comités d'évaluation demeurent les canaux de communication officiels que les utilisateurs doivent adopter s'ils souhaitent se plaindre du choix de produits. Les comités valideront le bien fondé de la plainte ce qui pourrait mener à l'introduction d'un autre produit si ceux actuellement sous contrat ne rencontrent pas les exigences de la pratique¹.

Implantation de la recommandation

Le travail des agents de standardisation implique aussi l'implantation de la recommandation. Toutefois, il y a un travail préparatoire bien avant le déploiement de la solution retenue. Par exemple, il est nécessaire de coordonner le travail des magasiniers qui auront à produire les nouvelles étiquettes d'identification des produits pour les différentes réserves des services utilisateurs. Ils doivent préparer la formation des utilisateurs ou demander au fournisseur de le faire. Il est nécessaire de sélectionner un moment propice pour le déploiement dans les unités de soins des produits retenus. Pour

¹ Le département de santé et sécurité au travail reçoit déjà tous les formulaires d'accidents de travail dont ceux reliés aux plaintes sur le matériel utilisé. Ce département peut donc acheminer des commentaires provenant de l'utilisation de certains produits.

assurer l'adoption rapide des nouveaux produits, certaines périodes de l'année doivent être évitées pour la phase de déploiement. Par exemple, dans le cas des dossiers qui impliquent des produits présents dans toutes les unités de soins et qui ont des consommations très élevées (comme les gants), la période estivale est déconseillée car il y a un grand roulement de personnel. Un déploiement à cette période aurait pour conséquence de multiplier les efforts de formation et de sensibilisation afin de rejoindre toutes les personnes concernées.

Suivi post implantation

Il est nécessaire de veiller au respect des recommandations. Les acheteurs veillent à ne pas donner suite aux réquisitions qui demanderaient des produits ne correspondant pas à ceux recommandés par les exercices de standardisation. Précisons que le CUSM a fait le choix d'adopter une structure de gestion où les acheteurs se voient attribuer la responsabilité de services-utilisateurs. Cette structure a l'avantage de personnaliser les contacts avec les services requérants; les utilisateurs n'ont qu'un seul point de contact avec le service des achats. Par ailleurs, les agents de standardisation reconnaissent que l'infrastructure logistique restreint les moyens de contrôle car les différents magasins du CUSM manquent d'espace. Il a donc été nécessaire de développer des critères afin de déterminer les produits qui y sont maintenus en stock et ceux qui sont gérés en achat direct par les services (hors stock). C'est pourquoi les acheteurs doivent faire preuve de vigilance quant ils voient passer certaines demandes des usagers.

Une fois les recommandations implantées, il doit y avoir une actualisation des données financières à partir d'une nouvelle collecte de données du terrain. Un rapport présentant les économies doit être ensuite généré. Les agents évaluent alors la satisfaction des utilisateurs après chaque phase de conversion.

À l'automne 2005, les agents de standardisation ont produit une évaluation des économies dégagées à ce jour ainsi qu'une projection pour l'année 2006 et cela, à partir des dossiers gérés au cours des derniers mois. Le tableau 3 présente les estimations des économies. Ces dernières se divisent en deux catégories : les économies directes et les coûts évités. Le volet économies intègre la réduction du nombre de bons de commande, la réduction totale des prix d'achat et la réduction du gaspillage.

Tableau 3 – Évaluation financière des exercices de

	2004	2005	2006	Total
Économies	38 750 \$	233 000 \$	505 500 \$	777 250 \$
Coûts évités	Nil	200 000 \$	340 000 \$	540 000 \$

Les coûts évités concernent des avis que les agents de standardisation ont offerts aux acheteurs pour l'achat de certains équipements. Ces derniers n'étaient pas des dossiers initialement identifiés par les agents de standardisation. Les agents ont pris le temps de valider les meilleures pratiques selon la littérature. Dans le cas d'un évacuateur de fumée, un tel avis a permis de réduire le nombre d'unités à acheter de 15 à 5, évitant dans ce cas précis un coût de 30 000 \$.

Discussion

Une stratégie de standardisation a de nombreuses ramifications. À partir de l'expérience du CUSM, notre discussion s'articule autour de cinq points : hiérarchiser les stratégies de réduction des coûts, créer un lieu de dialogue, sélectionner les dossiers, intégrer les considérations contextuelles et assurer le suivi des recommandations.

Hiérarchiser les stratégies de réduction des coûts

La pression financière que subissent les réseaux de la santé amène de nombreux acteurs à porter une attention plus particulière à la chaîne logistique et à son potentiel d'économies (Werner, 2002). Dans cette recherche d'économies, nous adaptons un tableau produit par VHA (2002) et qui hiérarchise les stratégies de réduction des coûts de la chaîne logistique. Le tableau 4 présente quatre grandes stratégies : négociation, consolidation des fournisseurs, standardisation et gestion de l'utilisation. Pour chaque stratégie, le tableau identifie les principaux bénéfices ainsi que l'ampleur des économies découlant de leur déploiement. La standardisation et la gestion de l'utilisation généreraient de plus grands bénéfices mais leur mise en œuvre exige des efforts compte tenu de la diversité des intervenants impliqués. L'expérience du CUSM rend bien compte de la complexité de ces pratiques.

Tableau 4 – Stratégie de réduction des coûts

	Stratégie de réduction des coûts			
	Négociation	Consolidation des fournisseurs	Standardisation	Gestion de l'utilisation
Bénéfices	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de prix. 	<ul style="list-style-type: none"> Réduction du coût de commande. 	<ul style="list-style-type: none"> Réduction du coût des stocks. Réduction du coût de commande. Optimisation des ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> Optimisation de l'utilisation des produits Amélioration des procédés
Ampleur des économies	0 à 6 pourcent	5 à 7 pourcent	8 à 14 pourcent	

Source : VHA, 2002

En regard de ce tableau, nous considérons que l'expérience du CUSM chevauche les stratégies de standardisation et de gestion de l'utilisation. En effet, la standardisation cherche entre autres à imposer un même produit (ou un nombre restreint de produit) afin de réduire le nombre de produits achetés. La gestion de l'utilisation travaille avec les acteurs concernés à mettre de l'avant les pratiques cliniques les plus efficaces. Un tel exercice ne vise pas uniquement à économiser, mais il cible également la bonne adéquation entre le produit et la pratique clinique. En bout de ligne, l'utilisation d'un produit peut mener à l'achat de produits plus dispendieux s'ils sont ceux permettant des pratiques cliniques plus efficaces et efficaces.

Créer un dialogue interne

Un projet de standardisation dans le secteur de la santé est une occasion de réunir à l'intérieur d'une équipe des gens ayant des expertises en approvisionnement et en soins. Le CUSM a fait le pari d'intégrer des spécialistes de la santé dans son service de gestion du matériel. Landry et Beaulieu (2000) ont constaté que l'apport d'une expertise clinique à l'intérieur d'un service de gestion du matériel peut faciliter l'interface avec le personnel soignant dans d'autres dossiers qu'uniquement ceux des projets de standardisation. D'ailleurs, de l'avis d'un des agents, des acheteurs ou des utilisateurs peuvent demander leurs avis pour des achats d'équipements médicaux. Son expérience clinique lui permet de comprendre les besoins du personnel soignant tout en saisissant les impératifs financiers, ce qui peut faciliter la recherche de solutions de compromis.

Sélectionner les dossiers

Selon les agents de standardisation, la durée d'un dossier peut prendre un an entre le moment des premières analyses et l'implantation des recommandations. Les agents reconnaissent que la complexité technologique du produit ainsi que le nombre de services affectés par un éventuel changement de produit ont un impact sur la durée du mandat. Dans un contexte où un établissement démarre une démarche de standardisation, il peut être préférable de rechercher initialement des mandats moins complexes afin de laisser aux différents intervenants le temps d'apprendre à collaborer ensemble et d'augmenter ainsi les chances de réussite des premiers projets.

Intégrer les considérations contextuelles

L'expérience du CUSM présente des enjeux liés à la mise en œuvre de mandats de standardisation dans un centre hospitalier multisites. Le CUSM est le fruit de la fusion de cinq établissements de santé ayant chacun leur culture organisationnelle et ayant développé des missions différentes. La mise en œuvre des projets exige de comprendre les particularités et la capacité à surmonter des antagonismes pouvant exister entre certains sites : des intervenants peuvent considérer qu'un établissement veut imposer des choix à d'autres centres hospitaliers. Un tel contexte fait en sorte que la réalisation des dossiers peut demander un délai plus long avant de se concrétiser car elle requiert plus de temps pour mener les études ou pour convaincre tous les intervenants du bien fondé des scénarios avancés. Dans ce contexte, le soutien de gestionnaire de haut niveau devient une condition nécessaire afin d'avoir un levier pour convaincre des utilisateurs plus récalcitrants.

Assurer le suivi des recommandations

Il ne faut pas négliger le suivi post implantation. Il faut éviter que les utilisateurs ne recommencent à commander les produits qui ont été remplacés. À cette étape, le rôle de l'acheteur devient névralgique en devenant une barrière pour les demandes ne respectant pas les directives de standardisation. Le choix d'une structure organisationnelle aura une

incidence sur le suivi à long terme des recommandations. En adoptant une structure de gestion des achats centrée par services-utilisateurs, les acheteurs tendent à gérer une multitude de dossiers. Nous pourrions craindre qu'une telle diversité pourrait amener les acheteurs à manquer de vigilance face à certaines demandes des utilisateurs concernant des produits standardisés. Une autre forme de structure organisationnelle est de répartir les dossiers entre les acheteurs. Dans un tel cas, les acheteurs peuvent suivre plus attentivement les demandes qui pourraient être formulées car le nombre de dossiers à scruter est plus limité.

Conclusion

Ce cahier a été une occasion de présenter la mise en œuvre d'une expérience de standardisation dans un établissement de santé multisites. Au printemps 2005, cette expérience en est à compléter sa deuxième année d'existence. La mise en œuvre d'une telle initiative ne doit pas être sous-estimée. Au départ, les agents devaient créer de toute pièce leur processus de travail. De plus, le contexte multipavillonnaire du CUSM constituait un environnement à apprivoiser. Il est nécessaire d'adopter une attitude conciliante avec les utilisateurs pour les amener à participer totalement à la démarche. Ceci peut expliquer pourquoi la mise en œuvre du premier dossier de standardisation a demandé plus de 15 mois avant de se matérialiser.

L'expérience met aussi en évidence l'importance d'intégrer des expertises variées pour mener à bien de tels mandats. La direction du service de gestion du matériel a profité de ce projet pour intégrer à son équipe du personnel possédant un profil clinique. Une telle complémentarité d'expertise s'avère déjà profitable puisque que les agents de standardisation peuvent offrir un avis sur des questions dépassant le cadre de leur mandat premier.

Références

Advisory Board., *Richest Sources of Savings, Lessons from America's Lowest-Cost Hospitals*, Washington, The Governance Committee, 1997, 66 p.

Arthur Andersen & Co., *Stockless Materials Management: How it fits into the Health-Care Cost Puzzle*, HIDA Educational Foundation, Alexandria, 1990.

BEAULIEU, M.; LANDRY, S., *La simplification du processus d'approvisionnement des gants médicaux à l'Hôpital Sainte-Justine*, Montréal, Centre de cas, à paraître.

CARTER, P.L.; CARTER, J.R.; MONCZKA, R.M.; SLAIGHT, T.H.; SWAN, A.J., «The Future of Purchasing and Supply: A Ten-Year Forecast», *Journal of Supply Chain Management*, vol. 36, n° 1; 2000, p. 14-26.

DAVIS, R.N., «No more Chances for Supply Chain Savings? Look Again!», *Healthcare Financial Management*, vol. 58, n° 1; 2004, p. 68-75.

LANDRY, S.; BEAULIEU, M., *La logistique hospitalière au Japon*, Montréal, Groupe de recherche CHAÎNE, cahier de recherche 03-06f, 2003, 36 p.

LANDRY, S.; BEAULIEU, M., «Logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé?», *Gestion*, vol. 26, n° 4, 2002, p. 34-41.

LANDRY, S.; BEAULIEU, M.; avec la collaboration de FRIEL, T.; DUGUAY, C.R., *Étude internationale des meilleures pratiques de logistique hospitalière*, Montréal, Groupe de recherche CHAÎNE, cahier de recherche n° 00-05, 2000, 118 p.

LANDRY, S.; BEAULIEU, M., «L'approvisionnement face aux bouleversements du secteur de la santé : le cas québécois», *Revue internationale de l'achat*, vol. 19, n° 3/4, 1999, p. 17-25.

LEENDERS, M.R.; FEARON, H.E.; NOLLET, J., *La gestion des approvisionnements et des matières*, 2^e édition, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1998, 481 p.

Ontario Hospital Association., *Task Force Report On Supply Chain Management*, OHA, 2001, 44 p.

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

RIVARD-ROYER, H.; LANDRY, S.; BEAULIEU, M., «Hybrid Stockless - A Case Study: Lessons for Healthcare Supply Chain Integration», *International Journal of Operations and Production Management*, vol. 22, n° 4, 2002, p. 412-424.

VHA, *Engaging Physicians in Supply Cost Reduction – Executive Briefing*, VHA, 2002, 14 p.

WERNER, C., «Thoughtful Supply Chain Management Plans Make a Big Difference», *Healthcare Purchasing News*, April 2002.