

HEC MONTREAL

**La pratique du regroupement des achats hors groupe
d'achats dans le secteur de la santé au Québec**

par

Gisèle Mangwa

**Sciences de la gestion
(Gestion des Opérations et de la Production)**

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences
(M. Sc.)

Juin 2012
©Gisèle Mangwa, 2012

**AVIS DE CONFORMITÉ À LA POLITIQUE EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE
DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS DE HEC MONTRÉAL**

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait les exigences de notre politique en cette matière.

Titre du projet de recherche:

Les modèles émergents de centralisation des achats dans le secteur de la santé au Québec

Chercheur principal:

Chercheur : Gisele Mangwa

Titre : Étudiant(e) Maîtrise

Service/Option : Gestion des opérations et de la logistique

Co-directeur : Hélène Giroux

Titre : Professeur(e) agrégé(e)

Service/Option : Gestion des opérations et de la logistique

Co-directeur : Sylvain Landry

Titre : Professeur(e) titulaire

Service/Option : Gestion des opérations et de la logistique

Date de déclaration du projet au Comité d'éthique de la recherche:

02 mars 2011

Date d'approbation du projet:

07 avril 2011

Date de publication de l'avis:

07 avril 2011



Silvana Pozzebon, Présidente
Comité d'éthique de la recherche

SOMMAIRE

«Les contraintes et les nécessités de retour à l'équilibre budgétaire, de réduction de la dette du gouvernement» sont importantes (Beaulieu et Nollet, 1999 : 1) dans le secteur public de la province de Québec. C'est ainsi que le secteur de la santé est en continuelle recherche de pratiques permettant la réduction et la maîtrise de ses coûts. Dans ce «contexte de pression sur le financement du secteur de la santé, les économies d'échelle dégagées par l'achat en commun deviennent une composante de la stratégie de réduction des coûts», (Filion, 1996, cité par Beaulieu et Nollet, 1999 : 1). En effet, la centralisation des achats est une pratique d'approvisionnement principalement reconnue pour ses avantages en terme de réduction des coûts (Giroux, 1997; Stefan et Santiago, 1989; Karjalainen, 2009; Nollet et Beaulieu, 2005; Smith, 2003). Le Québec a choisi une centralisation territoriale des achats dans le secteur public de la santé. Les approvisionneurs des établissements de la santé de la province sont donc vivement invités à utiliser cette forme d'approvisionnement (LSSSS art. 383) et des corporations d'achats ont été créées depuis les années 70 et mis à leur disposition afin d'atteindre ce but.

Pour autant, depuis plus d'une dizaine d'année, le MSSS¹ constate que malgré ses insistantes recommandations à utiliser les achats de groupe, ces derniers plafonnent à un taux d'utilisation égal à 40%. Mais ce qui est encore plus curieux, c'est l'apparition de plusieurs phénomènes parallèles de regroupements d'achats réalisés en dehors de l'infrastructure légale et formelle qu'est le groupe d'achats (Landry et Beaulieu, 2010).

Nous nous sommes donc posé la question à savoir comment et pourquoi ces modèles parallèles d'approvisionnement (regroupement des achats hors groupe

¹ MSSS est un sigle signifiant Ministère de la Santé et des Services sociaux

d'achats) pouvait-il émerger alors qu'il existait déjà un modèle de centralisation des achats qui permet de bénéficier d'avantages similaires? Quelles sont les raisons qui conduisent à la décision et à la mise en place d'un achat regroupé de manière informelle, c'est-à-dire hors des corporations d'achats? Comment cet achat se déroule-t-il?

C'est ainsi que nous avons entrepris dans notre recherche de documenter cette pratique d'approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec, dans le but de permettre aux gestionnaires et praticiens du secteur, ainsi qu'aux chercheurs, d'avoir une meilleure connaissance des éléments qui conduisent à la prise de décision en faveur soit du regroupement informel des achats (achats de groupe hors groupe d'achats), soit de la centralisation des achats par le groupe d'achats et de dégager une tendance de cette forme émergente de «centralisation» dans le secteur de la santé au Québec.

Par notre travail, nous croyons avoir contribué à mieux comprendre le fonctionnement de ce modèle d'approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec, qui ne s'inscrit pas en concurrence directe avec les achats de groupe via les groupes d'achats (principalement intéressés par des dossiers dans lesquels les besoins sont uniformes et couvrent une majorité de clients) comme on pourrait le croire de prime abord, mais, qui pourrait s'inscrire comme un modèle complémentaire (principalement intéressé par les autres dossiers qui pourraient bénéficier des avantages de la centralisation des achats mais qui sont trop complexes pour être retenus par les corporations). Ces regroupements des achats hors groupe d'achats auraient donc leur place parmi les modèles d'approvisionnement d'achats en commun et seraient complémentaires aux achats de groupe réalisés par le biais des corporations d'achats, au lieu d'être perçu comme un modèle qui lui ferait concurrence.

Table des matières

SOMMAIRE	I
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES FIGURES	IX
REMERCIEMENTS	X
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 2 – LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS DES APPROVISIONNEMENTS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ	10
2.1. LE CONTEXTE	10
2.1.1. <i>Contexte économique : L'équilibre budgétaire du Québec</i>	<i>10</i>
2.1.2. <i>Le contexte législatif : La loi L.R.Q. Chapitre C-65.1 relative auxcontrats des</i> <i>organismes publics promulguée le 1^{er} octobre 2008.....</i>	<i>11</i>
2.1.3. <i>Projet de Loi n°16 : «Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de</i> <i>santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification</i> <i>des résidences privées pour aînés»</i>	<i>14</i>
2.2. L'ORGANISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ AU QUÉBEC.....	16
2.2.1. <i>Les trois paliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).....</i>	<i>16</i>
2.2.2. <i>Le service de l'approvisionnement dans le réseau de la Santé et des Services sociaux</i> <i>(RSSS)</i>	<i>18</i>
2.2.2.1. La mission du service de l'approvisionnement du RSSS	19
2.2.2.2. Les types de biens achetés par les établissements de santé du RSSS	21
2.2.2.3. Le processus de l'approvisionnement dans le service de ...l'approvisionnement du RSSS	22
2.3. LES ACHATS DANS LE SECTEUR PUBLIC	25

2.4.	LES ENJEUX DE L'APPROVISIONNEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU QUÉBEC.....	26
2.5.	LES GROUPES D'ACHATS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU QUÉBEC.....	27
2.5.1.	<i>L'évolution des achats effectués auprès des corporations d'achats</i>	<i>28</i>
2.5.2.	<i>Le processus d'approvisionnement par les corporations d'achats.....</i>	<i>30</i>
2.5.3.	<i>Répartition territoriale des corporations d'achats au Québec.....</i>	<i>32</i>
2.5.4.	<i>La fusions des corporations d'achats du Québec – Juin 2011</i>	<i>32</i>
2.6.	CONCLUSION DU CHAPITRE	34
CHAPITRE 3 – RECENSION DES ÉCRITS		35
3.1.	LES DIFFÉRENTES FORMES DE GESTION DES ACHATS.....	35
3.1.1.	<i>La gestion des achats de type « autonome».....</i>	<i>38</i>
3.1.2.	<i>La gestion des achats de type «encadrement».....</i>	<i>39</i>
3.1.3.	<i>La gestion des achats de type «Réseautage»</i>	<i>40</i>
3.1.4.	<i>La gestion des achats de type «contrôle complet»</i>	<i>42</i>
3.2.	RECHERCHES EFFECTUÉS SUR LA CENTRALISATION.....	44
3.3.	LES FORMES DE GESTION DES ACHATS DE GROUPE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ : LES ... EXPÉRIENCES EXTRA-QUÉBÉCOISES	48
3.3.1.	<i>La mutualisation des achats en France</i>	<i>49</i>
3.3.2.	<i>Les groupes d'achats ou GPO dans le secteur de la santé aux États-Unis.....</i>	<i>54</i>
3.3.3.	<i>Les groupes d'achats ou GPO du secteur de la santé au Canada (hormisla province du Québec).....</i>	<i>56</i>
3.4.	LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS DE GESTION DES ACHATS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ.....	59
3.5.	CADRE CONCEPTUEL.....	65
3.6.	CONCLUSION DU CHAPITRE	67
CHAPITRE 4 - MÉTHODOLOGIE		70
4.1.	STRATÉGIE DE RECHERCHE	71

4.1.1.	<i>Sélection des établissements</i>	71
4.1.2.	<i>Sélection des interlocuteurs</i>	72
4.1.3.	<i>Sélection des cas</i>	74
4.2.	LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	76
4.2.1.	<i>La documentation et les archives</i>	76
4.2.2.	<i>L'entrevue semi-structurée</i>	77
4.3.	ANALYSE DES DONNÉES	79
4.3.1.	<i>Traitement des données</i>	79
4.3.2.	<i>Structure générale de l'analyse</i>	80
CHAPITRE 5 – PRÉSENTATION DES CAS		82
5.1.	CONTRAT-A PORTANT SUR L'ACHAT D'UN VÉHICULE DE TRANSPORT ADAPTÉ	83
5.1.1.	<i>Le processus de regroupement</i>	83
5.1.2.	<i>La nature du partenariat</i>	84
5.1.3.	<i>Le processus d'achat</i>	85
5.1.4.	<i>Les échanges et négociations entre les partenaires</i>	87
5.1.5.	<i>La relation de confiance</i>	88
5.1.6.	<i>Auto-évaluation par les participants du regroupement</i>	89
5.2.	CONTRAT-B PORTANT SUR L'ACHAT D'UN VÉHICULE DE TRANSPORT ADAPTÉ	91
5.2.1.	<i>Le processus de regroupement</i>	92
5.2.2.	<i>La nature du partenariat</i>	93
5.2.3.	<i>Le processus d'achat</i>	93
5.2.4.	<i>Les échanges et négociations entre les partenaires</i>	96
5.2.5.	<i>La relation de confiance entre les partenaires</i>	97
5.2.6.	<i>Auto-évaluation de ce regroupement d'achats</i>	97
5.2.7.	<i>Conclusion</i>	99
5.3.	CONTRAT-C PORTANT SUR L'ACHAT D'APPAREILS À PRESSION	100

5.3.1.	<i>Le processus de regroupement</i>	101
5.3.2.	<i>La nature du partenariat entre les participants</i>	103
5.3.3.	<i>Le processus d'achat</i>	103
5.3.4.	<i>Les échanges et négociations entre les partenaires</i>	105
5.3.5.	<i>La relation de confiance entre les participants</i>	107
5.3.6.	<i>Auto-évaluation de ce regroupement d'achats</i>	107
5.4.	CONTRAT-D PORTANT SUR L'ACHAT DE SERVICE DE CÂBLAGE RÉSEAU	109
5.4.1.	<i>Le processus de regroupement</i>	109
5.4.2.	<i>La nature du partenariat entre les participants</i>	112
5.4.3.	<i>Le processus d'achat</i>	112
5.4.4.	<i>Les échanges d'informations pendant le processus</i>	116
5.4.5.	<i>Relation de confiance</i>	117
5.4.6.	<i>Auto-évaluation de ce regroupement d'achats</i>	118
5.5.	CONTRAT-E PORTANT SUR LE SERVICE DE MAINTENANCE DES SYSTÈMES ET APPLICATIONS DE TÉLÉPHONIE	119
5.5.1.	<i>Le processus de regroupement</i>	120
5.5.2.	<i>La nature du partenariat entre les participants</i>	121
5.5.3.	<i>Le processus d'achat</i>	122
5.5.4.	<i>Les échanges et négociations entre les partenaires</i>	126
5.5.5.	<i>La relation de confiance entre les partenaires</i>	126
5.5.6.	<i>Auto-évaluation par les membres du regroupement d'achats</i>	127
5.6.	CONTRAT-F PORTANT SUR L'ACHAT DE FOURNITURES MÉDICALES ET DE LABORATOIRES.....	129
5.6.1.	<i>Le processus de regroupement</i>	129
5.6.2.	<i>Nature du partenariat</i>	133
5.6.3.	<i>Le processus d'achat en commun de ce regroupement</i>	134
5.6.4.	<i>Relation de confiance entre les partenaires</i>	137

5.6.5.	<i>Les échanges d'informations pendant le processus</i>	137
5.6.6.	<i>Auto-évaluation par les membres du regroupement d'achats</i>	138
5.7.	CONTRAT-G PORTANT SUR LES SERVICES D'ENTRETIEN ET DE RÉPARATION D'APPAREILS POUR ENDOSCOPIE	141
5.7.1.	<i>Le processus de regroupement</i>	144
5.7.2.	<i>La nature du partenariat.....</i>	146
5.7.3.	<i>Le processus d'achat</i>	146
5.7.4.	<i>Les échanges et négociations entre les partenaires.....</i>	148
5.7.5.	<i>La relation de confiance entre les partenaires</i>	149
5.7.6.	<i>Conclusion partielle des participants de ce regroupement d'achat</i>	150
5.8.	CONCLUSION DU CHAPITRE	151
CHAPITRE 6 – ANALYSE DES CAS.....		152
6.1.	ANALYSE DU PROCESSUS DE REGROUPEMENT INFORMEL.....	153
6.2.	ANALYSE DE LA NATURE DU PARTENARIAT ENTRE LES PARTICIPANTS.....	158
6.3.	ANALYSE DES ÉCHANGES ET NÉGOCIATIONS ENTRE LES PARTENAIRES.....	162
6.4.	ANALYSE DE LA RELATION DE CONFIANCE ENTRE LES PARTENAIRES.....	163
6.5.	ANALYSE DES TYPES DE CONTRATS DES REGROUPEMENTS INFORMELS ÉTUDIÉS.....	165
6.6.	ANALYSE DU TYPE DE PRODUITS/SERVICES DES REGROUPEMENTS INFORMELS ÉTUDIÉS	166
6.7.	TENDANCE DU REGROUPEMENT INFORMEL DES APPROVISIONNEMENTS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU QUÉBEC.....	170
6.8.	CONCLUSION DU CHAPITRE	173
CHAPITRE 7 – CONCLUSION.....		173
ANNEXES.....		179
BIBLIOGRAPHIE		196
RÉFÉRENCES DES PROJETS DE LOI, LOIS, RÈGLEMENTS ET POLITIQUES.....		204

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : MISSION DU SERVICE DE L'APPROVISIONNEMENT DU RSSS.....	20
TABLEAU 2 – ÉVOLUTION DES ACHATS NÉGOCIÉS PAR LES GROUPES D'ACHATS DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU QUÉBEC.....	29
TABLEAU 3 : RECONFIGURATION INITIALE DES CORPORATIONS D'ACHATS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DU QUÉBEC AU MOIS DE JUIN 2011	33
TABLEAU 4 : AVANTAGES DE LA CENTRALISATION.....	46
TABLEAU 5 : DÉSAVANTAGES ET LIMITES DE LA CENTRALISATION DES ACHATS	47
TABLEAU 6 - ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MEMBRE D'UN GROUPE D'ACHATS AUX ÉTATS-UNIS.....	55
TABLEAU 7 - LES STRUCTURES PROVINCIALES DE CENTRALISATION DES ACHATS HORS QUÉBEC.....	58
TABLEAU 8- PARTICIPANTS AU REGROUPEMENT DU CONTRAT-A.....	83
TABLEAU 9-PARTICIPANTS AU REGROUPEMENT DU CONTRAT-B	91
TABLEAU 10- PARTICIPANTS AU REGROUPEMENT DU CONTRAT-C.....	100
TABLEAU 11 - PARTICIPANTS AU REGROUPEMENT DU CONTRAT-D.....	109
TABLEAU 12 - PARTICIPANTS AU REGROUPEMENT DU CONTRAT-E	119
TABLEAU 13 - PARTICIPANTS AU REGROUPEMENT DU CONTRAT-F	129
TABLEAU 14 - PARTICIPANTS AU REGROUPEMENT DU CONTRAT-G.....	141

Liste des figures

FIGURE 1 : L'ORGANISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	17
FIGURE 2 : LES PRINCIPALES ÉTAPES DU PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT	22
FIGURE 3 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DÉFINITIVE DES CORPORATIONS D'ACHATS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DU QUÉBEC (EN DATE DU 18 AOÛT 2012) - QUATRE CORPORATIONS D'ACHATS.....	33
FIGURE 4 - TYPOLOGIE DE GESTION DES ACHATS (NOLLET ET BEAULIEU, 2001)	38
FIGURE 5 - LES ACHATS DANS LA STRUCTURE DE TYPE «ENCADREMENT».....	39
FIGURE 6 - LES ACHATS DANS LA STRUCTURE DE TYPE «RÉSEAUTAGE»	40
FIGURE 7 - LES ACHATS DANS LA STRUCTURE DE TYPE «CONTRÔLE COMPLET»	43
FIGURE 8 : CADRE CONCEPTUEL : CADRE D'ANALYSE DES ÉTUDES DE CAS	65
FIGURE 9 – NOUVEAU CADRE CONCEPTUEL	173

REMERCIEMENTS

Paris ne s'est pas fait en un jour.

Il faut du temps pour accomplir un projet important.

Ce travail de recherche qui s'inscrit dans le cadre de l'obtention du grade de Maître en Sciences de la Gestion (M. Sc.) n'aurait jamais été possible sans la contribution et l'implication, de près ou de loin, de nombreuses personnes que je tiens à remercier personnellement et infiniment.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Hélène Giroux, professeure à HEC Montréal, reconnue pour son expertise en gestion des opérations dans les entreprises de service, co-directrice de ce mémoire de recherche, pour sa disponibilité, son soutien, sa sollicitude, ses encouragements et ses judicieuses recommandations pour ce projet de recherche et même au-delà.

Je tiens aussi à remercier et exprimer mon profond respect à Sylvain Landry, également professeur à HEC Montréal, reconnu internationalement pour son expertise dans le domaine de la logistique hospitalière, co-directeur de ce mémoire, pour son appui assuré, sa disponibilité, ses précieux conseils, mais surtout d'avoir été envers moi, résolument orienté vers la recherche de solutions afin de me permettre de terminer ce projet de recherche.

Je désire également remercier tous les gestionnaires des approvisionnements et les intervenants du secteur de la santé au Québec que nous avons rencontrés, pour leur disponibilité, leur implication et leur généreuse participation à ce travail.

Je ne peux passer sous silence l'incommensurable soutien du Dr Nicole Hadjadje, qui a toujours cru en mes capacités et dont les encouragements et les soins ont été efficaces même au-delà des océans.

Je tiens aussi à remercier très chaleureusement Édith Duquesne et toute la famille de Drulingen, Gloria et Thomas Samuel, ses chers amis que je ne perdrais pour rien au monde, pour leur indéfectible soutien, pour m'avoir «porté» tous les jours, et pour avoir toujours été là pour m'encourager dans ce projet et même au-delà.

Par ailleurs, je veux remercier mon père, Joseph Mangwa, pour ses encouragements envers et contre tout, les membres de ma famille, particulièrement mon oncle André Mbonda-Smith pour ses inquisitions salutaires et son soutien à tout épreuve afin de me voir arriver au but.

Comment pourrai-je vous oublier Scholastique et Anne-Marie, mes sœurs de luttes ? Merci d'avoir combattu le bon combat avec moi pour que je sois plus que vainqueur. Ce mémoire est aussi le vôtre.

*Un travail de qualité est ma façon de vous dire
à vous tous qui m'avez permis d'arriver au bout de ce projet important:*

Un grand MERCI !

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

Toute entreprise de production de biens ou de services a une chaîne logistique dans laquelle on retrouve des fournisseurs et des clients (Leenders et al, 2006 : 1). La première activité dans la chaîne logistique est l'activité d'approvisionnement², (Assey Mbang, 2012; Beamon, 1998; Pienaar, 2009b). Cette activité d'«achat de biens et de services représente entre 50% et 70% de la valeur d'une compagnie» (Tyndall et al, 1998); et «entre 50% et 70% des dépenses d'une organisation» (Nollet et Beaulieu, 2003a). Dans le secteur de la santé au Québec, cette activité représente 47,5% des dépenses³ de programme dans le budget 2011-2012 du gouvernement. Ainsi, considérant l'importance du poids des dépenses d'approvisionnements dans une organisation, celles-ci constituent un poste d'économies potentiellement important dont l'optimisation est une avenue de recherche sans cesse explorée.

Cette activité d'approvisionnement n'a pas la même importance dans toutes les entreprises car elle requiert souvent «un plus large capital d'investissement» en fonction du type de production⁴ (Johnson et al, 2002). En effet, Herbeling et al. (1992) ont démontré que dans les entreprises de services, en moyenne seulement 25% du budget sert aux achats ou approvisionnements, contre 64% dans les entreprises de production de biens. Les achats jouent, par conséquent, un rôle moins stratégique dans les entreprises de services (Johnson et al, 2002). Il n'en demeure pas moins vrai qu'«une gestion efficace des matières et des achats peut

² Les termes achat(s) et approvisionnement(s) seront indifféremment utilisés dans notre travail.

³ Communiqué réseau AQESSS. Budget des dépenses 2011-2012 du Gouvernement du Québec-Analyse détaillée des crédits pour la santé et les services sociaux. AFI2011-01 du 17 mars 2011. <http://www.aqesss.qc.ca/>.

⁴ Production de biens ou de services.

contribuer largement au succès des organisations» (Leenders et al, 2006). C'est ainsi qu'utiliser ou trouver de nouvelles méthodes ou de nouvelles approches sont d'un «intérêt managérial substantiel dans le cadre de la gestion des relations entre fournisseurs et acheteurs»⁵ (Johnson et al, 2002).

Le secteur de la santé de la province du Québec n'est certes pas une entreprise privée mais on y retrouve quelques problématiques de gestion similaires, notamment en ce qui concerne l'approvisionnement mais également la maîtrise des coûts. Ce secteur a une vocation première de service public «avec pour objectif prioritaire l'amélioration du service rendu au patient plutôt que la diminution des coûts» (Fabbe-Costes et al, 2000), cependant la réalité budgétaire est telle que, malgré le caractère public de sa mission, ce secteur doit faire face aux mêmes problématiques financières (de maîtrise voire de réduction des coûts) et logistiques (amélioration constante et renouvelée dans les opérations et la production) que tout autre secteur d'activités de production de biens et services.

Le terme «efficience» dans la production des services de santé prend de plus en plus d'importance sur la seule notion de soins apportés aux patients. Dans leur article publié en 2008, Garber et Skinner posent notamment les questions de l'efficience de la production de service dans le secteur de la santé et de l'efficience des dépenses engagées⁶ dans ce secteur aux États-Unis en comparant les secteurs de la santé d'autres pays tels que le Canada, le Japon, l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni. Il en ressort que «les pays à travers le monde se retrouvent tous avec la question de savoir s'ils dépensent trop ou pas assez d'argent dans ce secteur et si les citoyens reçoivent les justes bénéfices de la charge budgétaire qu'impose ce secteur»⁷

⁵ Traduction libre.

⁶ Les dépenses sont calculées en fonction du poids du produit intérieur brut (PIB) injectés dans les dépenses de la santé.

⁷ Traduction libre.

(Garber et Skinner, 2008). Autrement dit, est ce que le service public de la santé produit un service efficient? Et ipso facto, est-ce que les dépenses, les approvisionnements de ce secteur sont également efficients ?

Le secteur de la santé au Québec, comme tout autre secteur d'activité, est à la recherche continue de pratiques d'approvisionnement permettant la réduction et la maîtrise de ses coûts. Cette recherche d'optimisation est d'autant plus intensifiée que «les contraintes et les nécessités de retour à l'équilibre budgétaire, de réduction de la dette du gouvernement» sont importantes (Beaulieu et Nollet, 1999 : 1) ; et que le contexte général de crise perdure avec des déficits et des restrictions budgétaires multipliés (Parent, 1997; Renaud, 1995).

Le plan des dépenses du Gouvernement 2011-2012 identifie comme premier poste à surveiller le budget du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : «Tous les ministères devront participer à l'effort collectif de retour à l'équilibre budgétaire. Plus précisément, pour atteindre la cible de réduction des dépenses en 2011-2012 : les dépenses de programmes du MSSS seront majorées de 3,6 % (...)» (Communiqué de presse. Budget 2011-2012, Mars 2011⁸). Les dépenses d'approvisionnement dans le réseau de la santé et des services sociaux concernent l'acquisition de biens et services pour un montant de près d'un milliard et demi de dollars par année mais aussi l'acquisition de plus de 40 000 produits différents par environ 400 établissements (Tirée de www.msss.gouv.qc.ca).

Un zoom sur le secteur de la santé de la province du Québec nous permet de constater au fil des réformes et des lois (Parent, 1997; Renaud, 1995), le besoin des

⁸ Communiqué N°3 du cabinet du Ministère des Finances du Québec, 17 mars 2011 : «Budget 2011-2012 : Un plan pour le contrôle des dépenses du gouvernement». <http://www.finances.gouv.qc.ca/fr/comm.asp?annee=2011>

gouvernements successifs de rationaliser les budgets, d'optimiser les coûts et d'apporter une transparence aux activités, notamment lors des dépenses d'approvisionnement. La dernière loi enregistrée, dans cette perspective, est la Loi C-65.1 sur les contrats des organismes publics, entrée en vigueur le 1^{er} Octobre 2008. Cette loi a notamment mis en place des procédés formels de contractualisation auxquels sont soumis tous les organismes publics, dont les établissements du réseau de la santé au Québec. Elle organise le fonctionnement et les modalités de tous les types d'achats : de l'achat direct jusqu'aux achats centralisés ou achats de groupe, en passant par les achats de gré à gré, par contrat à long terme, par contrat pour des regroupements d'organismes publics divers... Elle fixe les modes de sollicitation⁹ :

- ✓ Le gré à gré
- ✓ Les demandes de prix avec documentation écrite au dossier
- ✓ Les appels d'offres sur invitation
- ✓ Les appels d'offres publics

Alors que le choix de l'usage d'une forme d'acquisition plutôt qu'une autre est une décision stratégique et propre à chaque organisation, la loi veut rendre cette décision transparente, et autant que possible, systématique. De fait, les approvisionneurs du secteur de la santé ont vu leurs activités de plus en plus encadrées, et les établissements de la santé se sont vus soumis à des règles de gestion des approvisionnements et de procédés de contractualisation¹⁰ de plus en plus contraignantes.

C'est ainsi que dans un «contexte de pression sur le financement du secteur de la santé, les économies d'échelle dégagées par l'achat en commun deviennent une

⁹ L.R.Q. chapitre C-65.1 ; Chapitre VII Pouvoir de réglementation ; 23-3^e. Modes de sollicitation d'une soumission et les règles d'attribution d'un contrat d'un organisme public qui leur sont applicables.

¹⁰ Loi C-65.1 relative aux contrats des organismes publics régissant les approvisionnements dans le secteur public.

composante de la stratégie de réduction des coûts», (Filion, 1996, cité par Beaulieu et Nollet, 1999 : 1). En effet, la centralisation des approvisionnements est l'une des manières de réduire les coûts. Ce dernier avantage de l'achat de groupe est d'ailleurs le bénéfice le plus communément admis dans la littérature, (Giroux, 1997; Stefan et Santiago, 1989; Karjalainen, 2009; Nollet et Beaulieu, 2005; Smith, 2003).

Au Québec, les approvisionneurs des établissements de santé sont vivement invités à utiliser cette forme d'achat chaque fois que cela est possible (LSSSS art. 383¹¹). Il est à noter qu'au Québec la centralisation des achats réfère généralement à l'achat de groupe par l'intermédiaire de groupes d'achats régionaux ou corporations d'achats pour le compte des établissements du secteur de la santé, (LSSSS art. 383).

Pour autant, depuis plus d'une dizaine d'année, le MSSS fait le même constat : malgré ses insistantes recommandations et la présentation des avantages certains que cette forme d'acquisition est censée apporter, les achats de groupe dans le secteur de la santé au Québec plafonnent à 40,85% (Verreault, 2010¹²). Cela n'a pas empêché le MSSS de présenter comme objectif dans son rapport sur l'imputabilité de 2009¹³, l'atteinte de «50% d'achats en commun d'ici deux ans, qui peut, de prime abord, sembler peu ambitieux» (Beaulieu et Landry, 2010).

¹¹ «L'agence s'assure que les établissements de sa région se regroupent pour l'approvisionnement en commun de biens et de services qu'elle détermine. Elle peut, si nécessaire, obliger un établissement à participer aux groupes d'approvisionnement en commun», Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (LSSS) art.383.

¹² Verreault Lise, Sous-ministre adjointe aux finances du MSSS – Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. «Management des achats en milieux hospitaliers ». Symposium ASSIAPS, Issy-les-Moulineaux, France 2010.

¹³ Vingt et unième rapport sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics Rapport des conclusions et des recommandations à la suite de l'audition des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics sur leur gestion administrative, juin 2009, 39 p.

Ainsi, la centralisation des achats dans son cadre légal au Québec, c'est-à-dire par le biais des corporations d'achats, peut être considérée comme un mode d'approvisionnement simple mais complexe en même temps. En effet, il présente certes l'avantage de réduire les coûts, (Giroux, 1997; Stefan et Santiago, 1989; Karjalainen, 2009; Nollet et Beaulieu, 2005; Smith 2003) et la simplicité de confier à un autre organisme la charge de procéder aux achats, mais, d'un autre côté, il présente le désavantage d'une certaine lourdeur (ou longueur) dans la mise en place de l'achat ; d'une certaine rigidité dans la prise de décision et dans la planification de l'achat ; et d'une certaine dépossession du pouvoir des approvisionneurs au profit du groupe d'achats (Nollet et Beaulieu, 2003a). Ce dernier désavantage de la centralisation est repris par plusieurs professionnels du secteur qui pensent que «Le regroupement des achats [...] va à l'encontre des tendances naturelles d'un réseau [...] jaloux de son autonomie.»¹⁴(Mémoire d'orientation, 1992 citée par Beaulieu et Landry, 2010).

D'ailleurs des chercheurs (Landry et Beaulieu, 2010), spécialisés dans le secteur de la santé en général et dans le secteur de la santé au Québec en particulier, ont recensé dans la réalité des approvisionnements du réseau québécois de la santé plusieurs phénomènes parallèles de regroupements d'achats, réalisés en dehors de l'infrastructure légale et formelle prévue à cet effet (les corporations d'achats). Ces phénomènes parallèles de regroupement laissent supposer que les établissements de santé québécois seraient favorables à une forme de centralisation des approvisionnements épurée de certains éléments. La volonté de garder certains éléments de la centralisation des achats et d'en écarter d'autres explique-t-elle la nécessité de contourner le processus formel de centralisation en créant une forme

¹⁴ **Mémoire d'orientation concernant l'approvisionnement en commun (1992)**. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction programmation et équipement, 3 juin 1992.

subsidaire d'achat de groupe hors groupe d'achats? Nous pensons, qu'il serait intéressant de connaître les raisons conduisant à la décision et la mise en place d'un tel processus – les achats de groupe hors corporations d'achat ou encore la «centralisation inter-établissement» (Beaulieu et Landry, 2010) - et de savoir comment il se déroule.

Le but de notre recherche est de documenter cette pratique d'approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec. Nous décrivons ce phénomène par l'étude de plusieurs cas résultant de la collecte des données sur le terrain, tel qu'expliqué dans le chapitre consacré à la méthodologie.

L'intérêt de cette recherche est de permettre aux gestionnaires et praticiens du secteur de la santé au Québec ainsi qu'aux chercheurs d'avoir une meilleure connaissance des éléments qui conduisent à la prise de décision en faveur d'une forme ou d'une autre d'acquisition de biens et services ; autrement dit, quels éléments déterminent le choix des approvisionneurs pour un achat de groupe par le biais de la corporation d'achats ou par le biais de l'achat de groupe «hors groupe d'achats».

Nous formulerons donc notre question de recherche de la manière suivante :

Comment se déroule la centralisation des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec en dehors de la voie classique des groupes ou corporations d'achats?

Cela implique la réponse aux sous-questions suivantes :

- Comment les négociations de ce type d'achats se mettent-elles en place?
- Comment se déroulent les achats réalisés par le biais de regroupements d'achats hors groupe d'achats? (Les initiateurs? Les critères définissant le choix des fournisseurs? Les règles contractuelles d'approvisionnement suivies ? Les modes de communication établis?)
- Quand utilise-t-on une forme d'achats de groupe plutôt qu'une autre? Quels en sont les critères de choix? Quels types de produits sont concernés?
- Assiste-t-on à la naissance d'une forme alternative (modèles émergents) de centralisation des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec ou est-ce simplement un phénomène atypique appelé à disparaître dans un futur plus ou moins lointain?

Notre travail sera articulé de la manière suivante :

Alors que le chapitre 2 sera consacré à la présentation du contexte québécois des approvisionnements dans le secteur de la santé, le chapitre 3 présentera la revue de littérature et la problématique de la recherche. Puis, le chapitre 4 détaillera la méthodologie de notre travail. Ensuite, le chapitre 5 passera en revue les différentes études de cas que nous avons pu développer grâce aux données recueillies lors de

notre collecte sur le terrain : Deux cas portant sur l'achat d'autobus; un cas portant sur l'achat de service de câblage; un autre sur l'achat d'appareils à pression; un autre sur l'achat de service de maintenance de service téléphonique; un autre sur l'achat de fournitures médicales; et enfin un dernier cas sur l'achat d'appareils d'endoscopie. Dans le chapitre 6, nous analyserons et discuterons les résultats, pour enfin avoir au chapitre 7, la conclusion générale de notre travail de recherche.

CHAPITRE 2 - LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS DES APPROVISIONNEMENTS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ

« Les besoins relatifs aux dépenses publiques seront toujours plus importants que les revenus disponibles et nécessaires pour y répondre. Néanmoins, le gouvernement atteindra ses cibles de réduction du déficit budgétaire en ralentissant la croissance de ses dépenses ».

Le gouvernement s'engage « à assurer un financement stable du système de la santé en contrepartie d'initiatives de performance».

QUÉBEC, le 17 mars 2011

M. Raymond BACHAND, Ministre des Finances de la province du Québec, à l'occasion du dépôt du budget 2011-2012, p.29.

2.1. Le contexte

2.1.1. Contexte économique : L'équilibre budgétaire du Québec

Le gouvernement du Québec a chiffré, le 31 mars 2011, la dette brute de la province à 173 429 millions de dollars² (section D, p. D3) et la dette du secteur public provincial¹⁵ à 234 710 millions de dollars. Malgré les importants efforts que cela implique, le gouvernement du Québec maintient la date du retour à l'équilibre budgétaire en 2014. C'est ainsi que lors du dépôt du budget du gouvernement en 2011, le Ministre des finances réitérait l'implication et la participation de tous les ministères à l'effort collectif du retour à l'équilibre par une maîtrise de leurs dépenses. Tandis que les dépenses de l'ensemble des ministères devront diminuer, l'augmentation usuelle des dépenses de trois ministères ciblés seraient minorées :

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux (3,6%)
- Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2,2%)
- Le ministère de la Famille et des Aînés (6,1%)

Le ministère de la santé a vu une initiative nouvelle du gouvernement dans son budget 2011-2012. En effet, il s'est engagé «à assurer un financement stable du système de la santé en contrepartie d'initiatives de performance»¹⁶. C'est ainsi que le nouveau Fonds pour le Financement des Établissements de Santé et de Services Sociaux (FINESSS), financé par la nouvelle contribution santé du citoyen, permettra de doter le système de santé d'une enveloppe de 575 millions de dollars pour 2011-2012. Cette enveloppe aura pour but de soutenir le

¹⁵ Les municipalités, grandes entreprises nationales, universités autres que l'UQAM et ses réseaux.

¹⁶ Discours sur le Budget du 17 mars 2011 du ministre des Finances de la province du Québec, p.29.

développement des dépenses de programme prévu dans le système de santé¹⁷ et ainsi «d'améliorer l'accès en chirurgie, la performance des hôpitaux et le déploiement des groupes de médecine familiale» (Discours du budget, 2011 : 29). Nous constatons donc que les mots «amélioration» et «performance» ne sont plus tabous mais plutôt assez fréquents dans la gestion des services publics hospitaliers. Ce qui semble impliquer une certaine rigueur dans les activités d'approvisionnement, l'un des principaux pôles de dépenses dans le secteur de la santé.

2.1.2. Le contexte législatif : La loi L.R.Q. Chapitre C-65.1 relative aux contrats des organismes publics promulguée le 1^{er} octobre 2008¹⁸

Dans un contexte politique axé sur la poursuite du retour à l'équilibre budgétaire et sur la réduction de la dette publique, plusieurs projets de loi¹⁹ ayant pour but d'édicter des règles de bonne de conduite et des consignes de gestion et de contrôle des contrats des organismes publics en vue d'améliorer la gestion des finances du secteur public, ont été discutés et votés. En effet, pour assainir et maîtriser les dépenses du secteur public, il est nécessaire, entre autres décisions, d'encadrer et d'optimiser leurs approvisionnements en biens et services.

Dans le secteur public de la santé en particulier, les approvisionnements représentent environ cinq milliards de dollars du budget global du MSSS qui

¹⁷ Plan budgétaire 2011-2012 :

<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2011-2012/fr/documents/PlanBudgetaire.pdf>

¹⁸ Voir annexe K - LOI C 65.1 sur les contrats des organismes publics et les trois règlements.

¹⁹ Projet de loi n° 17 (2006, chapitre 29) «Loi sur les contrats des organismes publics ; Projet de loi n°100 (2010, chapitre 20) «Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013».

s'élève à 28 116 milliards de dollars en 2010-2011 (cf. Plan budgétaire 2011-2012 du Secrétariat du Trésor : A17).

La loi L.R.Q. Chapitre C-65.1, dernière loi en date sur les approvisionnements, édictée dans le but de régir les approvisionnements dans le secteur public, énonce plusieurs objectifs²⁰, qui ont un impact direct sur le fonctionnement des services des approvisionnements dans le secteur public et donc dans le secteur de la santé :

- ✓ la transparence dans les processus contractuels
- ✓ l'équité et l'intégrité dans le traitement des concurrents
- ✓ l'accessibilité ou possibilité pour les concurrents qualifiés de participer aux appels d'offres
- ✓ l'efficacité et l'efficience des procédures comportant une évaluation préalable adéquate et rigoureuse des besoins
- ✓ la mise en œuvre de systèmes d'assurance de la qualité dont la portée couvre la prestation (la fourniture de biens, la prestation de services ou les travaux de construction requis par les organismes publics)
- ✓ et enfin la reddition de comptes fondée sur l'imputabilité des dirigeants d'organismes publics et sur la bonne utilisation des fonds publics.

«L'esprit de la loi» C-65.1 veut que les achats du secteur public et donc des établissements du réseau de la santé soient effectués avec plus d'efficience. Cela permettra la maîtrise de dépenses publiques et ainsi la baisse du déficit public.

Trois règlements d'application ont suivi la publication de cette loi :

- ✓ Règlement sur les contrats d'approvisionnement (RCA) qui concernent l'acquisition des biens, équipements, fournitures, etc.
- ✓ Règlement sur les contrats de services (RCS) qui concernent l'acquisition de services techniques, services auxiliaires, services professionnels, etc.

²⁰ Loi C-65.1 - chapitre 1 - Objet et application – 2.

✓ Règlement sur les contrats de travaux de construction (RCTC).

Ces règlements orchestrent les moyens et méthodes d'approvisionnement admis dans le secteur public de la santé; statuent sur les modalités de contractualisation en fonction des seuils et des produits ou services à acquérir ; fixent les seuils des différentes procédures retenues (cf. Annexes A, B et C).

Le personnel du service de l'approvisionnement d'un établissement public de santé devrait parfaitement maîtriser cette loi (et ses règlements) puisqu'elle se veut un gyrophare (quoi, quand, comment faire) dans leurs activités régulières d'acquisition. Toutefois, plusieurs gestionnaires des approvisionnements du secteur de la santé au Québec affirment que ce n'est malheureusement pas toujours le cas. En effet, ils ont constaté que parfois certains appels d'offre publics²¹ ne sont pas réalisés par le personnel interne des établissements mais plutôt par des consultants extérieurs à ces établissements. Cette maîtrise partielle de la loi peut ainsi parfois conditionner certains choix lors de la prise de décision de procéder à un achat : soit l'effectuer en interne ou le faire réaliser par une partie externe telle qu'une corporation d'achats.

Après la loi de 2008, le conseil du trésor a alors collaboré avec un cabinet d'avocats, afin de fournir aux services de l'approvisionnement desdits établissements des documents complets (ou documents Édilex²²), regroupant toutes les clauses essentielles pour la rédaction d'un appel d'offres publics²³.

²¹ Processus décrit à l'annexe D.

²² «À l'article 27 de loi sur les contrats des organismes publics, le législateur québécois ouvre la voie à l'uniformisation des documents d'appel d'offres et des principaux contrats conclus par les organismes publics. Une nouvelle génération de documents d'appel d'offres, adaptés à la nouvelle loi, sera présentée. Outre le fait qu'ils soient conçus en fonction du nouveau cadre juridique régissant les marchés publics, les documents présentés sont le fruit d'un effort d'uniformisation et d'optimisation visant à simplifier leur élaboration et consultation.», Maître Gilles THIBAUT lors de la présentation du nouveau cadre juridique des marchés publics du Québec en novembre 2008.

²³ Particulièrement lors de la rédaction de la partie administrative de l'appel d'offres.

Ainsi, les approvisionneurs n'ayant pas de formation juridique ont reçu par ce biais un soutien considérable. Selon les affirmations de plusieurs gestionnaires d'établissements publics de la santé du Québec que nous avons rencontrés, on peut clairement parler d'un AVANT et d'un APRÈS «documents Édilex».

La Loi C-65.1 cite l'achat de groupe²⁴ comme un des moyens d'acquisition. Mais alors que le MSSS recommande aux établissements d'utiliser autant que possible ce mode d'approvisionnement, la LSSSS dans son article 383 donne une position plus stricte: «L'agence s'assure que les établissements de sa région se regroupent pour l'approvisionnement en commun de biens et de services qu'elle détermine. Elle peut, si nécessaire, obliger un établissement à participer aux groupes d'approvisionnement en commun». Ainsi, l'achat de groupe ne serait pas, selon cet article, une pratique d'approvisionnement optionnelle mais plutôt une pratique aussi obligatoire que systématique pour les établissements publics de santé au Québec. Or, comme mentionné plus haut, malgré ses insistances, le MSSS déplore le faible pourcentage²⁵ d'utilisation de l'achat de groupe dans le secteur de la santé au Québec.

2.1.3. Projet de Loi n°16 : «Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés»²⁶

Ce projet de Loi intègre des discussions sur les orientations des groupes d'approvisionnement en commun et modifiera la loi sur les contrats des organismes

²⁴ Ou achats en commun.

²⁵ 40 % depuis 2009, Verreault Lise, Sous-ministre adjointe aux finances du MSSS (2010).

²⁶ <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-16-39-2.html> au 19 mars 2012

publics (L.R.Q. chapitre C-65.1). En effet, dans son chapitre I.O.1²⁷, elle prévoit une reconfiguration du découpage des corporations d'achats en commun et la mise en place de processus forçant les établissements de santé à mandater leurs achats aux corporations d'achats en commun dont elles dépendent. Cela signifie que dès lors que cette loi sera applicable, il ne sera plus possible pour aucun établissement de santé d'éviter les achats de groupe lorsque ceux-ci seront décidés par l'Agence de la santé ou lorsque les corporations d'achats auront un mandat clairement établi pour des produits et/ou services.

Cette loi met également à la charge du MSSS la responsabilité du découpage territorial de la nouvelle configuration. Le MSSS devra déterminer le nouveau nombre de corporations d'approvisionnement en commun et les régions qu'elles desserviront. Sur les onze corporations existantes actuellement au Québec, il ne devrait en rester que trois. Cela implique non seulement des territoires de gestion plus large pour les corporations, mais aussi et de manière plus concrète, des éloignements physiques parfois très importants des corporations d'achats en commun d'avec les membres bénéficiaires et utilisateurs. Ces différents éléments jouent un rôle important dans le processus de prise de décision du nouveau découpage, car il en va de son succès et ipso facto du succès de l'achat de groupe. En effet, pour les établissements, l'éloignement du pôle décisionnel représente l'épine dorsale de la question de l'achat de groupe.

Par ailleurs, ce projet de loi introduit l'obligation pour chaque corporation d'achats de groupe de conclure une entente de gestion et d'imputabilité avec les Agences de la Santé dont il dessert le territoire. Elle prévoit aussi, pour les agences, certaines obligations en ce qui concerne l'approvisionnement en commun. Ceci implique que

²⁷ Chapitre I.O.1 «L'approvisionnement en commun» du Projet de Loi n°16.
<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-16-39-2.html>

les établissements publics de la santé, chapeautés par les Agences de la Santé, se verront contraints de suivre une sorte de plan d’approvisionnement en commun prédéfini, et ce, sans pouvoir y apporter de modification ni dans les produits et/ou services, ni dans le calendrier.

Notre travail de recherche, nos entrevues et réflexions se retrouvent ainsi environnés et imprégnés par la réalité de l’imminence d’un changement qui interférera avec «l’obligation» de réaliser l’achat de certains produits et/ou services par le biais du modèle officiel des achats de groupe au Québec, avec la manière de procéder aux achats (et plus particulièrement aux achats en commun), et enfin sur les corporations d’achats avec lesquelles les établissements de la santé devront travailler pour tout achat de groupe. La réalité de cette imminence aura donc légitimement pu orienter certaines réponses, commentaires,... que nous avons reçus et/ou conditionner certains cas que nous avons pu développer.

2.2. L’organisation du réseau de la santé au Québec

2.2.1. Les trois paliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)

Le secteur public de la santé au Québec est chapeauté par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a pour vocation «de maintenir, d’améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécois et Québécoises en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux»²⁸. C’est le premier (1^{er}) palier du réseau de la santé.

Le MSSS, pour assurer sa mission auprès de toute la population du Québec s’appuie sur :

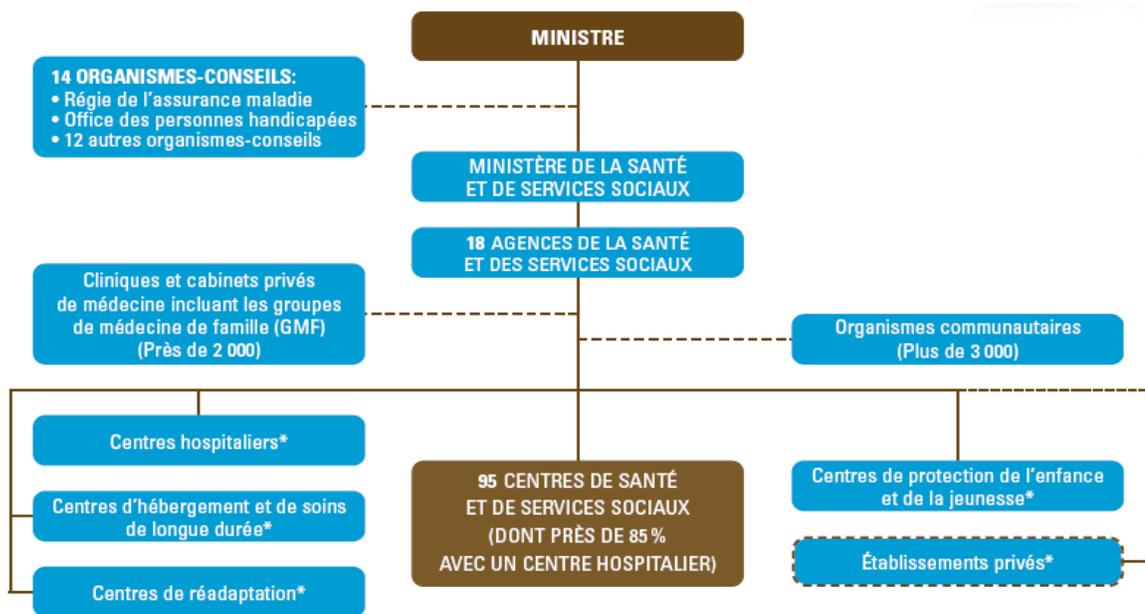
²⁸ www.msss.gouv.qc.ca

- 18 autorités régionales ou Agences de la santé et des services sociaux : deuxième (2^e) palier du réseau
- 95 Centres de santé et de services sociaux, plus connu sous le sigle CSSS : troisième (3^e) et dernier palier du réseau

Les établissements du réseau qui délivrent les soins à proprement parlé, sont :

- i. Centre local de services communautaires (CLSC)
- ii. Centre hospitalier : de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou universitaire (CHU)
- iii. Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)
- iv. Centre d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD)
- v. Centre de réadaptation (CR)

Le schéma ci-après, tiré du site du MSSS, représente l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux :



* Établissements ou organismes qui ne font pas partie d'un CSSS

Figure 1 : L'organisation du réseau de la santé et des services sociaux

Source : www.msss.gouv.qc.ca)²⁹

²⁹ http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/ssss_enbref/index.php?aid=6

La province du Québec dénombre environ 300 établissements socio-sanitaires autonomes dont près de 200 établissements publics. Le réseau de santé du Québec compte aussi une cinquantaine d'établissements conventionnés sans but lucratif et une cinquantaine d'établissements privés tels que les cliniques, les cabinets et établissements privés de médecins, les organismes communautaires, les résidences privées avec services de santé pour personnes âgées.

On entend habituellement par approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec, les achats réalisés par les services de l'approvisionnement des établissements de soins de santé publics du RSSS³⁰. Ainsi, lorsque nous parlons des achats de groupe dans le secteur de la santé au Québec, nous parlons exclusivement des achats des établissements de soins de santé publics du RSSS.

2.2.2. Le service de l'approvisionnement dans le réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS)

Le service de l'approvisionnement des établissements publics du réseau de la santé est le service qui procède aux achats pour le compte des établissements sous sa tutelle. Ce service est généralement composé des fonctions suivantes :

- Chef du service des approvisionnements
- Chef des achats
- Agent en approvisionnement du service des approvisionnements ou acheteurs
- Gestionnaire des stocks ou magasinier
- Commis aux approvisionnements
- Secrétaire

³⁰ RSSS signifie Réseau de la Santé et des Services Sociaux

2.2.2.1. La mission du service de l'approvisionnement du RSSS

La mission du service de l'approvisionnement dans le secteur de la santé, sous plusieurs points, ressemble à la mission des services de l'approvisionnement d'autres secteurs. En nous inspirant de TAWFIK (1997 : 32-33), nous décrivons cette mission comme suit :

La gestion du service	Elle consiste à planifier des activités du service, à en assurer l'organisation et à contrôler les activités internes ou externes des achats. Cette responsabilité est généralement confiée aux chefs de l'approvisionnement.
L'achat	Cette mission consiste en la reconnaissance et en la clarification du besoin ; en l'analyse des spécifications pour la rédaction et la réalisation des devis techniques des besoins afin de procéder aux différentes modalités d'approvisionnement des biens ou services. Les acheteurs ou agents de l'approvisionnement sont généralement responsables de cette étape : négociations des conditions d'achat, octroi des contrats selon la Loi en vigueur (Loi C-65.1).
Le suivi et la relance	Il s'agit dans cette mission de faire le suivi des commandes en cours. Les commis aux approvisionnements ou les secrétaires s'assurent des relances et autres communications en cas de retards ou autres aléas (non-conformités, etc.)

<p>Le travail du bureau ou de secrétariat</p>	<p>Cette mission, généralement confiée aux secrétaires, consiste en des travaux classiques tels que l'émission de documents ou de bons de commandes ; le classement et l'archivage ou autre traitement de l'information du service.</p>
<p>La recherche et l'analyse de la valeur</p>	<p>Cette tâche peut faire partie des attributions de certains agents aux approvisionnements (coordonnateurs). Il ont alors comme responsabilité de faire une sorte de «veille du marché» en collectant et en analysant toutes les informations utiles des marchés dans le but d'aider les responsables dans leur prise de décisions afin qu'elle soit la plus éclairée possible.</p>
<p>L'entreposage ou les magasins</p>	<p>Les gestionnaires des stocks ou magasinier s'occupent de cette partie de l'ouvrage dans les services des approvisionnements. Il s'agit de contrôler les entrées et sorties des produits dans le magasin; de contrôler et d'ordonner la classification de ces produits dans le magasin ainsi que d'assurer la distribution dans les services ou antennes affiliés au dit magasin.</p>

Tableau 1 : Mission du service de l'approvisionnement du RSSS

Source : Adapté de «Pratique de la gestion des approvisionnements et des stocks», (TAWFIK, 1997 : 32-33)

2.2.2.2. Les types de biens achetés par les établissements de santé du RSSS

Les biens utilisés par les établissements de la santé au Québec sont répertoriés et regroupés sous plusieurs catégories ou familles :

- ✓ les médicaments
- ✓ les fournitures médicales telles que des seringues, des gants, etc.
- ✓ les équipements tels qu'un véhicule de transport de patients, un bloc opératoire complet, etc.
- ✓ les mobiliers tels que des bureaux, chaises, armoires, photocopieurs, ordinateurs, imprimantes, lits, matelas, brancards, etc.
- ✓ les fournitures de bureaux telles que papiers, crayons, feutres, etc.
- ✓ les produits d'entretien et de lingerie
- ✓ la nourriture : repas pour les patients et restaurant pour le personnel.

Pour leur bon fonctionnement, ces établissements ont besoin de s'approvisionner en tout ou partie de ces biens ou produits mais également en services, et autres produits de construction. Au cours de notre recherche, une de nos sous-questions est de savoir si parmi ces familles de produits/services, il en est une ou plusieurs plus susceptible(s) de faire l'objet des achats de groupe que nous proposons d'étudier. Les différents cas que nous avons développés sont bâtis autour de l'acquisition soit d'un produit d'une de ces catégories soit d'un service précis. Nous pourrions donc déterminer si un type de produit ou de service est plus propice au type d'achat que nous souhaitons étudier.

2.2.2.3. Le processus de l'approvisionnement dans le service de l'approvisionnement du RSSS

Le processus de l'approvisionnement dans les établissements publics de la santé au Québec se déroule généralement comme schématisé ci-dessous :

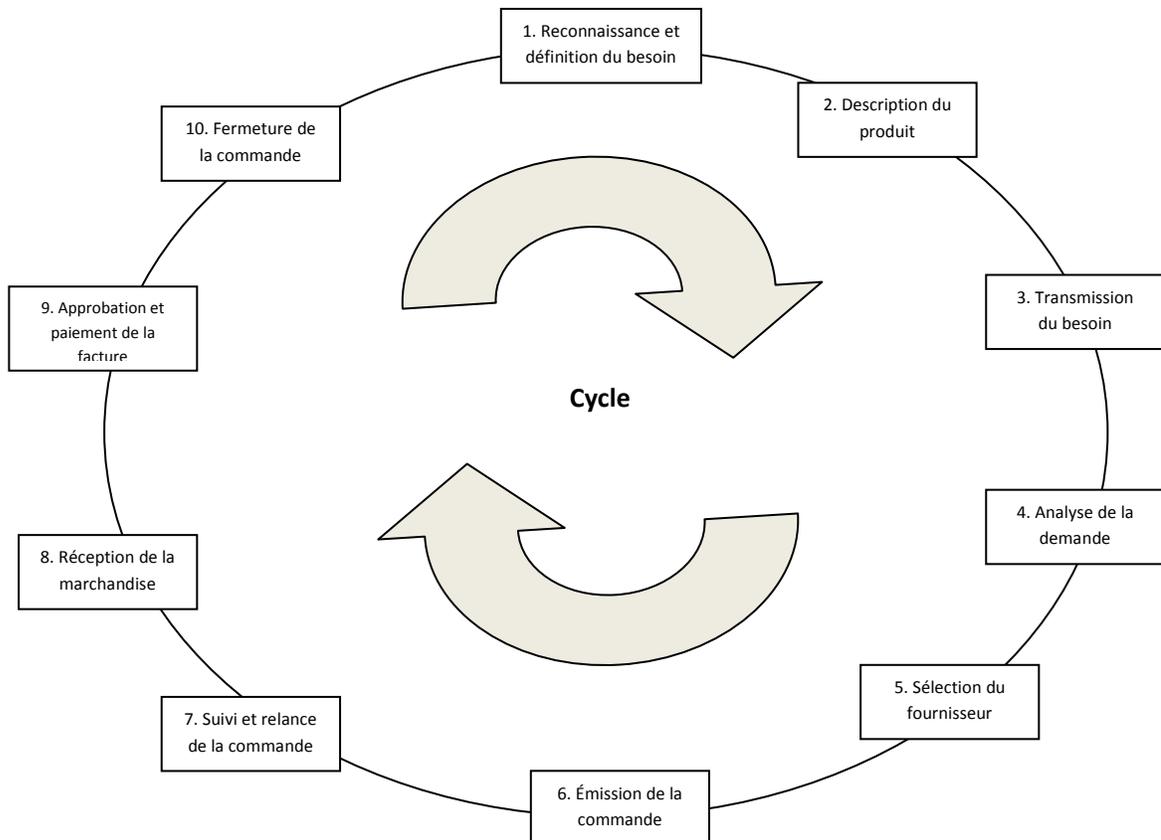


Figure 2 : Les principales étapes du processus d'approvisionnement

(Source : Tawfik, 1997 p. 39)

- I. La reconnaissance et la définition du besoin : Dans les établissements de la santé, elle se fait généralement par les personnes utilisatrices du produit ou du service. Ce besoin est généralement exprimé au service de l'approvisionnement par la transmission de feuilles de réquisition (cf. III).

- II. La description du besoin : Les auteurs des réquisitions (utilisateurs ou futurs utilisateurs) décrivent le plus précisément possible les spécificités (techniques et physiques) du produit/service ainsi que leurs attentes. Cette description permettra au service de l'approvisionnement de réaliser, par la suite, un devis du produit/service souhaité.

- III. La transmission du besoin : Dans les établissements de la santé, le besoin est principalement transmis sur feuille de réquisition par voie électronique ou quelques fois encore en document papier.

- IV. L'analyse de la demande : Cette étape nous intéressera particulièrement dans notre travail de recherche. En effet, durant celle-ci, les approvisionneurs imaginent comment s'organisera l'acquisition. Ils se posent les questions telles que : «À quel type d'achat a-t-on affaire ? (Leenders et al. 2006 : 332 ; Tawfik, 1997 : 43); quel type de contrat s'agit-il de négocier (contrat d'achat de biens, de services, de construction ou contrat combiné?); quelles sont les types de sollicitation possible pour l'achat?... Cette analyse, sous le regard de la loi, permettra d'envisager les décisions du QQQQCP (Quand, Qui, Où, Quoi, Comment, Pourquoi) de l'achat. C'est dans ce sens que cette étape est d'une grande importance pour nous car elle nous permettra de savoir comment les responsables prennent la décision de procéder à un achat de telle manière plutôt que de telle autre et plus précisément comment ils décident de procéder par achat de groupe.

- V. La sélection du (des) fournisseur(s) : Après analyse, dès que la manière de procéder est choisie, les acheteurs réalisent l'achat selon le mode de contractualisation choisi : sollicitation, sélection et adjudication des fournisseurs.

- VI. L'émission de la commande : Lorsque le contrat est adjudgé, le secrétariat du service de l'approvisionnement prépare, approuve, envoie, reçoit et accepte le bon de commande. Cette étape peut parfois être très étroitement liée à l'étape suivante.

- VII. Le suivi et la relance de la commande : Chaque organisation met en place son système de surveillance des commandes en cours, dans le but «de s'assurer que le contenu de la commande sera livré à la date prévue» (Tawfik, 1997 : 47).

- VIII. La réception de la marchandise : Les gestionnaires des stocks ou magasiniers sont généralement responsables de cette partie du processus. Ils contrôlent la conformité du produit avec le bon de commande envoyé au fournisseur. Ils inspectent minutieusement le produit avant de l'estampiller : «marchandise apparemment conforme et en bon état». Le produit est alors soit entreposé dans le magasin, soit directement livré au service ayant envoyé la réquisition.

- IX. L'approbation et paiement de la facture : Dès que le produit ou le service est accepté, la demande de règlement est envoyée aux services de finances pour paiement. Le fournisseur est alors payé selon les délais définis dans l'entente initiale ou sur le bon de commande.

- X. La fermeture de la commande : Cette étape consiste en l'archivage des documents ayant servis lors de la procédure d'acquisition et au «classement de la commande dans le dossier des commandes complétées» (Tawfik, 1997 : 49).

2.3. Les achats dans le secteur public

La particularité des achats du secteur public est qu'ils sont réalisés grâce aux deniers publics provenant de la collecte des impôts et taxes auprès du contribuable. Voilà pourquoi ce dernier est très sensible aux dépenses publiques et demande au gouvernement d'être imputable de ses dépenses et de rendre des comptes le cas échéant. C'est la raison pour laquelle les achats du secteur public, incluant les achats du secteur public de la santé, sont entre autres guidés par la recherche des prix les plus compétitifs possibles. Les achats du secteur public peuvent être répertoriés en sept catégories :

1. Les achats d'articles de faible valeur se situant sous le seuil établi pour les soumissions.
2. Les achats d'articles d'une valeur située sous le seuil déterminé pour l'émission d'une demande de soumission officielle, mais assez élevée pour nécessiter une mise en concurrence.
3. Les achats d'articles dont le prix est supérieur au seuil déterminé pour émettre un appel d'offres officiel.
4. Les achats de services professionnels ou de haute technologie devant faire l'objet de demandes de soumissions officielles.
5. Les achats d'urgence faits pour répondre à des besoins non planifiés visant à protéger la santé, la vie ou la propriété publique.
6. Les achats d'un fournisseur exclusif réalisés pour répondre à des besoins de haute technologie ou mécanique où la compatibilité est exigée, ou les achats d'un article ou d'un service unique.
7. L'acquisition négociée qui fait habituellement partie d'une demande de propositions ou d'un achat auprès d'un fournisseur exclusif.

Source : La gestion des approvisionnements et des matières, 2006, 3^e éd., Leenders et al. (p. 332)

Ces différentes catégories d'achats peuvent se faire sous plusieurs formes de contractualisation telles que :

- ✓ l'achat de gré à gré
- ✓ l'achat par appel d'offres
- ✓ l'achat par soumission ferme
- ✓ l'achat par contrat à long terme
- ✓ l'achat réalisé en groupe

Comme mentionné plus haut, notre travail portera sur la dernière forme citée, autrement dit sur les achats de groupe du secteur public de la santé au Québec.

2.4. Les enjeux de l'approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec

Le montant approximatif des acquisitions en biens et services dans le réseau de la santé au Québec est de près de deux milliards de dollars par année. En y ajoutant les équipements spécialisés et ultra-spécialisés, les dépenses annuelles atteignent près de cinq milliards de dollars³¹. D'après le fichier catalogue du MSSS, l'approvisionnement concerne l'acquisition d'environ quarante mille produits. La bonne gestion de l'approvisionnement, premier poste d'une chaîne logistique, permettrait des économies potentielles, une optimisation des dépenses (Leenders et al, 2006), et des gains substantiels dans le budget du gouvernement.

C'est ainsi que l'un des défis actuels du secteur de la santé est de mettre en place des outils «tels que l'EDI, les systèmes de gestion de ressources matérielles, etc., afin d'optimiser la fonction approvisionnement et favoriser l'achat en commun», (Verreault, 2010). En effet, comme nous le verrons plus tard, l'achat de groupe est véritablement considéré comme un levier non négligeable de rationalisation des coûts et d'économies d'échelle.

³¹ Plan budgétaire 2011-2012.

2.5. Les groupes d'achats dans le secteur de la santé au Québec

«Au Québec, l'origine des groupes d'achats remonte à la fin des années 1960, lorsque l'association des hôpitaux du Québec (AHQ) a décidé de lancer un programme d'achats en commun.», (Beaulieu et Nollet, 2004 : 1). Pour autant, c'est dans le milieu des années 1970 que la décision officielle a été prise d'opter pour la centralisation territoriale des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec (Beaulieu et Nollet, 1999). En effet, en 1974, toutes les régions de la province ont chacune été dotée de leur conseil régional de la santé et des encadrements des activités du secteur de la santé (CRSSS). Ce CRSSS a été le premier organisme créé dans le but de mettre en œuvre, entre autres prérogatives, les achats en commun. Par la suite, ces CRSSS ont changé de nom pour devenir des régies régionales, puis des organismes sans but lucratif (OSBL) lors de la réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1993. La mission de ces OSBL ou corporations d'achats en commun est «de promouvoir, de développer et de gérer, pour les membres, l'approvisionnement en commun de biens et services dans le but de leur permettre de réaliser des économies, et ce, dans un souci d'équité et d'excellence, de transparence ainsi que dans le respect de leurs besoins»³², et de «gérer l'approvisionnement en commun dans chacune des régions» (Beaulieu et Nollet, 2004).

Le financement de ces groupes d'achats devait se faire par les cotisations des membres. Tous les établissements publics de santé du Québec devaient obligatoirement être rattachés à la corporation d'achats de leur région administrative respective et s'acquitter de leurs frais d'adhésion, et ce, qu'ils décident ou non d'utiliser les services du groupe d'achats.

³² Rapport annuel 2009-2010 Sigmasanté, corporation des achats de la région de Montréal.

Les économies d'échelle ont été la principale raison qui a conduit au choix de cette forme de centralisation des achats au Québec (Beaulieu et Nollet, 1999). Mais, malgré l'existence des groupes d'achats et la possibilité de procéder à des achats de groupe et de bénéficier des avantages de ce modèle d'achat, le MSSS a constaté qu'en 1990 seulement 30% des achats étaient réalisés par ce moyen (Verreault³³, 2010). Pourtant, les achats de groupe effectués par l'entremise des corporations d'achats étaient censés prendre de l'ampleur. D'où l'intérêt d'avoir une meilleure idée de l'évolution de ces achats de groupe, afin de mieux comprendre et cerner notre question de recherche.

2.5.1. L'évolution des achats effectués auprès des corporations d'achats

Le tableau 2, réalisé grâce à l'article de Beaulieu et Nollet (2004) et des statistiques 2009 du MSSS, permet de constater l'évolution des 11 corporations d'achats du secteur de la santé au Québec. Si de manière générale, la centralisation des achats a augmenté de **0,70%** en huit ans, on peut constater que la croissance a été plus élevée dans certaines régions tandis que d'autres ont vu leur statistique d'utilisation des groupes d'achats dégringoler : par exemple, la région 08 a réduit de 55,9% (en 2000) à 20,11% (en 2009) ses achats effectués par les groupes d'achats.

³³ Ancienne sous-ministre adjointe au cabinet du Ministre de la santé et des services sociaux.

Régions	Nom	Nombre de membres ³⁴	Achats négociés ³⁵ en l'an 2000	Part négociée sur les achats totaux en 2000	Achats négociés ³⁶ en l'an 2009	Part négociée sur les achats totaux en 2009
01-11	Centre régional des achats en commun (CERAC) ³⁷	18	19 000 213 \$	30,7 %	62 237 824 \$	38,87%
02	Centre régional des achats en groupe (CRAG)	15	18 618 647 \$	36,0 %	57 659 914 \$	46,14%
03-12	Approvisionnement des Deux Rives (anciennement Partagec inc.)	48	79 679 333 \$	36,7 %	298 468 622 \$	47,85%
04	Coopérative du Service régional d'approvisionnement	25	41 896 825 \$	54,0 %	97 713 767 \$	51,40%
05	Corporation d'approvisionnement de santé et services sociaux de l'Estrie	31	34 131 413 \$	50,3 %	78 199 044 \$	46,35%
06-13	Approvisionnement – Montréal	175	219 787 948 \$	38,4 %	616 766 048 \$	39,65%
07	Corporation d'approvisionnement de l'Outaouais	21	17 252 719 \$	36,7 %	59 692 557 \$	44,66%
08	Groupe d'achats de l'Abitibi-Témiscaminque	17	15 835 542 \$	55,9 %	15 233 405 \$	20,11%
09	Corporation régionale des achats des E.S.S.S. de la Côte-Nord	N.D.	7 161 586 \$	34,7 %	22 600 079 \$	32,53%
14-15	Corporation d'approvisionnement Laurentides/Lanaudière	53	27 495 911 \$	34,5 %	115 993 338 \$	40,92%
16	Corporation d'achats régionale de biens et services de la Montérégie	52	43 251 202 \$	33,8 %	176 265 536 \$	42,48%
Total			524 111 339 \$	40,15%	1 600 830 135\$	40,85%

Tableau 2 – Évolution des achats négociés par les groupes d'achats du secteur de la santé au Québec

Source : Adapté de «Portrait des regroupements d'achats du secteur de la santé au Québec en l'an 2000», (Beaulieu et Nollet, 2004 : 4)

³⁴ Le nombre de membres est équivalent au nombre d'établissements desservis par le groupe d'achats. Pour le MSSS, un établissement doit être constitué d'un conseil d'administration. En contrepartie, un établissement peut être composé de plusieurs pavillons.

³⁵ Il s'agit du montant total de tous les contrats ayant été négociés par le groupe d'achats au cours de l'année 1998-1999 (Source : Service conseil aux activités de support du réseau, 1999).

³⁶ Il s'agit du montant total de tous les contrats ayant été négociés par le groupe d'achats au cours de l'année 2008-2009 **Source :** Statistique MSSS / Présentation Mme Verreault Lise, Sous-ministre adjointe au cabinet du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Symposium ASSIAPS 2010.

³⁷ Le CERAC couvre les régions du Bas Saint-Laurent, Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine; le CRAG couvre la région du Saguenay/ Lac-Saint-Jean; Approvisionnement des Deux Rives couvre la région de Québec et enfin, la Coopérative du service régional d'approvisionnement couvre la région Mauricie/Bois Francs.

Les chiffres du tableau 2 nous conduisent à confirmer le constat du MSSS : la proportion d'achats négociés par les groupes d'achats est stationnaire depuis plusieurs années. Ce constat conduit à une interrogation : alors qu'on connaît les avantages³⁸ que la centralisation des achats est susceptible d'apporter, pourquoi la proportion des achats effectués par le biais des corporations d'achats n'est-elle pas plus élevée ?

2.5.2. Le processus d'approvisionnement par les corporations d'achats

La forme classique de centralisation des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec est claire et bien structurée. En effet, tous les établissements publics de santé au Québec sont affiliés à la corporation d'achats de leur région administrative. L'affiliation de tous les établissements a été totalement complétée en 1998. Depuis cette date, tout établissement de santé au Québec est en principe capable de «mandater» les produits qu'il souhaite voir acquérir par sa corporation d'achats en commun. Autrement dit, tout établissement est en mesure de confier à sa corporation d'achats le mandat de procéder à l'approvisionnement de certains biens et/ou services en son nom et pour son compte, à charge pour le mandataire (la corporation d'achats) de réaliser le processus d'achat proprement dit : négociations, appels d'offres, analyse des soumissions, adjudication...

Selon Beaulieu et Nollet (2004), le processus d'achat par la corporation d'achats se passe comme suit :

- a. L'établissement confie à la corporation d'achats de sa région un mandat qui décrit les caractéristiques du produit et/ou du service à obtenir, de même que les quantités consommées par l'établissement au cours de la dernière

³⁸ Nous verrons plus en détails ces avantages plus tard.

année. Le mandat peut couvrir plus d'un produit, mais l'établissement devra les décrire individuellement et préciser pour chacun les quantités.

- b. Le groupe d'achats combine pour un même produit les mandats obtenus des établissements de la région. Il lance un appel d'offres qui précise la quantité du produit qui serait consommée à l'échelle de la région. L'appel d'offres peut être lancé pour une famille de produit aussi bien que pour un seul produit.
- c. Le groupe d'achats analyse les soumissions et négocie les contrats. Les contrats sont acheminés aux établissements qui ont soumis un mandat, ce qui leur indique qu'ils devraient acheter le produit auprès du fournisseur retenu.
- d. L'établissement de santé lance ses commandes auprès des fournisseurs. L'établissement n'a aucune obligation de respecter le contrat conclu par le groupe d'achats et peut décider de choisir un autre fournisseur ou d'acheter des quantités supérieures ou inférieures à celles inscrites dans son mandat. Cet aménagement visait à respecter l'autonomie des établissements, mais la nouvelle loi en cours d'adoption devrait complètement changer la donne.

La description du processus d'approvisionnement par les corporations d'achats nous apprend une chose importante : L'importance accordée à la notion d'autonomie des établissements publics de santé (cf. étape d. du processus). Même si les établissements peuvent bénéficier de prix attrayants grâce à la centralisation des achats, ils ont le choix de respecter ou pas les ententes passées par corporation. De fait, l'autonomie des établissements pourrait être une des raisons du plafonnement de la centralisation dans la province. Le MSSS l'a compris et en a fait un des volets dans la loi en cours d'adoption. En effet, la nouvelle loi permettra d'obliger les établissements non seulement à mandater leurs achats à leur corporation mais

également à respecter leur mandat. Elle prévoit aussi des sanctions pour les établissements qui ne respecteront pas l'une ou l'autre des obligations.

2.5.3. Répartition territoriale des corporations d'achats au Québec

À l'été 2011, les corporations d'achats étaient encore au nombre de onze, réparties dans la province. Ce nombre ne devait plus être le même puisque qu'une nouvelle configuration était à l'étude et devait être annoncée peu de temps après. La figure 3 présente la répartition définitive des corporations d'achats de la province.

2.5.4. La fusions des corporations d'achats du Québec – Juin 2011

Depuis plusieurs années, le MSSS réfléchissait à une «révision du nombre de corporations régionales d'achat» (Verreault, 2010). L'enjeu de cette reconfiguration «tient à la volonté de renforcer leur capacité professionnelle dans une perspective de spécialisation» (Verreault, 2010).

C'est ainsi qu'en mai 2011, la modification de l'ancienne configuration des corporations d'achats a été faite par une annonce privée du sous-ministre associé du MSSS, Michel Fontaine. Cette fusion faisait passer le nombre de corporations d'achats de onze corporations dans un premier temps à trois : «Les onze groupements d'achats du Québec ont fusionné et forment dorénavant trois grands groupements : sud et ouest du Québec, Grand Montréal et ville de Québec/est du Québec. La fusion résulte en partie d'une recommandation du comité stratégique du ministère de la Santé qui signalait que les cibles des achats groupés n'étaient pas atteintes et suggérait des seuils obligatoires. Les mécanismes détaillés de la fusion sont en cours de déploiement.»³⁹.

Tandis que tableau 3 présente la répartition initiale des corporations des achats en juin 2011, la figure 3 présente la configuration définitive en vigueur actuellement :

³⁹ Annonce de la fusion sur le site du MEDEC : « Fusion des groupements d'achats du Québec», <http://www.medec.org>

Regroupement 1	Montréal Estrie Outaouais Abitibi-Témiscamingue Laurentides-Lanaudière
Regroupement 2	Montréal / Laval
Regroupement 3	Québec (Capitale nationale) / Chaudière-Appalaches Bas St-Laurent / Gaspésie-îles-de-la-Madeleine Saguenay Lac St-Jean / Nord-du-Québec Mauricie et Centre-du-Québec Côte-Nord Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James

Tableau 3 : Reconfiguration initiale des corporations d'achats dans le secteur de la santé de la province du Québec au mois de Juin 2011

Source : Communication personnelle du MSSS à un Directeur général de corporation d'achats du secteur de la Santé au Québec.

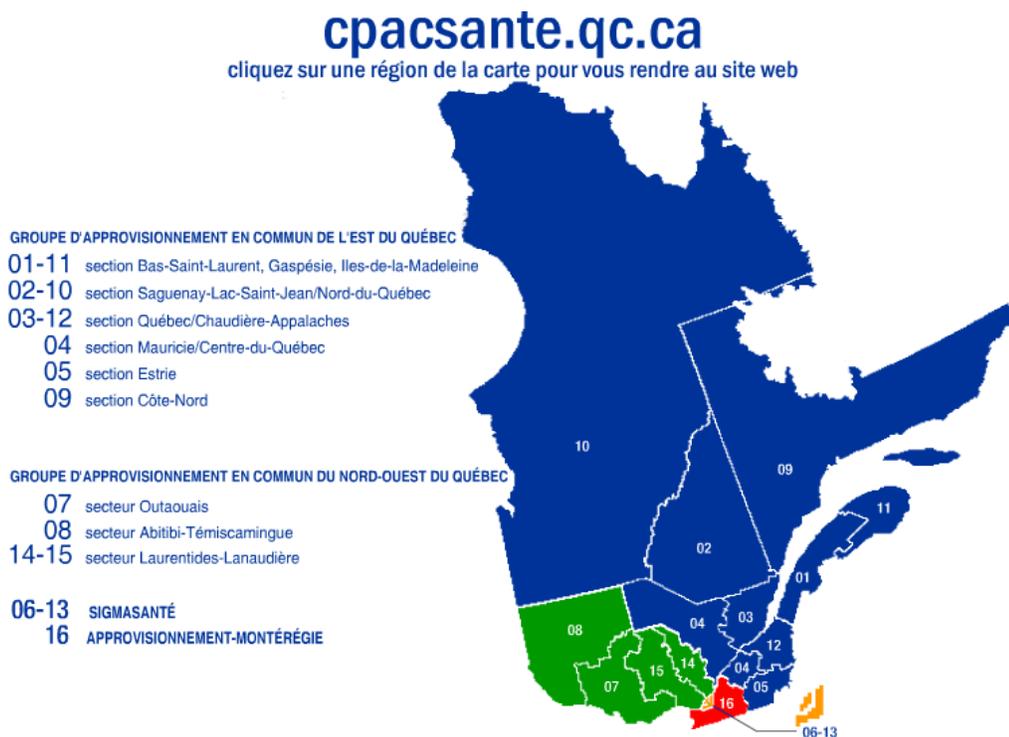


Figure 3 : Répartition géographique définitive des corporations d'achats dans le secteur de la santé de la province du Québec (En date du 18 août 2012) - quatre corporations d'achats

Source : cpacsanté.qc.ca

2.6. Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous venons de poser quelques jalons du contexte dans lequel notre étude prend place. Ce contexte est caractérisé par un cadre économique exigeant la réduction des dépenses publiques pour un retour à l'équilibre en 2013-2014; par un cadre légal réglementant de plus en plus le processus d'approvisionnement public pour plus de transparence, d'équité et d'efficacité; par la volonté d'une nouvelle approche quasi-systématique des achats de groupe dans le secteur public de la santé; et par une configuration⁴⁰ et une mission révisées des corporations chargées de réaliser les achats de groupe pour le compte des établissements publics du secteur de la santé au Québec. Au fait et conscient de ce contexte mouvant et de l'impact de ces différents points sur le développement de notre étude, nous voulons maintenant répertorier ce que la recherche scientifique souligne sur la question des achats de groupe ou regroupements d'achats que nous souhaitons étudier.

⁴⁰ Les corporations d'achats dans la province du Québec sont en définitive au nombre de quatre : Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est du Québec; Groupe d'approvisionnement en commun du Nord-Ouest du Québec; Sigmasanté; Approvisionnement-Montérégie.

CHAPITRE 3 – RECENSION DES ÉCRITS

Les formes de centralisation des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec s’inscrivent dans une perspective plus large d’intégration et d’efficience de la chaîne d’approvisionnement. Dans ce chapitre, nous examinerons les différentes formes de gestion des achats dans le but de relever ce que la littérature scientifique présente sur le concept de regroupement des achats. Nous clarifierons les termes centralisation, consolidation et regroupement les uns par rapport aux autres afin de faire ressortir ainsi que de définir notre question de recherche qui concerne notamment le regroupement d’achats «hors groupe d’achats» dans le secteur de la santé au Québec.

3.1. Les différentes formes de gestion des achats

«La littérature associe souvent indistinctement les phénomènes de centralisation et de consolidation» des achats (Nollet et Beaulieu, 2001 : 33). En effet, pour certains auteurs la consolidation des volumes d'achats et la décision de centralisation administrative de la gestion des achats sont identiques (Fearon et Ayres, 1967; Corey, 1978; DeRose, 1989; cités par Nollet et Beaulieu, 2001 :34). Ceci révèle une certaine «confusion (...) tant chez les praticiens que chez les chercheurs», (Nollet et Beaulieu, 2001 : 1). Pour cette raison, nous tenterons tout d'abord de définir les termes consolidation, regroupement et centralisation, afin de circonscrire l'objet de notre étude.

Par consolidation, on entend un processus visant «le regroupement des volumes d'achats provenant de différentes unités ou organisations, en vue de procéder à une seule négociation» (Nollet et Beaulieu, 2001 : 34).

Un regroupement d'achats quant à lui est défini comme étant un «cadre permettant la consolidation des achats de diverses organisations» (Nollet et Beaulieu, 2003a : 9). Ce regroupement a pour but «d'effectuer une négociation unique et ainsi de profiter d'économies d'échelle qui procurent de meilleures conditions» de vente (Nollet et Beaulieu, 2003a : 9). Ce regroupement d'achats peut aussi bien être formel qu'informel (Hendrick, 1997 : 7). Cette dernière précision est importante car lorsqu'on parle de regroupement d'achats, il est généralement entendu comme faisant référence au regroupement formel autrement dit à «une organisation distincte et relativement autonome des membres» (Nollet et Beaulieu, 2003a : 9) ou à un groupe d'achats effectuant les achats pour le compte de ces membres. Notre recherche se propose non pas d'étudier les regroupements formels, mais plutôt les phénomènes de regroupements informels dans le secteur de la santé au Québec.

La centralisation des achats, quant à elle, est le fait de «concevoir une unité centrale dédiée (...) à la gestion des achats» (Nollet et Beaulieu, 2001 : 34). Elle signifie que les achats sont effectués par un département en particulier (Joyce, 2006, cité par Karjalainen, 2009), situé soit au siège social, soit dans une région ou dans une division (McCue et Pitzer, 2000, cité par Karjalainen, 2009). Cette unité centrale peut être un département à l'intérieur d'une organisation mais aussi «une organisation distincte et relativement autonome des membres qui la composent» (Nollet et Beaulieu, 2003a : 9). Tella Eija et Veli-Matti Virolainen (2005), quant à eux, parlent de coopération ou collaboration horizontale. En effet, lors de la centralisation des achats, des organisations indépendantes coopèrent de manière horizontale et décident de mettre leurs achats en commun (Tella Eija et Veli-Matti Virolainen, 2005) et d'en confier la gestion à une unité centrale. Selon les degrés d'autonomie, d'autorité, de responsabilité et de pouvoir détenus par cette unité centrale dédiée aux achats, elle définit les orientations d'ensemble des achats et de coordonner les ressources entre les unités locales ou organisations indépendantes dont elle doit gérer les achats (Nollet et Beaulieu, 2001 : 34). La centralisation des achats peut donner naissance à différentes structures organisationnelles et procédés de gestion des achats «centralisés» comme nous le verrons en détail plus loin.

On peut déduire des définitions ci-dessus que les concepts de centralisation, de consolidation et de regroupement sont intimement liés. En effet, une consolidation peut être «réalisée par des unités locales qui s'échangeraient entre elles certains dossiers» (Nollet et Beaulieu 2001 : 35) et procèderaient ainsi à un achat de groupe sans nécessairement avoir besoin d'une unité centrale qui ferait cet achat pour leur compte. À l'inverse, une unité centrale est, elle aussi, amenée à effectuer des consolidations d'achats (Nollet et Beaulieu 2001 : 35).

Ces définitions nous permettent aussi de mieux cerner l'objet de notre étude. En effet, comme mentionné plus haut, le MSSS du Québec encourage tous les établissements de santé à s'approvisionner autant que possible par le biais de l'achat centralisé réalisé par l'unité centrale désignée à cet effet : la corporation d'achats en commun. Or dans la pratique, certains chercheurs ont constaté que certains établissements de santé du Québec regroupent de manière informelle certains achats pour réaliser leur acquisition (Landry et Beaulieu, 2010), cela signifie qu'ils consolident entre eux certains achats et font un seul achat pour le compte de tous les participants, au lieu de confier cet achat de groupe à l'unité centrale établie et ayant cette mission.

Après ces définitions et clarifications, nous comprenons que notre travail portera sur le regroupement informel des achats ou en d'autres termes sur la consolidation des achats nécessairement faite hors groupe d'achats. Pour autant, il serait idéalement préférable d'avoir une bonne maîtrise de la centralisation des achats, modèle officiellement validé dans le secteur de la santé au Québec et auquel le regroupement informel des achats fait, en quelque sorte, concurrence.

D'autre part, la centralisation et la consolidation donnent naissance à des formes différentes de structures organisationnelles et de procédés de gestion des achats, qu'il est utile de rappeler. C'est ainsi que lorsqu'on parle de formes de gestion des achats centralisés ou de groupe, on devrait entendre:

- Soit les structures dans lesquelles l'achat centralisé est réalisé
- Soit les procédés d'achats centralisés (le comment on procède à l'achat centralisé)

De cette différenciation découlent les catégories de gestion des achats énumérées à la figure 4, dont nous nous inspirerons pour présenter les formes de gestion des

achats parmi lesquelles on retrouve la centralisation des achats, le regroupement formel et informel des achats et la consolidation des achats :

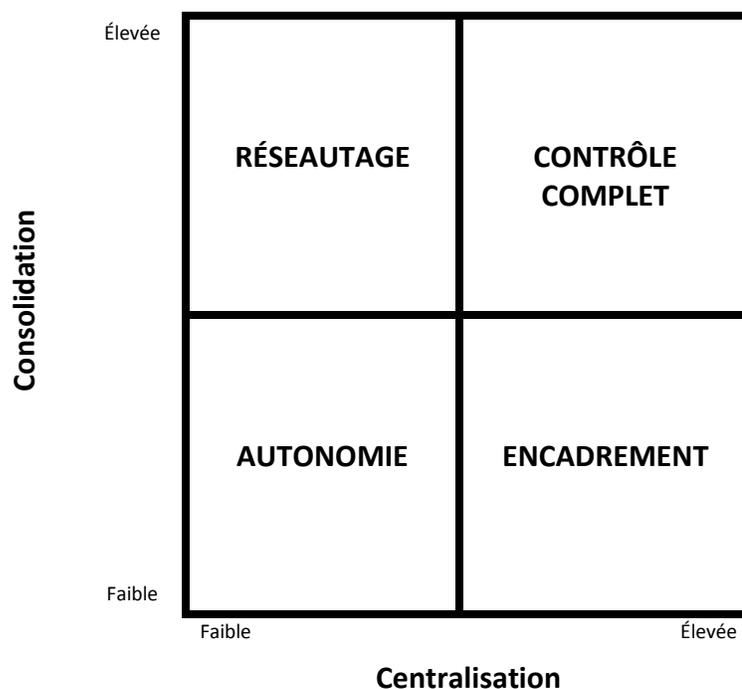


Figure 4 - Typologie de gestion des achats (Nollet et Beaulieu, 2001)

Cette typologie identifie quatre formes ou modèles de gestion des achats.

3.1.1. La gestion des achats de type « autonome »

Étant donné le peu de centralisation des achats ainsi que le peu de consolidation de cette catégorie, on parle ici d'autonomie dans la gestion des achats. Dans cette configuration, on ne trouve généralement aucune structure définie de gestion des approvisionnements. Il s'agit simplement de regrouper certains achats demandés par les utilisateurs et de passer des commandes (Nollet et Beaulieu, 2001).

3.1.2. La gestion des achats de type «encadrement»

Ici, la centralisation est très importante, contrairement à la consolidation. Le phénomène de centralisation est «encadré». Le type de structure lié à cette catégorie est un service central des achats «qui définit les politiques d'achats pour l'ensemble de l'organisation ; cependant certaines activités plus opérationnelles – lancement des commandes, gestion de la réception ou entreposage – sont réalisées au niveau local» (Nollet et Beaulieu 2001 : 36).

Dans ce modèle, nous constatons que c'est une structure (service ou département) interne à l'organisation qui dirige, organise et gère les achats. Il est à la charge du niveau local de réaliser les activités opérationnelles. Cette forme de gestion des achats centralisés, et la structure qui en découle, ne sont pas celles du secteur de la santé au Québec.

Nous avons développé la figure 5 pour illustrer ce modèle de gestion.

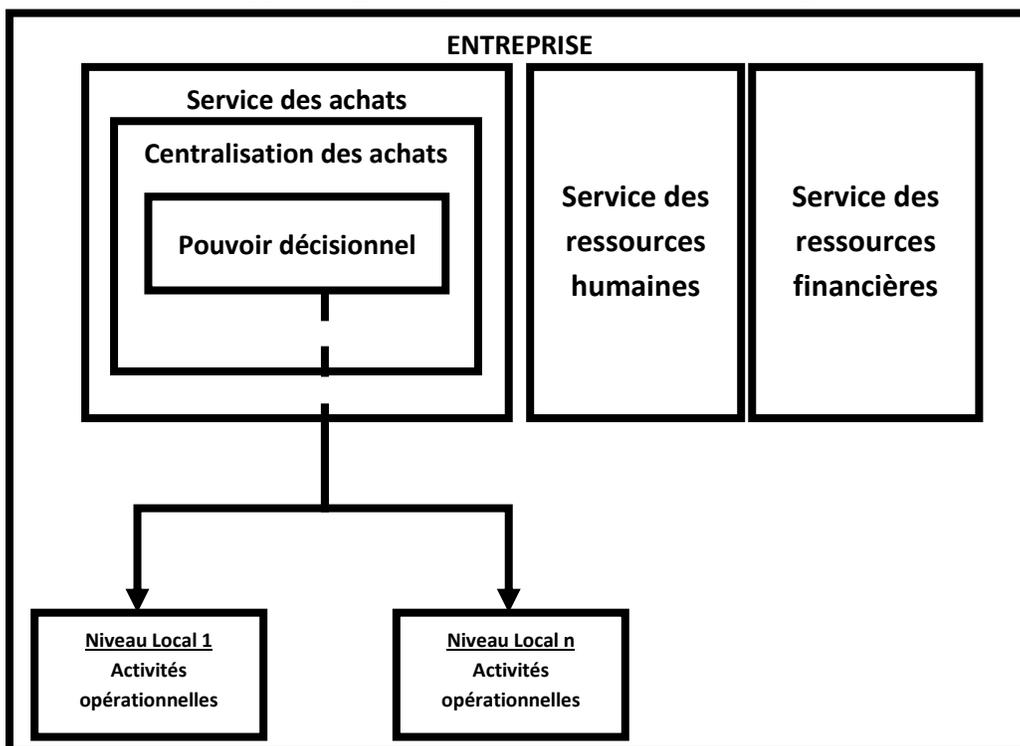


Figure 5 - Les achats dans la structure de type «encadrement»

Développée à partir de la description faite par Nollet et Beaulieu, 2001, p. 36

3.1.3. La gestion des achats de type «Réseautage»

Cette catégorie entend mettre l'accent sur la consolidation des biens et services à acheter plutôt que sur la centralisation de l'autorité responsable de l'achat. C'est ainsi que dans ce modèle, il n'y a pas d'unité centrale de laquelle les services d'achats locaux seraient dépendants, contraints à devoir suivre les décisions et les orientations. Dans ce cas de figure, les entités ou services des achats locaux «peuvent décider de mettre en commun certains contrats d'achats en vue de dégager un pouvoir de négociation vis-à-vis des fournisseurs» (Nollet et Beaulieu, 2001 : 36). Ce type de consolidation est généralement fait par contrat ou par produit/service. Nous pouvons citer comme exemple d'une telle structure le regroupement des responsables des achats de l'Université du Québec pour le traitement de certains dossiers tel que l'achat de papier à photocopieur. Nous avons développé la figure 6 pour illustrer ce modèle de gestion.

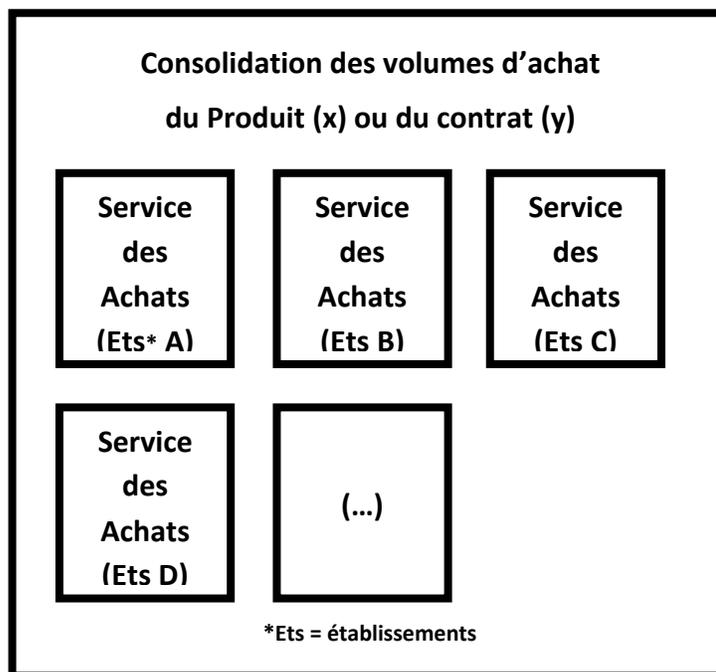


Figure 6 - Les achats dans la structure de type «Réseautage»

Développée à partir de la description faite par Nollet et Beaulieu, 2001, p. 36

Dans cette configuration, le pouvoir de décision continue d'appartenir à chaque service des achats. Cependant, lors de la consolidation des achats du produit ou du service, ce pouvoir passe momentanément, en tout ou partie, sous l'«autorité» du regroupement informel des services des achats participants à l'achat de groupe. C'est ainsi que le cadre de la consolidation définit l'exercice de l'autorité et l'exercice des différentes activités opérationnelles.

Dans la littérature, cette catégorie effectuant principalement de la consolidation est aussi appelée centralisation par partenariat (Schuweiler et al, 1995). L'on y constate une répartition de l'effort entre les participants qui permet assurément une réduction des coûts (réduction de la duplication d'activité, du coût contact, ...) et un gain en productivité (Schuweiler et al, 1995 : 47).

D'après la description de cette catégorie, nous constatons qu'elle ressemble aux phénomènes de regroupement hors groupe d'achats dans le secteur de la santé au Québec que nous souhaitons étudier. Dans la mesure où «la duplication d'effort a mis les services médicaux au premier rang de l'inspection publique» (Schuweiler et al, 1995 : 47), où «de nouvelles pressions et de nouveaux objectifs de performance sont ressentis par chaque partie impliquée dans la livraison des services médicaux»⁴¹ (Schuweiler et al, 1995 : 47), et où le modèle officiel de la centralisation des achats au Québec «va à l'encontre des tendances naturelles d'un réseau [...] jaloux de son autonomie.»⁴²(Mémoire d'orientation, 1992 citée par Beaulieu et Landry, 2010), on peut aisément comprendre pourquoi ce type de structure de gestion des achats est parfois courtisé dans le secteur de la santé au Québec.

⁴¹ Traduction libre.

⁴² Mémoire d'orientation concernant l'approvisionnement en commun (1992). Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction programmation et équipement, 3 juin 1992.

Dans cette typologie de gestion des achats, on retrouve les structures telles que le partenariat (Schuweiler et al, 1995), les consortiums⁴³ d'achats (Leenders et al, 2006; Vigoroso, 1998), les alliances d'achats (Burns et Lee, 2008; Ellram, 1992) et les mutualisations des achats (que nous verrons plus en détails plus loin).

3.1.4. La gestion des achats de type «contrôle complet»

Dans cette catégorie, la centralisation du pouvoir/autorité et la consolidation des volumes d'achats ont toutes deux une importance élevée. Il s'agit dans ce modèle de regrouper sous une seule direction les compétences nécessaires à l'approvisionnement centralisé : «une administration centrale gère tous les aspects tant stratégiques qu'opérationnels liés aux achats» (Nollet et Beaulieu, 2001 : 36).

Les structures telles que les corporations ou groupes d'achats (Nollet et Beaulieu, 2003) encore connus sous le sigle GPO⁴⁴ et les consortiums sont des exemples éloquentes de gestion de type «contrôle complet». Les consortiums d'achats sont des regroupements constitués de plusieurs organisations qui se réunissent pour faire des achats en groupe. Ils se présentent sous diverses formes : ils peuvent consister en groupes informels, (...), ou en consortiums officiels et centralisés (Leenders et al, 2006 p. 41). Bien que certains consortiums et certains GPO soient des groupes informels, constitués verbalement avec un minimum de documents écrits sans aucune inscription ni frais de partenariat (Vigoroso, 1998), la plupart des consortiums sont constitués par des accords formels par lesquels «le consortium agit comme une organisation»⁴⁵ à part entière (Vigoroso, 1998).

⁴³ «Les consortiums d'achats sont des regroupements constitués de plusieurs organisations qui se réunissent pour faire des achats en groupe. Les consortiums se présentent sous diverses formes. Ils peuvent consister en groupes informels, (...), ou en des consortiums officiels et centralisés» Leenders et al. Éd. 2006 p. 41.

⁴⁴ Group Purchasing Organisation dont le sigle est **GPO** signifie groupe d'achats.

⁴⁵ Traduction libre.

Cette forme de centralisation est très fortement plébiscitée dans le secteur de la santé aux États-Unis (plus de 70% d'achats sont réalisés par les groupes d'achats, selon Muse & Associates, 2000), et dans les provinces du Canada autres que le Québec.

Pour illustrer ce modèle de gestion, nous avons développé la figure ci-dessous :

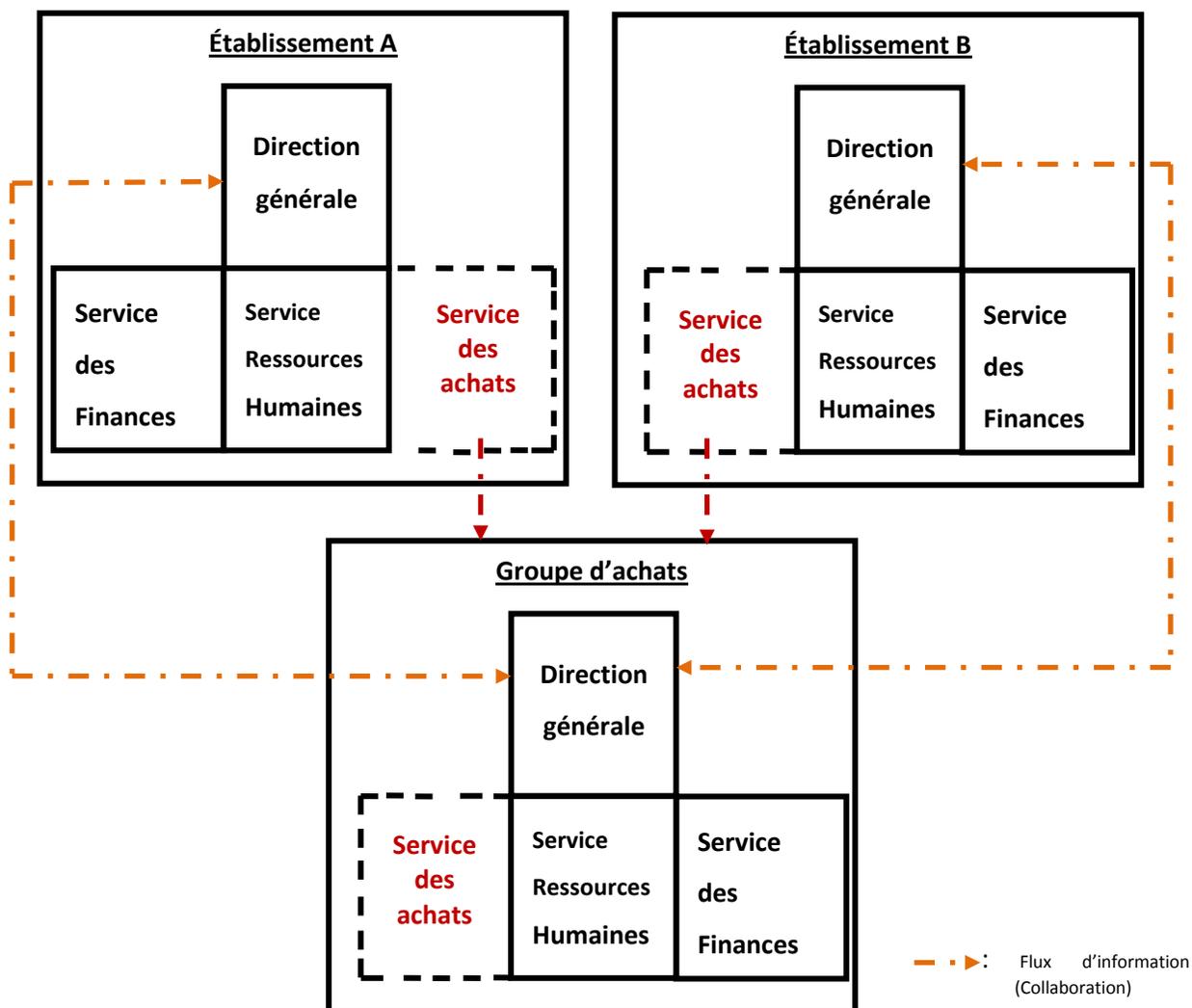


Figure 7 - Les achats dans la structure de type «Contrôle complet»

Développée à partir de la description faite par Nollet et Beaulieu, 2001, p. 36

3.2. Recherches effectués sur la centralisation

Ayant considéré à la section précédente les formes de gestion des achats existantes dont la centralisation et la consolidation font parties, nous voulons maintenant examiner en particulier le concept de centralisation et particulièrement les études, recherches, articles et ouvrages ayant traité de ce sujet. Cela nous permettra de connaître le type de question que soulève ce modèle, de dégager ses avantages et limites dans le but de mieux comprendre les raisons du choix ou du contournement de cette forme de gestion des achats.

Les groupes d'achats existent depuis la fin des années 1950, date de la création des premiers groupes d'achats aux États-Unis, (Weinstein, 2006; Nollet et Beaulieu, 2005). Ces groupes d'achats étaient créés afin de permettre aux petits hôpitaux, cliniques et autres acteurs du secteur de la santé, d'avoir un certain pouvoir de négociation lors de l'achat de leurs matériels et fournitures médicales (Weinstein, 2006). Plus tard, l'environnement économique est devenu de plus en plus concurrentiel et les pressions des actionnaires et investisseurs de plus en plus fortes. C'est alors que les achats ont commencé à prendre un rôle de plus en plus important dans les organisations en général (Rosemeijer, 2000), et la consolidation (sous entendu la centralisation) des achats est devenu une avenue plus souvent empruntée dans le but d'obtenir tous les bénéfices potentiels de ce modèle d'achat (Rosemeijer et al, 2003). Ces achats centralisés étaient généralement réalisés par des groupes d'achats.

La littérature des trente dernières années est très abondante en ce qui concerne l'évolution des groupes d'achats mais aussi en ce qui concerne la perception des groupes d'achats par leurs membres (Nollet et Beaulieu, 2005; Burns et al, 2008). Très peu d'études peuvent être recensées sur le regroupement informel d'achat car ces «regroupements sont très évolutifs (...), tendent à être difficile à distinguer (...)

et ont peu de visibilité parce que très peu médiatisés»⁴⁶ (Ellram, 1992 : 26). Voilà pourquoi, nous qualifierons notre recherche d'exploratoire.

La littérature est d'autre part foisonnante quant au dilemme «centralisation versus décentralisation». Elle tente d'élaborer des modèles de prise de décision (Tchokogué et Nollet, 1998; Nollet et Beaulieu, 2005; West, 2010; Nollet et Beaulieu 2003b; Smith, 2003; Meyer, 2007; Hunt et al, 2007). Tandis que certains auteurs débattent de la performance et de l'efficacité de la centralisation (Karjalainen, 2009; West, 2010; Smith, 2003; Nollet et Beaulieu, 2005), d'autres s'attèlent à répertorier les différents avantages et bénéfices de la centralisation⁴⁷ (Burns et al. 2008; Karjalainen, 2009; Tella et al, 2005; Rozemeijer et al, 2003; Giroux, 1997; Stefan et Santiago, 1989; Anastasio, 2002; Smith, 2003, Mayer, 2003; Nollet et Beaulieu, 2005). En outre, divers ouvrages sur la gestion des achats traitent également de la question de la centralisation (Leenders et al, 2006 ; Tawfik, 1997).

Les attentes des gestionnaires lors du choix de la centralisation sont : «the expectations of improved efficiency and better effectiveness due to economies of scale and economies of scope» (Rozemeijer et al, 2000b : 39). Le premier intérêt qu'ils trouvent à utiliser ce modèle d'achat est financier (Nollet et Beaulieu, 2003a) bien qu'aucun chiffre vérifié n'ait vraiment été produit pour valider la réduction de coûts et les autres économies d'échelle généralement admises par beaucoup (Karjalainen, 2009). Le second intérêt tient au fait que la centralisation permet un accroissement de l'influence et du pouvoir de négociation des acheteurs vis à vis des fournisseurs (Nollet & Beaulieu, 2005; Burns et al. 2008; Karjalainen, 2009; Tella et al. 2005; Rozemeijer et al. 2003).

⁴⁶ Traduction libre.

⁴⁷ Voir Tableau 4, les avantages de la centralisation des achats.

D'autres recherches se sont par contre intéressées à la question de la taille idéale que devrait avoir un groupe d'achats, (Vigoroso, 1998; Nollet et Beaulieu, 2005).

Avantages de la centralisation des achats
1. Permet les économies d'échelle à cause du volume d'achat ⁴⁸
2. Permet d'agréger et de consolider les volumes d'achat
3. Permet d'obtenir de meilleurs prix (rabais et remises)
4. Permet l'accroissement du pouvoir de négociation
5. Permet de n'avoir qu'une seule négociation
6. Permet l'obtention de conditions contractuelles plus avantageuses
7. Permet de contrôler les dépenses
8. Permet de réduire et d'uniformiser les contacts avec les fournisseurs
9. Permet un meilleur service de la part des fournisseurs
10. Permet d'obtenir une attention accrue de la part des fournisseurs
11. Permet de réduire les duplications et autres coûts administratifs
12. Permet une moindre mobilisation du personnel requérant avec une meilleure efficacité administrative
13. Permet une professionnalisation du personnel
14. Permet une plus grande objectivité dans le choix des produits et des sources
15. Favorise la standardisation
16. Permet de réduire les stocks de sécurité
17. Permet le partage des procédures et des résultats ⁴⁹
18. Permet la formation et le développement communs ⁵⁰
19. Permet le partage de connaissance et d'informations entre les fournisseurs
20. Permet de développer des politiques unifiées de gestion des achats

Tableau 4 : Avantages de la centralisation

Source : Adapté des «Notes du Cours 30-510-89, Approvisionnement, HEC Montréal», Hélène Giroux

⁴⁸ Les économies grâce à la centralisation des achats peuvent aller jusqu'à 15% (Muse & Associates, 2000; Hendrick, 1997) voire jusqu'à 25% pour certains secteurs et produits (Pedersen, 1996 cité par Nollet et Beaulieu, 2003b).

⁴⁹ Traduction libre de «Benchmarking of procedures and results», McCue and Pitzer, 2000.

⁵⁰ Traduction libre de «Joint training and development», McCue and Pitzer, 2000.

Grâce à nos lectures, nous avons adapté les notes du cours de Giroux (1997) afin de présenter au tableau 4 les avantages de la centralisation. Les avantages qui y sont recensés nous permettent de mieux appréhender les raisons qui conduisent les organisations à vouloir centraliser leurs achats. C'est ainsi que connaissant en outre le besoin des gouvernements de réduire les dépenses publiques et d'améliorer la performance de ses services, on comprend que ce modèle d'approvisionnement soit largement utilisé dans le secteur public en général (Essig, 2000, cité par Nollet et Beaulieu, 2005).

À l'inverse, les principaux désavantages de la centralisation sont les suivants :

Désavantages et limites de la centralisation des achats
1. Perte du pouvoir de décision sur les achats pour les entités locales
2. Perte d'autonomie sur les achats pour les entités locales
3. Exclusion des entités locales du processus d'acquisition
4. Adéquation moins claire entre les biens et services achetés par l'unité centrale et les besoins des entités locales
5. Lourdeur bureaucratique des mécanismes de coordination souvent nécessaires dans une structure centralisée (McCue et Pitzer, 2000)
6. Absence de réactivité face aux demandes urgentes des utilisateurs des entités locales (Cannon, 1994)

Tableau 5 : Désavantages et limites de la centralisation des achats

Source : Adapté de l'article «Typologie des structures de gestion des achats» Nollet et Beaulieu, 2001 : 34

Cette liste d'inconvénients nous permet d'avoir une idée des raisons pour lesquelles ce modèle d'achat serait contourné par les établissements du secteur de la santé au Québec. En effet, si ces établissements sont prêts à réaliser des regroupements informels d'achats au lieu de procéder comme officiellement demandé, les raisons ne se trouveraient-elles pas dans les inconvénients qu'ils voudraient éviter?

3.3. Les formes de gestion des achats de groupe dans le secteur de la santé : les expériences extra-québécoises

Nous voulons maintenant examiner les pratiques extra-québécoises en matière de gestion des achats de groupe ou gestion des approvisionnements en commun. Ainsi, nous relèverons notamment les expériences française, américaine et canadienne (hormis la province du Québec) pour savoir comment se réalise la centralisation des achats dans leur secteur public de la santé.

Dans plusieurs pays européens, on est à l'affût de toutes pratiques d'approvisionnement permettant entre autres une réduction de coûts et une amélioration de la performance, (West 2010). D'autre part, les questions de l'efficacité de la production de service et des dépenses engagées⁵¹ dans le secteur de la santé se posent dans tous pays à travers le monde, entre autres les États-Unis, le Canada, le Japon, l'Allemagne, la France et le Royaume-Uni (Garber et Skinner, 2008).

La section précédente nous présentait les nombreux avantages de la centralisation. De cette présentation, il ressort que la première conclusion à tirer de prime-abord est la suivante : La centralisation permet d'atteindre les objectifs d'optimisation ci-dessus cités. Il est donc logique que les organisations souhaitent implanter le plus possible ce modèle de gestion des achats. Or, comme nous l'avons souligné plus haut, les gestionnaires des approvisionnements du secteur de la santé au Québec n'y trouveraient pas toujours leur compte, ce qui explique peut-être le plafonnement de l'utilisation des groupes d'achats.

⁵¹ Les dépenses sont calculées en fonction du poids du produit intérieur brut (PIB) injectés dans les dépenses de la santé.

3.3.1. La mutualisation des achats en France

Comme nous l'avons vu, la gestion des achats peut s'opérer dans des structures de type réseautage, partenariat ou alliance. Le concept de mutualisation des achats s'apparenterait à ce que des chercheurs appellent «Informal purchasing alliances» (Ellram, 1992) ou «informal agreement» (Nollet & Beaulieu, 2005). En effet, la mutualisation renferme plusieurs particularités de la centralisation et «par de nombreux aspects, ces deux concepts⁵² se ressemblent»⁵³(propos recueillis sur le site de M. Emilio Cominotti). Selon Cominotti, la mutualisation des achats partagerait avec la centralisation le fait d'échanger de l'information et de distribuer les avantages et bénéfices des actions communes entre les participants, tandis qu'elle ne partagerait pas avec la centralisation la perte des prérogatives d'achats des participants au profit d'une unité centrale.

Dans le contexte des achats, la mutualisation des achats doit se comprendre non comme le fait de confier la gestion des achats à un organisme mutualiste mais plutôt comme une association d'intérêt et de sentiment par une communauté de travail, dont le but est de réunir⁵⁴ les besoins, ressources et efforts de ses membres pour s'approvisionner auprès de leurs fournisseurs, en en retirant des avantages substantiels du fait du volume (Rosin, 2009; Vigoroso, 1998). Un des risques de ces regroupements d'achats («pooling purchases» Burns, 2008 ou «pooling materials requirements» Rosemeijer, 2003), souvent informels, est le possible éclatement de la structure organisationnelle de l'achat de groupe en cas de conflits entre participants (Rozemeijer, 2000; Burns, 2008). En effet, les modalités de fonctionnement de ces regroupements n'étant pas formalisées, il plane nécessairement un risque d'explosion du regroupement d'achats si une entente

⁵² Centralisation et mutualisation.

⁵³ http://projets.binzdinotti.com/inotti%20membres/redactionnels/mutualisation_des_achats.htm

⁵⁴ Ou consolider.

entre participants vient à manquer lors du processus de l'achat de groupe. De plus, la synergie et l'homogénéité des achats constituent autant un risque d'éclatement qu'un avantage concurrentiel pour les organisations membres de ce regroupement (Rozemeijer, 2000). En effet, alors que certaines organisations du regroupement ne voudront payer que le prix le plus bas, d'autres a contrario, voudront payer un peu plus cher les produits et/ou services à acheter dans le but d'offrir de meilleurs services à leurs clients (Meyer, 2007).

Concernant les achats publics de l'État français (Ministères, secteur hospitalier et collectivités territoriales) d'un montant global hors armement d'environ 60 milliards d'Euros en 2010, dans lesquels on comptabilise les achats des 22 agences régionales de santé et des 1000 établissements hospitaliers de l'hexagone, la mutualisation des achats est un procédé de plus en plus généralisé depuis 2008 (Barrailler, 2010). La mutualisation, très fortement encouragée d'après les responsables des achats publics français, prend tout de même un certain temps à être mise en place parce que «chacun revendique sa spécificité» (Rosin, 2009 : 52). Pourtant, «mutualiser ses achats permet d'économiser 10% sur les frais de procédures» (Rosin, 2009 : 52).

L'un des points de blocage de la mutualisation est qu'il n'y a aucune obligation de mettre de côté les spécificités des achats des participants, ce qui fait dire à certains professionnels que «la mutualisation, tout le monde en parle beaucoup, mais peu la pratiquent» (Rosin, 2009 : 52). En effet, s'il n'y a aucune contrainte à mutualiser ses achats avec d'autres organisations, s'il n'y a aucune obligation à accepter une homogénéisation des besoins et des achats et que plusieurs spécificités individuelles s'élèvent parmi les membres, comment pourrait-on arriver à consolider des achats ?

Quoiqu'il en soit, la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins français) dans son intervention au Symposium ASSIAPS 2010, soulignait par l'entremise de M. Luigi⁵⁵ que la mutualisation est un modèle de gestion des achats qui suit son cours de généralisation dans les établissements de santé français. Elle (DGOS) a annoncé 60% d'achat médical réalisé par le biais de la mutualisation en 2010. Malgré l'importance de ce chiffre, cette direction ne le trouve pas suffisant car elle souhaite «passer de la performance de l'achat hospitalier à l'achat hospitalier comme levier de performance», (Luigi, ASSIAPS 2010). C'est ainsi que l'évolution de la mutualisation des achats devrait être très attentivement scrutée dans le futur. Quels en sont les pré-requis? Comment se met-elle en place?

Nous avons relevé quelques exemples de mutualisation réussie en France : La mise en place et le développement du «Pôle industriel et Naval de Normandie», (PINN, 2004) ; la négociation d'un contrat unique de maintenance de groupes frigorifiques pour 4 usines⁵⁶; l'exemple de l'association des industriels du Sud-Grésivaudan en France pour la mutualisation d'achats ciblés. Ces exemples nous parlent certes sommairement du déroulement des achats mais nous donnent en plus une idée des schémas et intérêts à passer par une mutualisation des achats, ce qui est intéressant pour notre étude. C'est ainsi que des acheteurs de regroupements territoriaux français tels que le Grand Lyon, la chambre du commerce et de l'industrie française(CCI) ont réalisé une ébauche de pré-requis conduisant à une mutualisation réussie (www.lyon.cci.fr) :

⁵⁵ Emmanuel Luigi, Adjoint au sous directeur, Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (DGOS).

⁵⁶ Ce dernier exemple est complètement anonyme. Il s'agissait de négocier un contrat unique pour le compte de quatre usines. Les usines ayant naturellement décidé de garder l'anonymat, nous n'avons donc que les données concernant le déroulement de cet achat mutualisé. Ce cas a été développé par le cabinet de consultation Patrick Matz Conseil et partagé sur son site, <http://www.pmatz-conseil.com>: «Mutualiser vos achats : exemple de maintenance de Groupes Frigorifiques.».

➤ **Les pré-requis d'une mutualisation**

D'après les exemples de mutualisation que nous avons consultés, les acheteurs souhaitent avoir les avantages de la centralisation des achats sans ses inconvénients. Autrement dit, ils veulent avoir un fort pouvoir de négociation résultant de la consolidation des volumes, et parallèlement conserver les préférences et spécificités «individuelles» de leurs organisations, membres de la mutualisation. Ces deux intérêts sont souvent antagonistes. Mais quelques pré-requis sont tout de même listés par les acteurs ci-dessus mentionnés:

- Une harmonisation des spécifications : les organisations adhérentes à la mutualisation acceptent de discuter et d'échanger de l'information afin de trouver les meilleures spécifications d'achats pour les membres. Cette adhésion doit être totalement volontaire.
- Une acceptation de la juste qualité : un long débat peut être engagé pour déterminer ce que c'est que la juste qualité. Toujours est-il qu'on ne peut parler mutualisation avec des membres qui «prêchent chacun pour leur paroisse». Il doit donc être admis que les membres ensemble décident de la qualité juste pour tous.

Ce dernier point, qui conduit à admettre une juste qualité, revient à examiner la possibilité de standardiser les produits, à la seule perspective de quoi, le spectre du blocage apparaît et cela n'encourage pas les futurs membres d'une mutualisation. Il semblerait que la pluralité des organisations participantes à une mutualisation et leurs différences en termes de stratégies d'achats, soient à la fois les forces et les faiblesses de ce modèle. En effet, autant il est difficile de mettre en place une solidarité et un esprit de travail collaboratif, autant un travail en équipe peut être pénible et stérile lorsque les spécificités et les individualismes sont trop vivants. On comprend mieux pourquoi «la mutualisation, tout le monde en parle beaucoup, mais peu la pratiquent» (Rosin, 2009 : 52).

Les chercheurs Gabriella M. Racca et Silvia Ponzio, du département de droit de l'économie de l'Université de Turin, ont réalisé une étude internationale financée par l'Union européenne sur les règles applicables aux achats hospitaliers. Cette étude a été circonscrite à l'Europe. Leur recherche tourne autour de trois questions principales sur la mutualisation des achats : Comment ? Quels produits? Et pourquoi?, (Racca, 2010b). Cette étude a conduit à plusieurs publications (Racca, 2010a; Racca, 2011; Racca et Ponzio, 2011; Racca et al, 2011), mais aussi à l'implantation de nouvelles techniques de mutualisations des achats à Turin. Dans ces articles, les regroupements d'achats sont autrement appelés «purchasing association»⁵⁷ (Racca, 2010a : 120). Malheureusement, nous n'avons pas trouvé dans la présentation faite au symposium (Racca, 2010c) de détails sur la décision de mutualiser, ni sur le choix de mutualiser ou sur le déroulement concret de ce modèle d'approvisionnement. Dans Racca (2010a), il est expliqué qu'en Italie, le phénomène d'association est apparu en premier lieu dans le palier le plus bas de l'organisation du système de la santé, et ce, par la création de regroupements ou d'associations d'achat de plusieurs formes : «Dans ces cas de figures, une des parties est chargée par les autres de s'occuper soit de tout l'approvisionnement, soit de tout ou partie des procédures du service de l'approvisionnement»⁵⁸ (Racca, 2010a :121). Ces phénomènes ont évolué vers la création de personnes morales⁵⁹ dotées de responsabilités et de fonctions réparties comme dans un réseau (ou toile) auprès des établissements. De cette manière, ces personnes morales sont différentes des groupes d'achats car elles ne sont pas établies dans une unité centrale au niveau de la région : «This avoids centralisation of the exercise of such functions within a sole office established at a regional level.» (Racca, 2010a :121).

⁵⁷ Traduction libre = associations d'achats.

⁵⁸ Traduction libre.

⁵⁹ Traduction libre de «publics bodies».

Nous avons contacté le professeur Racca qui nous a très sommairement expliqué le contexte de cette étude. En effet, le besoin de réduction des dépenses publiques, dont font partie les dépenses de santé, est si pressant en Europe que des réflexions sont demandées pour déterminer de nouvelles possibilités. C'est dans ce cadre qu'un mandat, financé par l'Union Européenne, a été confié à l'Université de Turin et plus particulièrement à son département. Le modèle d'achat que constituent les associations d'achats (regroupement d'achats) est en plein essor. Mme Racca apportait à notre connaissance qu'elle travaillait encore maintenant sur un autre projet encore financé par l'Union Européenne «visant à réaliser un achat public conjoint au niveau européen dans le domaine du bien-être. (...) Le projet devra porter à élargir progressivement le consortium aux 27 États membres» (Racca, 2012). Ainsi, nous voyons qu'en Europe la réflexion sur le «concept» de mutualisation ou de regroupement est un peu plus avancée. Nous n'avons tout de même pas trouvé de document relatant la mise en place concrète de ce modèle d'achat, très rares étant les études ou les recherches les présentant. Nous n'en avons trouvées aucune. D'où notre intérêt à documenter la pratique du regroupement des achats hors groupe d'achats dans le secteur de la santé au Québec, pratiques qui s'apparentent à cette mutualisation observée en Europe.

3.3.2. Les groupes d'achats ou GPO dans le secteur de la santé aux États-Unis

Dans la plupart des cas, la centralisation se traduit par la création d'une unité centrale, (Nollet et Beaulieu, 2003a) encore appelée indifféremment groupe d'achats, corporation d'achats ou encore largement connue sous le sigle anglophone «GPO» c'est-à-dire «Group Purchasing Organisations». Ces groupes d'achats sont beaucoup plus formalisés que les alliances, partenariats ou regroupements dans la mesure où ces GPO sont des organisations, des personnes morales, des entités

juridiques à part entière : «a unique business, (...) members sign membership documents and share administrative costs» (Vigoroso, 1998 : 18).

Comme souligné plus haut, les premiers groupes d'achats sont nés aux États-Unis dans les années 1950. Dans les années 60, on pouvait compter une dizaine d'organisations, (Weinstein, 2006). Dans les années 70, le nombre d'organisations continuait d'augmenter de manière importante - plus de 120 organisations - pour atteindre un nombre de 600 à 700 groupes d'achats dans les années 2000 (Nollet et Beaulieu, 2005).

Autant le nombre de groupe d'achats augmente aux États-Unis, autant en est-il des adhésions. En effet, en 1992, 88% d'hôpitaux étaient membres d'un groupe d'achats (Weinstein, 2006 ; Scott, 1995) et en 2008, 90 à 98 % des hôpitaux faisaient partie en moyenne de 1,6 à 2,6 groupe d'achats (Burns et al. 2008). Afin de se faire une idée réelle de la taille des groupes d'achats américains ainsi que de l'évolution des adhésions à ces derniers, nous citerons l'exemple d'un des plus importants groupe d'achats des États-Unis créé en 1977 : Novation GPO VHA.

Année	1977	1988	1997	2006
Nombre de membre	30	834	1650	2200

Tableau 6 - Évolution du nombre de membre d'un groupe d'achats aux États-Unis

Source: The role of Group Purchasing Organizations (GPOs) in the U.S. Medical Industry Supply Chain, (Weinstein, 2006)

Le poids total des achats réalisés par les groupes d'achats est passé de 11,1 milliards de dollars en 1991 à 25 milliards de dollars en 2001. Sur ces 25 Mds \$US par an d'achats, les deux plus grands groupes d'achats américains (Novation GPO VHA et Premier) gèrent 17 milliards \$US (Weinstein, 2006).

Aux États-Unis, près de 80% des achats du secteur de la santé est réalisé par l'entremise de groupes d'achats formalisés (Muse & Associates, 2000). Ce modèle d'approvisionnement est largement favorisé dans le secteur de la santé des États-Unis. Même si la synergie et l'homogénéité des achats constituent autant un risque d'éclatement de la structure organisationnelle de l'achat centralisé en cas de conflits entre membres (Nollet et Beaulieu, 2003a; Rozemeijer, 2000; Burns, 2008), elles peuvent aussi constituer un avantage concurrentiel pour les membres ou les organisations qui sont experts dans leur maniement (Rozemeijer, 2003).

3.3.3. Les groupes d'achats ou GPO du secteur de la santé au Canada (hormis la province du Québec)

«Au Canada, bien que les gouvernements provinciaux doivent se conformer à certains principes généraux émis par le gouvernement fédéral (comme la gratuité des soins, la liberté de choix du praticien par le bénéficiaire, le maintien d'une accessibilité raisonnable à des services de santé...), la santé et les services sociaux sont de juridiction provinciale. Par conséquent, chaque réseau provincial de la santé possède ses particularités propres.» (Poulin, Beaulieu et Landry, 2000 : 4).

Chacune des dix provinces⁶⁰ du Canada a donc un fonctionnement spécifique des approvisionnements. La plupart des achats en commun se font par l'intermédiaire des groupes d'achats. Les hôpitaux et autres établissements de santé ne sont pas obligés de s'affilier à un groupe d'achats. Excepté au Québec, toutes les autres provinces du Canada n'ont pas souscrit à une régionalisation des groupes d'achats.

Nous voyons au tableau 7 quelques grandes lignes des GPO par province :

⁶⁰ Alberta, Colombie-Britannique, île-du-Prince-Édouard, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ontario, Québec, Saskatchewan, Terre-Neuve.

Alberta	La majorité des approvisionnements des établissements de la santé de la province sont réalisés par le biais de groupes d'achats. On peut citer quelques groupes d'achats tels que HealthPRO Procurement Services et GS1 Canada.
Colombie – Britannique	Il existe quatre groupes d'achats importants dans cette province, dont Medbuy (groupe d'achats d'envergure nationale mais non présent au Québec) qui est surtout actif dans la région de Vancouver. Un hôpital fait généralement affaire avec un seul groupe d'achats.
Île-du-Prince-Édouard	La Health Association of Prince Edward Island s'occupe de la négociation de l'ensemble des contrats d'achats de groupe des établissements de santé de la province.
Manitoba	Un groupe d'achats s'occupe de l'approvisionnement de certains produits pour l'ensemble des hôpitaux de la province.
Nouveau-Brunswick	Deux groupes d'achats se font concurrence : Contract Management Services et Medbuy. Les deux sociétés sont des organismes privés détenus par les corporations hospitalières (la première est provinciale tandis que la seconde est nationale).
Nouvelle-Écosse	Capital Health s'occupe de la négociation des contrats d'approvisionnement de certains produits pour les hôpitaux de la province. Medbuy est également présent.

Ontario	<p>Medbuy s'occupe de la gestion des achats de plusieurs petits hôpitaux. HealthPRO est aussi présent et gère les approvisionnements de plus de 200 établissements de la province.</p> <p>Les hôpitaux importants s'occupent de leurs approvisionnements ou possèdent leur propre groupe d'achats, par exemple «St Joseph's Group Purchasing Organisation».</p> <p>D'autres groupes d'achats, plus petits, sont aussi présents dans la province : HMMS, 3SO, Plexxus, etc.</p>
Saskatchewan	<p>Le Saskatchewan Association of Health Organizations s'occupe de la négociation des contrats d'approvisionnement de certains hôpitaux de la province.</p>
Terre-Neuve	<p>Un groupe d'achats s'occupe de l'approvisionnement de la majorité des produits pharmaceutiques et médicaux pour environ 90 % des établissements de la province.</p>

Tableau 7 - Les structures provinciales de centralisation des achats hors Québec

Source : Adapté de «Structures provinciales d'achats», (Poulin, Beaulieu et Landry, 2000 : 51-52)

Dans le secteur de la santé canadien (hormis le Québec), la particularité est que le choix de la centralisation des achats est fait par les établissements de santé eux-mêmes. C'est ainsi que la majorité des établissements sont affiliés à un groupe d'achats ou à un autre, qu'il soit provincial ou national (Ken, 2003). En effet, certains groupes d'achats sont présents dans plusieurs provinces à la fois (Ken, 2003), par exemple HealthPRO et Medbuy. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé d'écrits relevant la proportion chiffrée de l'utilisation de la centralisation dans les provinces.

3.4. Le contexte québécois de gestion des achats dans le secteur de la santé

Comme nous l'avons vu, la centralisation des achats est une forme d'achats encouragée dans le secteur public de la santé au Québec. En effet, ce secteur a fait le choix d'une centralisation territoriale des approvisionnements. D'après les lois⁶¹ déjà citées, les établissements de santé devraient donc, aussi systématiquement que possible, acheter leurs produits et services par le biais d'achats de groupe et plus précisément dans le cadre classique et connu des corporations d'achats.

Le MSSS n'est pourtant pas satisfait du taux d'utilisation de la centralisation. Bien que chaque établissement public de santé paye des frais d'adhésion et est membre obligatoire d'une corporation, les achats en commun plafonnent au Québec. Pourtant, au vu des bénéfices (économies d'échelle, réduction de coûts, ...) découlant de la centralisation des achats (Stefan et Santiago, 1989; Nollet et Beaulieu, 2005; Karjalainen, 2009), cette méthode constituerait un levier très important pour les approvisionnements. Le MSSS l'a compris et considère les économies d'échelle découlant de la centralisation comme un enjeu majeur pour les approvisionnements dans le secteur de la santé québécois. Ceci est d'ailleurs la principale raison du choix de la centralisation des approvisionnements dans ce secteur au Québec (Beaulieu et Nollet, 1999).

Dans la littérature, nous trouvons plusieurs écrits concernant les questions relatives à la gestion de la logistique hospitalière au Québec (Landry et Beaulieu, 2000; Beaulieu et Landry, 2002); aux enjeux d'aménagement (Philippe et al, 2004), de réapprovisionnement de fournitures (Beaulieu et al. 2009), et de gestion des stocks (Rivard-Boyer et al. 2002) dans les centres hospitaliers au Québec, mais on trouve

⁶¹ Article 383 LSSS et projet de loi n°16

très peu d'études concernant la gestion des approvisionnements en général et la centralisation des achats en particulier dans le secteur de la santé au Québec. La principale étude qui s'est véritablement penchée sur le contexte québécois de la gestion des approvisionnements en commun (centralisation des achats) dans le secteur de la santé est celle menée par Nollet et Beaulieu. Cette étude empirique a conduit à quatre publications (Beaulieu et Nollet, 1999 ; Beaulieu et al, 2000; Nollet et al, 2000; Nollet et Beaulieu, 2000). Cette étude dresse le portrait général de la centralisation des achats dans la province et soulève plusieurs questions : du degré d'autonomie des établissements publics de santé face aux achats de groupe à la taille idéale des groupes d'achats (nombre idéal de groupes d'achats au Québec), en passant par l'impact des moyens de communications (TI), l'amélioration des processus et les incertitudes quant au modèle idéal à adopter pour l'approvisionnement en commun au Québec. L'étude adopte un point de vue stratégique afin de donner une vision globale sur les questions d'orientations et les tendances du modèle québécois d'approvisionnement en commun. Elle parle uniquement des achats de groupe réalisés par le biais des corporations d'achats, mais ne traite pas de la question de modèles émergents d'achats de groupe.

Or, on constate de plus en plus que les gestionnaires du secteur de la santé utilisent d'autres formes d'achats en commun que les corporations d'achats (Beaulieu et Landry, 2010). En effet, ces autres formes permettraient une consolidation des volumes, comme lors d'une centralisation, mais passeraient par un autre canal que les corporations d'achats. Ces pratiques émergentes, que nous qualifierons d'informelles, sont constatées mais n'ont pas encore fait l'objet d'un recensement ou d'une analyse précise. On peut donc légitimement se demander pourquoi et comment, alors qu'un modèle de regroupements des achats existe déjà, en arrive-t-on à d'autres formes «informelles» de regroupements d'achats ?

Dans les faits, il est parfois constaté une certaine rigidité, un certain manque de réactivité des corporations d'achats en commun (communication personnelle impossible de citer, 2011). Leur procédure d'approvisionnement présente parfois une certaine lourdeur ou est en total décalage avec le «tempo» ou les besoins des organisations (McCUE et Pitzer, 2000, cités par Nollet et Beaulieu, 2001). Stefan et Santiago le soulignent d'une autre manière: «While GPO offers many advantages, there are some drawbacks. By its very nature, group purchasing imposes a specific set of purchasing procedures on the management organization. If these procedures do not coincide with established practices, difficulties may arise», (Stefan et Santiago, 1989: 51).

Au tableau 5⁶², nous avons présenté une liste d'inconvénients à la centralisation découlant de nos lectures. Ceci nous conduit à penser que lorsque Stefan et Santiago parlent des difficultés qui pourraient surgir lors de la centralisation, c'est entre autres à ces inconvénients qu'ils font référence. En effet, le groupe d'achats impose le rythme et la procédure de l'achat; cela veut dire que les établissements sont exclus du processus décisionnel de l'achat, qu'ils perdent leur pouvoir. Le groupe d'achats impose aussi le moment du démarrage de l'achat centralisé, la hiérarchisation des achats et des négociations, le choix final du produit et/ou du service; Tout cela a pour conséquence de soumettre les établissements au calendrier de la corporation, ce qui peut les empêcher de combler leurs besoins urgents, ou de garantir la qualité du service qui sera rendu aux usagers en cas de manque du produit ou du service requis. En d'autres termes, l'établissement devra faire face à toutes les difficultés qui naitront d'un décalage entre sa vision et celle du groupe d'achats.

⁶² Tableau 5 : Désavantages et limites de la centralisation des achats

Cette situation pourrait donner naissance à plusieurs débats avec des questions telles que : Quels serait la bonne réaction d'un gestionnaire, responsable du bon fonctionnement de son établissement? Serait-il attendu de lui qu'il réduise au minimum les risques entre autres de mauvaise qualité de service influant sur les usagers de son établissement en gardant au maximum le pouvoir de décision sur ces besoins et achats? Serait-il attendu de lui qu'il suive envers et contre tout, les orientations, prescriptions et directives du groupe d'achats, ce qui permettra de faire des économies globales au MSSS? Serait-il attendu de lui qu'il fasse fonctionner son établissement avec une qualité de service satisfaisante pour tous (utilisateurs et usagers) en utilisant seulement les outils dont il dispose mais qui sont les mieux adaptés à la configuration de son établissement? Etc. Ces quelques questions sont parfois très épineuses et peuvent être à la source de grands débats. Nous les soulignons simplement dans le but de percevoir la difficulté et les dilemmes devant lesquels sont placés les gestionnaires des approvisionnements, ce qui peut entraîner une certaine ambiguïté face aux exigences du MSSS envers les établissements.

En effet, si la centralisation des achats n'est apparemment pas remise en cause dans le secteur de la santé, les gestionnaires des approvisionnements tentent de bénéficier des avantages de cette «centralisation» et d'éviter ses inconvénients par les différentes formes de «centralisation» qu'ils mettent en place. Certaines entreprises prennent parfois le parti de jouer les va-et-vient entre la centralisation et la décentralisation en fonction de l'enjeu de l'achat, ce qui crée un effet de balancier (Tchokogué et Nollet, 1998). Est-ce cette même logique qui est tenue lors de la prise de décision par les gestionnaires de regrouper ou non leur achat via la corporation des achats?

On est donc face à deux réalités de regroupements des approvisionnements dans le secteur public de la santé au Québec :

- L'existence de procédures plus «conventionnelles» et formelles d'approvisionnement centralisé (par les groupements d'achats), régies par des lois et règlements.
- L'existence de procédures plus informelles d'approvisionnement «centralisé»⁶³. En effet, dans cette deuxième réalité, plusieurs établissements décideraient de regrouper ensemble leurs volumes d'achats pour ne procéder qu'à une seule négociation, à un seul achat. Ces groupes d'établissements, formés selon des caractéristiques diverses mais uniques à chaque regroupement, décident, d'une part, du ou des produit(s) et/ou service(s) concerné(s) par l'achat de groupe et d'autres part, du mode de fonctionnement et des objectifs du regroupement. Souvent, dans ce type de regroupement, un établissement se voit remettre un mandat par chacun des autres établissements afin de réaliser l'achat pour le compte de tous. De prime abord, une des conséquences de ce regroupement serait le retrait de cet achat au groupe d'achats. Mais cette conclusion pourrait être hâtive. D'où l'intérêt de comprendre comment et pourquoi le processus de regroupement informel ou «hors groupe d'achats» des achats en commun se met en place et comment il se déroule.

Comme mentionné plus haut, si nous avons trouvé quelques articles sur le regroupement d'achats par l'entremise des corporations d'achats (Beaulieu et Nollet, 1999; Beaulieu et al, 2000; Nollet et al, 2000; Nollet et Beaulieu, 2000), il n'existe, par contre, quasiment aucune publication relative aux formes de regroupement d'achats «hors groupe d'achats», ni sur la mise en place et le déroulement concret de ces regroupements. Ainsi, en l'absence de recherche

⁶³ Dans ce cas, le mot centralisé doit se comprendre consolidé puisqu'il n'existe pas d'unité centrale de décision, et qu'on assiste simplement à un regroupement pour un achat, à un achat regroupé.

scientifique exposant les formes et mécanismes de «centralisation» des achats de biens et de services en dehors des groupes d'achats dans le secteur de la santé au Québec, nous avons trouvé une opportunité de recherche.

Nous nous proposons ainsi de répondre à la question de recherche suivante :

Comment se déroule la «centralisation» des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec en dehors de la voie classique des groupes ou corporations d'achats?

Cette question implique de répondre aux sous-questions suivantes :

- Comment les négociations de ce type d'achats se mettent-elles en place?
- Comment se déroulent les achats réalisés par le biais de regroupements d'achats hors groupe d'achats? (Les initiateurs? Les critères définissant le choix des fournisseurs? Les règles contractuelles d'approvisionnement suivies ? Les modes de communication établie?)
- Quand utilise-t-on une forme d'achats de groupe plutôt qu'une autre? Quels en sont les critères de choix? Est-ce par type de produits? Par type de contrats?...
- Assiste-t-on à la naissance d'une forme alternative (modèles émergents) de centralisation des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec ou est-ce simplement un phénomène atypique appelé à disparaître dans un futur plus ou moins lointain?

3.5. Cadre Conceptuel

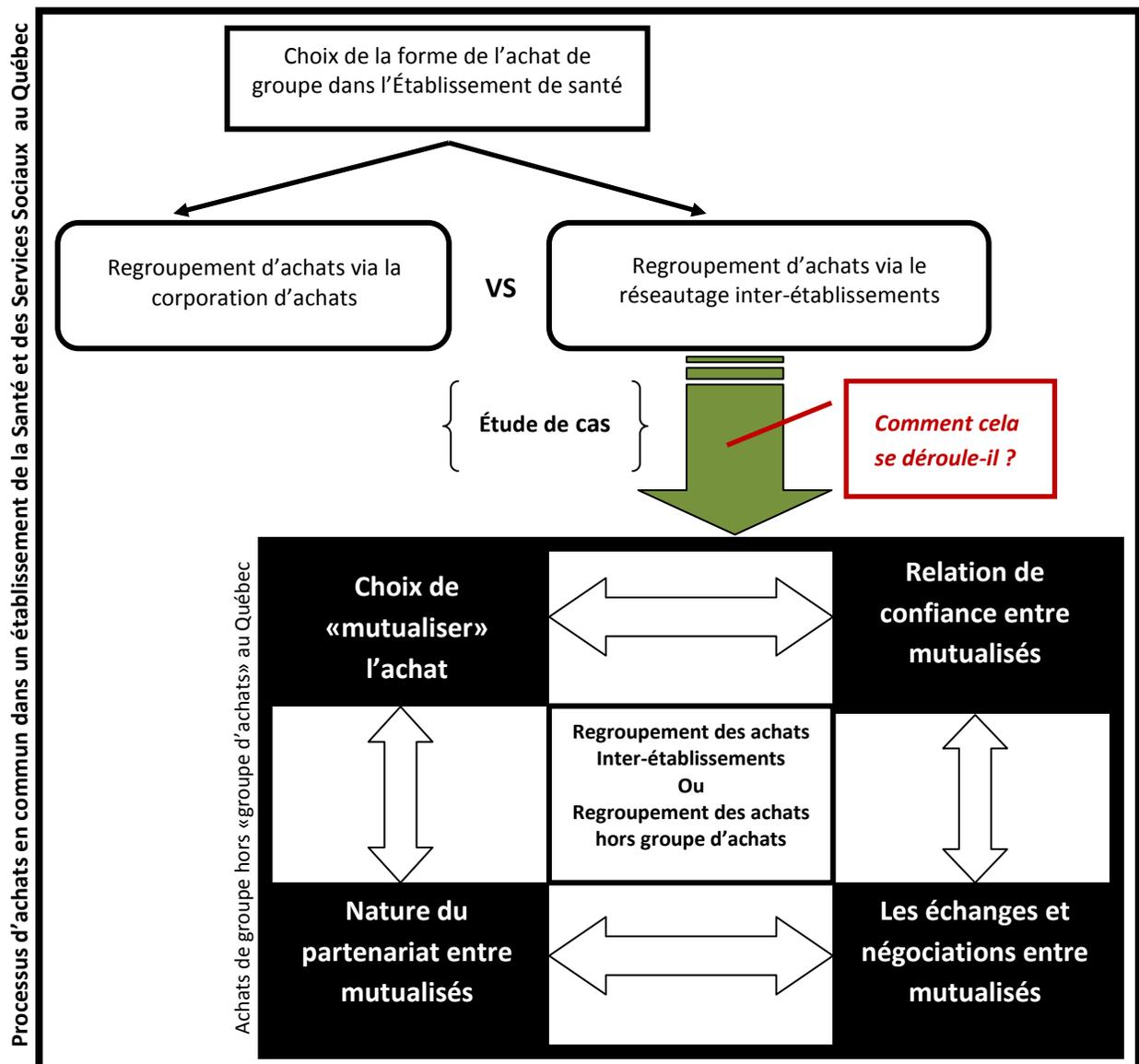


Figure 8 : Cadre conceptuel : Cadre d'analyse des études de cas

Développé à partir des points récurrents dans nos lectures et dans les exemples de mutualisation des achats consultés outre-mer

Nous avons développé le cadre conceptuel (figure 8) à partir de nos lectures, de présentations sur la mutualisation des achats faites par des professionnels du CCI⁶⁴ France et d'exemples de mutualisation d'achats⁶⁵ recensés outre-mer.

⁶⁴ Chambre du commerce et de l'industrie.

Nous pouvons décrire ce cadre conceptuel de la manière suivante :

Lors du processus d'achats en commun d'un établissement de santé au Québec intervient une décision, un choix de réaliser un achat par un regroupement d'achats de groupe «hors groupe d'achats». Ce choix est, en principe, fait au détriment de la décision de confier l'achat de groupe à la corporation d'achats. Lorsque nous aurons validé ce choix (sous-question 3 et 4), nous nous attèlerons à examiner comment ce regroupement informel ou ce regroupement d'achats hors groupe d'achats se déroule en mettant l'accent sur quatre points :

- La décision de mutualisation : Qui l'a prise? Dans quel contexte? Pour quelles raisons? Comment s'est fait le choix des futurs partenaires⁶⁶? etc. (sous-questions 1 et 2).
- La nature du partenariat : La raison du choix des participants devrait donner une idée de la nature du partenariat. Autrement dit, est-ce un partenariat parce qu'on partage les mêmes enjeux; parce qu'on veut mettre en place une synergie particulière; à cause d'une proximité géographique; de vision, etc. (sous-question 1 et 2).
- Les échanges et négociations entre les partenaires: Comment ont-ils décidé d'échanger et comment cela s'est-il déroulé tout au long du cycle d'achat? (sous-question 2).
- La relation de confiance : Par ce point nous voulons savoir comment s'est développé cette relation entre les partenaires, et ce, tout au long des étapes du cycle d'achat. (sous-question 2)

C'est ainsi que ce cadre nous permettra non seulement de présenter les différents cas que nous avons étudiés dans notre travail, mais il nous donnera aussi un fil conducteur lors de l'analyse que nous en ferons plus tard.

⁶⁵ Exemples français : l'association des industriels du Sud-Grésivaudan (AISG) pour la mutualisation de certains achats; La mutualisation des achats du «Pôle industriel et Naval de Normandie»; La négociation d'un contrat unique de maintenance de groupes frigorifiques pour quatre usines.

⁶⁶ Nous appellerons indifféremment les participants, les partenaires, les regroupés ou les mutualisés.

3.6. Conclusion du chapitre

Nous avons pu voir au début de notre recension des écrits que lorsqu'on parle de centralisation des achats, on ne parle pas toujours de la même chose : Centralisation des achats ou centralisation de l'autorité et du pouvoir de décision vs consolidation des volumes d'achats (Nollet et Beaulieu, 2001). Ces deux notions influencent les structures organisationnelles mises en place pour l'exécution de l'une ou de l'autre. La typologie de gestion des achats (figure 4) de Nollet et Beaulieu (2001) mentionne plusieurs manières de gérer des achats et notamment de faire de la centralisation et/ou de la consolidation. Ces formes de gestion sont de type autonome, encadrement, réseautage et contrôle complet.

La centralisation des achats avec une structure organisationnelle de type «contrôle complet» est le choix de la province de Québec. En effet, le Québec a fait le choix d'une centralisation territoriale des achats. Des corporations d'achats, organisations distinctes des établissements publics de santé, ont été créées et mises en place par région. Leur mission est de s'occuper de l'approvisionnement en commun des établissements de santé obligatoirement membres de la corporation de leur région respective. Le choix de la centralisation des achats au Québec est porteur de beaucoup d'attentes concernant principalement les économies d'échelle, la réduction des coûts et les prix attractifs et compétitifs. Ces attentes ne sont en principe pas utopiques, puisqu'elles reflètent les avantages et bénéfices généralement reconnus à la centralisation par plusieurs auteurs (Burns et al, 2008; Karjalainen, 2009; Tella et al, 2005; Rozemeijer et al, 2003; Giroux, 1997; Stefan et Santiago, 1989; Anastasio, 2002; Smith, 2003, Mayer, 2003; Nollet & Beaulieu, 2005).

Pourtant, nous avons pu constater que la progression du volume des achats réalisé par l'intermédiaire des groupes d'approvisionnement en commun est très lente (cf.

Tableau 2). En effet, entre les années 2000 et 2008, il n'y a eu que 0,70% de progression des achats négociés par les groupes d'achats. Le taux d'utilisation d'achats négociés reste relativement stationnaire depuis une dizaine d'années (40%) pour atteindre en 2009 l'ordre de 1,6 milliard \$. On pourrait s'interroger sur les raisons qui expliquent cette lente progression d'une pratique apparemment très avantageuse, d'autant plus que lorsque les établissements mandatent leurs achats à la corporation, ils n'ont «aucune obligation de respecter⁶⁷ le contrat conclu par le groupe d'achats.» (Beaulieu et Nollet, 2004). En principe, les établissements de la santé du Québec bénéficient d'une grande autonomie. La stagnation de la progression de la centralisation des achats dans la province pourrait alors avoir entre autre cause, les inconvénients de cette méthode, parmi lesquels on peut citer la perte de contrôle sur leurs achats, le risque d'inadéquation entre les achats du groupe d'achats et les besoins réels de l'établissement, etc.

Cependant, l'on constate de plus en plus que les gestionnaires du secteur de la santé utilisent d'autres formes d'achats en commun en lieu et place des corporations d'achats (Beaulieu et Landry, 2010), que nous appellerons achats de groupe hors groupe d'achats ou encore regroupement informel d'achats de groupe. Cette forme «spontanée» de regroupement des achats, est le fait d'établissements qui décident de se regrouper entre eux pour mettre en commun leurs besoins d'achats, ce qui ressemble beaucoup au modèle de gestion des achats par «réseautage» (cf. figure 6). Ceci laisse supposer qu'il existe dans la province d'autres modèles «émergents» de «centralisation» des achats. En effet, «de récentes expériences laissent voir que les achats en commun peuvent être réalisés sous différentes formes (supra-régionale, provinciale, inter-établissements)» (Beaulieu et Landry, 2010). D'où la

⁶⁷ Nous tenons à préciser que cette approche était encore valide lors de notre étude. Mais avec la nouvelle loi découlant du projet de loi n°16 en amont, les établissements auront mieux de libérer et devront respecter leur mandat sous peine de sanction par le MSSS.

question centrale de notre recherche qui est de savoir comment et pourquoi ces formes spontanées et informelles émergent-elles ?

L'intérêt de notre recherche est de documenter une pratique de gestion des achats constatée mais qui n'a pas encore fait l'objet d'un recensement ou d'une analyse précise. Il est aussi de permettre aux gestionnaires et chercheurs d'avoir une meilleure connaissance et une approche concrète des éléments qui conduisent à cette pratique. Il est enfin de connaître le déroulement de cette méthode de gestion des achats : achats de groupe «hors groupe d'achats» dans le secteur de la santé au Québec.

Le chapitre suivant présentera la méthodologie que nous avons utilisée pour atteindre l'objectif de notre recherche.

CHAPITRE 4 - MÉTHODOLOGIE

Pour comprendre la nature d'un arbre, il faut étudier à la fois la forêt dont il fait partie tout autant que la matière qui le compose.

Howard T. Odum, 1963 (traduction libre)

Ce chapitre a pour but de détailler la méthodologie utilisée tout au long de notre travail. Après avoir expliqué notre choix de la méthode de recherche, nous exposerons notre stratégie de recherche, les outils de collecte de données utilisés, le traitement des données recueillies, et enfin les éléments d'analyse que nous emploierons.

Gardant en mémoire notre question de recherche: «Comment se déroule la centralisation des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec en dehors de la voie classique des corporations d'achats ? », l'objectif de notre recherche est de documenter un processus de regroupements des achats («centralisation» des achats hors groupes d'achats) en décrivant ce phénomène par l'étude de plusieurs cas. En effet, dans les recherches en phase exploratoire, à laquelle des réponses non quantifiables ou des réponses relevant de la description sont apportées, l'une des méthodes recommandées est l'étude de cas (Ellram, 1996; Yin, 2009 : 13). Yin définit cette méthode comme étant : «une méthode d'enquête empirique qui investigue sur un phénomène contemporain dans son contexte réel (...) utilisée lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas

clairement évidentes et dans lequel de multiples sources d'évidence sont utilisées»⁶⁸ (Yin, 2009, p.22). C'est ainsi que nous avons retenu la méthode de recherche par étude de cas multiples. Nous avons choisi le contrat entourant un achat regroupé comme unité d'analyse.

4.1. Stratégie de recherche

4.1.1. Sélection des établissements

Le choix des établissements nous permettait de définir le «où observer?» pour avoir les réponses à notre question de recherche. Lorsque nous avons commencé notre recherche, nous souhaitions faire le choix des établissements participants en les ciblant en fonction des critères suivants :

- La taille de l'établissement : Nombre d'employées, nombre de patients traités, nombre de service ou d'unité de soins, etc.
- Le poids des achats de l'établissement: Le montant global des achats, le montant des achats de groupe; etc.
- La complexité des achats de l'établissement: L'éventail du type d'achat; du type de contrat ; les difficultés d'arbitrage des achats, etc.

Cette approche s'est très rapidement révélée irréaliste. En effet, il nous aurait fallu récolter ces informations auprès de près de 300 établissements de santé ou centres de soins du Québec et par la suite sélectionner les établissements qui participeraient à la recherche. Étant donné la sensibilité des informations demandées et les efforts de temps que les gestionnaires auraient dû fournir pour nous donner ces informations, alors qu'ils ne seraient même pas assurés de participer à l'étude, il était impossible d'avoir ces informations pour tous les établissements.

⁶⁸ Traduction libre.

Nous avons alors opté pour une délimitation géographique de notre recherche. Nous avons choisi la grande région de Montréal. Ce choix a été principalement dicté par des raisons de commodité et d'accessibilité. En effet, dans cette région, il nous était possible de joindre un grand nombre d'interlocuteurs dans un laps de temps très court, la concentration et la diversité des établissements de santé y étant très forte. Ce choix nous permettait également de pouvoir nous rendre très rapidement disponible pour d'éventuelles interviews. Néanmoins, nous n'avons pas fait de cette délimitation un critère exclusif. Nous avons laissé ouverte la possibilité d'étudier des cas dans d'autres régions que Montréal. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit : un des cas développé porte sur la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Le choix de l'établissement ne s'est pas fait indépendamment du choix de l'interlocuteur : ils allaient de pair. Toutefois, nous avons d'abord besoin de l'acceptation du gestionnaire avant celle de l'établissement (qui suivait automatiquement en général). Tous les établissements participants de notre recherche sont des établissements publics de la santé et des services sociaux de la province du Québec.

4.1.2. Sélection des interlocuteurs

Le choix des interlocuteurs nous permettait de définir le «qui observer?» pour avoir les réponses à notre question de recherche. Ainsi, afin d'obtenir des informations pertinentes, nous avons besoin d'interviewer des gestionnaires de l'approvisionnement de centres hospitaliers ou de CSSS. En effet, nous souhaitons avoir des informations très concrètes et pragmatiques sur les initiatives, les mises en place et le déroulement de l'achat regroupé réalisé hors groupe d'achats.

Le recrutement des répondants s'est effectué par référence des acheteurs professionnels faisant partie de notre réseau de contact (Réseau LinkedIn entre autres). Ces contacts sont des gestionnaires des approvisionnements en fonction et

acteurs stratégiques ou opérationnels dans le secteur de la santé au Québec.

Comment procédait-on pour le recrutement :

Tout d'abord, nous avons un premier contact (par téléphone ou par courrier électronique) avec le gestionnaire dans le but de susciter son intérêt à l'égard de notre projet en expliquant brièvement son objet et en quoi consisterait une participation. Puis, afin de donner plus d'informations sur le projet, nous envoyions par courrier électronique trois documents : le feuillet d'informations de notre projet de recherche, l'accord de confidentialité (signé par nos directeurs et nous-même) et le formulaire de consentement qui devra être signé le cas échéant par le participant. Tous ces documents avaient préalablement été validés par le CER⁶⁹. Par la suite, nous recontactons les gestionnaires pour savoir s'ils avaient des questions supplémentaires et quelle était leur décision concernant leur participation à la recherche.

Après avoir obtenu les accords des gestionnaires pour faire partie de la recherche, nous discutons alors des contrats susceptibles de faire l'objet de la recherche, comme nous le verrons dans la section sur la sélection des cas.

Notre échantillon de répondants s'est également développé par un effet boule-de-neige. En effet, les gestionnaires contactés, soit prenaient l'initiative de nous mettre en contact avec d'autres collègues susceptibles de nous aider, soit s'engageaient à nous mettre en relation avec les collègues avec lesquels ils avaient travaillé après que nous ayons discuté et décidé du contrat dont nous allions nous entretenir.

Sur trente gestionnaires que nous avons directement contactés, nous avons finalisé des entretiens avec vingt et un d'entre eux.

⁶⁹ Comité d'Éthique et de Recherche.

4.1.3. Sélection des cas

Le choix des cas à étudier nous permettait de définir «le quoi observer?» pour avoir les réponses à notre question de recherche. Lorsque le gestionnaire acceptait de participer à notre recherche et que les différents accords étaient obtenus (du responsable fonctionnel ou hiérarchique, le cas échéant), nous entamions une discussion par échange de courriers électroniques ou appels téléphoniques pour déterminer le ou les contrats le(s) plus approprié(s) qui occuperait(ent) nos discussions lors de notre interview. Il nous est arrivé de devoir procéder à plusieurs arbitrages :

- ✓ Lorsque les personnes impliquées dans un contrat étaient toutes parties à la retraite et qu'un seul interlocuteur était à même de nous parler du contrat, nous excluons ce contrat de notre choix.

- ✓ Lorsque le contrat ne cadrerait pas totalement avec le processus cible à étudier. Cela a été le cas pour un des contrats que nous avons décidé, après discussions avec nos directeurs, d'étudier. En effet, il s'agissait d'un cas dont le démarrage ressemblait à une centralisation d'achat hors groupe d'achats et qui par la suite s'est transformé en regroupement géré par le groupe d'achats, mais avec une collaboration étroite entre le groupe d'achats et les établissements regroupés. De plus, il s'agissait du regroupement de trois importants établissements de la région de Montréal. D'une part, l'opportunité était à saisir, et d'autre part, l'importance du point de vue de ces établissements (considérant leur taille et le poids de leurs achats dans le secteur de la santé au Québec) sur le processus étudié, nécessitait que nous considérions leur présence dans notre recherche. Plus encore, le modèle d'achat développé dans ce cas méritait d'être relaté et analysé.

- ✓ Lorsque des gestionnaires étaient intéressés à participer à la recherche mais n'avaient pas de contrat approprié. Nous devions alors, à contrecœur certes, prendre la décision d'arrêter les pourparlers d'une possible collaboration.
- ✓ Lorsque la proposition d'un gestionnaire dépassait notre potentielle disponibilité et demandait une implication plus importante qu'il nous était impossible d'assumer. En effet, un gestionnaire, en cours de négociation dans un processus d'achat regroupé hors groupe d'achats, nous proposait d'intégrer son équipe pour observer de l'intérieur le déroulement de ce processus. Les délais fluctuants dont disposaient cet établissement, la vitesse indéterminée du processus d'approvisionnement et plusieurs autres incertitudes⁷⁰ nous ont conduits à décider d'un commun accord de l'arrêt des pourparlers concernant une éventuelle intégration dans l'équipe et ipso facto de la non-participation de ladite négociation à notre recherche.

Les cas étant développés autour de l'unité d'analyse qu'est le contrat entourant un achat regroupé, nous avons décidé, au bout de sept contrats, d'arrêter la sélection. En effet, les processus de regroupement informel commençaient à se répéter et les déroulements à être plus ou moins similaires. Selon nos directeurs, nous devions arrêter la collecte lorsque les données supplémentaires n'apporteraient plus rien de nouveau. Ce phénomène est encore appelé «diminution de la contribution marginale», (Gummesson, 1991 : 85). C'est ainsi que nous avons dû abandonner le huitième cas qui aurait été élaboré à la suite d'une observation directe. Nous avons donc développé sept cas, qui ont la caractéristique d'être soit semblables, soit différents, soit extrêmes. Ils sont semblables, dans certains cas, quant au type de

⁷⁰ Dont l'incertitude d'obtenir l'accord des autres membres de la négociation, permettant la présence d'un observateur extérieur.

produit négocié par le contrat ou quant au nombre de participants du regroupement. Ils sont différents, dans d'autres cas, quant au type de contrat négocié (contrat d'achat de service vs contrat d'achat de produit; contrat à échéance fixe vs contrat à échéance échelonnée) ou encore différents quant à la méthode de regroupement. Ils sont extrêmes ou atypiques enfin, dans d'autres cas, par exemple lorsque le contrat d'achat du regroupement informel est réalisé par un groupe d'achats ou encore lorsque le contrat d'achat du regroupement informel est réalisé par un établissement de santé au nom du groupe d'achats. Nous verrons ces cas plus en détails plus tard.

4.2. Les outils de collecte de données

Les outils de collecte de données nous permettaient de définir le «comment observer?» afin de pouvoir formuler des réponses à notre question et nos sous-questions de recherche. Les données à collecter pour la rédaction d'une étude de cas peuvent provenir de six sources : la documentation, les archives, les entrevues, l'observation directe, l'observation participante et l'étude d'éléments physiques (Yin, 2009). Afin de pouvoir développer nos différentes études de cas, nous nous sommes basée sur les sources suivantes :

4.2.1. La documentation et les archives

Plusieurs avantages sont attachés à cette source d'information : elle est stable ce qui veut dire qu'on peut la consulter autant de fois qu'on en éprouve le besoin; elle est exacte dans la mesure où elle donne des informations précises (références, noms, détails, etc. (Yin, 2009)). Par contre, les difficultés de cette source sont : sa traçabilité et sa récupération. Il peut, en effet, être très difficile de trouver certaines informations documentées. D'autre part, la documentation à l'inconvénient du biais de l'auteur du document et peut conduire à un biais du chercheur si sa collecte est incomplète. Pour notre travail, nous avons consulté : les politiques applicables dans

les CSSS et hôpitaux visités; les appels d'offre et autres documents de soumission, d'évaluation et d'analyse des soumissions; les contrats de regroupement informel; les grilles d'évaluation de certains appels d'offre; les plans et modifications de travaux de construction ouvert à appels d'offres publics; etc. Nous n'avons pas toujours eu accès à la documentation de tous les établissements, soit à cause de l'éloignement des interlocuteurs (par exemple pour la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean), soit à cause de l'indisponibilité de la personne pouvant nous le permettre. Dans ces cas, nous avons procédé par recoupements d'informations recueillies lors d'interviews et autres discussions, malgré le risque de biais que cela ajoute à la recherche

4.2.2. L'entrevue semi-structurée

Notre principale mode de collecte de données a été l'entrevue semi-structurée. En effet, nous souhaitons avoir le point de vue de la plupart des gestionnaires impliqués et ayant entouré les processus d'approvisionnement que nous avons étudiés. Ces études de cas intervenant comme «post-mortem» au contrat étudié, l'entrevue apparaît alors un témoignage et une excellente source d'informations.

Cette source d'informations a l'avantage d'être ciblée sur le cas étudié et permet une certaine réflexion. Sa faiblesse tient aux informations recueillies auprès des personnes interviewées qui contiennent le biais de leur subjectivité, en plus de contenir le biais de la subjectivité de l'intervieweur lui-même, (Yin, 2009). En outre, les renseignements récoltés lors d'une entrevue peuvent être incomplets et conduire à d'importantes inexactitudes. Il importe alors de comparer les réponses des différentes sources pour réduire le risque d'erreurs.

Le guide de l'entretien validé par le comité d'éthique de la recherche (cf. Annexe A)

Nous avons élaboré notre questionnaire en fonction des informations dont nous avons besoin pour répondre à notre question de recherche et à ses sous-questions.

C'est dans cette optique que nous l'avons subdivisé en trois sections : la première section portant sur la décision et le déroulement de l'achat proprement dit; la deuxième sur l'évaluation par le gestionnaire de son expérience lors de ce regroupement; et enfin la troisième sur la possibilité d'avoir réalisé cet achat autrement. Les thèmes du questionnaire (par exemple, processus de regroupement) sont directement reliés aux points traités dans notre cadre conceptuel et de ces points découlaient les questions à poser. Chaque section commençait par une question très large laissant la possibilité à l'interviewé de nous livrer librement son expérience. En effet, nous tenions à donner à notre questionnaire un caractère convivial et non inquisitif, permettant un échange fluide d'informations lors de l'entrevue. La question d'ouverture des sections était donc nécessairement ouverte. Néanmoins, après chaque question ouverte, nous avons listé des questions de relance plus précises, nous permettant de valider les informations, d'aller chercher les informations manquantes, ou simplement de reformuler les réponses pour nous assurer d'avoir bien compris les explications de l'interviewé. Nous avons élaboré ces questions de relance en fonction des informations que nous voulions nous assurer d'avoir pour bien comprendre la situation.

Entrevues : Nous avons pu interviewer vingt-et-un gestionnaires des approvisionnements dans le secteur de la santé de la région de Montréal, ayant été impliqués dans au moins un processus d'achat regroupé hors corporation d'achats. Il y a environ une centaine de gestionnaires des approvisionnements dans cette région. Nous y avons choisi six contrats à étudier. Nous avons également eu l'opportunité d'étudier un contrat en dehors de notre zone géographique prédéfinie. Nos entrevues avec ces gestionnaires ont duré en moyenne 120 minutes et étaient enregistrées si nous en avons l'autorisation. Elles se sont toutes effectuées dans les locaux des personnes interviewées sauf dans le cas d'une

entrevue tripartite qui s'est déroulée en appel conférence (nos trois interlocuteurs se trouvant géographiquement éloignés autant l'un de l'autre que de nous).

4.3. Analyse des données

4.3.1. Traitement des données

Le traitement concernait les données telles que : les entrevues enregistrées, les notes d'entrevues, les documents relatifs aux contrats négociés, les documents relatifs à l'organisation et aux procédures du service de l'approvisionnement des établissements visités; les appels d'offres publics et autres documents relatif aux appels d'offres publics (ex. les documents Édilex), etc. La majorité de nos entrevues ont été enregistrées. Toutefois, lorsque nous n'avions pas l'autorisation d'enregistrer l'interview, nous prenions des notes.

Nous souhaitions retranscrire verbatim toutes les entrevues. Nous avons commencé à en retranscrire deux, mais à cause de l'importance du temps que cette retranscription prenait, il nous a été impossible de les poursuivre. De plus, certaines questions pouvaient trouver leurs réponses à la toute fin de l'entrevue; d'autres explications données en début d'entrevue court-circuitaient certaines questions du guide, etc. Il nous paraissait plus efficace et plus judicieux pour la rédaction des cas de ne pas poursuivre la retranscription verbatim. Nous avons alors décidé de rédiger les entrevues selon le plan de notre questionnaire et les sections qui y figuraient. Nous n'avions donc qu'une structure de base par regroupement informel de sorte que les différentes entrevues concernant ce regroupement ne venaient que s'imbriquer et compléter la structure de base : par exemple, dans la section processus de regroupement pour le contrat A, nous transcrivions les réponses et points de vue de tous les gestionnaires impliqués dans le contrat A que nous avons rencontrés. Nous comparions ainsi les informations et données récoltées. D'une part, cela clarifiait les processus et d'autre part cela nous amenait à solliciter des

précisions ou à effectuer des recherches supplémentaires dans les cas où les informations étaient moins fluides. Cette méthode nous a permis de réduire au minimum les effets d'un biais que la littérature (Fortin, 1996; Patton, 1990; Ellram, 1996; Yin, 2009) relève parfois à l'étude de cas : le biais de désirabilité⁷¹. Traiter ainsi les différentes données recueillies pour construire des sections de cas nous a permis d'accroître au maximum la fiabilité des résultats de notre étude.

4.3.2. Structure générale de l'analyse

L'unité d'analyse :

Comme mentionné plus haut, l'unité d'analyse des cas que nous proposons de développer est le contrat ayant fait l'objet du regroupement informel de deux ou plus établissements de santé dans la province du Québec.

Les critères d'analyse :

Les critères d'analyse des cas sont eux aussi tirés de notre cadre conceptuel. Tout d'abord, nous analyserons le processus de regroupement informel. Nous examinerons la ressemblance ou la dissemblance des responsabilités des initiateurs; des contextes et raisons des regroupements; du processus de recrutement des futurs regroupés, etc.

Puis, nous analyserons la nature du partenariat, dont la raison du choix des participants devrait en donner une idée. Autrement dit, dans le cadre des différents cas, un partenaire était-il choisi pour des raisons catégorisables : partage des mêmes enjeux; partage d'une proximité géographique, idéologique, générationnelle, de formation, etc. Ensuite, nous envisagerons l'analyse des échanges et négociations entre les membres du regroupement. Autrement dit, les échanges (moyens,

⁷¹ Ce biais consiste à vouloir présenter les choses sous un jour favorable à ses interlocuteurs.

méthodes, régularité, etc.) entre les partenaires des différents cas se sont-ils déroulés de la même manière? Est-ce qu'on peut trouver dans ce point une des raisons pour laquelle le regroupement d'achats hors groupe d'achats apparaît?

Après, nous analyserons la relation de confiance entre les membres du regroupement, pour savoir quel état d'esprit animait les partenaires : un esprit gagnant-gagnant, de partage de connaissance et d'informations avec une fluidité de la communication ou au contraire, un état d'esprit de «méfiance»?

En outre, nous essayerons dans l'analyse des types de contrats des regroupements informels (contrat d'achat de produits, de service, d'un certain montant, ou autres) ainsi que dans l'analyse des types de produits/services faisant l'objet des regroupements informels, d'examiner s'il y a des contrats, produits ou services plus propices que d'autres à faire l'objet des achats regroupés hors corporation.

Ces différentes analyses nous permettront enfin de faire des liens quant à l'utilisation ou non du regroupement informel et quant à l'utilisation ou non de la centralisation des achats via les corporations. La validation de ces liens pourra peut-être alors permettre de dégager une tendance du phénomène de regroupement informel des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec.

CHAPITRE 5 – PRÉSENTATION DES CAS

Sept cas seront présentés dans ce chapitre :

Contrat A	Contrat portant sur l'achat d'un véhicule de transport adapté
Contrat B	Contrat portant sur l'achat d'un véhicule de transport adapté
Contrat C	Contrat portant sur l'achat d'appareils à pression
Contrat D	Contrat portant sur l'achat de service de câblage réseau
Contrat E	Contrat portant sur la maintenance de service téléphonique
Contrat F	Contrat portant sur l'achat de fournitures médicales et de laboratoire
Contrat G	Contrat portant sur l'entretien et la réparation d'appareils d'endoscopie

Leur présentation se fera principalement suivant les points ci-dessous, tirés du cadre conceptuel :

- ✓ La décision de mutualisation : Qui l'a prise? Dans quel contexte? Pour quelles raisons? Comment s'est fait le choix des futurs partenaires (que nous appellerons indifféremment les participants, les partenaires, les regroupés ou les mutualisés)? etc.
- ✓ La nature du partenariat : La raison du choix des participants devrait en donner une idée. Autrement dit, un partenariat a-t-il été souhaité à cause d'enjeux communs; parce qu'on veut mettre en place une synergie particulière; à cause d'une simple proximité géographique, idéologique ou de vision, générationnelle, de compétence, de formation, etc.
- ✓ Les échanges et négociations entre les partenaires : Comment les participants au regroupement ont-ils décidés d'échanger et comment ces échanges se sont-ils déroulés tout au long du cycle d'achat?
- ✓ La relation de confiance : Par ce point nous voulons savoir comment s'est développée cette relation entre les participants au regroupement tout au long des étapes du cycle d'achat.

5.1. Contrat-A portant sur l'achat d'un véhicule de transport adapté

Établissements	Gestionnaires impliqués	Mandataire	Rencontré
CSSS-A	Chef de l'approvisionnement		✓
	Agent de l'approvisionnement	X	✓
CSSS-B	Coordonnateur de l'approvisionnement		✓
CSSS-C	Chef de l'approvisionnement		À la retraite
CSSS-D	Chef de l'approvisionnement		À la retraite

Tableau 8- Participants au regroupement du Contrat-A

Quatre CSSS⁷² d'une région de la province du Québec se sont regroupés pour l'achat de quatre minibus. En effet, se rendant compte qu'ils avaient un besoin d'achat identique, les chefs des approvisionnements de ces établissements ont décidé de se regrouper pour le réaliser ensemble. Après avoir décrit le processus de regroupement⁷³ de cet achat, nous présenterons la nature du partenariat établi. Ensuite, nous parlerons du déroulement de l'achat. En outre, nous évoquerons la manière par laquelle les participants ont échangé et communiqué pour finalement donner le sentiment partagé par les regroupés quant à la relation de confiance et la qualité de leur collaboration.

5.1.1. Le processus de regroupement

Le service des approvisionnements du CSSS-A a reçu en février 2009 une demande d'achat d'équipement d'un établissement⁷⁴ sous sa tutelle. Le requérant souhaitait renouveler son véhicule de transport adapté destiné aux résidents, celui-ci ayant atteint sa durée de vie utile⁷⁵ et devant être remplacé le plus tôt possible⁷⁶. Dès réception de cette demande urgente, le chef du service des approvisionnements du CSSS-A a confié le pilotage du dossier à un agent des approvisionnements de son

⁷² Centre de santé et de services sociaux.

⁷³ Ou processus de mutualisation.

⁷⁴ Il s'agissait d'un centre d'hébergement de personnes âgées.

⁷⁵ La durée de vie utile de ce type de véhicule est de 8 ans.

⁷⁶ Le renouvellement n'ayant pas été fait immédiatement à la fin de la durée de vie utile du véhicule, les factures des différentes réparations devenaient de plus en plus importantes.

équipe. Étant donné le type d'achat⁷⁷ et le budget⁷⁸ qui devra être alloué à cette acquisition, la loi oblige les CSSS à obtenir une autorisation de l'Agence de la santé avant de commencer le processus d'achat. En effet, le CSSS ne peut supporter à lui seul le montant total de l'achat d'un minibus, il a besoin de l'appui financier de l'Agence de la Santé. Le CSSS-A l'a obtenu ainsi que l'autorisation et a donc décidé d'aller en appel d'offres public⁷⁹.

Mais de manière informelle et fortuite, lors d'une réunion⁸⁰ des approvisionneurs à la corporation d'achats, le chef du service des approvisionnements du CSSS-A apprend que trois autres CSSS ont également obtenu la même autorisation de l'Agence de la Santé. Il se rapproche donc d'eux et propose à ses collègues, chefs de l'approvisionnement, de se regrouper avec lui afin de n'élaborer qu'un seul appel d'offres pour les besoins d'achat en équipements des quatre CSSS. Après quelques échanges téléphoniques, les quatre chefs des approvisionnements prennent la décision de se regrouper pour effectuer cette acquisition ensemble : «Il n'a pas fallu plus d'une semaine pour que la décision de travailler ensemble soit prise», disait le coordonnateur de l'approvisionnement du CSSS-B lors de l'interview.

5.1.2. La nature du partenariat

La principale raison qui a motivé l'initiateur (le chef des approvisionnements CSSS-A) du regroupement à proposer à ses collègues de se joindre à lui, était «le fait de partager l'ouvrage à plusieurs et donc de sauver du temps». Ses trois collègues avaient le même besoin de renouvellement de leur minibus et étant dans la même région pourquoi ne pas faire ce travail ensemble et peut-être économiser de l'argent

⁷⁷ Pour un CSSS, l'achat d'un minibus est considéré comme l'achat d'un gros équipement. Ceux-ci sont soumis à l'obtention d'une autorisation de l'agence de la santé.

⁷⁸ Le budget sera de plus de 100 000\$.

⁷⁹ Le seuil de l'achat du minibus (100 000\$ et +) rencontrait bien le seuil minimal exigé par la politique d'approvisionnement pour aller en appel d'offres public (cf. annexe B - «Mode de sollicitation principal(...)

⁸⁰ Un comité constitué des gestionnaires de l'approvisionnement des établissements du secteur de la santé de la région concernée et des gestionnaires de la corporation d'achat est fréquemment réuni par la corporation d'achat.

sur le volume? Ces motivations ont conduit les quatre chefs de l'approvisionnement à décider unanimement de collaborer ensemble dans ce regroupement.

5.1.3. Le processus d'achat ⁸¹

La décision de réaliser les acquisitions en commun étant prise par les différents chefs des approvisionnements ainsi que le choix de la méthode d'achat (par appel d'offres), il ne s'agissait maintenant plus que de mettre à exécution l'achat : Mise en place de l'équipe de travail, rédaction et publication de l'appel d'offres, évaluation des soumissions, adjudication du contrat.

⇒ L'équipe de travail

L'équipe de travail était officiellement formée d'un membre de l'équipe de l'approvisionnement de chaque CSSS impliqué dans le regroupement (cf. tableau 8). Pourtant, selon les dires du gestionnaire du CSSS-B, la participation de deux établissements (CSSS-C et D) était moins évidente. En effet, «deux autres confrères étaient moins familiers avec les nouveaux documents d'appels d'offres puisqu'ils ne les avaient encore jamais utilisés. Ils n'étaient pas non plus familiers avec la forme, l'aspect légal des clauses des documents (...) On les a donc guidés à travers ce cheminement là.», disait l'agent de l'approvisionnement CSSS-A.

C'est ainsi que les membres du regroupement ont décidé unanimement que le CSSS-A agirait comme le mandataire⁸² de ce regroupement d'achats et son agent des approvisionnements a été désigné comme gestionnaire⁸³ de l'appel d'offres public. La présence du mandataire comme «leader» n'a tout de même pas exempté les autres gestionnaires de leur devoir, comme nous le verrons plus tard.

⁸¹ Cf. annexe F - Processus d'achat du contrat-A.

⁸² Le mandataire est la personne qui a mandat pour agir au nom et titre de tous les établissements impliqués dans l'appel d'offres. Son nom apparaît en principal sur tous les documents du processus d'achat.

⁸³ Gestionnaire du dossier désigne la seule personne responsable de la gestion et du suivi du dossier, autorisée à répondre aux demandes des soumissionnaires dans le cadre de cet appel d'offres.

⇒ Les spécifications du besoin et du produit

Les spécifications du besoin et du produit sont reportées dans le devis de l'appel d'offres. Pour cela, chaque fournisseur devait valider auprès de ses requérants, toutes les précisions nécessaires : vérification de l'utilité de la demande; consultation des documents relatif aux frais d'entretien annuel du véhicule à renouveler; dates limites de comblement du besoin; collecte des spécificités du besoin ; etc.

Les gestionnaires ont pu bâtir le modèle de base des minibus recherché : «Lors de nos rencontres, nous avons établi le modèle de base du minibus qu'on recherchait. On a pu réaliser un devis à environ 70% commun à tout le monde. À la suite de ça, nous avons développé une partie plus spécifique à chacun (les 30% restants) : la configuration interne des minibus était différente par établissement.» disait le gestionnaire du CSSS-A. Les soumissionnaires devaient rendre quatre offres différentes pour quatre besoins même s'ils répondaient à un seul appel d'offres.

⇒ La préparation de l'appel d'offres public

Le mandataire du regroupement en avait la charge et selon ses dires, cette tâche a été grandement facilitée par l'accessibilité aux documents EDILEX : «Pour cela, les documents EDILEX sont une aide précieuse», disait le gestionnaire du CSSS-A. En effet, la seule rédaction des clauses qui avant prenait plus d'une semaine à un gestionnaire expérimenté, ne prenait désormais que quelques jours grâce à ces documents : «Le squelette du document d'appel d'offres est déjà bâti. Il suffit de sélectionner les sections qui correspondent au processus d'achat.», selon le gestionnaire du CSSS-A.

⇒ **La publication de l'appel d'offres et adjudication⁸⁴ du contrat**

L'appel d'offres public⁸⁵ du regroupement a été publié sur le babillard SEAO (système électronique d'appel d'offres) en mai 2009. Se rapportant à son échéancier interne de comblement du besoin, l'équipe de travail a fixé la date limite de réception des soumissions à juillet 2009. Un addendum⁸⁶ a dû être rédigé et la date limite de dépôt reportée à quelques semaines après.

⇒ **L'adjudication du contrat⁸⁷**

L'annexe D indique les différents modes d'adjudication. Ce regroupement a fait le choix de l'adjudication au plus bas soumissionnaire, c'est-à-dire une adjudication au prix uniquement. À l'ouverture des soumissions, une seule était conforme. La procédure légale⁸⁸ exige, dans ce cas, qu'une dérogation autorisant la poursuite du processus d'appel d'offres soit obtenue du dirigeant. Cette demande a été validée et l'adjudication a été faite. Chaque CSSS a pu passer sa commande puis recevoir son minibus quatre à six mois après sa commande.

5.1.4. Les échanges et négociations entre les partenaires

L'équipe de travail a été principalement guidée par l'agent des approvisionnements du CSSS-A, secondé par le coordonnateur du CSSS-B. Le regroupement a réparti les tâches et responsabilités en conséquence. Les deux autres collègues devaient profiter de cette expérience pour se familiariser avec les nouveaux documents et procédures d'appels d'offres publics. Le gestionnaire du CSSS-A avait le rôle de

⁸⁴ L'adjudication est l'attribution d'un contrat à un ou plusieurs fournisseur(s) à la suite d'un appel d'offres pour un marché public.

⁸⁵ D'après les annexes B et C, il était possible d'effectuer pour cet achat un appel d'offres public ou sur invitation. Le choix a été fait de passer un appel d'offres public du plus bas soumissionnaire.

⁸⁶ Un addendum est une précision ou modification apportées à un appel d'offres et transmis aux candidats avant la date limite du dépôt des offres.

⁸⁷ L'adjudication est l'attribution d'un contrat à un ou plusieurs fournisseur(s) à la suite d'un appel d'offres pour un marché public.

⁸⁸ Le règlement sur les contrats d'appels d'offres Publics (RCAOP) dans son Chapitre VI, Section I, article 33 stipule : «Une telle autorisation est aussi requise avant la conclusion du contrat comportant une dépense égale ou supérieure au seuil d'appel d'offres publics dans les cas suivants: 1° un seul fournisseur a présenté une soumission conforme».

mandataire-gestionnaire: initier les démarches de l'achat; compiler les documents légaux et de bâtir l'appel d'offres; s'assurer du respect de la procédure; être le lien entre le regroupement d'achats et les futurs soumissionnaires pour tous renseignements complémentaires, etc. La présence d'un leader ne relevait aucun participant de «faire ses devoirs», notamment en fournissant les devis individuels nécessaires à l'appel d'offres, selon CSSS-A.

Il n'a fallu que deux rencontres physiques entre les participants, les disponibilités des uns et des autres étant difficiles à trouver à un même moment et à un même endroit. Ces rencontres ont porté presque exclusivement sur la réalisation des devis techniques et se sont effectués toutes les deux au sein du CSSS-A. Selon les participants, la bonne maîtrise de la procédure d'achat par les deux acteurs clés du regroupement (approvisionneurs du CSSS-A et B) a été une raison supplémentaire ayant concouru à la tenue d'un si faible nombre de rencontres physiques. Outre ces rencontres, l'essentiel des échanges s'est effectué par courrier électronique et par téléphone.

Ainsi, pour tout ce qui avait trait aux modifications et assemblages des parties de l'appel d'offres, l'équipe a utilisé la fonction «révision» de Microsoft Word. Le gestionnaire principal du regroupement a notamment reçu tous les documents spécifiques (devis spécifiques, etc.) des autres CSSS par courrier électronique : «J'ai tout simplement incorporé leur devis dans l'appel d'offres.» nous disait-il.

5.1.5. La relation de confiance

Selon les dires des personnes concernées, il y avait une excellente collaboration entre les deux acteurs principaux du regroupement (gestionnaire des CSSS-A et B). Lorsqu'il apparaissait une question ou un point d'ancrage pendant une étape, l'un comme l'autre comprenait de quoi il en retournait et de réels échanges constructifs étaient menés ensemble. Pour eux, cette bonne relation a été un élément aidant

pour la réalisation de l'appel d'offres, et extrêmement importante et facilitatrice pour le processus de regroupement dans son ensemble.

Le coordonnateur des approvisionnements du CSSS-B qui avait aussi la capacité de gérer le dossier n'a pas eu le sentiment d'être à l'étroit dans ce dossier, disait-il. L'agent des approvisionnements du CSSS-A n'a pas non plus eu un sentiment d'une surcharge de travail. Les participants ont confié avoir pu trouver l'équilibre du groupe notamment par un ajustement mutuel et consensuel. Comme le gestionnaire CSSS-A aimait à dire : «Ce n'est qu'un échange de bons procédés. Cette fois, je prends la tête du dossier. Une autre fois ce sera un de mes collègues». Son collègue du CSSS- B mentionnait pour enchérir que ce n'était qu'à charge de revanche dans un prochain dossier.

5.1.6. Auto-évaluation par les participants du regroupement

Tous les membres de l'équipe n'ont pas caché leur satisfaction face aux résultats atteints par le regroupement. En effet, chaque CSSS a non seulement acheté son minibus, mais au-delà, ils ont réalisé ensemble un travail qui a permis plusieurs gains :

Partage de l'ouvrage à plusieurs: Les participants de cet achat expriment globalement leur satisfaction à s'être regroupés : «Pour moi ça aurait été approximativement la même chose en terme de travail, si j'avais eu à passer cet achat tout seul. Mais l'avantage de le faire à plusieurs est qu'on a plus d'idées ensemble; qu'on peut compter sur la meilleure expertise d'un collègue; qu'on peut se répartir le travail. Au prochain tour un autre collègue prendra la main sur un autre dossier », disait le gestionnaire du CSSS-A.

Réduction de prix: Les participants de ce regroupement d'achats nous disent qu'ils ne sauront jamais si l'appel d'offres a permis d'avoir une réduction substantielle de prix, comparativement à si chacun était parti en appel d'offres tout seul. En effet, une des personnes interviewées soulignait qu'il serait intéressant de faire le même

exercice en solo afin de réellement conclure à une réduction de prix grâce au regroupement.

Le coordonnateur du CSSS-B dit avoir fait un sondage du marché pour l'achat d'un minibus destiné à son organisation uniquement. À la fin du processus d'achat en commun, il est arrivé au constat que la différence de prix n'était que de quelques milliers de dollars : «Je ne suis pas tombé de ma chaise en disant : Waouh !!! On vient de sauver dix-mille dollars. J'avais à peu près 1200\$ de différence».

Gain de temps : Cet avantage est indubitablement constaté par les partenaires de ce regroupement. Cette association a apporté un gain de temps dans les activités de préparation de l'appel d'offres : le travail qui aurait dû être fait par chaque⁸⁹ agent des approvisionnements de CSSS a été regroupé. Cela a été un gain de temps pour chaque service de l'approvisionnement de CSSS. Dans ce sens, un gestionnaire interviewé relevait que l'un des buts de se regrouper de la sorte était justement : «de ne pas se taper tout l'ouvrage seul».

Processus à refaire? Pour ce regroupement, les gestionnaires ont répondu unanimement qu'ils repasseraient par un même processus d'achat si l'occasion se présentait à l'avenir. Ils précisent tout de même qu'il est indispensable que les participants d'un tel regroupement, et en particulier les membres de l'équipe de travail, soient au fait des lois et procédures car il pourrait s'avérer laborieux de se regrouper avec des établissements dont les niveaux d'expertise en approvisionnement sont manifestement en décalage: «Ce serait plus une perte de temps qu'autre chose» nous disait-on. L'alternative qui peut être trouvée en cas de décalage d'expertise, comme cela s'est vu dans le présent cas, serait de confier le leadership du dossier à celui qui a le plus d'expertise, s'il l'accepte.

⁸⁹ Il y aurait dû avoir quatre agents et quatre procédures d'approvisionnement (appels d'offres).

Pourquoi cet achat a-t-il été effectué hors groupe d'achats ? La seule exigence de la loi (cf. annexe C) est qu'un achat de 100 000\$ et plus doit obligatoirement se faire par un processus d'appel d'offres public. Pourquoi la corporation d'achats n'a-t-elle pas pris en charge les dossiers pour ces quatre CSSS? Les chefs des approvisionnements rencontrés répondaient en avoir déjà fait la demande mais à cause des spécificités et variantes⁹⁰ exigées du produit par les établissements, et surtout à cause d'une absence d'effet volume, la corporation d'achats de cette région ne prend pas en charge ce type d'appels d'offres. Ils espèrent que cette position changera dans l'avenir. La seule autre option pour ces acquisitions était la réalisation de quatre appels d'offres publics individuels. Pour eux, l'achat de minibus n'aurait donc jamais fait l'objet d'un regroupement d'achats en dehors de cette initiative d'achat regroupé hors groupe d'achats.

5.2. Contrat-B portant sur l'achat d'un véhicule de transport adapté

Établissements	Gestionnaires impliqués	Mandataire	Rencontré
CSSS-E	Chef de l'approvisionnement	X	✓
CSSS-F	Chef de l'approvisionnement		✓
	Agent de l'approvisionnement		
CSSS-G	Chef de l'approvisionnement		À la retraite

Tableau 9-Participants au regroupement du Contrat-B

Dans les années 2005, le processus des achats de groupe «hors groupe d'achats» commençait à faire son apparition dans le secteur de la santé au Québec. Les chefs des approvisionnements amorçaient alors une réflexion collective de leurs activités d'achats et se rencontraient régulièrement pour discuter de sa faisabilité. Après les discours de bonne intention, il s'agissait de trouver les meilleurs moyens de transformer ces «promesses de regroupements» en réalité «effective», disait le

⁹⁰ Type de moteur à essence ou à diesel; type de barre brise, etc.

gestionnaire du CSSS-E rencontrée pour cette étude de cas. En octobre 2006, après une de ces réunions entre chefs des approvisionnements d'établissements de la santé d'une région du Québec, trois d'entre eux ont décidé de se regrouper pour l'achat de Minibus. Ce besoin était commun aux trois établissements à ce moment précis.

Nous examinerons d'abord le processus de regroupement de cet achat et la nature du partenariat qui en est né. Ensuite, nous déroulerons le processus d'achat «hors groupe d'achats» de cet achat. Par la suite, nous verrons les règles et processus d'échanges ainsi que les moyens de communications mis en place par les partenaires de ce regroupement. Nous terminerons en relevant la qualité de la relation de confiance qui existait entre les regroupés, et l'évaluation que les participants font de leur collaboration.

5.2.1. Le processus de regroupement

À la suite des fusions en 2005 des établissements de santé en CSSS, les chefs de service des approvisionnements se rencontraient régulièrement pour l'achat et l'intégration d'un système de gestion des ressources matérielles. C'est à ce moment que chez plusieurs chefs de l'approvisionnement a germé l'idée de se regrouper pour l'achat de différents équipements. Il ne restait plus qu'à trouver le meilleur moment et le besoin idéal pour un premier essai.

Lors de ces rencontres en réseau, les chefs d'approvisionnement discutaient de leurs différents appels d'offres présents et futurs. C'est au cours de l'une de ces réunions que le dossier des achats d'autobus adaptés pour transport de personnes est apparu. Il est certes un besoin commun à tous les CSSS en général, mais à ce moment là précisément (janvier 2007) trois établissements spécifiques en avaient le besoin : «En discutant avec d'autres chefs de service, nous nous sommes aperçus

que nous avons les mêmes besoins⁹¹ et que l'idée de se regrouper pour faire l'appel d'offres serait intéressante», disait le chef de l'approvisionnement du CSSS-E. C'est alors que ce dernier a proposé à ses collègues du CSSS-F et du CSSS-G de se regrouper pour réaliser ensemble cet achat, je le cite : «J'ai été l'initiateur du regroupement». Les chefs de l'approvisionnement des CSSS-F et G ont presque immédiatement approuvé le projet de regroupement en commun pour cet achat «hors groupe d'achats». L'accord de principe donné le jour de la proposition a été confirmé quelques jours après par appel téléphonique entre les trois chefs de l'approvisionnement, confirmait le gestionnaire du CSSS-F.

5.2.2. La nature du partenariat

La principale raison énoncée par l'initiateur de ce regroupement (le chef des approvisionnements CSSS-E) était le fait qu'une occasion concrète était à saisir pour transformer les discours de bonne intention sur la volonté de regrouper les achats, en réalité : «C'était le bon moment et le besoin idéal pour un premier essai». D'autre part, à la suite de plusieurs «activités du réseau de la santé», lesdits⁹² chefs savaient «être en mesure d'avancer ensemble dans ce type de projet parce que nous avons la même vision et les mêmes valeurs» disait le gestionnaire du CSSS- E.

5.2.3. Le processus d'achat⁹³

Après la prise de décision de réaliser l'achat des minibus par le regroupement des trois établissements, une équipe de travail a été mise en place; les rôles répartis; les spécifications du produit définis; l'appel d'offres public rédigé et publié; le contrat adjudgé à un fournisseur et les commandes émises. L'appel d'offres public était le

⁹¹ Le renouvellement d'autobus servant au transport de résidents (personnes en perte d'autonomie, à mobilité réduite, et autres patients) pour le compte de centres d'hébergement sous leur tutelle.

⁹² Chef de l'approvisionnement des CSSS-E, CSSS-F et CSSS-G.

⁹³ Voir annexe G - Processus d'achat du contrat-B.

mode⁹⁴ d'achat sélectionné d'office puisque le montant de l'acquisition dépassait 100 000\$.

⇒ **L'équipe de travail**

Elle était composée d'un membre de l'équipe d'approvisionnement de chaque CSSS impliqué dans le regroupement. Le «leadership» a été confié, par consensus, au chef du CSSS-E. C'est ainsi que ce dernier a eu la responsabilité d'agir comme mandataire⁹⁵ du regroupement d'achats et gestionnaire principal⁹⁶ de l'appel d'offres. Les deux autres membres de l'équipe étaient le chef de l'approvisionnement du CSSS-G et un agent de l'approvisionnement du CSSS-F.

⇒ **Les spécifications de la demande et du produit**

Afin de permettre un achat qui correspond parfaitement au besoin des utilisateurs, il était nécessaire de savoir de quoi ces derniers avaient besoin. Cette validation du besoin spécifique a été faite par chaque approvisionneur et a permis de construire un devis précis et d'élaborer un appel d'offres cohérent. Le mandataire attendait donc de ses partenaires-confrères de réaliser cet exercice d'enquête pour lui revenir avec un document énumérant de manière exhaustive toutes les caractéristiques souhaitées. Les soumissionnaires devaient donc dans une seule et même soumission répondre à trois besoins spécifiques par trois cotations différentes.

⇒ **La préparation de l'appel d'offres public**

Le document d'appel d'offres a été monté par le mandataire. Celui-ci n'a pas utilisé les documents Édilex : il préfère travailler avec ses propres documents, dit-il. Une partie du contrat a été intégrée dans l'appel d'offres. Mais il était de la

⁹⁴ cf. annexe B et C.

⁹⁵ Le mandataire est la personne qui a mandat pour agir au nom et titre des établissements impliqués dans l'appel d'offres. Son nom apparaît en principal dans tous les documents d'appel d'offres.

⁹⁶ Le gestionnaire de l'appel d'offres désigne la personne responsable de la gestion et du suivi du dossier. Il est à moins d'une indication contraire, le seul contact autorisé à répondre aux demandes des soumissionnaires dans le cadre de l'appel d'offres.

responsabilité de chaque établissement soit d'élaborer son propre contrat indiquant les clauses particulières le liant à l'adjudicataire, soit d'envoyer simplement son bon de commande à la suite de l'adjudication.

⇒ **La publication de l'appel d'offres public**

L'appel d'offres public⁹⁷ a été publié sur le babillard électronique (SE@O⁹⁸) en décembre 2006. Les soumissionnaires devaient avoir déposé leur soumission avant la date limite de dépôt. Lors de ce regroupement d'achats, il n'y a pas eu de questionnement important nécessitant la publication d'un addendum⁹⁹.

⇒ **L'adjudication du contrat**

Dans le cadre de ce regroupement, les participants ont unanimement décidé que l'ouverture des soumissions serait laissée à la charge de l'équipe du CSSS-E. C'est donc elle qui devait s'occuper de la vérification des critères de recevabilité et de conformité des soumissions. La méthode d'adjudication choisie a été celle du prix uniquement, c'est-à-dire que le plus bas soumissionnaire remporterait le marché : «Nous nous étions entendus sur le plus bas soumissionnaire conforme.», mentionnait le gestionnaire du CSSS-E.

Après validation du soumissionnaire adjudicataire, chaque établissement a émis son propre contrat d'achat et un bon de commande. Par la suite, les livraisons, telles que déterminées par l'appel d'offres, se sont effectuées auprès de chaque organisation: réception en mai 2007 des minibus par le CSSS-E et le CSSS-F. N'ayant pas eu d'entretien avec le gestionnaire du CSSS-G (à la retraite), nous ne pouvons dire quand a eu lieu la livraison de leur minibus.

⁹⁷ D'après l'annexe B et C, il était possible d'effectuer un appel d'offres public ou un appel d'offres sur invitation. Le choix a été fait de passer un appel d'offres public du plus bas soumissionnaire.

⁹⁸ SEAO = Système électronique d'appel d'offres.

⁹⁹ Un addendum est une modification ou une clarification que le donneur d'ordre apporte à l'appel d'offres. Il est constitué de questions et réponses au sujet du devis ou de l'appel d'offres.

5.2.4. Les échanges et négociations entre les partenaires

⇒ La répartition du travail dans l'équipe

L'équipe de travail a été dirigée par le chef des approvisionnements du CSSS-E. D'après ce dernier, le choix a principalement été motivé par le souhait qu'il avait de piloter ce dossier : «le processus d'appel d'offres était déjà bien avancé dans mon CSSS». De plus, étant l'initiateur du projet de regroupement, il était plus facile pour lui d'en prendre le leadership, ajoute le gestionnaire du CSSS-F. Pour autant, les autres participants au regroupement auraient été qualifiés pour prendre ce «leadership», comme le soulignait encore le chef des approvisionnements du CSSS-E. Ce rôle de leadership se traduisait par la fonction de gestionnaire-mandataire de l'appel d'offres. En tant que mandataire, son nom apparaissait comme référent sur tous les documents officiels d'appel d'offres, et il était le seul habilité à répondre à toutes les questions administratives. Mais si des questions concernaient des informations techniques reliées aux besoins particuliers d'un autre établissement que le sien, chaque membre de l'équipe devait y répondre. Toutefois, le mandataire était systématiquement mis en copie de toutes les communications.

Les participants à l'achat devaient fournir les documents et informations nécessaires au processus d'achat : en l'occurrence les devis spécifiques de leur établissement. Les CSSS impliqués n'ayant pas exactement la même vocation et les mêmes besoins spécifiques, ils étaient responsable d'établir les critères du niveau technique nécessaire pour combler leur propre besoin et de rédiger leurs devis spécifiques qui figureraient en annexes de l'appel d'offres.

⇒ Les moyens de communication entre les membres de l'équipe

«Tout le processus a été réalisé par courrier électronique. Il n'y a eu aucune rencontre des trois participants. Seulement quelques appels pour confirmer certaines informations» mentionnait le mandataire du regroupement (gestionnaire du CSSS-E). Ce choix a été fait pour plusieurs raisons : d'une part, les participants du

regroupement trouvaient qu'il était parfaitement possible de mettre en place le document d'appel d'offres sans jamais se rencontrer (gestionnaire du CSSS-E), d'autre part, la bonne maîtrise des processus d'achat par le mandataire du regroupement facilitait l'avancée du document et du processus sans nécessité de se rencontrer (gestionnaire du CSSS-F).

L'absence de rencontres physiques a été largement supplée par un échange de courriels nourri et quelques échanges d'appels téléphoniques. Et c'est par un consensus que se soldait toujours la discussion sur les points importants, selon le gestionnaire du CSSS-F : «C'est important que chacun puisse émettre ses idées et préoccupations. Le consensus est indispensable». Le gestionnaire du CSSS-F lui relevait que «tout le processus s'est fait dans le respect des parties».

5.2.5. La relation de confiance entre les partenaires

Les deux phrases des deux membres de l'équipe rencontrés ci-dessus retranscrites, nous permettent de percevoir le niveau de relation de confiance qui régnait entre les membres de l'équipe : «C'est important que chacun puisse émettre ses idées et préoccupations. Le consensus est indispensable» disait le gestionnaire du CSSS-E; «tout le processus s'est fait dans le respect des parties», disait le gestionnaire du CSSS-F. Lors de nos échanges avec les membres du regroupement, personne n'a fait état d'une quelconque difficulté pendant le processus d'achat.

5.2.6. Auto-évaluation de ce regroupement d'achats

«Cet appel d'offres a été une réussite totale» disait le mandataire de cet achat regroupé. «Ça a super bien été. J'aurais aucun problème à refaire des appels d'offres avec lui parce que justement il se tient au fait, il se tient à date des informations de la loi et tout ça.», confiait l'agent de l'approvisionnement du CSSS-F parlant du mandataire.

Nous pouvons constater que les participants ne cachent pas leur satisfaction de ce regroupement et de ses résultats. En effet, non seulement chaque CSSS a acheté son minibus, mais en plus selon les participants, ils ont pu réaliser ensemble un travail qui a permis plusieurs bénéfices :

Satisfaction : Lors des échanges avec les membres de cet achat de minibus, ces derniers ont exprimé leur satisfaction à s'être regroupés au point où la perspective de refaire ce même type de regroupement d'achats avec les mêmes participants leur semble une excellente idée.

Gain de temps : Cet avantage est particulièrement mentionné par les autres participants que le mandataire du regroupement. Il est évident que c'est auprès de ces derniers que le gain de temps est le plus marqué : «Nous n'avons pas monté l'appel d'offres, c'est le mandataire qui a fait tout l'ouvrage. Nous lui avons juste transmis nos devis spécifiques», disait le gestionnaire du CSSS-F.

Processus à refaire? Les participants de ce regroupement sont unanimes, ils referaient sans hésitation un nouvel appel d'offres avec les mêmes membres du regroupement. Mais dans l'hypothèse où ce serait d'autres participants, ces derniers doivent avoir, en plus des mêmes besoins, la même vision, les mêmes valeurs qu'eux. Le mandataire précise simplement que dans le cadre de l'achat d'un autre type de produit, les rôles des participants devraient être différents : «Je ne changerais rien s'il s'agit d'un appel d'offres aussi simple que l'achat d'un autobus adapté. Cependant tout dépend du type de besoin, le partage des tâches est important dans certains appels d'offres», disait-il.

Pourquoi cet achat a-t-il été effectué hors groupe d'achats ?

Les membres du regroupement relèvent à l'unanimité que le regroupement n'aurait pas pu faire leur achat d'autobus par la corporation d'achats, parce que cette dernière n'a pas d'offres de regroupement pour ce type de produit (autobus adapté). L'un des chefs de l'approvisionnement mentionne avoir déjà reçu une

réponse non favorable de la corporation d'achats de la région concernée, indiquant qu'elle ne prendrait pas en charge ce type de produit.

5.2.7. Conclusion

Pour le chef des approvisionnements du CSSS-E, les regroupements informels ou «hors corporation d'achats» sont très intéressants pour les «achats d'équipements ou contrats de service plus ou moins identiques». En effet, puisqu'il y a des achats sensiblement identiques qui prennent énormément de temps aux services des approvisionnements notamment dans la réalisation des appels d'offres, ces regroupements informels devraient survenir plus souvent : «Pour ne pas avoir à réinventer la roue à chaque fois qu'un établissement a le même besoin; pour le partage des connaissances, des expériences et des tâches puisqu'un appel d'offres est un long processus qui requiert du temps et des efforts de la part de plusieurs intervenants...», disait le chef des approvisionnements du CSSS-E.

Pour lui également, «bien que les achats par regroupement informel sont appelés à diminuer à cause du prochain remaniement de la carte des corporations de la province, leurs avantages est indéniables. Dans les achats d'équipements, ce regroupement permet de choisir nos partenaires d'achat selon la vocation de nos établissements et la similitude de nos besoins». C'est ainsi que grâce à la cohésion découlant du libre choix ses «co-équipiers» d'achat, il est plus facile d'arriver à un consensus lors des ajustements et discussions pendant le processus d'achat.

Ce gestionnaire est aussi conscient des avantages des achats par l'entremise de la corporation d'achats : «de la même manière, les achats formels par le biais des corporations d'achats ont aussi leurs avantages et devraient être amenés à augmenter : l'effet volume accorde de meilleurs prix lors des négociations».

5.3. Contrat-C portant sur l'achat d'appareils à pression

Établissements	Gestionnaires Impliqués	Mandataire	Nombre d'appareils	Rencontré
CSSS-H	Directrice du CSSS-H		6	✓
	Coordonnateur de l'approvisionnement	X		✓
CSSS-I			3	Pas disponible
CSSS-J			1	Pas disponible
CSSS-K			2	Pas disponible
CSSS-L			4	Pas disponible
CSSS-M			3	Pas disponible
CSSS-N			2	Pas disponible
Total			21	2

Tableau 10- Participants au regroupement du Contrat-C

En janvier 2011, les directeurs de certains établissements québécois de la santé se rencontraient à l'Agence de la santé pour mettre en place les modalités du lancement d'un programme de recherche en «cardio-métabolique», décidé par les médecins sous le couvert de la direction de la santé physique et des services professionnels (DSPSP) de l'Agence de la santé d'une région de la province. Sept Centres de santé et des services sociaux (CSSS) seraient impliqués dans ce programme de recherche. Les discussions sur les regroupements d'achats étant déjà largement alimentées à ce moment là, ces directeurs d'établissement se sont «lancés un défi»¹⁰⁰ de réaliser ensemble cet achat d'appareil à pression. Ainsi, parallèlement à la décision de démarrer le programme de recherche, l'Agence de la santé a souhaité décider du processus de l'achat du matériel de ce programme. La décision de procéder au programme de recherche et d'impliquer les sept établissements dans un seul achat a alors été prise. En effet, cela permettrait d'avoir un antécédent de ce type d'achat et ferait ainsi la preuve d'une certaine aptitude des établissements à réaliser un achat en commun. C'est alors que la directrice du CSSS-H a proposé que son centre prenne la tête de l'acquisition et s'occupe du

¹⁰⁰ Selon les termes d'un des directeurs présent à ladite rencontre.

processus d'achat des appareils pour le compte de tous les CSSS. Il a donc été décidé que le CSSS-H soit le mandataire de ce regroupement informel d'achat d'appareils à pression pour le programme de recherche en «cardio-métabolique». Après avoir décrit le processus de regroupement¹⁰¹ de cet achat, nous présenterons la nature du partenariat établi. Nous parlerons ensuite du déroulement de l'achat. Puis, nous examinerons comment les échanges d'informations entre participants pour la réalisation de cet achat ont été inhabituels, pour finalement donner le sentiment partagé des regroupés quant à la qualité de leur collaboration (la relation de confiance).

5.3.1. Le processus de regroupement

Comme mentionné plus haut, une Agence de la Santé de la province du Québec a développé un programme de recherche en cardio-métabolique et la décision de mise en place a été entérinée lors d'une réunion. Cette Agence a débloqué et alloué un budget pour l'acquisition d'appareils à pression qui servirait au dit programme de recherche. Chaque établissement avait un budget d'environ 4000\$ pour acquérir son équipement. En fonction des options disponibles sur un appareil à pression, il coûterait en moyenne 1000\$ l'unité. C'est ainsi que le faible montant de l'achat par établissement¹⁰² donnait la possibilité à chaque établissement d'acheter son matériel par le biais de son budget d'exploitation, sans avoir besoin de passer par un processus d'appel d'offres conventionné. En consultant les annexes B et F, on constate que pour cette tranche d'acquisition, un contrat de gré à gré aurait pu être passé par chaque CSSS.

Mais, à la suite d'une rencontre entre l'ensemble des participants au programme et la direction de la santé physique et des services professionnels (DSPSP) de l'Agence de la santé de la région, la réflexion a été menée de savoir s'il ne serait pas

¹⁰¹ Ou processus de mutualisation.

¹⁰² 4000\$ au maximum.

intéressant qu'un seul des centres impliqués s'occupe de l'achat du matériel pour l'ensemble des participants au programme. L'idée a été émise en ces termes par l'un des participants de la DSPSP : «Ce serait le fun qu'on se regroupe pour faire cet achat. Ça montrerait que nous sommes en mesure de nous asseoir et de travailler ensemble», propos rapportés par le gestionnaire du CSSS-H

Au terme de cette rencontre, les responsables de la DSPSP de l'Agence ont décidé d'aller en appel d'offres commun. La décision de se regrouper dans cet achat n'a pas émané des responsables des services des approvisionnements, qui par ailleurs nous confiaient qu'ils n'étaient ni au courant du programme de recherche lancé, ni des achats subséquents à ce programme.

La directrice du CSSS-H présente à cette rencontre de validation du programme à l'Agence, a alors proposé de prendre le mandat pour ce regroupement d'achats. Elle avait assez confiance en la capacité de son équipe de mener à bien ce mandat pour le compte de l'ensemble des participants. Mais par égard pour son équipe, elle a demandé un «sursis à statuer» de 48h sur la décision du mandat. Elle souhaitait consulter son équipe et plus particulièrement, son chef des approvisionnements, afin d'avoir son accord explicite. Il a fallu beaucoup moins que 48h pour avoir cet accord.

L'accord acquis, il n'a fallu que quelques semaines à la directrice du CSSS-H pour qu'elle revienne vers son chef des approvisionnements avec le mandat de tous les participants au programme. Le CSSS-H se retrouvait ainsi mandataire du regroupement informel qui venait d'être créé, avec la charge de réaliser l'achat des appareils à pression pour le compte de tous les participants du programme de recherche. Au total, l'achat concernait vingt et un appareils pour sept établissements québécois de la santé.

5.3.2. La nature du partenariat entre les participants

Comme nous l'avons vu plus haut, la décision de se regrouper est venue directement de l'Agence de la santé. Ce regroupement a simplement été approuvé par l'ensemble des directeurs d'établissements impliqués dans le programme de recherche, qui ont donné un mandat au CSSS-H. De ce qui nous a été relaté, le but de l'achat regroupé était de démontrer une certaine capacité des établissements à décider et à réaliser un projet d'achat en commun, en plus de doter les hôpitaux de ces CSSS du même outil¹⁰³ de collecte d'informations pour le programme de recherche (selon le souhait des médecins). Aucun chef de l'approvisionnement, excepté le coordonnateur des approvisionnements ayant réalisé l'acquisition, n'a eu à décider de faire partie ou non de ce regroupement. En effet, le partenariat a été décidé au pallier supérieur dans le but de vérifier la possibilité de mettre en place des synergies d'achats au sein des établissements de santé de la région.

5.3.3. Le processus d'achat¹⁰⁴

La décision de faire un appel d'offres commun a été prise en fin janvier 2011 par la DSPSP de l'Agence de la Santé. Un appel d'offres sur invitation a été rédigé et envoyé en mars 2011 à de potentiels fournisseurs. Les spécifications des produits à commander étant exactement les mêmes pour tous, la préparation de l'appel d'offres a pris peu de temps : il a été monté en un mois par un seul gestionnaire. Du fait de la réalisation de cet achat en solo, les échanges d'informations entre gestionnaires ont été inexistantes, pour aboutir à un processus d'achat réussi, selon la DSPSP de l'Agence de la Santé, mais à un résultat de processus d'achat mitigé, selon les gestionnaires des autres CSSS impliqués.

¹⁰³ Même marque, mêmes options et donc mêmes marges d'erreur dans les données de pression, etc.

¹⁰⁴ Voir Annexe H - Participants au regroupement du Contrat-C.

⇒ **L'équipe de travail**

Dans ce dossier d'achat, il n'y pas eu d'équipe de travail composée. Une seule personne s'est occupée de tout le processus d'appel d'offres. Il s'agissait du coordonnateur aux approvisionnements du CSSS-H. La fin de l'année civile est très souvent chargée avec des appels d'offres de dernières minutes, des achats pour finir le budget (...). Voilà pourquoi le gestionnaire du CSSS-H qui s'est occupé de réaliser l'achat nous confiait qu'en autant que cet achat n'apparaissait pas pendant cette période de «rush», il pouvait gérer très rapidement et seul le dossier. Sa réponse positive à sa directrice tenait donc compte de tous ces éléments. Il n'y a donc pas eu de répartition de rôles entre participants au regroupement. D'ailleurs, les six autres chefs de l'approvisionnement des CSSS participants au regroupement n'ont été au courant de l'achat en cours qu'à la fin du processus, au moment de passer les commandes.

⇒ **Les spécifications du besoin et du produit**

Les spécifications et caractéristiques du matériel requis ont été directement communiquées par l'Agence de la santé elle-même par le biais de la DSPSP.

⇒ **La rédaction de l'appel d'offres sur invitation**

Le montant global pour l'achat des vingt et un appareils à pression était d'environ 20 000\$. Le mode de sollicitation pour les approvisionnements (cf. annexe B et C) prévoit pour une acquisition de ce montant de procéder à un achat par «demande de prix avec documentation écrite au dossier». Pour autant, le gestionnaire chargé de l'achat a fait le choix d'effectuer un appel d'offres sur invitation. Dans ce dossier, il a fallu faire des recherches pour savoir quels sont les fournisseurs qui offrent les appareils à pression dont le programme de recherche avait besoin. Après avoir recensé une vingtaine de fournisseurs potentiels, il a fallu faire le choix de ceux qui se rapprochent le plus du besoin exact du programme. Il y en avait cinq sur les vingt qui pouvaient fournir ce produit avec toutes les caractéristiques demandées par le

programme. C'est donc à ces cinq fournisseurs potentiels qu'une invitation à soumissionner a été envoyée.

⇒ **L'envoi de l'invitation à soumissionner et l'adjudication du contrat**

L'envoi de l'appel d'offres sur invitation a été fait en mars 2011 avec une date limite de retour des soumissions fixée en avril 2011.

L'ouverture des soumissions s'est faite le jour de la date limite de dépôt à 10h15. Deux fournisseurs seulement ont répondu à cet appel d'offres. Le gestionnaire du CSSS-H a fait l'évaluation des propositions la semaine suivante. Un seul soumissionnaire respectait toutes les spécifications exigées, autrement dit il n'y avait qu'un seul soumissionnaire conforme. Il a fallu envoyer à la direction générale de l'établissement une demande d'autorisation¹⁰⁵ de continuer la procédure. Puis, il y a eu une adjudication du contrat. Le gestionnaire était au moment de notre rencontre (mai 2011) en attente du numéro de commande interne et du numéro d'immobilisation afin de pouvoir passer la commande et également de communiquer ce numéro à ses confrères des service de l'approvisionnement des six autres CSSS afin qu'ils puissent également passer leur commande.

5.3.4. Les échanges et négociations entre les partenaires

Comme nous l'avons vu plus haut, l'équipe de travail était réduite à sa plus simple expression. Un seul gestionnaire travaillait sur l'acquisition des vingt et un appareils à pression pour les sept établissements de la santé. Les différentes caractéristiques

¹⁰⁵ Le règlement sur les contrats d'appels d'offres publics (RCAOP) dans son Chapitre VI, Section I, Article 33 stipule : «Une telle autorisation est aussi requise avant la conclusion du contrat comportant une dépense égale ou supérieure au seuil d'appel d'offres publics dans les cas suivants: 1° un seul fournisseur a présenté une soumission conforme».

Cette demande d'autorisation est obligatoire par la Loi C65 sur les contrats des organismes publics, pour tous les appels d'offres de 100 000\$ et +. Le montant de cet achat s'élevait à 20 000 \$, le mandataire aurait pu prendre la décision de continuer ou pas, seul. Mais, du fait que sept (7) autres établissements étaient impliqués ainsi que la DSPSP, il voulait donner le message qu'une certaine nomenclature de règle a été suivie même si ce n'était qu'un achat de 20 000\$. D'autre part, il était important que la directrice générale soit informée de ce qui se passe dans ce dossier. La demande lui a donc été envoyée.

des appareils à acheter avaient été fournies par la DSPSP de l'Agence de la santé. Avec ces documents ainsi que le budget de l'achat, le gestionnaire n'avait plus besoin d'aucune autre information pour réaliser son appel d'offres.

C'est ainsi que les échanges d'informations entre le mandataire et les autres gestionnaires des approvisionnements des établissements participants ont été inexistantes. Le mandataire nous confiait d'ailleurs : «Ça s'est important à mentionner, il n'y a personne des approvisionnements dans les établissements qui était au courant qu'on faisait cet appel d'offres. Ils ne savaient même pas qu'un programme de recherche sur la cardio-métabolique était en cours.» Les autres participants l'ont appris lorsque le mandataire après avoir fini son adjudication, a envoyé un courriel aux directeurs des établissements pour leur demander d'informer leur service des approvisionnements qu'il pouvait passer leur commande et auprès de quel fournisseur ils devaient le faire. C'est à ce moment que tous les services des approvisionnements l'ont appris : «À part de ça, je me suis pas posé la question de savoir si la DSPSP ou ses représentants dans les centres ont passé le message de ce programme. Moi, on m'a demandé de faire un appel d'offres pour l'ensemble des centres participants et pour ça, j'ai eu l'aval des responsables de la DSPSP. Je n'ai pas été vérifié qu'ils ont consulté les différents services des approvisionnements. À vingt mille dollars, on s'entend que je n'allais pas me casser la tête. Ici, moi j'ai une très bonne communication avec ma directrice, mais je ne sais pas comment ça se passe dans les autres centres. Ce que je sais c'est que les autres services des approvisionnements n'étaient pas avisés.» disait le coordonnateur des approvisionnements du CSSS-H. Par ailleurs, il n'y a pas eu plus d'échanges d'informations entre la DSPSP et le mandataire pendant la réalisation de cet appel d'offres.

5.3.5. La relation de confiance entre les participants

Aucun chef de l'approvisionnement, excepté le coordonnateur ayant réalisé l'acquisition, n'a eu à décider de faire partie ou non de ce regroupement. Par contre, la DSPSP et les différents directeurs des CSSS étaient au fait de ce regroupement et ont partagé l'information entre eux, comme mentionné dans le processus de regroupement ci-dessus. Ainsi, la relation de confiance en fonction du point de vue à partir duquel on la regarde, est soit bonne soit quasi-inexistante.

5.3.6. Auto-évaluation de ce regroupement d'achats

Satisfaction de la DSPP : L'un des objectifs de ce regroupement d'achats pour la DSPSP était le fait d'uniformiser les appareils qui devaient être utilisés dans le programme de recherche cardio-métabolique. L'objectif était d'avoir cliniquement le même appareil pour être capable de parler de la même chose par la suite : Les mêmes types de données, le même mode de collectes des données, etc. Une base de données parfaitement identique pouvait ainsi être mise en place et conduire à des comparaisons. Si chaque établissement avait procédé à son achat individuellement, les instruments n'auraient pas été les mêmes et les relevés auraient pu être discutés parce que ni la collecte, ni la récupération des données n'auraient été identiques. Ceci n'aurait pas permis une comparaison et une progression dans le programme de recherche. Avec cet objectif mis en exergue, on comprend que l'achat en commun servait plus à donner un dénominateur commun à la collecte de données qu'à essayer un regroupement d'achats. Autrement dit, le but premier de ce regroupement était de standardiser le produit acheté.

Réduction de prix : «Il y a eu une économie d'à peu près 70 dollars par appareils» selon le gestionnaire du CSSS-H qui a mené seul l'achat pour tous.

Gain de temps : Les autres participants n'avaient en fin de compte qu'à passer la commande du nombre d'appareils dont ils avaient besoin.

Processus à refaire? Ce regroupement s'est fait pour l'achat d'un petit équipement. Il a été assez facile à réaliser, selon le gestionnaire du CSSS-H qui l'a fait. De plus, il n'était pas nécessairement impératif pour le bon déroulement de l'appel d'offres que les chefs de service de l'approvisionnement soient avisés de l'achat en cours, ni que les services de l'approvisionnement soient sollicités pour des informations spécifiques. En effet, si l'achat avait concerné un plus gros équipement les choses ne se seraient pas passées de la même manière. Les chefs des approvisionnements auraient dû être informés afin de pouvoir donner des autorisations, des détails sur les spécifications particulières des utilisateurs de leur centre, etc. L'appel d'offres sur invitation aurait eu besoin de leurs informations pour assurer la précision et l'exactitude des devis techniques. Le gestionnaire du CSSS-H souligne qu'à l'avenir, si on lui demande de faire une autre acquisition de ce type, il prendra le soin avant de commencer le travail d'en aviser ses collègues des autres centres.

Pourquoi cet achat a-t-il été effectué hors groupe d'achats ?

Le mandataire mentionnait que le montant de l'achat de l'appareil (en moyenne 1000\$ l'unité) rendait celui-ci en principe non éligible pour une réalisation par la corporation d'achats mais rendait plutôt la sollicitation de gré à gré possible pour chaque établissement. Chaque membre du regroupement était en principe en mesure d'effectuer l'achat de ses appareils grâce à son budget d'exploitation. Cependant, la DSPSP souhaitait standardiser en quelque sorte les appareils à pression dans tous les établissements participant au programme de recherche et en plus, c'est elle qui finançait en totalité l'achat. Pour la DSPSP, le plus simple et le plus rapide était donc de confier l'achat à un gestionnaire des approvisionnements en interne, afin qu'il réalise l'achat pour le compte de tous les établissements participants.

5.4. Contrat-D portant sur l'achat de service de câblage réseau

Établissements	Gestionnaires impliqués	Mandataire	Rencontré
CSSS-O	Chef de l'approvisionnement	X	✓
	Coordonnateur Télécom et biomédical		✓
CSSS-P	Chef de l'approvisionnement		✓
	Responsable du service informationnel et technique		✓

Tableau 11 - Participants au regroupement du Contrat-D

Ce cas concerne le regroupement d'achats de deux établissements de santé (CSSS) de deux régions différentes mais voisines de la province de Québec. Ces CSSS ont décidé de se regrouper pour réaliser ensemble un appel d'offres pour leur contrat de service de câblage respectif. Ces deux services des approvisionnements ont souvent travaillé ensemble pour des acquisitions. Ils ont décidé de renouveler leur association pour ce nouveau besoin spécifique de contrat de service : installation des câblages de cuivre, fibre optique, des moulures, des conduits et des prises murales multiports à la demande des établissements.

Nous examinerons d'abord le processus de regroupement de cet achat et la nature du partenariat qui en est né. Ensuite, nous déroulerons le processus d'achat «hors groupe d'achats» de cet achat. Nous verrons, après les règles et processus d'échanges ainsi que les moyens de communications que les partenaires ont mis en place dans leur regroupement, pour terminer en relevant la qualité de la relation de confiance entre les regroupés, et l'évaluation que les participants font de leur collaboration.

5.4.1. Le processus de regroupement

La Direction des ressources informationnelles et du génie biomédical (DRI-GBM) du CSSS-O, par le biais de son coordonnateur Télécom et biomédical, a approché le service des approvisionnements pour examiner la possibilité de mettre en place un

contrat cadre gérant les besoins très récurrents de câblage dans le CSSS-O. En effet, en cas de besoin de câblage, cette direction travaillait principalement de gré à gré avec une compagnie de télécommunications ayant pignon sur rue au Québec. Mais, comme le souligne ce coordonnateur télécommunication, les besoins techniques du CSSS se faisant de plus en plus nombreux, il était nécessaire et serait plus profitable à l'organisation de les combiner dans un seul document d'appel d'offres afin d'obtenir de meilleures offres. D'autre part, deux projets additionnels bien identifiés allaient bientôt se greffer aux besoins habituels et augmenter considérablement le besoin en câblage du CSSS-O. Les projets en question étaient celui de la construction du centre de cancérologie (encore en cours au moment de l'entrevue) et celui de la nouvelle pharmacie de l'hôpital du CSSS-O.

C'est ainsi que les besoins annuels récurrents de câblage et ces deux projets à réaliser dans un très court laps de temps rendaient presque inévitable le processus d'appel d'offres pour le CSSS-O. Le coordonnateur s'est ainsi mis en relation avec le service des approvisionnements en début 2009, pour demander la réalisation d'un appel d'offres.

La manifestation du besoin de câblage réseau s'est exprimée différemment pour le CSSS-P. Son responsable du service informationnel et technique (RSIT) a rencontré informellement le coordonnateur du CSSS-O dans une activité de réseautage. Ce dernier lui a fait part de son dossier d'appel d'offres de construction en cours sur le câblage réseau. Le RSIT du CSSS-P connaissait ses besoins de câblage et son prochain besoin d'aller en appel d'offres pour « challenger » à nouveau son fournisseur actuel car son contrat à l'interne de câblage arrivait à échéance. Ces besoins de câblage, certes moins nombreux que ceux du CSSS-O, étaient identiquement récurrents. Ceci a encouragé les deux responsables à envisager de se mettre ensemble pour faire partie du même appel d'offres. Étant donné que le CSSS-O avait déjà entamé le processus de réflexion, le RSIT a suggéré que cette association permettrait d'avoir

plus de volume et en plus «au lieu de faire deux appels d'offres pour un besoin identique, pourquoi ne pas sauver de l'ouvrage à tout le monde?» se demandaient-ils!

Dans ce dossier, le besoin en câblage des établissements était commun et vraiment identique. Les spécificités pouvaient être déclinées pareillement pour tous les sites¹⁰⁶ à installer aussi bien au CSSS-O qu'au CSSS-P. Il n'allait pas y avoir de dilution de l'identité de l'un ou de l'autre dans l'appel d'offres, ce qui peut dans certains cas être une crainte des organisations face aux appels d'offres communs.

Dans ce dossier, la décision de partir en appel d'offres commun a été prise par les «ingénieurs» des deux organisations. Les services des approvisionnements n'ont fait que l'entériner. En effet, les deux principaux «ingénieurs» concernés, qui seraient également les concepteurs et auteurs-rédacteurs des devis techniques de l'appel d'offres, s'étaient mis d'accord pour faire l'appel d'offres ensemble. C'est en effet eux qui ont découvert le besoin commun et qui ont émis l'idée «bénéfique à tous» (selon leurs propres termes) de faire ce processus d'achat ensemble. «Dans le cadre de cet appel d'offres, contrairement à ce qu'on peut souvent penser que ce sont les chefs appros qui se parlent entre eux et qui veulent regrouper les choses... Là c'est vraiment parti de l'informatique» disait le chef des approvisionnements du CSSS-P. Cette suggestion ne posait pas de problèmes particuliers aux chefs des services de l'approvisionnement des deux CSSS. Ces derniers se connaissaient bien pour avoir déjà travaillés plusieurs dossiers ensemble. Ils n'ont donc tout simplement rien objecté à cette demande d'appel d'offres regroupé, d'autant plus que «les échéances arrimaient bien», disait le chef de l'approvisionnement du CSSS-P.

C'est ainsi que le processus d'achat regroupé hors corporation d'achats, ainsi que le processus d'appel d'offres en commun, pouvaient commencer. La valeur totale du

¹⁰⁶ 11 sites à installer au sein du CSSS-P et 16 sites au sein du CSSS-O.

contrat à négocier pour les deux établissements (projets récurrents et nouveaux projets) était d'environ neuf cent mille dollars.

5.4.2. La nature du partenariat entre les participants

Ce regroupement est typiquement un exemple de regroupement pour des raisons de proximité géographique aussi bien que de proximité de formation et de vision. En effet, les ingénieurs à l'origine de ce regroupement se connaissent par des activités de réseautage professionnel. De plus, les organisations pour lesquelles ils travaillent et pour lesquelles ils veulent développer le processus de regroupement sont voisines géographiquement, même si elles ne font pas partie de la même région administrative. Le cadre du partenariat est ainsi dessiné.

En outre, les chefs de l'approvisionnement des deux organisations ont quant à eux fait le choix du regroupement pour des raisons d'affinité professionnelle. Le gestionnaire du CSSS-O nous confiait notamment qu'il aurait fait son appel d'offres tout seul. La seule raison pour laquelle il a accepté ce regroupement, c'est parce qu'il connaissait bien sa consœur pour avoir déjà travaillé avec elle. Les deux chefs de l'approvisionnement n'ont pas caché la raison pour laquelle ils ont accepté de se regrouper pour cet achat : On se connaît et on sait comment on travaille l'un et l'autre.

5.4.3. Le processus d'achat¹⁰⁷

La décision de faire un appel d'offres commun étant prise, il était nécessaire de mettre en place tout l'aspect pratique et technique du processus, entre autres la mise en place de l'équipe, la rédaction et la publication de l'appel d'offres, l'adjudication du contrat et le suivi de la commande.

¹⁰⁷ Voir annexe I - Processus d'achat du Contrat-D.

⇒ **L'équipe de travail**

Chaque service des approvisionnements avait un représentant et un suppléant dans l'équipe de travail. L'équipe de travail comprenait également les deux «ingénieurs» initiateurs du regroupement, chacun représentant l'établissement de santé dont il dépendait. Ils étaient responsables dans ce projet de leur équipe technique respective chargée de réaliser les devis des besoins spécifiques. Les deux établissements avaient ainsi au sein de l'équipe de travail une bonne représentativité permettant d'assurer la visibilité de leur projet respectif, l'équité et un partenariat effectif dans l'appel d'offres. De plus, il a été décidé d'un commun accord entre les deux CSSS que le service des approvisionnements du CSSS-O serait le pilote de ce regroupement d'achats. Par ce fait, il s'occuperait de tout l'aspect administratif du processus et agirait comme mandataire du regroupement d'achats et ses approvisionneurs désignés comme gestionnaire de cet appel d'offres public.

⇒ **Les spécifications du besoin et du service**

Les différentes équipes techniques des deux établissements ont rédigé le devis au plus proche des besoins des utilisateurs et futurs utilisateurs. Toutes les exigences mentionnées par les utilisateurs devaient être scrupuleusement respectées pour tous les sites à installer : onze sites pour le CSSS-O et seize sites pour le CSSS-P.

⇒ **La préparation de l'appel d'offres public**

La partie administrative de la préparation de l'appel d'offres a été confié au service des approvisionnements du CSSS-O : L'équipe du service des approvisionnements s'occupait de la partie administrative de l'appel d'offres tandis que les ingénieurs s'occupaient de la réalisation des devis techniques qui devaient par la suite être insérer dans l'appel d'offres public.

Mais un problème très important a considérablement freiné l'avancée du processus d'appel d'offres. Il a quasiment fallu une année pour arriver au bout de la question

qui était de savoir comment faire pour exiger des bordereaux de prix dans les soumissions de cet appel d'offres. En effet, dans le type de réalisation concernée par le futur contrat de service rattaché à un service de câblage réseau télécommunication et informatique, il fallait une licence délivrée par la Régie des Bâtiments du Québec (RBQ). Or, d'après le Conseil du trésor, dès lors qu'un fournisseur doit présenter une telle licence pour répondre à un appel d'offres, l'appel d'offres en question passe de son statut initial (quel qu'il soit) vers celui d'un appel d'offres de construction. Ce nouveau statut d'appel d'offres de construction que devait donc prendre cet appel d'offres de service ne convenait pas au CSSS-O. Il impliquait notamment de ne pas pouvoir exiger de bordereaux ni de sommaire des prix aux futurs soumissionnaires. Cette contrainte n'était souhaitée par personne dans les organisations et enlèverait l'un des intérêts du processus d'appel d'offres qui est celui d'aller chercher des coûts moindres pour les projets récurrents. Ce débat a duré presque 9 mois.

Un autre débat a fait jour concernant le coût de la main d'œuvre et les coûts des composants. Dans un appel d'offres de travaux de construction, «il y a comme un ratio de 80/20 : 80% des coûts est afférant à du service et 20% à de la fourniture. Or, je n'ai pas la possibilité dans un appel d'offres de construction, de demander un taux horaire. C'était ça la complexité», soulignait le chef des achats du CSSS-O. En effet, la loi rend impossible d'exiger, dans ce type d'appel d'offres, un taux horaire du coût de la main d'œuvre. Or, les approvisionneurs comme les ingénieurs souhaitaient voir ces coûts dans le calcul du prix des soumissionnaires ainsi que celui de certains composants. Comment faire pour rendre cela possible ? Quel montage était-il possible de réaliser pour avoir un sommaire des prix, exigence importante pour les donneurs d'ouvrage? Cette question a alimenté les débats entre les ingénieurs et les approvisionneurs et a conduit à maintes et maintes communications et recherche d'informations, pour finalement aboutir à une décision de réaliser un appel d'offres hybride. Les approvisionneurs ont décidé d'insérer, dans un appel d'offres de

travaux de construction, une enveloppe qualité. On rendait ainsi possible l'évaluation de certains critères jugés très pertinents pour eux dans un appel d'offres qui ne le permettait en principe pas.

D'autre part, le CSSS-O a toujours maintenu le désir de réaliser ses documents d'appel d'offres en interne. C'est ainsi que toute la partie administrative de ce document a été réalisée en propre par le service des approvisionnements du CSSS-O. Pendant que le CSSS-O s'occupait de l'aspect administratif de l'appel d'offres, les équipes techniques du comité de préparation de l'appel d'offres devaient s'atteler à circonscrire et à consolider les besoins dans les devis. Lors de sa préparation, le document a circulé entre le service des approvisionnements du CSSS-P et le service des approvisionnements du CSSS-O pour aboutir à un document final de 115 pages. L'arrimage du CSSS-P était simple puisqu'il était juste question pour lui d'ajouter son devis technique à l'appel d'offres déjà réalisé et de s'entendre avec le CSSS-O au sujet du sommaire exigé et des bordereaux de prix sollicités dans les soumissions.

⇒ **La publication de l'appel d'offres**

L'appel d'offres¹⁰⁸ de ce regroupement d'achats a été publié sur le babillard électronique SEAO en début décembre 2009, plus d'un an après la connaissance du besoin et près de neuf mois après le début du travail de l'équipe du regroupement de l'achat, en avril 2009.

⇒ **L'adjudication du contrat**

Dans le cas de ce regroupement, la méthode d'adjudication choisie a été celle de la qualité minimale et du plus bas prix conforme ou adjudication à double enveloppe. Autrement dit, le soumissionnaire qui remporterait le marché serait celui qui proposerait minimalement la qualité exigée au prix le plus bas. L'adjudicataire sera appelé à installer du câble de cuivre, de la fibre optique, des moulures, des conduits

¹⁰⁸ D'après «la politique d'approvisionnement» des CSSS 2008, il était possible d'effectuer un appel d'offres public ou un appel d'offres sur invitation. Le choix a été fait de passer un appel d'offres public du plus bas soumissionnaire.

et des prises murales multiports à la demande de l'établissement. D'autre part, le contrat sera octroyé pour trois ans, plus deux années optionnelles suite à une évaluation en deux étapes, en plus de la recevabilité. Deux contrats distincts de service de câblage (travaux de construction) devaient par la suite être signés entre l'adjudicataire et les CSSS participants au regroupement.

À la date de clôture de la réception des soumissions, il y avait six soumissions dûment enregistrées. À l'ouverture des soumissions, il n'y en avait que trois qui étaient admissibles et conformes. Ces trois soumissions seulement pouvaient passer à l'étape de l'évaluation de la qualité. En février 2010, le comité de sélection a émis sa recommandation à la suite de l'évaluation qualité. D'après celle-ci, un seul entrepreneur respectait la qualité minimale exigée par l'appel d'offres. La loi oblige lorsqu'il n'y a qu'un seul soumissionnaire conforme de suivre une procédure légale¹⁰⁹ de demande de dérogation au dirigeant de l'organisation. Cette demande de dérogation a été faite et envoyée, puis examinée et acceptée par le dirigeant du CSSS-O. Cette autorisation permettait au comité de sélection de poursuivre en ouvrant l'enveloppe prix de cette soumission, et l'adjudication de l'appel d'offres a été publiée.

5.4.4. Les échanges d'informations pendant le processus

Pendant le processus d'appel d'offres, les échanges d'informations ont principalement été faits par voie électronique ou par téléphone entre les deux organisations partenaires. Les sous-équipes constituées dans les organisations pour réaliser les devis techniques se rencontraient de manière informelle pour discuter des besoins de câblages des différents sites à aménager. En près d'un an et demi de projet, il a été recensé plusieurs dizaines de rencontres informelles de ces sous-équipes. Quant aux rencontres de l'équipe de travail inter-organisationnel

¹⁰⁹ Le règlement sur les contrats d'appels d'offres publics (RCAOP) dans son Chapitre VI, Section I, article 33 stipule : «Une telle autorisation est aussi requise avant la conclusion du contrat comportant une dépense égale ou supérieure au seuil d'appel d'offres publics dans les cas suivants: 1° un seul fournisseur a présenté une soumission conforme».

proprement dite, il n'y en a pas eu. Les membres de l'équipe de travail n'ont pas jugé nécessaire d'avoir des rencontres physiques, les disponibilités des uns et des autres étant très difficiles à trouver.

C'est ainsi que l'essentiel des échanges s'est effectué par courrier électronique et par téléphone. Les modifications et assemblages des parties de l'appel d'offres ont été faits par la circulation des documents entre les personnes impliquées. Pendant sa préparation, le document a circulé entre les services des approvisionnements du CSSS-O et les services de l'approvisionnement du CSSS-P et a été modifié en utilisant la fonction «révision» de Microsoft WORD.

⇒ **La répartition du travail**

Le fonctionnement de l'équipe de travail a été relativement simple : Le service des approvisionnements du CSSS-O s'est occupé de tout l'aspect administratif de l'appel d'offres, tandis que chaque direction technique des deux CSSS concernés s'est chargée de monter le devis technique des besoins. Ces devis techniques ont simplement été intégrés dans l'appel d'offres. L'équipe des approvisionnements du CSSS-O a été mandatée dans ce regroupement d'achats. Elle a pris la gestion du processus tout entier, dans la mesure où toutes les personnes référents mentionnées sur l'appel d'offres dépendaient du CSSS-O. En effet, quitte à ce que les interrogations soient ensuite transférées aux ingénieurs ou autres ressources dans les organisations concernées, toute question était d'abord adressée aux personnes-ressources du service des approvisionnements du CSSS-O.

5.4.5. Relation de confiance

Dans le cadre de ce dossier, le responsable des achats du CSSS-O nous disait n'avoir pas perçu de blocage dans les discussions avec ses confrères. La fluidité des échanges et la collaboration très étroite permettaient une évolution harmonieuse dans le travail d'équipe, ce qui était très encourageant soulignait le chef des approvisionnements du CSSS-P.

Il n'y a certes pas eu de rencontres inter-organisationnelles mais les discussions téléphoniques entre confrères et les interminables débats intra-organisations sur les questions soulignées ci-dessus concernant le statut de l'appel d'offres témoignaient de l'intérêt et de l'implication de toutes les personnes participant au regroupement.

5.4.6. Auto-évaluation de ce regroupement d'achats

La satisfaction du responsable des achats du CSSS-O est mitigée. Si dans l'ensemble, il est satisfait de ce regroupement d'achats pour le contrat de câblage réseau, il ne fait pas partie des inconditionnels de l'achat regroupé. Même si le CSSS-O n'a pas obtenu d'avantages ou de gains significatifs (en terme pécuniaire et autres) qui auraient rendu ce regroupement particulièrement intéressant, son gestionnaire en est satisfait à cause des différentes discussions inter-organisationnelles qui ont apporté de la valeur ajoutée au processus. De manière générale, au CSSS-O on souhaite les achats regroupés (indifféremment par le biais de la corporation d'achats ou hors groupe d'achats), mais à la seule condition que les calendriers et échéanciers soient clairs et respectés. Le service des approvisionnements du CSSS-O se dit toujours intéressé pour se regrouper mais la lenteur des mises en place et de l'avancement des dossiers ne l'encourage pas toujours à se joindre à d'autres pour des appels d'offres.

Par contre, la satisfaction du CSSS-P pour ce regroupement a été, elle, très claire : «Ça a été un win-win pour nous deux : pour O et P. On a eu des bons prix, on a eu un bon fournisseur qualifié, on a un contrat en règle avec la loi et la réglementation», disait le chef des approvisionnements du CSSS-P.

À la question de savoir si ces derniers passeraient à nouveau par ce type d'achat à l'avenir, la réponse reste très mitigée pour O, qui a une certaine réticence à refaire ce type de processus d'achat. Le CSSS-P est prêt lui, à refaire un tel regroupement. Pour preuve, au moment de l'interview, une réflexion était menée pour un

regroupement d'achats pour des appareils vidéo avec sept établissements de la région du CSSS.

D'autre part, cet achat n'a pas été confié à la corporation parce qu'elle ne l'aurait pas accepté, ne gérant pas le type de produit (appel d'offres de construction) de cet achat, selon les chefs d'approvisionnement.

5.5. Contrat-E portant sur le service de maintenance des systèmes et applications de téléphonie

Établissements	Gestionnaires impliqués	Mandataire	Rencontré
Centre universitaire Q	Agent des approvisionnements	X	✓
	Chef du service des réseaux		✓
Centre universitaire R	Chef du service des Réseaux		✓
	Agent des approvisionnements		✓
Firme de consultant	Consultant		

Tableau 12 - Participants au regroupement du Contrat-E

Deux centres universitaires de la même région ont décidé à la fin de l'année 2009 de se réunir pour négocier ensemble un contrat concernant l'entretien de leur service de téléphonie respectif. Le parc téléphonique des deux établissements représente dix huit mille lignes téléphoniques dont huit mille pour le centre universitaires Q et dix mille pour le centre universitaire R. Le contrat à négocier était destiné à confier, au futur adjudicataire, la responsabilité aussi bien de «l'approvisionnement en équipements, services et ressources professionnelles que de la maintenance préventive et corrective des systèmes téléphoniques, des systèmes de messagerie vocale, de la partie logicielle des serveurs des centres et des autres équipements connexes»¹¹⁰. L'enjeu de cet appel d'offres était de savoir «si demain le téléphone

¹¹⁰ Appel d'offres 99-999-99 Entretien des systèmes de téléphonies pour le centre universitaire Q et centre universitaire R, page 14.

ne fonctionne pas dans un des hôpitaux des centres universitaires, qu'est ce qui se passe?» résumait le gestionnaire des approvisionnements du Centre universitaire Q. Dans cet appel d'offres et dans les soumissions, il était impératif de tout prévoir. Le poids monétaire de ce contrat était de 12 millions de dollars (6,2 M\$ pour le centre Q et de 6 M\$ pour le centre R).

Tout au long de ce cas, nous examinerons le processus d'acquisition de ce service, plus particulièrement nous porterons notre attention sur le phénomène du regroupement (hors groupe d'achats) et sur le processus d'achat pour savoir si au travers de leur description, nous pouvons entrevoir le début d'une réponse à la question de savoir quelles sont les raisons qui conduisent au choix d'un processus d'achat en commun par un regroupement informel.

C'est ainsi que nous examinerons tout d'abord le processus de regroupement d'achats qui nous permettra de connaître la nature du partenariat de ce regroupement. Nous verrons par la suite comment le processus d'achat s'est mis en place et déroulé. Ensuite, nous présenterons comment se sont fait les échanges d'informations entre les partenaires et quels ont été leurs moyens de communications. Enfin, nous allons considérer, selon le point de vue des participants, la qualité de la relation de confiance entre les regroupés et les résultats de ce regroupement.

5.5.1. Le processus de regroupement

En octobre 2009, les centres Q et R avaient un même gestionnaire et directeur des opérations. Il était responsable entre autres de la gestion des services téléphoniques et informatiques du centre Q et R. Ce dernier a été informé que le contrat d'entretien des systèmes téléphoniques du centre Q était échu, tandis que ce même contrat allait arriver à échéance pour le centre R. Le gestionnaire a alors exigé que non seulement les négociations pour le renouvellement desdits contrats se fassent les deux entités ensemble, mais en plus que cela soit fait dans le cadre du même

processus d'appel d'offres. Il a clairement fait comprendre aux services des approvisionnements des deux entités qu'il ne souhaitait pas voir gérer deux appels d'offres séparés pour ce dossier.

Le contrat d'entretien des systèmes téléphoniques était déjà échu pour le centre Q, mais il restait encore quelques mois au contrat du centre R avant qu'il prenne fin lui aussi. Le fournisseur des deux centres était Bell Canada. Afin de pouvoir faire coïncider les deux dates de renouvellement et «forcer» une renégociation simultanée des contrats, il a fallu obtenir une dérogation de la direction générale du centre Q qui a permis de prolonger la durée des deux contrats de six mois. Les centres Q et R ont ainsi pu avoir de manière concrète, une même date de fin du contrat et pouvaient donc envisager les mêmes calendriers de renouvellement.

L'initiative du regroupement provient ici du gestionnaire des deux entités. D'autre part, le fait que les deux chefs des services des télécommunications (du centre Q et du centre R) se connaissaient a été un point supplémentaire aidant au regroupement. Ces derniers ont en effet contribué à l'unification des deux établissements dans le dossier de plateforme de télécommunications. En plus, la plateforme technologique sur laquelle voulait migrer le centre Q était la même que celle sur laquelle le centre R avait choisi de migrer aussi. Cet autre point renforçait les affinités et le besoin de collaboration dans un appel d'offres commun.

Dès lors que la décision a été prise «d'en haut», une approche s'est faite entre les agents des approvisionnements du centre Q et du centre R. Dès octobre 2009, une firme de consultant a été embauchée pour aider au volet technique. Le processus d'acquisition proprement dit pouvait commencer.

5.5.2. La nature du partenariat entre les participants

Dans ce cas, le regroupement d'achats «hors groupe d'achats» s'est fait sur la demande expresse du gestionnaire cadre-supérieur chapeautant deux centres universitaires. Les agents des approvisionnements des deux différentes entités n'ont

fait que suivre les directives et procéder au renouvellement du contrat de service qu'ils auraient de toute façon renouvelé individuellement «chacun de son bord», si l'exigence de contrat unique et commun n'avait pas été formulée.

5.5.3. Le processus d'achat¹¹¹

Les centres Q et R travaillent souvent ensemble sur des dossiers d'acquisition. À tour de rôle, une des organisations devient le pilote principal («le leader») du dossier à négocier. Le centre R venait de finir le traitement d'un dossier commun sur le renouvellement du contrat sur la dictée numérique pour les deux organisations. Dans ce cycle du «balancier», c'était au tour du centre Q de prendre la tête d'un projet de regroupement d'achats hors groupe d'achats. C'est ainsi que la haute direction a décidé que le Centre Q piloterait administrativement et commercialement ce projet de renouvellement du contrat d'entretien des systèmes de téléphonie pour le centre Q et R. L'équipe de travail s'est organisée afin de produire un appel d'offres, grâce à des échanges d'informations et de documents entre les membres du regroupement. Elle a publié son appel d'appel sur le babillard électronique du ministère de la santé (SEAO) à la fin de janvier 2011 pour aboutir à une adjudication à la fin de mars. L'équipe de travail proprement dite était constituée tel qu'indiqué au tableau 12.

⇒ Le travail en équipe

Avant la constitution de la nouvelle équipe de travail, il y avait déjà eu environ six mois de travail sur le devis technique. Mais le résultat de l'appel d'offres n'a pas été concluant comme nous le verrons dans «la publication de l'appel d'offres». La nouvelle équipe de travail a décidé de travailler plutôt en commun. Il n'y a pas eu de véritable segmentation du travail ou de répartition des tâches. Quand il était temps de produire un document, de rechercher des données et la documentation

¹¹¹ Voir Annexe J - Processus d'achat du Contrat-E

nécessaire à l'élaboration de ce document, tous travaillaient ensemble à cette production. C'est ainsi que tous les membres de l'équipe de travail étaient impliqués à toutes les étapes du travail : inventaire et recension de tous les appels d'offres existants reliés de près ou de loin à la téléphonie; inventaire de tous ce qui se faisait sur le marché concernant ce type de produit; inventaire de tout ce qui peut causer le dysfonctionnement du téléphone d'un hôpital; formulation du besoin; rédaction du devis techniques; etc.

Il a été très important pour l'équipe de se plonger dans la connaissance du marché. Cela a permis de circonscrire plus clairement le besoin, de l'ajuster et de le peaufiner. De fait, le devis technique était plus clair et plus précis lors de la deuxième version de l'appel d'offres, publiée en janvier 2011.

Le travail en équipe s'est beaucoup effectué par des rencontres physiques autour d'une table entre les personnes des deux organisations. Le consultant venait de manière sporadique : «On a beaucoup travaillé par On spot-chains¹¹² avec la personne de la firme». «Lors de nos rencontres, on revoyait toujours le processus en entier ensemble pour être sûr qu'on n'avait rien échappé», disait le gestionnaire du centre Q.

L'une des responsabilités du mandataire du regroupement était d'être le secrétaire du regroupement. Il rédigeait, compilait et ajustait les différentes parties de l'appel d'offres. Les autres membres de l'équipe (les chefs de service réseau du Centre Q et du centre R) rédigeaient le devis technique avec l'aide du consultant.

⇒ **Les spécifications du besoin et du service**

Comme mentionné plus haut, l'enjeu principal de ce dossier d'appel d'offres était de s'assurer que le service de téléphonie des deux hôpitaux fonctionne en tout temps :

¹¹² ON SPOT Chain est un système qui permet à l'opérateur d'engager et déclencher la marche des chaînes de pneu en pressant sur le bouton d'un commutateur près du tableau de bord de son véhicule, en marche-avant ou marche-arrière, afin d'améliorer la traction et le freinage dans la neige et des conditions de glace.

« On doit aussi noter que même en pleine nuit, au total plus d'une centaine d'unités de soins avec des patients sont en opération dans les deux organisations dont plusieurs salles d'opération, un centre des naissances et plus d'une trentaine d'unités de soins intensifs.

Dans les cas imprévus, le rétablissement doit être fait avec diligence et prévoir des moyens de communication alternatifs. Dans les cas d'entretien préventif, une planification efficace est requise et souvent la mise en place de mesures de contingence exhaustives est requise.

Les réseaux des clients peuvent être soumis occasionnellement à des situations d'urgence pouvant aller jusqu'à doubler les volumes d'appels transitant sur leurs systèmes. À titre d'exemple, les fusillades au Collège Dawson (2006), à l'Université Concordia (1992) et à l'École polytechnique de Montréal (1989) ont nécessité une reconfiguration rapide de certains aspects des réseaux. Certaines situations telles que la préparation à des pandémies peuvent aussi nécessiter des ajustements rapides aux services offerts.»

Source : Appel d'offres 99-999-99 - Entretien des systèmes de téléphonies pour le centre universitaire Q et centre universitaire R, page 64 et 65.

Dans cet appel d'offres, le centre Q n'a comptabilisé le besoin que de trois sites dans l'identification du besoin et le centre R, le besoin d'une dizaine de sites.

L'obligation incontournable était un service jamais interrompu. Il devait toujours être parfaitement fonctionnel sur tous les sites. D'autre part, le futur adjudicataire devait être en mesure de réagir rapidement, lors de situations exceptionnelles, de crise ou d'urgence, durant lesquelles la charge d'appels pouvait passer du simple au double.

Dans l'indication des besoins, les organisations précisent tous les projets (déménagements, agrandissements, en connaissance), et tous les imprévus auxquels elles veulent que les soumissionnaires répondent. Les deux organisations ont décrit le plus exactement et le plus exhaustivement leurs systèmes actuels, étant entendu que les propositions et offres devront être sensiblement identiques voire meilleures.

⇒ **La préparation de l'appel d'offres public**

La partie administrative de la préparation de l'appel d'offres a été gérée par le centre Q et le devis technique rédigé par les chefs de réseaux et le consultant extérieur.

⇒ **La publication de l'appel d'offres**

L'appel d'offres a été publié deux fois sur le babillard électronique SEAO. La prolongation de contrat fait par le centre Q s'achevant fin mars 2011, tout le processus devait donc être fini, le nouveau fournisseur choisi et les transferts complétés pour cette date au plus tard.

À la suite de la première ouverture de soumissions, il n'y avait qu'une soumission enregistrée répondant à l'appel d'offres. Mais grande a été la déception de tous, en ouvrant la soumission du seul soumissionnaire restant dans la course, il a été constaté que le formulaire de soumission n'avait pas été signé. Or, cette condition est obligatoire pour la recevabilité de la soumission. De fait, la soumission était entachée d'irrecevabilité. Il fallait recommencer le processus au complet.

La nouvelle équipe a retravaillé l'appel d'offres et une nouvelle publication a été faite fin janvier 2011. À la clôture, fin février, il y avait à nouveau les mêmes trois participants de la première version. Cette fois-ci, les trois fournisseurs ont tous envoyé leurs soumissions et elles étaient toutes recevables.

⇒ **L'adjudication du contrat**

Le mode d'adjudication de cet appel d'offres était le prix ajusté le plus bas. Ce mode d'adjudication implique un certain rapport qualité-prix. Il y a donc une qualité minimale exigée et un prix ajusté à cette qualité. Ce regroupement a choisi cinq (5) critères de qualité : L'envergure (25%), le niveau de service (30%), la transition (10%), le service à la clientèle (25%), le rapport (10%). Le comité de sélection était composé de la même équipe qui a travaillé à bâtir le devis. Il a effectué le

dépouillement et l'évaluation qualité des différentes soumissions. À la fin de mars 2011, la lettre d'adjudication a été envoyée au fournisseur retenu. La mise en place et la passation complète des services entre les deux compagnies devaient être réglées dès la fin mars 2011. Le centre Q a rencontré le nouveau fournisseur à la fin du mois de mai 2011, le contrat avait déjà été complètement mis en place et aucun incident majeur n'était à mentionner.

5.5.4. Les échanges et négociations entre les partenaires

Pendant le processus d'appel d'offres, les équipes de travail ont toujours privilégié les échanges d'informations par des rencontres physiques entre les participants au regroupement. Elles ont organisé plusieurs réunions de travail autour d'une table. Ces rencontres entre les personnes ressources des deux organisations brassaient en général beaucoup d'informations. Le consultant était présent de manière sporadique aux dites rencontres. Toutes les rencontres se faisaient au sein du centre Q. Pour tous les ajouts ou modifications à apporter aux documents, les participants, nous ont confié qu'il était possible de se servir de la fonction «révision» de MS-Word. Mais l'équipe de travail a opté pour que les modifications soient d'abord validées à chaque fois lors des rencontres.

Les quatre participants de l'équipe de travail ont trouvé la communication excellente. Le point de vue de chacun des membres de l'équipe était écouté, respecté et validé selon sa pertinence, confirmait le gestionnaire aux approvisionnements du centre Q.

5.5.5. La relation de confiance entre les partenaires

D'après les participants, l'équipe de travail avait l'ambition de faire un excellent appel d'offres, ce qui «portait» littéralement le groupe de travail. Il a parfois fallu la contenir, soulignait le responsable des réseaux du centre R. De ce fait et de manière unanime pour les participants, la communication et les échanges d'informations ont été excellents dans cette équipe de travail.

Les services des approvisionnements des deux centres nous parlaient avec enthousiasme de l'excellente qualité de travail qu'il y a eu entre les participants de ce regroupement. Les informations étaient partagées lors de toutes les réunions. Le mode d'échange d'informations (tables rondes auxquelles personne n'a jamais été absent, en particulier pendant le deuxième processus d'appel d'offres) a satisfait tous les participants parce qu'il leur permettait non seulement de suivre l'évolution du projet mais aussi de pouvoir y apporter chacun sa contribution.

5.5.6. Auto-évaluation par les membres du regroupement d'achats

Dans cette sous-section nous ne relaterons que les évaluations des membres du regroupement sur leur propre regroupement. Nous réserverons nos commentaires pour le chapitre consacré à l'analyse. C'est ainsi que :

- Les deux organisations sont extrêmement satisfaites de ce processus d'acquisition. Le mandataire nous confiait que l'équipe entière ne se doutait pas, et ce, jusqu'à la fin du processus, de qui remporterait ce marché. Selon, ce dernier également, les offres des soumissionnaires étaient très belles et les prix vraiment compétitifs.
- Le chef des services des réseaux du centre R nous confiait que le simple fait d'avoir réalisé l'appel d'offres (avec ou sans le centre Q) a permis une réduction des coûts du service de 50%. L'avantage de l'appel d'offres, sur ce seul point, est indéniable selon lui.
- Les membres de l'équipe, en analysant leur propre travail, estiment qu'il a été efficient et que cette efficience a été payante : elle est convaincue d'avoir réussi à avoir de belles offres et soumissions parce qu'elle a travaillé fort pour les avoir. L'équipe de travail est très satisfaite de cette collaboration entre les deux organisations.

- Gain de temps et économie de ressources : au lieu d'avoir eu à réaliser deux appels d'offres différents avec la même charge de travail par appel d'offres, les services des approvisionnements et chefs des réseaux sont conscients d'avoir gagné beaucoup de temps.
- Le centre P est particulièrement satisfait de ce contrat parce que plusieurs points ont pu être négociés et acceptés grâce au volume, dont les niveaux de service et les assurances. De plus, le fait de s'être associé avec le centre Q pour ce regroupement a donné à l'appel d'offres une envergure différente (consolidation des volumes, opportunités d'augmentation de ces volumes grâce aux futurs projets des deux centres, etc.)
- Cet achat n'a pas été confié à la corporation parce qu'encore à la date de collecte des données, la corporation d'achats de la région n'accepte aucun mandat pour ce type de produit (service de maintenance des systèmes et applications de téléphonie), n'ayant pas en son sein de compétence pour réaliser ce type d'achat.

5.6. Contrat-F portant sur l'achat de fournitures médicales et de laboratoires

Établissements	Gestionnaires impliqués	Mandataire	Rencontré
Hôpital-S	Directeur général adjoint		✓
	Chef des achats		
	Responsable de dossier médicale		
	Responsable de dossier laboratoire		
	Responsable informatique		
Hôpital-T	Adjointe au directeur des ressources financières et des partenaires économiques		✓
	Responsable des dossiers du service des approvisionnements		
Hôpital-U			Refus
Corporation des achats (Région-A)	Directrice Générale de la Région-A		✓
	Gestionnaire exclusivement dédié au dossier du regroupement pour les fournitures	X	Plus en poste

Tableau 13 - Participants au regroupement du Contrat-F

Trois grands hôpitaux d'une région de la province de Québec ont décidé de s'associer afin de réaliser un appel d'offres pour l'achat de fournitures médicales et de laboratoire. Nous examinerons en premier lieu le processus de regroupement de cet achat pour en déduire la nature du partenariat des membres. Puis nous verrons quel est le processus d'achat, pour aborder ensuite les échanges d'informations et les moyens de communications entre les partenaires. Nous terminerons en relevant la qualité de la relation de confiance qui existait entre les participants, et l'évaluation que ces derniers font de leur collaboration.

5.6.1. Le processus de regroupement

La loi L.R.Q. C65.1 relative aux contrats des organismes publics du 1^{er} Octobre 2008, donne aux établissements de santé de nouvelles responsabilités et des impératifs de rigueur substantiels. Elle énonce trois grands principes qui doivent obligatoirement

être respectés quant aux politiques des approvisionnements : La transparence des démarches de mise en concurrence; l'équité des fournisseurs en face des démarches de mise en concurrence et une reddition scrupuleuse des comptes permettant de rendre compte des démarches adoptées.

C'est ainsi que face aux impératifs de la loi, à la rigueur de ces processus, et à l'engorgement qui en découle, les directeurs d'établissements de la santé et les gestionnaires de l'approvisionnement (dont font partie les personnes interviewés de ce cas) se posent la question de savoir : «Comment va-t-on faire pour réussir nos objectifs de négociation et assumer nos nouvelles responsabilités avec les ressources que nous avons? », confiait le directeur général adjoint de l'hôpital S. D'autre part, ce directeur constatait, comme le MSSS, le faible taux d'utilisation¹¹³ de l'approvisionnement centralisé des produits médicaux et de laboratoire. Or, nous disait-il, le ministère nous explique qu'il ne peut plus se payer le luxe d'une existence sporadique des achats regroupés (cf. chapitre 2) qui à priori permettent des économies d'échelle substantielles.

C'est consécutivement à ces éléments que les responsables des approvisionnements et autres cadres supérieurs des établissements de santé, qui se rencontrent sur une base mensuelle autour d'une table pour discuter de leurs dossiers et plans d'actions, se rendent compte qu'ils font tous face à la même problématique et qu'ils se doivent de trouver une solution bénéfique à tous. Le volume des commandes et l'importance de la consommation en fournitures médicales et de laboratoire forcent la haute direction des trois grands hôpitaux à considérer davantage l'achat de groupe. En effet, l'utilisation des fournitures est si importante que leurs contrats avec leurs fournisseurs sont presque tous d'au moins trois ans et d'une valeur toujours égale ou supérieure à cent mille dollars. Cela signifie, en pratique, que la quasi-totalité de leurs contrats sera à négocier, puisque au-delà de 100 000\$ les

¹¹³ Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir ce pourcentage, mais a priori il est très faible.

barèmes imposés par la loi¹¹⁴ obligent une adjudication par appel d'offres public. La conséquence sur les services des approvisionnements est l'impact direct sur la charge de travail, qui est multipliée par autant de contrats existants et à venir. Et si l'on prend en considération les effectifs de ces établissements, cette charge de travail devient très vite difficilement «absorbable».

C'est dans ce contexte qu'a pris naissance, chez le gestionnaire de l'hôpital S, l'idée de faire «un test» de regroupement des achats de fournitures médicales et de laboratoire de l'hôpital-S sous sa direction et des hôpitaux T et U. L'idée de ce regroupement apparaît très intéressante et ne manque pas de susciter l'engouement de ses homologues directeurs. La décision n'a pas été très longue à être prise par les trois responsables qui étaient vraiment sur la même longueur d'onde : «Juste une question de coups de fil et c'était réglé» soutient le directeur de l'hôpital-S. D'autre part, les futurs participants n'ont pas jugé nécessaire de solliciter d'autres établissements pour étoffer ce regroupement. Les volumes générés par les trois établissements étaient déjà largement conséquents. Ils estimaient, en plus, qu'il y avait une certaine «urgence» à réaliser l'appel d'offres. Ils ont donc limité le regroupement au trio et se sont lancés très vite dans le processus d'achat. Pourtant, durant la réflexion, le problème du manque de personnel en interne pour réaliser un appel d'offres si important vient très vite rattraper la faisabilité de ce projet.

C'est ainsi que le gestionnaire de l'hôpital-S (le crédit lui est unanimement donné par tous les participants au regroupement) a proposé une solution pour contourner cette difficulté. Il souligne, alors, l'existence d'un organisme auxquels tous cotisent et dont tous sont membres : la corporation des achats en commun des établissements de santé de la région. On constate ici que le regroupement au départ informel (hors groupe d'achats) tend à se transformer en achat centralisé par la corporation. En effet, le directeur de l'hôpital-S développant l'explication qu'il a

¹¹⁴ Voir annexe B et C.

soumise à ses homologues nous disait que la vocation de la corporation est «de promouvoir, de développer et de gérer, pour les membres, l’approvisionnement en commun de biens et services dans le but de leur permettre de réaliser des économies»¹¹⁵. Pourquoi, dans leur cas, ne feraient-ils pas de cet organisme un allié ferme dans cette démarche d’achat de groupe en lui commettant cette mission ? La corporation d’achats pourrait être un véritable levier permettant de contourner cet obstacle de manque de personnel et de résoudre en partie cette difficulté.

De plus, faire intervenir la corporation d’achats en commun dans ce regroupement, permettrait à cette dernière d’avoir des produits médicaux supplémentaires dans la base de données provinciale des achats de groupe : «Ce serait ainsi une manière d’enrichir la base de données provinciale puisqu’on pourrait retrouver ces produits dans des appels d’offres à venir», soulignait le directeur de l’hôpital T. C’est ainsi que fort de l’appui de ses homologues et des arguments ci-dessus, le directeur de l’hôpital-S a présenté le projet à la direction générale de la corporation des achats de la région. Il y a reçu un accueil très favorable concernant sa demande et une volonté réelle de la corporation d’apporter son soutien et ses compétences dans ce projet.

La corporation trouvait effectivement son intérêt dans ce «regroupement des achats» dans le sens où elle augmenterait significativement le pourcentage de l’achat regroupé en fournitures de la région, mais en plus la base de données (BDD) en fournitures médicales et produits de laboratoires en serait décuplée. La corporation n’a pas hésité longtemps avant d’accepter de réaliser ce travail titanesque pour le compte des trois hôpitaux. «On était pas mal dans une situation gagnant-gagnant», soulignait le gestionnaire de l’hôpital T. Il n’y aurait donc dans cet appel d’offres que les trois hôpitaux et la corporation d’achats choisie comme mandataire du regroupement. Cette configuration ne devrait plus être appelée un

¹¹⁵ Rapport annuel 2009-2010 de la corporation d’achats de la région.

regroupement mais plutôt centralisation des achats. Mais nous verrons que le mode de fonctionnement de cette centralisation fait penser au mode de fonctionnement des regroupements informels avec la différence de la présence d'une corporation. La direction de la corporation des achats nous confiait avoir montré son engagement total à ce projet en commettant ferme son organisation à recruter une personne exclusivement dédiée à ce projet, ce que nous confirmait par la suite le directeur de l'hôpital T : «la corporation a même accepté d'embaucher une personne, exclusivement dédiée à ce projet».

Dès l'obtention de l'accord de la direction générale de la corporation d'achats, les trois hôpitaux ont donné officiellement leur mandat à la corporation pour procéder à l'appel d'offres public pour l'achat de leurs fournitures médicales et de laboratoire. La valeur totale du contrat à négocier était de plus de trente millions de dollars.

5.6.2. Nature du partenariat

La principale raison qui a conduit l'initiateur à proposer ce regroupement à ses confrères est la réalité des difficultés qui émergeraient si une différence d'approche n'était pas concrètement et rapidement faite concernant les achats de groupe des fournitures médicales et de laboratoire. D'autre part, il était important de commencer à s'organiser et à travailler ensemble car la nouvelle loi et les nouvelles politiques de l'Agence de la santé de la région ne tarderaient pas à rendre ces collaborations obligatoires. Pour le directeur adjoint de l'hôpital-S, ce regroupement était un test permettant de savoir ce que cela signifie s'approvisionner en commun entre entités de taille importante. Les autres participants à ce regroupement ont perçu ce regroupement de la même manière, voilà pourquoi ils ont embarqué dans le dossier. De plus, les trois participants sont des hôpitaux de la même taille et de la même importance : ils ont donc des enjeux et des problématiques similaires. C'est l'une des raisons pour laquelle, ils se sont choisis. D'autre part, ces directeurs se

côtoient dans un comité destiné aux gestionnaires du secteur de la santé pour amorcer des réflexions et orientations de ce secteur. De ce fait, ils partagent les mêmes visions et préoccupations.

5.6.3. Le processus d'achat en commun de ce regroupement

Le processus d'achat a été entièrement piloté par la corporation des achats en commun du secteur de la santé de la région. Une équipe de travail a été montée pour la réalisation de la partie administrative de l'appel d'offres et la préparation du colossal devis technique. La corporation a publié sur le babillard électronique (SEAO) l'appel d'offres, qui a été réalisé grâce un schéma d'échanges d'informations et de documents avec les membres du regroupement. Malheureusement, le processus d'achat a été abandonné étant donné les résultats très peu satisfaisants obtenus : un nombre de soumission insatisfaisant. Il n'y a donc pas eu d'adjudication.

⇒ L'équipe de travail

La corporation d'achats était certes mandatée pour s'occuper de réaliser l'achat pour le compte des trois hôpitaux mais il n'en demeure pas moins vrai que chaque établissement hospitalier était chargé de la préparation et de la transmission de toutes les données (quantités et autres documents nécessaires) pour monter le devis de l'appel d'offres. Chacun avait la responsabilité de l'extraction des données conservées dans ses bases de données. Malheureusement, tous les participants n'ont pas pu répondre à cette demande de fournir leurs données et documents, ce qui a considérablement ralenti le processus. Il y avait une équipe de travail à la corporation et des équipes de travail dans les hôpitaux affectées à ce dossier. L'hôpital-S a dédié quatre personnes à ce dossier, l'hôpital-T, deux personnes et l'hôpital-U n'avait pas réellement dédié une personne sur le projet. La corporation, quant à elle, s'est occupée de tout l'aspect administratif de l'appel d'offres. Malgré cela le devis, qui comptait près de 10000 produits a pu être élaboré et incorporé dans l'appel d'offres.

⇒ **Les produits médicaux et de laboratoires de cet appel d'offres**

D'après un responsable des approvisionnements, les produits médicaux habituellement mandatés à la corporation sont des produits de première commodité, des produits assez basiques. D'où le très faible pourcentage d'achat de ces produits médicaux par la corporation. D'un autre côté, les produits hyperspécialisés qui sont en lien direct avec les pratiques médicales de chaque établissement sont traités en interne par chaque hôpital. Mais, il existe une multitude de produits entre-deux¹¹⁶, avec des consommations plus ou moins importantes. Le constat de la corporation, des directeurs d'établissements et du MSSS est que ces produits ne sont non seulement pas mandatés à la corporation mais en plus ils ne sont pas souvent négociés sous contrat, alors que la nouvelle loi l'exige.

Ces produits «entre deux» sont très nombreux et les négocier un par un serait fastidieux voire impossible. Cela demanderait du temps, des personnes ressources, et énormément d'argent. On parle de près de 10 000 produits. C'est ainsi que l'objectif de l'appel d'offres de ce groupement était de mettre sous contrat tout ces produits (fournitures médicales et produits de laboratoire).

⇒ **Préparation de l'appel d'offres public**

La partie administrative de la préparation de l'appel d'offres a été confié à la corporation d'achats de la région. Tandis qu'elle s'est occupée de cette partie de l'appel d'offres, les personnes-ressources au sein des organisations se sont occupés de la réalisation des devis techniques qui devaient par la suite être incorporés dans l'appel d'offres public. Bien que ce soit un document public, nous n'avons pas pu entrer en possession du document d'appel d'offres en entier.

¹¹⁶ Le produit entre le très basique et l'hyperspécialisé.

⇒ **La publication de l'appel d'offres**

L'appel d'offres de ce regroupement d'achats a pu être publié sur le babillard SEAO (système électronique d'appel d'offres) au printemps 2010 (première moitié du mois de Juin 2010).

⇒ **L'adjudication du contrat**

Le mode de contractualisation de ce regroupement était le contrat à commandes.

À la date de clôture de la réception des soumissions, il avait à peine une vingtaine de fournisseurs qui avaient déposé une soumission dûment enregistrée. Il aurait dû y avoir au moins le double, c'est-à-dire au moins le nombre actuel de fournisseurs des produits en appel d'offres, trente sept. Ce fut la grande déception de cet appel d'offres. «C'était lamentable, un vrai fiasco» concluait le gestionnaire de l'hôpital S.

Les gestionnaires des trois hôpitaux devaient rapidement prendre une décision à savoir s'il était judicieux, oui ou non, de poursuivre le processus d'appel d'offres. Afin de pouvoir prendre cette décision, il était nécessaire de comprendre aussi rapidement que possible, le pourquoi de ces absences de réponses. Pourquoi ce peu de soumissions enregistrées? Leur décision devait être éclairée par la compréhension des causes de cette situation, car même les fournisseurs habituels des trois établissements n'avaient pas soumissionné sur leurs propres produits... Tout simplement incompréhensible.

La principale cause a été très rapidement circonscrite : les fournisseurs n'ont en effet pas soumissionné non pas parce qu'ils ne souhaitaient pas soumissionner, mais tout simplement parce qu'ils n'ont pas reconnu leur propres fournitures dans les devis techniques de l'appel d'offres. Les descriptions des produits souhaités étaient si générales et si vagues que personne, y compris les fournisseurs des produits concernés, ne savait de quoi il s'agissait. Plusieurs détails techniques, qui auraient permis de savoir de quoi il était question, manquaient dans l'appel d'offres. Ainsi,

très peu de fournisseurs se sont lancés dans le processus de répondre à cet appel d'offres.

Au vu de ces résultats, les commanditaires de l'appel d'offres ont décidé de mettre un terme à la procédure et ont décidé de reprendre cet appel d'offres après avoir tiré toutes les leçons de cet «échec».

5.6.4. Relation de confiance entre les partenaires

Selon l'avis unanime, le travail d'équipe et la collaboration entre les partenaires se sont toujours fait dans une grande entente. Toutes les décisions se sont toujours prises autour de la table avec tous les acteurs présents. Il n'y avait pas un participant qui imposait une manière de fonctionner au regroupement. Toutes les décisions ont toujours été prises à l'unanimité. La corporation d'achats n'était pas considérée comme un simple exécutant mais son écoute et sa prise en considération des exigences des participants étaient la pierre angulaire qui garantissait la stabilité de tout le processus de regroupement. La relation particulière qui s'est créé entre la corporation et les hôpitaux a été très appréciée et bénéfique pour le déroulement de ce «regroupement», mentionnait unanimement les directeurs des hôpitaux.

5.6.5. Les échanges d'informations pendant le processus

Pendant le processus d'appel d'offres, les échanges d'informations ont essentiellement été effectués par courrier électronique et par téléphone entre les participants au regroupement. Plusieurs réunions de travail ont tout de même été organisées dans les locaux de la corporation des achats en commun, réunions pendant lesquelles les différentes difficultés de réalisation ont été abordées et des débuts de solutions trouvés. Le très court laps de temps imparti pour la réalisation de cet appel d'offres a néanmoins dicté le mode de transmission des informations. Somme toute, le mode le plus rapide et le plus efficace de partage des informations a été le courrier électronique.

Malheureusement, il nous a été difficile d'avoir un relevé précis des types d'informations et de renseignements transmis ni des différents ajustements intervenus dans la construction de l'appel d'offres. Une des raisons de cela étant que la personne la plus à même de nous en parler (la gestionnaire de la corporation des achats ayant été embauchée et dédiée au dossier) ne faisait plus partie de la structure au moment de notre collecte de données.

5.6.6. Auto-évaluation par les membres du regroupement d'achats

La satisfaction des différents responsables impliqués dans cet appel d'offres est à multiples paliers. Même si l'appel d'offres n'a pas fonctionné pour aboutir à une adjudication en bonne et due forme, «cette expérience a été riche d'apprentissage et forts de ceux-ci nous repartirons à nouveau pour le même appel d'offres très bientôt» nous confiait le directeur de l'hôpital S. Si dans l'ensemble, tous en retire une certaine satisfaction, à y regarder de plus près il y a certains points qui peuvent être relevés pour amélioration :

Points positifs

- ✓ L'ouverture et l'accueil de la corporation des achats en commun par rapport à cette demande spécifique des établissements : «Ce que j'ai beaucoup apprécié, c'est l'ouverture de la corporation face à notre demande. Ça a été très rapide à nous dire : Oui, j'embarque.» disait le directeur de l'hôpital S. Cette attitude de la corporation est très encourageante parce que cela nous permet, à nous établissements, de sentir comme un allié dans le groupe d'achats.
- ✓ L'un des objectifs de la corporation d'achats de la région est d'effectuer plus de négociations dans les fournitures médicales et chirurgicales et d'augmenter le volume d'achat négocié. Cet objectif vient du fait que cette portion d'achats regroupés est celle qui est le moins négociée. Par ce fait, ce regroupement avait

l'avantage non pas d'augmenter instantanément les volumes d'achats de la corporation d'achats, mais d'étoffer la liste provinciale des produits médicaux qui pourront désormais être négociés par la corporation d'achats en commun. L'opportunité était donc à saisir, et cet argument a été développé par les participants au regroupement pour convaincre la corporation d'embarquer dans le projet.

- ✓ Ce regroupement pour les fournitures médicales et de laboratoire créait un précédent pour ce type de regroupement dans la région.
- ✓ Ce regroupement permettait aux hôpitaux de s'entraîner à travailler vraiment ensemble : «ça a permis de se pratiquer, parce qu'on ne sait pas quand exactement le train arrivera, mais on sait qu'il est déjà parti de Québec», disait un gestionnaire interviewé. Il parlait du projet de loi n° 16 (cf. Chapitre 2). La directrice de l'hôpital-T renchérisait en disant : «On était donc mieux de se pratiquer par avance».
- ✓ Cet essai a permis de se faire confiance: «Quand tu veux faire travailler du monde ensemble, il faut que le monde se fasse confiance. Il faut qu'on mette les vrais enjeux sur la table. Et ça ce n'est pas nécessairement naturel.», disait la gestionnaire de l'hôpital T. «Juste de se dire entre nous, on se connaît mieux, on se comprend et on va peut-être aller plus loin avec le prochain addenda, c'est un grand pas en avant.» soulignait le gestionnaire de l'hôpital S.
- ✓ Cet appel d'offres a aussi permis une meilleure compréhension des fournisseurs et un clair repérage des informations essentielles aux fournisseurs.
- ✓ Cette tentative a fait naître une adhésion plus vivante et réelle des participants au principe de l'achat regroupé des fournitures médicales piloté par la corporation d'achats.

Points à améliorer :

- ✓ Une des causes principales de l'échec de l'adjudication est le fait que les fournisseurs n'ont pas reconnu les produits sur lesquels ils devaient soumissionner. Résultat, ils n'ont pas fait d'offres. Il y a eu un manque de clarté et de segmentation dans l'appel d'offres. Celui-ci était trop vaste dans la mesure où il englobait beaucoup trop de produits disparates en un seul document. C'était «un méli-mélo, un ensemble de produits donnés en vrac», pas aisément traitable pour les soumissionnaires, soulignait le gestionnaire de l'hôpital S.
- ✓ Donner plus d'informations aux fournisseurs au sujet des produits recherchés afin qu'ils puissent mieux les reconnaître et ainsi mieux préparer leur offres.
- ✓ Aviser les fournisseurs actuels qui n'ont pas l'habitude d'être mis en concurrence lorsque l'appel d'offres sera publié afin d'avoir un meilleur taux de participation et de réponse (de soumissions enregistrées).
- ✓ Continuer de sensibiliser la corporation sur les demandes des hôpitaux concernant les produits médicaux et de laboratoires : «On ne change pas de marques d'un produit médical comme on change de marque de sacs poubelle» disait la gestionnaire de l'hôpital-T. Ce n'est pas seulement le produit le moins cher qui doit être pris en compte, comme on pourrait le penser à la corporation. Les établissements ont vraiment perçu que la corporation a réalisé cette problématique dans le cadre de ce dossier. Cet apprentissage devrait se poursuivre parce qu'il est d'une valeur très importante. En effet, les utilisateurs se sentent entendus et non pas simplement des pions à qui l'on impose des produits parce qu'ils permettent de réaliser des économies sur le volume. La corporation a d'autant plus «épousé» ce dernier point que sa direction soulignait, lors de notre entretien,

les implications de la Loi Médicale¹¹⁷ en termes d’approvisionnement. En effet, l’article 31 donne une liberté de choix thérapeutique aux clients (médecins). Mais alors naîtra un débat sur le type de cohabitation qu’il est alors censé y avoir entre la Loi sur les contrats des organismes publics et la Loi Médicale. Mais cela est un autre sujet.

Engagement à la suite de cet appel d’offres manqué :

Le regroupement a pris plusieurs décisions à la suite de l’échec de cet appel d’offres, qui pour les participants ne signifie absolument pas un échec du regroupement. Ils ont décidé de :

- ✓ recommencer l’appel d’offres dans la même configuration, c’est-à-dire géré par le groupe d’achats.
- ✓ garder les mêmes volumes et le même poids de l’appel d’offres
- ✓ réorganiser différemment le nouvel appel d’offres, par exemple par spécialité médicale.
- ✓ d’y aller étape après étape et de prendre le temps qu’il faut pour assurer le succès du nouveau processus. Le leitmotiv est «ne pas se presser».

5.7. Contrat-G portant sur les services d’entretien et de réparation d’appareils pour endoscopie

Établissements	Gestionnaires impliqués	Mandataire	Rencontré
CSSS-V	Coordonnatrice des achats	X	✓
CSSS-W	Agent des approvisionnements		✓
CSSS-X	Agent des approvisionnements		✓
CSSS-Y	Agent des approvisionnements		En vacances

Tableau 14 - Participants au regroupement du Contrat-G

¹¹⁷ L.R.Q., chapitre M-9 - LOI MÉDICALE.

À cause de son éloignement géographique, on aurait pu penser que les établissements de santé de la région concernée (R-1) seraient de grands utilisateurs de regroupements informels d'achat mais la réalité nous montre que c'est une idée fautive : les personnes interviewées ont eu beaucoup de difficultés à trouver un exemple d'achat de ce type à nous présenter. En effet, la plupart du temps dans cette région, pour tout processus d'achats dans lequel il y a au moins deux organisations requérantes, les établissements se regroupent avec leur corporation des achats.

La coordonnatrice des achats du CSSS-V soulignait à ce titre que la région (R-1) est très réputée, partout au Québec, pour sa très grande collaboration entre les établissements. Il est en effet : «Très ancré, profondément ancré que dès qu'on a un besoin, qu'on voit que c'est aussi utilisé dans les autres établissements, nous avons ancrée le réflexe chez nous de tout de suite le donner à la corporation d'achats régionale (CA)¹¹⁸. Chez nous la CA est très présente depuis des années, on travaille vraiment en synergie. Ce qui fait qu'on n'a pas vraiment de dossier qu'on a fait sans la CA.», selon la coordonnatrice des achats du CSSS-V.

Les autres agents de l'approvisionnement de la région interviewés disent beaucoup travailler en collaboration avec la CA. C'est ainsi que la nouvelle configuration des corporations des achats groupés dans le secteur de la santé de la province de Québec a permis d'initier une réflexion et de développer dans la région un modèle d'achat qui sera mis en place de manière systématique dans les mois à venir : Il s'agit du processus de «virtualisation». La coordonnatrice des achats du CSSS-V décrit ce processus comme suit : «On veut virtuellement, chacun assis dans nos bureaux, faire des appels d'offres pour nos autres collègues. Parfois on passera par la CA, parfois on va dire moi je lève la main, parce que je me sens plus spécialisé, plus apte que n'importe qui pour pouvoir faire ce porte-folio là, alors je vais le faire

¹¹⁸ Nous utiliserons l'acronyme CA pour désigner la corporation d'achats régionale.

mais au nom de la région. Ça (ce dossier) peut être piloté par quelqu'un du CSSS-V ou d'un autre établissement mais quand même sous l'effigie de la CA ».

En d'autres termes, le passage par la CA qui est déjà considéré pour cette région comme un passage incontournable, deviendra un passage systématique pour les achats en commun directement¹¹⁹ ou indirectement¹²⁰ confiés à la CA via un approvisionneur spécialisé dans un établissement qui travaillera pour le compte du CA : «C'est rendu que notre corporation d'achats, on l'a comme un peu «extensionnée» au sein des établissements. On fait partie de la même équipe, on travaille tous ensemble, on y va par spécialité puis par plus-value de chacun des approvisionneurs. Mais quand on va négocier quelque chose, on va essayer de donner un numéro d'appel d'offres CA», nous expliquait la coordonnatrice de l'approvisionnement du CSSS-V. Ce processus de virtualisation des achats est en plein essor dans la région afin d'être proactif et de mettre en place un modèle qui aiderait à réaliser les objectifs du MSSS et afin de devancer la nouvelle organisation des corporations des achats, qui devra se mettre en place en 2012. Selon la même coordonnatrice du CSSS-V, cette nouvelle forme d'achat par processus «virtualisé» est bien accueillie dans la région, qui a officiellement décidé de monter tous ces appels d'offres de cette manière. Il y a donc une multitude de dossiers à venir sous cette forme là, disait l'agent à l'approvisionnement du CSSS-W.

C'est ainsi que le cas que nous examinerons ci-dessous portera sur la négociation en cours du contrat d'entretien et de réparation des appareils pour endoscopie qui implique à priori quatre CSSS de la région (R-1), le cinquième CSSS de cette région n'utilise pas d'appareils d'endoscopie.

Au moment de la collecte des données en juillet 2011, ce dossier en était à ses débuts. Nous ne relaterons ainsi dans ce cas, que ce qui est déjà complété et

¹¹⁹ Mandate directement la corporation d'achats.

¹²⁰ Mandate un approvisionneur d'un établissement de la région qui agit pour le compte et sous l'effigie de la corporation d'achat régionale (CA).

envisagerons l'avenir du dossier en fonction de ce qui nous sera dit qu'il se passera afin de «dessiner» une ébauche du portrait du modèle qui se met en place dans cette région. Nous examinerons en premier lieu le processus de prise de décision de cet achat et en déduirons la nature de partenariat des membres du regroupement. Puis nous verrons comment il est prévu que l'achat se déroule, pour aborder après les moyens et formes que prendraient les échanges d'informations. Enfin, nous verrons la relation de confiance entre les membres de ce regroupement, leurs attentes quant à ce projet et quant au modèle proprement dit de virtualisation.

5.7.1. Le processus de regroupement

Les cliniques externes et hôpitaux du CSSS-V utilisent pour leurs examens endoscopiques des appareils flexibles et rigides tels que : des gastroscopes, des urétéroscopes, des trachéoscopes, des naso-laryngoscopes, des bronchoscopes, des laparoscope, etc. Jusqu'à présent dans les établissements hospitaliers et autres cliniques externes au Québec, la tendance est de confier l'entretien et la réparation de ces appareils d'endoscopie aux fabricants d'origine des appareils, par des contrats de gré à gré : Olympus travaillera sur les scopes Olympus, Pentax travaillera sur les scopes Pentax, ainsi de suite. Or depuis quelques années, de nouveaux joueurs se présentent sur le marché et soutiennent être en mesure de fournir un service de réparation et de maintenance de tous les types d'appareils pour endoscopie. Ces joueurs ont chacun des avantages et des inconvénients, c'est aux établissements de faire le tri et le choix. D'autre part, prenant en considération les trois principes énoncés par la loi C65.1 sur les contrats publics (la transparence des démarches de mise en concurrence, l'équité des fournisseurs en face des démarches de mise en concurrence et la reddition scrupuleuse des comptes permettant de rendre compte des démarches adoptées) le CSSS-V s'est rendu compte qu'il était impossible de respecter le deuxième principe (principe d'équité entre fournisseurs) en ignorant ces nouveaux joueurs sur le marché de l'entretien d'appareils pour endoscopie et de continuer à passer des contrats de gré à gré avec les fabricants

d'origine. C'était d'autant plus vrai que les dépenses de ce poste augmentaient d'année en année pour atteindre, uniquement au CSSS-V, le montant (après une recension non exhaustive) de plus de deux cent mille dollars. Le CSSS-V a commencé à se sentir mal à l'aise de continuer à passer des contrats de gré à gré et a alors démarré des pourparlers avec ses clients internes¹²¹. Ces discussions débutèrent en décembre 2009 et se prolongèrent pendant presque un an et demi. Deux mois avant notre entrevue avec la coordonnatrice aux approvisionnements du CSSS-V, elle est revenue à la charge avec ce dossier qui n'avait toujours pas avancé. Elle a finalement obtenu l'aval de ses clients internes (cliniciens) pour partir en appel d'offres sur ce contrat.

Fort de cet aval à l'interne, le CSSS-V est allé présenter son projet aux autres chefs des approvisionnements lors d'une de leurs réunions régionales. Cette réunion s'est tenue au printemps 2011. La coordonnatrice du CSSS-V a, au terme de sa présentation, lancé une invitation à ses confrères de la rejoindre dans le dossier en lui donnant leur mandat, s'ils rencontraient la même problématique. Tous les CSSS de la région sauf un, qui lui n'a pas cette problématique, ont donné leur accord de principe pour faire partie de l'appel d'offres pour l'attribution d'un contrat d'entretien des appareils pour endoscopie. Selon le modèle développé par la région, le service des approvisionnements CSSS-V agira pour le compte de la CA et négociera cet appel d'offres dans le but de trouver le fournisseur le plus apte à réaliser les prestations d'entretiens et de réparations des appareils pour endoscopie pour les établissements de la région R-1.

Après avoir recueilli l'accord de principe des établissements autour de la table, le CSSS-V a présenté son planning prévisionnel du déroulement du processus d'achat : réaliser le devis technique selon les spécifications demandées ; préparer l'appel d'offres ainsi que la future adjudication du contrat, etc. Le processus d'achat pouvait

¹²¹ Ce dossier est très sensible et lourd parce qu'il implique des cordes assez sensibles chez les médecins spécialistes des établissements de la région.

alors commencer. Lors de notre entretien par téléconférence en juillet 2011, l'aval verbal avait été obtenu depuis seulement une semaine. La suite du processus est le descriptif de ce qui devra idéalement se passer.

5.7.2. La nature du partenariat

Les participants se réunissent dans ce regroupement pour mettre en place une synergie d'achat commune entre les établissements de la même région. En effet, ils ont matérialisé un intérêt à travailler ensemble, des enjeux communs et complémentaires, des réalités géographiques identiques pour mettre en place un instrument, le «processus de l'achat virtualisé». Si nous paraphrasons les commentaires des approvisionneurs de cette région, ce partenariat est un parmi une longue liste non encore achevée.

5.7.3. Le processus d'achat

⇒ L'équipe de travail

Bien que le CSSS-V ait son propre département biomédical, il a fait le choix de faire appel aux compétences d'un ingénieur biomédical de Québec pour réaliser conjointement le devis technique de cet appel d'offres. Parallèlement, le CA a engagé un nouvel agent en approvisionnement et a décidé avec le CSSS-V que ce dernier ferait partie de l'équipe de travail de ce dossier et aidera dans l'élaboration du devis technique. L'équipe de travail était donc composée de trois membres : la coordonnatrice des approvisionnements du CSSS-V, le consultant-ingénieur biomédicale et l'agent des approvisionnements de la CA.

Le CSSS-V aura le rôle de mandataire du regroupement d'achats et de gestionnaire principal de l'appel d'offres public. Toutefois, même si les noms de ces ressources figurent comme personnes-ressources dans le dossier, il n'en demeure pas moins vrai qu'ils agiront pour le compte de la corporation : tous les courriers seront envoyés avec l'entête et le logo de la corporation.

À la date de l'entrevue, la situation du travail était comme ci-après décrite : les trois personnes impliquées à la réalisation de la procédure d'appel d'offres avaient déjà déterminé l'échéancier et les étapes du processus. L'équipe avait rencontré quelques joueurs du marché de l'entretien des appareils d'endoscopie dans le but d'avoir le plus de renseignements possibles et de l'aide pour pouvoir bâtir efficacement et précisément le devis technique d'appel d'offres. Cet entretien permettait aussi de réaliser une analyse marché pour savoir ce qui s'y passe et qu'est ce que le marché offre en général. L'équipe était en train de préparer le document de mandat d'achat qui devait être envoyé aux établissements de la région. En effet, ces établissements doivent officiellement mandater leurs produits et volumes exacts au CSSS-V via la CA. L'équipe de travail souhaite avoir les mandats de tous les établissements participants pour la fin août 2011 afin de recenser l'ensemble des besoins de la région en termes d'entretien de ses appareils pour endoscopie. En plus dans cette demande de mandat, l'équipe de travail demande aux établissements, par ce mandat, de fournir les noms d'un ou de deux représentants cliniciens qui devront siéger sur le comité d'utilisateurs multidisciplinaire pour la région. Ce comité d'utilisateurs devra valider la liste des critères d'évaluation qualité des soumissionnaires, la pondération des critères de qualité sélectionnés, etc. il aura aussi le rôle d'évaluateur dans la notation des soumissionnaires. Le but de l'équipe de travail est de pouvoir présenter dès l'automne un échéancier précis de la procédure d'appel d'offres.

⇒ **Les devis techniques et spécifications particulières**

Le devis technique n'a pas encore été rédigé, mais l'objectif de l'équipe de travail est de présenter au début de l'automne 2011, l'ébauche du devis au comité d'évaluation.

⇒ **La préparation de l'appel d'offres public**

Le souhait du CSSS-V est de publier cet appel d'offres sur SEAO en octobre 2011. La réception des soumissions serait échelonnée pendant un mois à compter de cette date de publication pour se clôturer vers la fin novembre. La préparation de la procédure d'appel d'offres sera donc échelonnée par l'équipe de travail de sorte à rencontrer ces objectifs et impératifs dans les délais. Les discussions avec le comité d'utilisateurs et d'évaluateurs devraient se faire entre la réunion de l'automne 2011 et la publication de l'appel d'offres.

⇒ **L'adjudication du contrat**

Est prévue dans l'échéancier pour le mois de janvier 2012. Le mode d'adjudication choisi est l'adjudication au prix ajusté le plus bas. Ainsi, le soumissionnaire qui rencontre la qualité minimale demandée et qui propose le prix, ajusté en fonction de la qualité, le plus bas remportera le marché de cet appel d'offres. Tous les détails devaient encore être discutés puis validés par l'équipe de travail et le comité d'utilisateurs et d'évaluateurs. Au moment de l'entrevue, seul le mode d'adjudication était connu.

5.7.4. Les échanges et négociations entre les partenaires

Le processus de virtualisation justifiant son nom, les différents échanges se font et devront se faire de manière virtuelle : téléconférences, visioconférences, échanges d'informations et de documentation par courriels essentiellement, etc.

Il a tout de même été nécessaire de rencontrer les acteurs et quelques joueurs du marché de l'entretien et des réparations des appareils pour endoscopie. Cette rencontre était réalisée en face à face au CSSS-V. Dans le cours du processus de l'appel d'offres, probablement une autre rencontre avec ces derniers devra se faire.

L'équipe de travail de trois membres, échange certes des informations par courriels essentiellement, mais lorsque qu'elle en considère la nécessité, elle planifie aussi de se rencontrer physiquement autour d'une table au CSSS-V.

D'autre part, les réunions prévues entre l'équipe de travail, le comité d'utilisateurs et le comité d'évaluation sont des rencontres physiques qui s'effectueront dans les locaux du CSSS-V. À la date de l'entrevue avec le CSSS-V, il était déjà prévu au moins deux : celle de septembre pour la validation de l'ébauche du devis et de la liste des critères choisis puis une autre plus tard avant la publication de l'appel d'offres sur SEAO.

Le réflexe quasi naturel voire instinctif des personnes impliquées dans le processus est de partager l'information nous disait le coordonnatrice des approvisionnements du CSSS-V, tout comme c'est un réflexe profondément ancrée dans la région R-1 en général de partager toute information utile à nos confrères et collègues. Dans cette région en général, les nouvelles mesures, les documents et autres ne font pas l'objet «de droits de propriété» comme dans certaines autres régions du Québec mais les établissements s'assurent vraiment qu'un document qui peut être utile à un autre établissement lui soit communiqué. C'est ce même esprit qui guide l'échange des informations dans ce regroupement et ce travail en équipe.

5.7.5. La relation de confiance entre les partenaires

Elle est totale dans le cadre de ce regroupement. C'est la base même du modèle qui est développé dans la région. Quelle autre preuve faut-il pour cela que de mentionner que les agents de l'approvisionnement des CSSS peuvent faire un processus d'achat au nom de leur CA sans qu'aucune procédure de contrôle ne soit officiellement mise en place par ladite CA pour vérifier ce travail. On constate véritablement que le personnel de cette région a un mode de fonctionnement collaboratif avancé.

5.7.6. Conclusion partielle des participants de ce regroupement d'achat

Ce projet de «regroupement» est si important que si la région ne s'était pas lancée dans le nouveau modèle conceptuel de «virtualisation» et de centralisation totale de ses activités logistiques, il ne se serait jamais fait dans une configuration régionale. Chaque CSSS aurait dû négocier seul son appel d'offres. Ce contrat pourrait peser pour toute la région, approximativement un demi-million de dollars par année. Le pourcentage moyen d'économie sur les contrats négociés régionalement est généralement de 7%. Le CSSS-V espère grâce à ce contrat, une économie au moins égale à ce pourcentage moyen régional sur le poste de dépense «entretiens et réparations des appareils d'endoscopie».

Le cas n'étant pas achevé, on ne saurait affirmer que les différents participants sont arrivés à un consensus lors de leur négociation, mais étant donné le but¹²² et l'esprit dans lequel ce projet est mis en place, les gestionnaires des approvisionnements de la région ont du mal à imaginer un des établissements décidant de se retirer du regroupement. Cette éventualité, certes peu probable, reste possible.

La corporation d'achats n'intervient pas réellement dans ce dossier. L'agent de la corporation en immersion est une exception dans ce regroupement, mais le but de la corporation n'est pas d'envoyer ses agents dans les établissements. La mention de la corporation est faite à trois endroits dans le regroupement par la présence de leur logo à l'entête de documents : lors de la demande de mandat, lors de la publication de l'appel d'offres et lors de l'émission des contrats faite à la suite l'adjudication du contrat.

L'extension de la CA dans les établissements est vraiment palpable dans le présent cas. En effet, on est en présence de tout un processus qui sera fait pour la CA sans

¹²² «Mettre la table du projet de centralisation et de virtualisation afin que la région s'habitue au nouveau modèle décider par le Ministère (MSSS), modèle qui doit se mettre en place sous peu.», coordonnatrice des achats CSSS-V.

que ce dernier ne soit réellement impliqué dans la réalisation de l'appel d'offres. La CA restera tout de même imputable de toute la procédure et de toutes ses décisions, même si le travail aura été réalisé par le CSSS-V. D'où, à notre sens une certaine importance pour la CA dans ce modèle de valider les procédures des gestionnaires, car elle restera responsable de toutes leurs actions.

5.8. Conclusion du chapitre

Ce chapitre a présenté chacun des cas que nous avons étudiés. Comme on le voit, il y a une certaine variété dans les situations et dans les approches adoptées. À présent, nous souhaitons dans le chapitre suivant, nous consacrer à la comparaison et à l'analyse de ces cas.

CHAPITRE 6 – ANALYSE DES CAS

Dans ce mémoire, nous nous proposons de répondre à la question «Comment se déroule la centralisation des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec en dehors de la voie classique des groupes ou corporations d'achats? ». Les cas que nous avons étudiés seront maintenant analysés au regard de cette question et des sous-questions subséquentes. Pour répondre aux deux premières sous-questions (1^{er}- Comment les négociations de ce type d'achats se mettent-elles en place? 2^e- Comment se déroulent les achats réalisés par le biais de regroupements d'achats hors groupe d'achats?, les initiateurs? les critères définissant le choix des fournisseurs? les règles contractuelles d'approvisionnement suivies ? les modes de communication établie?), nous comparerons et analyserons les processus de regroupement informel qui ont pris place, la nature du partenariat entre les membres du regroupement, les échanges et négociations qui ont eu lieu et les relations de confiance qui se sont établies.

Par la suite, nous nous tournerons vers notre troisième sous-question (Quand utilise-t-on une forme d'achats de groupe plutôt qu'une autre? Quels en sont les critères de choix? Quels types de produits sont concernés?), en considérant les types de contrats et de produits qui ont fait l'objet des cas.

Enfin et au regard de points de vues récoltés, nous nous essayerons de dégager une tendance du phénomène que nous étudions, qui est l'objet de notre sous-question quatre (Assiste-t-on à la naissance d'une forme alternative (modèles émergents) de centralisation des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec ou est-ce simplement un phénomène atypique appelé à disparaître dans un futur plus ou moins lointain?).

C'est ainsi que les cas présentés au chapitre précédent seront analysés dans ce chapitre suivant les critères ci-dessous :

- 1) Le processus de regroupement informel
- 2) La nature du partenariat entre les membres du regroupement
- 3) Les échanges et négociations entre les membres du regroupement
- 4) La relation de confiance entre les membres du regroupement
- 5) Le(s) type(s) de contrats des regroupements informels
- 6) Le(s) type(s) de produits/services des regroupements informels
- 7) La tendance du regroupement informel des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec

6.1. Analyse du processus de regroupement informel

Le processus de regroupement décrit tout au long des cas étudiés au chapitre 5 parle de la démarche qui a mené les gestionnaires à la décision de regrouper les achats avec un autre établissement hors groupe d'achats pour procéder à un achat en commun.

Avant d'effectuer une analyse croisée de ces processus dans les différents cas, nous tenons tout d'abord à clarifier un point très important que notre recherche nous a permis de découvrir : la décision de passer par un regroupement informel n'est pas toujours synonyme de rejet de la centralisation des achats par l'entremise de la corporation d'achats. En effet, dans notre cadre conceptuel nous opposons d'un côté l'achat de groupe par regroupements informels et de l'autre l'achat de groupe faits par le groupe d'achats. Cette présentation présupposait que l'établissement de santé prenait d'abord la décision de faire un achat de groupe et ensuite prenait la décision de faire cet achat de groupe par un regroupement ou par le groupe

d'achats. Ceci nous conduisait à nous demander quels étaient les éléments qui entraient en ligne de compte pour un choix en faveur de la centralisation ou en faveur du regroupement.

Or, les différents cas que nous avons étudiés nous démontrent tous une chose : le choix de réaliser l'achat par regroupement informel (ou hors groupe d'achats) n'a jamais été en opposition avec le choix de passer l'achat par le groupe d'achats. Le choix a systématiquement été : soit l'établissement réalise son achat seul, soit il s'associe avec des collègues. À titre d'exemple, nous voyons que le gestionnaire du CSSS-O du contrat D¹²³ aurait renouvelé son contrat individuellement car ce type de contrat n'aurait pas été traité par la corporation. Dans les cas des contrats A, B, C, E et même F et G dans une certaine mesure, le dilemme devant lequel les gestionnaires étaient placés n'était pas le choix entre un achat de groupe par la corporation ou un achat de groupe hors corporation. Dans les cas que nous avons étudiés, les raisons pour lesquelles la corporation est exclue du «décor» sont diverses : Pour certains, c'est parce que la corporation d'achats ne considère pas que le volume d'achat du produit à acheter soit suffisant pour qu'il vaille la peine de consolider au sein de la corporation (ex. contrat¹²⁴ A et B); pour d'autres, c'est parce que l'achat est trop complexe pour la corporation d'achats et qu'elle n'a pas en son sein les compétences pour traiter un tel contrat (ex. contrat G¹²⁵), pour d'autres encore c'est tout simplement parce que le barème de la loi prévoirait pour cet achat un autre mode d'acquisition (ex. contrat C¹²⁶).

C'est ainsi que les gestionnaires qui font du regroupement informel de leur achat ne devraient pas être automatiquement perçus comme des «anti-groupes d'achats», comme nous avons pu le penser nous-même au début de notre travail. Le phénomène de regroupement informel peut être motivé par toute autre chose que

¹²³ Contrat portant sur l'achat de service de câblage réseau.

¹²⁴ Contrat portant sur l'achat de véhicule de transport adapté.

¹²⁵ Contrat portant sur l'entretien et la réparation d'appareils d'endoscopie.

¹²⁶ Contrat portant sur l'achat d'appareils à pression.

l'opposition à la centralisation des achats. Le gestionnaire qui choisit le regroupement informel a généralement l'ambition, selon les cas étudiés, de bénéficier des avantages de la consolidation (gain de temps entre autres) qui sont les mêmes que ceux de la centralisation. Mais, sachant qu'il ne peut passer par la centralisation et qu'il devra le faire individuellement, il saisit l'opportunité qu'il a de pouvoir passer par cette forme nouvelle qu'est le regroupement et ainsi d'en tirer parti. C'est le cas pour le contrat A et le contrat B dans leur région respective. Il est à noter que dans d'autres régions, ces contrats A et B auraient été négociés par les corporations d'achats parce que ces dernières acceptent de négocier les achats de véhicules de transport adapté. Mais, il est des cas, par exemple pour le contrat E, où les gestionnaires auraient pu passer par la corporation d'achats depuis des années déjà mais ont toujours, soit par habitude ou pour tout autre raison, réalisé leurs achats eux-mêmes. Dans ce cas, le passage vers des achats par le groupe d'achats serait plus un changement de mentalité des établissements alors que dans les cas précédents, ce serait plutôt un changement de mentalité chez les corporations d'achats.

Cette précision étant faite, qu'en est-il de l'analyse du processus du regroupement informel? On constate dans tous les cas que nous avons étudiés que le processus se met toujours en place dans le cadre restreint de la sphère d'influence de l'initiateur. En effet, l'initiateur du regroupement influence sa sphère immédiate de relations. Il souhaite idéalement travailler et s'associer avec des collègues ayant des choses en commun avec lui (comme nous le verrons dans l'analyse de la nature de partenariat). Les cas A, B, D, F le témoignent.

Les initiateurs de regroupements sont presque toujours des personnes ayant autorité ou étant reconnues comme plus expertes. Cette caractéristique de l'initiateur est vérifiée dans tous les cas développés.

Par contre, les contextes de prise de décision sont aussi divers que les contrats. Il n'y a pas de contexte type donnant naissance à un regroupement informel. Cette décision peut tout aussi bien être stratégique (cas des appareils à pression-contrat C; cas des fournitures médicales-contrat F) qu'opérationnelle (achat de véhicule de transport adapté-contrat A et B ou autres).

D'autre part, les négociations concernant l'adhésion d'un participant et les accords de participation à un regroupement d'achats hors groupe d'achats se font toujours de manière informelle. Ce sont généralement par le biais d'appels téléphoniques ou d'échanges de courriers électroniques que les accords sont échangés. Le mandataire est désigné par consensus et les décisions sont généralement collectives.

Le processus de regroupement est généralement souhaité par les futurs participants à la négociation. Ceux-ci en général se choisissent mutuellement (ex. contrat A, B, D, F, G). Mais cette règle n'est pas toujours vérifiée. En effet, le processus dans le contrat C ou le contrat F sont totalement atypiques. Dans ces cas, la décision est venue de la sphère supérieure pour «s'imposer» aux services de l'approvisionnement. Ces derniers n'ont d'ailleurs pas été impliqués dans le processus décisionnel. Ils ont été informés de l'existence du regroupement et du fait qu'ils travaillent ensemble. Dans le cadre du contrat C, un autre extrême, très rare dans le processus de regroupement informel des achats, a été franchi. Les participants au niveau opérationnel n'ont même pas été avisés de la décision. Les participants ont appris à la fin du processus qu'ils étaient engagés. On pourrait légitimement se poser la question de savoir si dans les cas des contrats C et F on est

encore dans un processus de regroupement informel. La délimitation est ici difficile à faire.

Le cas hybride du regroupement-centralisation pour l'achat de fournitures médicales et produits de laboratoire (contrat F) est intéressant non seulement parce que les trois hôpitaux ont décidé de confier leur achat à l'achat de groupe, mais aussi parce que la raison qui les a motivés à se réunir apparaît très atypique. En somme, les gestionnaires ont senti «le vent venir dans une direction» et ont pris les devants afin de s'acclimater et de préparer leur organisation à la façon de travailler à venir. Une amorce de changement de mentalité et d'habitude est en réalité faite par ce processus.

D'autre part, ce qui revient systématiquement dans les regroupements informels des achats est le fait de se réunir avec des personnes avec qui on a des affinités. La décision de «se regrouper» est souvent très liée avec la décision de «se regrouper avec quelqu'un». On le constate dans les cas A, B, D, F, G. Même quand la décision et le choix de se regrouper avec ce ou ces participants n'est pas venue des participants eux-mêmes mais d'une autorité hiérarchique comme dans les cas C et E, nous voyons que les participants recherchent un moyen d'approuver ce choix et d'être co-auteurs de ce choix. La directrice de l'établissement a souhaité ainsi associer son chef des approvisionnements à son choix dans le contrat C, et les chefs de réseaux ont expliqué l'excellence de leur travail en commun dans le contrat E par le fait qu'ils se connaissaient déjà avant de travailler sur le projet. Donc une affinité et un choix personnel des participants auraient influencé la qualité du regroupement.

Au regard des cas que nous avons étudiés, nous pouvons dire que la décision de se regrouper de manière informelle pour réaliser un achat de groupe est prise lorsqu'il y a des possibilités d'obtenir des avantages de la centralisation alors que le contrat en jeu n'est en principe pas éligible à la centralisation au sein de la corporation. Tous les cas nous le démontrent, sauf le cas F qui finalement a été accepté par la corporation et dont la négociation est passée du statut de regroupement informel d'achat à celui d'achat de groupe négocié par la corporation des achats.

Cette section nous a permis de répondre en partie aux questions de savoir quand apparaît le processus de regroupement hors groupe d'achats et quand l'utilise-t-on. Le gestionnaire du CSSS-E dans le contrat B nous disait qu'autant les regroupements informels ont leur place dans le cadre des achats de groupe, autant les achats négociés en groupe ont leur place. En effet, une plus grande cohésion du groupe est obtenue après un choix libre de son ou ses «co-équipiers» d'achat. Cela permet d'arriver plus facilement à des consensus lors des ajustements et discussions pendant le processus d'achat. C'est ainsi que dans le déroulement d'un regroupement d'achats hors groupe d'achats, la phase qui consiste en la prise de décision de se regrouper (que nous venons de voir) est très importante. On peut la considérer comme le côté «pile» de la pièce. La décision aussi importante du choix de ses co-équipiers (nature du partenariat) peut être considérée comme le côté «face» de la même pièce. En effet, on se regroupe, oui, mais avec qui?

6.2. Analyse de la nature du partenariat entre les participants

Les différents cas développés nous présentent une diversité dans la nature de partenariat. Par nature de partenariat, on entend la nature de la relation qui nous lie

avec notre co-équipier. Cette relation de partenariat se détecte généralement dans la raison qui a conduit les partenaires à s'associer : est-ce pour pouvoir partager des connaissances, par affinité idéologique ou de formation, par proximité géographique, etc. est-ce par volonté de créer une nouvelle synergie? Est-ce que parce que les partenaires ont les mêmes enjeux ?

Dans les cas que nous avons étudiés, les raisons de partenariat sont diverses :

- ⇒ Contrat A : la compétence des collègues choisis fait qu'il est possible de partager des tâches avec eux et d'en retirer un bénéfice en argent ou autre, immédiatement ou dans le futur.

- ⇒ Contrat B : le partage de compétences, de vision et de valeurs. Les coparticipants sont en plus dans une zone géographique avoisinante qui leur permet d'avoir assez de liens pour se comprendre lors de leur travail. L'indépendance des coparticipants est aussi importante que le désir de travailler ensemble, ce qui nous fait croire que la scission du groupe n'est jamais bien loin en cas de divergences. Un autre exemple constaté avec les mêmes acteurs mais non documenté ici nous conduit à ce point de vue.

- ⇒ Contrat C : le lien de ce regroupement est la volonté de donner un signal. On n'envisage aucun gain pécuniaire, ni de partage d'une tâche très importante. Il s'agit simplement d'une décision stratégique.

- ⇒ Contrat D : la nature du partenariat est une affinité de formation entre les ingénieurs des deux centres, qui se connaissent dans le cadre d'une activité de réseautage. Mais il y a aussi une proximité géographique qui facilite la dynamique commune. Cette proximité géographique traverse même les barrières des régions d'appartenance des établissements, en ce qui concerne la collaboration des chefs approvisionnements de ce regroupement.

- ⇒ Contrat E : la nature du partenariat est l'existence d'une haute direction commune et d'une décision hiérarchique à respecter. Les affinités et autres liens entre les négociateurs ont été créés après la formation du regroupement.

- ⇒ Contrat F : ce contrat nous montre un partenariat pour partage d'enjeux voire de mise en place d'une synergie d'achats. L'initiateur et les coparticipants de ce regroupement voulaient développer une nouvelle attitude de collaboration entre eux et entre la corporation, qu'ils ont intégrée à leur regroupement. Mais les décisions prises à l'intérieur sont celles d'un regroupement et non d'une centralisation, puisque chaque participant avait le quart du pouvoir de décision, contrairement à une centralisation proprement dite dans laquelle la corporation aurait eu à elle seule 100% du pouvoir de décision.

- ⇒ Contrat G : ce contrat est un excellent exemple de partage de compétences et d'association de complémentarité. Les coparticipants partagent tout d'abord la même perspective, ce qui est très important pour le modèle de regroupement – centralisation que les partenaires de ce regroupement ont

développé. En effet, pour que ce modèle, dans lequel la corporation ou unité centrale est étendue vers les établissements et les établissements travaillent pour leur compte et celui de la corporation en même temps, fonctionne, il faut absolument que tout le monde partage la même vision. C'est ainsi que le lien entre ces partenaires est le fait qu'ils partagent une vision commune.

Il pourrait y avoir d'autres bases du partenariat entre les participants, mais en général, ces bases tournent toujours autour du partage des mêmes enjeux : partage d'une proximité géographique, idéologique, générationnelle, de formation, d'une synergie particulière, d'activités complémentaires, etc.

On constate également que la nature du partenariat a presque toujours un lien avec le phénomène de réseautage. Un des gestionnaires interviewés parlait de «phénomène de type Facebook» autrement dit, on se connaît, on partage les mêmes affinités, idées, visions ou autres, alors on se regroupe. Cette réalité, si elle est confirmée par une généralisation du phénomène, comporte des risques. En effet, on pourrait assister à la naissance de clans avec tout ce que cela pourrait comporter comme avantages certes mais aussi comme difficultés. On pourrait par exemple avoir le clan des grands hôpitaux, le clan des moyens voire des faibles CSSS, etc. Par contre, ce constat fait réaliser que la clé de voute de la centralisation est l'établissement d'une relation personnelle entre les partenaires. En effet, nous constatons par les différents cas que les acheteurs valorisent cette relation entre partenaires et futurs partenaires. Ainsi, on pourrait croire qu'une manière de favoriser la centralisation, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de regroupements formels, est de donner l'occasion aux partenaires d'échanger et d'établir ce sentiment de proximité.

6.3. Analyse des échanges et négociations entre les partenaires

Dans les cas que nous avons développés, nous constatons, à l'exception d'un cas (contrat E - maintenance de système de téléphonie), que dans tous les autres cas le moyen de communication le plus utilisé est le courrier électronique. Ensuite vient l'utilisation du téléphone. Dans le contrat E uniquement, les rencontres physiques étaient le principal moyen de communication et d'échange d'informations entre les regroupés. D'autre part, seul un cas nous parle de moyens technologiques de communication autres que les deux précités. Il s'agit du cas du contrat G portant sur l'entretien et la réparation des appareils pour endoscopie. Dans ce regroupement, la visioconférence, la téléconférence et d'autres outils de nouvelles technologies sont utilisés pour communiquer entre partenaires.

En analysant aussi la qualité des échanges et leur régularité, on constate que la plupart du temps, les personnes interviewées parlent d'échanges cordiaux, de bons échanges, d'échanges respectueux et de la liberté d'exprimer son ou ses points de préoccupation. Ce dernier était souvent mentionné. En effet, le fait de pouvoir exprimer son besoin, ses préoccupations et de se savoir entendu et compris est très important pour tous les partenaires du regroupement. Tous les participants dans tous les cas étudiés en ont fait état. Dans l'ensemble des cas, il ressort que les participants ont eu le sentiment d'être sur un pied d'égalité, un sentiment d'équité (chacun pouvait s'exprimer librement) et de justice dans les ajustements qui étaient effectués après des discussions et devant des choix.

Des échanges réguliers sont également le signe d'une bonne collaboration (comme nous le verrons dans l'analyse de la relation de confiance plutard). En effet, les participants interviewés ne nous ont certes pas donné des informations sur la

quantification des échanges d'informations, mais nous confiaient que lorsqu'ils avaient besoin d'une information, ils l'obtenaient assez rapidement de la part de leurs partenaires. Le seul exemple où les informations n'ont pas été données ni de manière régulière, ni dans le bon format, ni au bon moment se trouve dans le cas du contrat F portant sur les fournitures médicales. Dans ce cas, les difficultés de transfert d'informations ont considérablement ralenti les négociations. Mais il est très important de préciser que dans ce cas, selon les coparticipants, le manque de bonnes informations ne venait pas de la mauvaise volonté des partenaires mais seulement de difficultés informatiques. Les participants rencontraient des difficultés à extraire la bonne information sous le bon format de sorte que celle-ci puisse être exploitable. D'ailleurs, un des hôpitaux s'est malheureusement retrouvé à ne pas pouvoir communiquer des données quantitatives très importantes pour le processus d'achat. Tous ces points font parti des raisons du non-aboutissement du processus de regroupement – centralisation du contrat F. Les différents directeurs savent qu'ils devront y travailler s'ils veulent que le prochain essai soit concluant.

6.4. Analyse de la relation de confiance entre les partenaires

Les signes de confiance retenus ici sont :

- le partage de l'information
- la qualité de l'information donnée
- la régularité de la transmission d'informations
- la fluidité de l'information
- l'état d'esprit qui anime les partenaires (gagnant-gagnant ou autres)

Tous ces indices ont permis aux interviewés de qualifier leur relation entre partenaires de bonne ou non. Mais on pourrait se poser la question de savoir si une entrevue est le meilleur moyen de récolter de l'information concernant la qualité de la relation ou la relation de confiance entre des partenaires! En effet, il pourrait y avoir un biais chez certains participants, qui pourraient en effet embellir une situation plus qu'il ne faut. Toutefois, puisque les informations données par les répondants ont été corroborées par les autres personnes impliquées dans le cas, on peut penser que ce biais n'est pas trop important.

Dans tous les cas que nous avons étudiés, les participants nous ont tous dit avoir eu une bonne relation de confiance avec leur partenaire. Ce qui, d'ailleurs, donnait à certains le goût de recommencer. Certains gestionnaires interviewés poussaient leur appréciation au point de mentionner qu'ils recommenceraient un autre dossier les yeux fermés s'ils devaient travailler avec le participant X ou Y. Ça a été le cas pour certains membres de regroupement des contrats A et B.

Nous pouvons également constater qu'il a une relation de confiance au début, pendant et après le regroupement. Autant il est possible que cette relation de confiance se construise au fil du regroupement, autant il est possible qu'elle se détériore. Elle pourrait se détériorer au point même où une séparation du regroupement survienne. Dans les cas, que nous avons étudiés, il n'a pas été relaté de situation de perte ni même de diminution de la relation de confiance. Par contre, nous avons pu interviewer, hors du cadre d'un cas, un gestionnaire qui venait de sortir d'un regroupement informel d'achat. Toutefois, il nous était impossible de valider les raisons énoncées de la dissolution de ce regroupement, car nous n'avons pas obtenu d'entretien avec l'autre chef des approvisionnements impliqué dans le regroupement qui a éclaté.

Nous pouvons donc constater que la relation de confiance est un pilier dans le modèle de regroupement informel des achats, ce qui n'est absolument pas le cas dans le cadre d'une centralisation. Cet élément n'entre d'ailleurs absolument pas en ligne de compte dans le processus de l'achat par le biais de la corporation : la corporation a une obligation de résultat quant au mandat qu'elle reçoit des établissements, et les établissements une attente de voir cette obligation respectée et là s'arrête la relation.

6.5. Analyse des types de contrats des regroupements informels étudiés

À partir des cas que nous avons étudiés et des réponses que nous avons obtenues des gestionnaires, nous essayerons d'examiner s'il y a des types de contrats plus propices que d'autres à faire l'objet d'un regroupement informel d'achat. On peut citer les contrats d'achat de produits versus les contrats d'achats de service; les contrats à livraison échelonnée versus les contrats à livraison fixe; les contrats à faible montant versus les contrats à montant élevé; etc.

A priori, le regroupement informel peut s'appliquer à tout type de contrat et de l'avis de plusieurs de nos répondants, c'est plutôt dans le type de produit ou de service que le regroupement devra gérer que l'on verrait émerger une catégorie propice au regroupement informel plutôt qu'une autre.

6.6. Analyse du type de produits/services des regroupements informels étudiés

Y a-t-il des types de produits/services plus susceptibles que d'autres de faire l'objet de regroupements informels d'achat ou d'achat regroupés hors corporation ? Les produits utilisés dans un établissement de santé au Québec sont regroupés en plusieurs catégories ou familles, dont entre autres les médicaments, les fournitures médicales, les équipements, les mobiliers, les fournitures de bureaux et les produits d'entretien et de lingerie.

Des différents cas que nous avons examinés, nous constatons que les équipements sont le type de produits le plus souvent et le plus facilement regroupé dans des regroupements informels d'achats.

Certains gestionnaires ont sur cette question des points de vue bien tranchés. Pour le chef des approvisionnements du CSSS-A du contrat A par exemple, les regroupements informels ou «hors corporation d'achats» sont très intéressants pour les achats d'équipements ou pour les contrats de service plus ou moins identiques. En effet, ce sont des achats sensiblement identiques qui prennent énormément de temps aux services des approvisionnements, notamment dans la réalisation des appels d'offres. Les regroupements informels devraient alors survenir plus souvent, selon lui, afin de ne pas avoir à réinventer la roue à chaque fois qu'un établissement a le même besoin. Toujours selon le même gestionnaire, ces regroupements informels permettraient aussi «un partage des connaissances, d'expériences et de tâches puisqu'un appel d'offres est un long processus qui requiert du temps et des efforts de la part de plusieurs intervenants». Le gestionnaire d'un hôpital du contrat F nous disait : «Quant on parle d'un, de deux voire de trois équipements à acheter, on se regroupe, on met tout ça ensemble et à la fin on a à peu près la même affaire. C'est simple, Bravo ! Mais dès lors qu'on passe à de la fourniture, c'est un peu plus

compliqué. On parle de 1000, 5000 voire 9000 produits. Comment obtenir un consensus sur autant de produits ?»

Des sept contrats que nous avons étudiés nous avons la répartition suivante :

Contrat A- contrat de renouvellement d'un produit (véhicule)

Contrat B - contrat de renouvellement d'un produit (véhicule)

Contrat C – contrat d'achat d'un produit (appareils à pression)

Contrat D - contrat de renouvellement d'un service (câblage réseau)

Contrat E – contrat de renouvellement d'un service (service téléphonique)

Contrat F – contrat d'achat de produits (fournitures médicales)

Contrat G – contrat de service d'entretien (des appareils d'endoscopie)

On peut faire un constat à la suite des réponses des participants à la recherche : celui que les regroupements A, B, C ont été très faciles à gérer car il s'agissait de simple consolidation d'achats pour des produits (en l'occurrence des équipements) à plus de 50% identique (Contrat A et B) voire exactement identique (contrat C).

Par contre, dès qu'il s'agissait d'un service et surtout que le service commençait à être assez complexe (contrat D ou G), les regroupements étaient plus délicats, plus stratégiques et les participants-gestionnaires étaient plus regardants quant à leurs futurs partenaires, moins à même de s'associer avec «n'importe qui» et étaient plus regardants sur le futur partenaire. Un gestionnaire du contrat A disait notamment ceci en ce qui concerne la répartition des tâches lors d'un regroupement : «Tout dépend du type de besoin, le partage des tâches est important dans certains appels d'offres». Les coparticipants doivent donc s'assurer que le partenaire pourra remplir en quelque sorte sa part du contrat.

Comme on peut le constater le regroupement informel conviendrait mieux aux équipements dans un établissement qu'à un autre produit. La fourniture médicale et chirurgicale n'a jamais fait partie d'un regroupement informel et rarement de centralisation des achats via un groupe d'achats dans la province de Québec, car non seulement cette catégorie de produit fait partie de la «chasse gardée» des médecins et cliniciens selon plusieurs gestionnaires, mais en plus des interventions lobbyistes n'encourageraient pas la présence de ces produits dans les achats de groupe. Ces interventions pouvaient notamment être faites sous le couvert de l'article 31 de la loi médicale qui permet à un clinicien d'utiliser tous les moyens dont il a connaissance pour diagnostiquer et soigner un patient. La centralisation des achats de fournitures reste délicate à gérer, un regroupement d'achats serait très improbable pour cette catégorie là. Le directeur de l'hôpital-T interviewé dans le cadre du contrat F disait notamment que l'un des points positifs et point à améliorer de cette tentative de centralisation des fournitures médicales est la sensibilisation de la corporation à la demande des hôpitaux concernant les produits médicaux et de laboratoires : «On ne change pas de marques d'un produit médical comme on change de marque de sacs poubelle. Ce n'est pas seulement le produit le moins cher qui doit être pris en compte, comme on pourrait le penser en corporation.», disait ce gestionnaire. On constate que ce qui est vraiment en jeu est moins la consolidation des achats que la standardisation forcée. S'il est possible de centraliser les achats tout en conservant une variété suffisante pour que chacun puisse choisir les produits qu'il préfère, on peut penser que la centralisation sera plus populaire. Malheureusement, plus la variété est grande, plus il est difficile de profiter d'économies d'échelle et plus la gestion est complexe et donc il n'est pas nécessairement bénéfique de se centraliser.

Par contre, il y a un type de services, revenu dans plusieurs entretiens comme ne pouvant faire l'objet, à l'état actuel, ni d'un regroupement informel ni d'une centralisation des achats. Il s'agit du contrat de service pour l'entretien des ascenseurs. Ce type de contrat n'est pas gérable par la corporation d'achats car il implique de devoir tenir compte de beaucoup trop de paramètres par organisation. La négociation de ces contrats dépend de l'ascenseur, de l'emplacement de celui-ci, de leurs utilisations, etc. Les variables à prendre en compte pour ces contrats sont tellement diverses et variées que par ricochet les contrats le sont aussi. Pourtant, faire négocier ces contrats par la corporation d'achats permettrait probablement à plusieurs acheteurs dans les établissements de gagner du temps. Les gestionnaires des établissements admettent toutefois que la négociation centralisée d'un tel contrat de service n'apportera pas vraiment une économie d'échelle importante et n'a donc pas une grande valeur ajoutée pour la corporation, mais ces derniers apprécieraient certainement que ce dossier puisse un jour faire partie des dossiers gérés par la corporation. C'est la lecture et l'analyse que nous pouvons faire après les commentaires et remarques qui ont été faits au sujet notamment de ce contrat de service.

Les professionnels n'ont pas pu quantifier exactement le nombre de contrat qu'ils ont réalisé par le biais d'un regroupement informel, mais il s'agit d'un phénomène peu fréquent; en moyenne, on parle d'un regroupement informel tous les deux ans. Cependant, nous n'avons pas la possibilité de valider cette information. En effet, comment alors que le MSSS sollicite de la part des établissements de la santé au Québec une augmentation de leurs achats négociés par le groupe d'achats, pourrait-on expliquer que le ou lesdits établissement(s) réalise(nt) plutôt des achats de groupe hors groupe d'achats? Il pourrait y avoir une stigmatisation dudit établissement.

Or, comme nous l'avons souligné plus haut, les deux modèles d'achats pourraient très bien coexister. En effet, leur vocation n'est à priori pas exactement la même. D'après notre constat, le regroupement d'achats hors groupe d'achats n'a en principe pas pour vocation de concurrencer les achats de groupe par le groupe d'achats. Ces deux modèles s'adresseraient à deux types de situations différentes qu'un gestionnaire résume de la sorte : «Les regroupements informels ou hors corporation d'achats sont très intéressants (...) puisqu'il y a des achats sensiblement identiques qui prennent énormément de temps aux services des approvisionnements (...) ces regroupements informels devraient survenir plus souvent pour ne pas avoir à réinventer la roue à chaque fois qu'un établissement a le même besoin», «de la même manière, les achats formels par le biais des corporations d'achats ont aussi leurs avantages et devraient être amenés à augmenter : l'effet volume accorde de meilleurs prix lors des négociations».

6.7. Tendances du regroupement informel des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec

Le réflexe qui s'implante chez les professionnels de l'approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec est celui de se poser la question de savoir s'ils doivent passer leurs achats par le biais de la corporation d'achats ou non.

Étant donné le remaniement qui est fait sur la cartographie des corporations de la province de Québec et les obligations et objectifs plus normatifs que les établissements ont concernant les achats négociés par les groupes d'achats, la tendance serait à une augmentation des achats de groupe négociés par les

corporations. Cela impliquerait, pour certains gestionnaires des approvisionnements, une diminution automatique des regroupements informels des achats.

D'autre part, si nous considérons le constat que nous avons fait au début de ce chapitre, nous n'obtiendrons pas la même conclusion sur la tendance. En effet, ce n'est pas l'un ou l'autre mais l'un et l'autre : si les corporations sont appropriées pour les produits et services qui permettent une massification et l'obtention de meilleurs rabais et prix, le regroupement informel d'achat correspond mieux aux produits permettant «le partage des connaissances, d'expérience et des tâches» dans un processus d'achat qui requiert du temps et des efforts de la part de plusieurs intervenants. On pourrait alors conclure que les regroupements informels d'achat ne s'accroîtront peut-être pas mais ne diminueront pas non plus.

Il est aussi vrai, comme nous l'avons souligné plus haut, que les responsables des achats des différents établissements de santé se pressent à adopter l'achat de groupe coûte que coûte parce que la loi les dissuade de procéder autrement, et que l'accent est mis de manière impérative aujourd'hui sur l'augmentation des achats de groupe dans le secteur de la santé dans la province de Québec. Les gestionnaires pourraient donc vouloir montrer patte blanche au MSSS, qui exerce des pressions sur tous ceux qui ne veulent pas passer par l'achat de groupe. Ainsi, les regroupements informels pourraient peut-être légèrement diminuer.

De plus, nous pensons que dans la mesure où certains contrats et produits devaient être négociés par les établissements eux-mêmes parce que la corporation ne leur offrait pas la possibilité de prendre en charge leurs gestions, les établissements

pourraient voir ces types de problématique se réduire considérablement si la corporation change de politique et prend désormais en charge plusieurs de ces dossiers. Ce changement de politique pourrait, à notre sens, changer considérablement la donne sur la tendance des regroupements informels des achats. Il n'y aurait ainsi plus de nécessité de mutualiser les compétences, les expériences, etc. avec la même régularité. On aurait alors des dossiers clairs dont la gestion serait automatiquement confiée aux corporations, des dossiers dont la gestion serait automatiquement laissée aux établissements, et enfin une catégorie plus résiduelle de dossiers, qui pourraient passer par une gestion en regroupement informel permettant un échange et un partage de connaissances et autres. Dans ce cas, la tendance des regroupements informels pourraient «légitimement» être revue à la baisse.

Ici, un parallèle peut aussi être fait entre le regroupement informel et la gestion des achats de type réseautage vue dans le chapitre 3 «Recension des écrits». En effet, certains auteurs soulignaient dans ce modèle de gestion des achats, un accent qui serait mis sur le partenariat et la répartition des efforts (Schuweiller et al, 1995). Le regroupement informel permettrait ce partage et cette répartition. Mais, si le MSSS ne veut absolument pas permettre la coexistence de ce modèle de gestion des achats qui partagent beaucoup de similitudes avec la position officielle de centralisation territoriale des achats, alors il faudra tout simplement clairement l'interdire par une loi, ce qui est tout aussi délicat à faire.

6.8. Conclusion du chapitre

À la fin de notre travail de recherche et à la lumière de l'analyse faite dans le présent chapitre qui conduit à considérer qu'il n'y a, a priori, aucune concurrence entre les achats regroupés faits par les corporations d'achats et les achats regroupés hors groupe d'achats dans le secteur de la santé au Québec, nous proposons, le nouveau cadre conceptuel suivant :

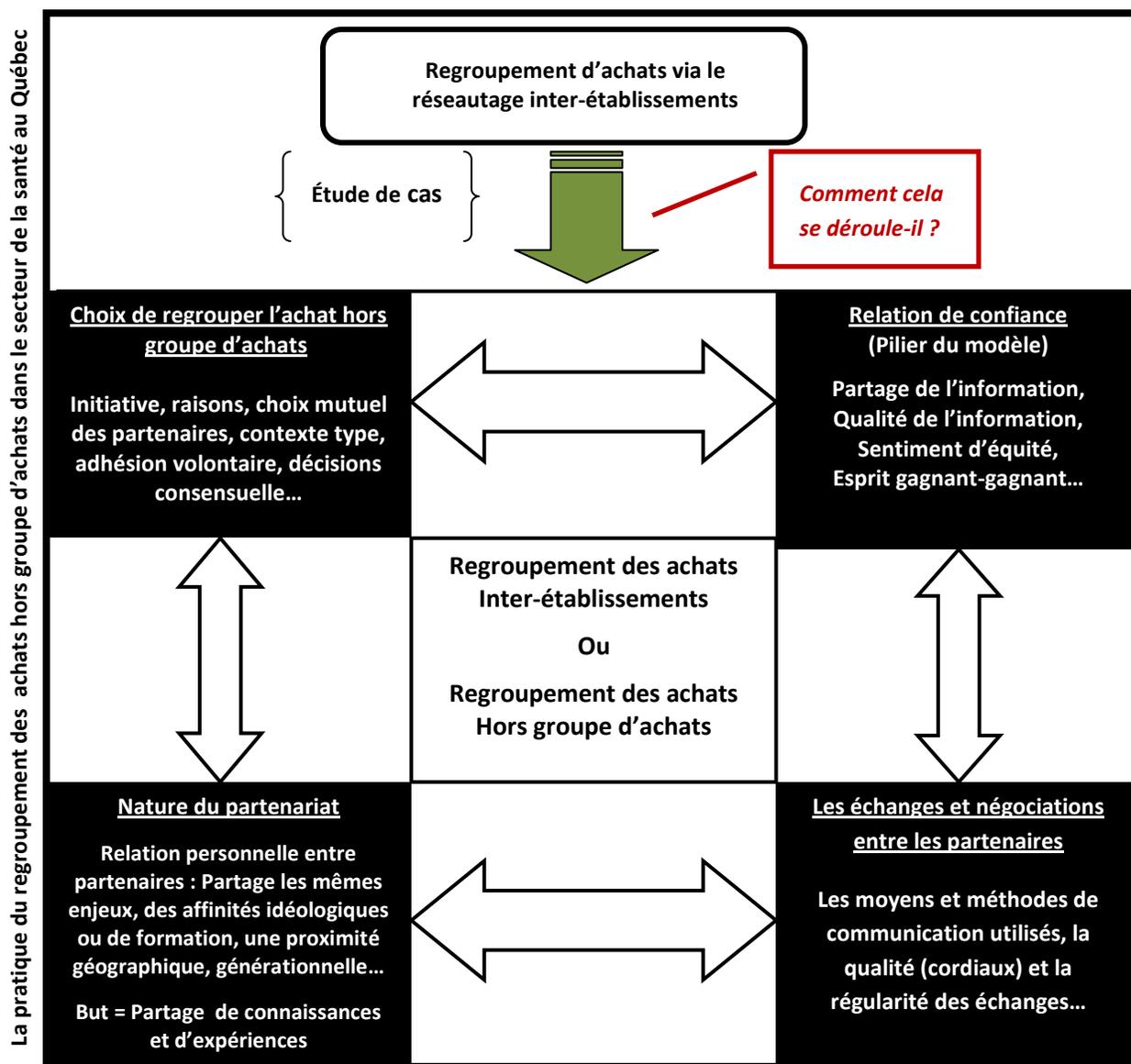


Figure 9 – Nouveau cadre conceptuel
 Développé à partir des résultats de notre recherche

CHAPITRE 7 – CONCLUSION

Nous nous rappelons que lors de la présentation du contexte québécois des approvisionnements dans le réseau de la santé, nous avons constaté que depuis des années, le MSSS souhaite voir les dépenses du secteur public de la santé diminuer, notamment par l'utilisation d'un modèle d'approvisionnement qui est connu pour ses bénéfices en termes entre autres de réduction des coûts et qui est en place depuis les années 70 : la centralisation territoriale des achats dans le secteur de la santé au Québec.

Or, malgré le potentiel d'économies d'échelle envisagé par la mise en place dudit modèle, il y a un plafonnement à 40% des achats négociés par les corporations d'achats (unité centrale de ce système d'approvisionnement) depuis plus d'une dizaine d'années. De plus, un modèle parallèle de regroupement que nous avons qualifié d'informel a émergé et est pratiqué dans les services des approvisionnements du secteur de la santé au Québec. Nous nous sommes donc posé la question à savoir comment et pourquoi un tel modèle parallèle d'approvisionnement par regroupement pouvait-il émerger alors qu'il existait déjà un modèle de centralisation des achats qui permet de bénéficier d'avantages similaires? Quelles sont les raisons qui conduisent à la décision et à la mise en place d'un achat regroupé de manière informelle, c'est-à-dire hors des corporations d'achats? Comment un tel achat se déroule-t-il? Nous pensons qu'en décrivant son déroulement, nous pourrions peut-être y trouver une des raisons de son choix.

C'est ainsi que nous avons entrepris dans notre recherche de documenter cette pratique d'approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec dans le but de permettre aux gestionnaires et praticiens du secteur, ainsi qu'aux chercheurs,

d'avoir une meilleure connaissance des éléments qui conduisent à la prise de décision en faveur soit du regroupement informel des achats (achat de groupe hors groupe d'achats), soit de la centralisation des achats via le groupe d'achats. D'autre part, nous souhaitons également savoir si nous assistions à la naissance d'une forme alternative de «centralisation» des approvisionnements dans le secteur de la santé au Québec.

Par notre travail, nous avons pu décrire et circonscrire comment un regroupement informel d'achat hors groupe d'achats se déroule.

Au terme de cette recherche, nous croyons qu'elle a contribué à mieux comprendre ce modèle émergent d'approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec. Peut-être ce modèle connaîtra-t-il une belle fin à cause de la volonté du MSSS de voir les achats centralisés par les groupes d'achats prendre plus d'ampleur et qu'il a pris des mesures (une nouvelle loi) pour obliger les établissements à mandater le plus possible la corporation sous peine de sanctions. Mais, comme nous avons pu le constater, ce phénomène peut également subsister dans la mesure où ces achats par regroupements informels ne concernent pas les produits achetés par la corporation d'achats. Les deux modèles ne sont donc pas en concurrence directe. Puisque la corporation est principalement intéressée par des dossiers dans lesquels les besoins sont uniformes et qui couvrent la majorité des clients, tous les autres dossiers qui pourraient bénéficier d'une centralisation des achats mais qui par contre sont plus complexes avec des spécificités diverses ne sont généralement pas retenus par les corporations. Ce serait à ce moment là que les regroupements informels d'achats prennent le relai.

Ainsi, le modèle que nous avons étudié pourrait tout aussi bien être à sa phase déclin si le MSSS s’y oppose formellement, tout comme il pourrait avoir sa place dans les modèles d’achat dans le secteur de la santé au Québec. Dans ce sens, nous avons constaté qu’un modèle européen d’achats dans le secteur hospitaliers appelé «la mutualisation des achats» est plutôt en essor. Les chercheurs Racca¹²⁷ et Ponzio, avec qui nous avons pu personnellement être en relation, et plusieurs fois cités dans notre travail, travaillent encore aujourd’hui sur des articles et des demandes provenant de divers pays européens sur cette nouvelle forme d’approvisionnement qui pourrait être une solution supplémentaire pour les approvisionnements dans le secteur de la santé des pays européens.

Limites de la recherche :

L’idéal, dans une recherche de ce type, aurait été de documenter le regroupement au moment où il se réalise. En effet, lors des entrevues de cette recherche, nous discutons avec les gestionnaires de cas passés alors que l’idéal aurait été de suivre un processus en cours de réalisation. Nous avons d’ailleurs la possibilité d’assister de A à Z au processus de regroupement informel d’un achat hors groupe d’achats dans le cadre d’un contrat arrivé à échéance et devant être renouvelé. Le gestionnaire contacté nous permettait d’assister à toutes les rencontres, aux évaluations et à la sélection des fournisseurs, etc. Mais des contretemps dans la planification de l’opération sont survenus pour finalement rendre impossible ce moyen de collecte de données.

¹²⁷ Gabriella Margherita Racca, Ph.D., is Full Professor of Administrative Law, Department of Law for Economics, University of Turin (Italy). Her teaching and research interest are in public procurement, environmental law, healthcare organizations, public authorities’ and civil servants’ liability, and judicial review - Professeur titulaire de Droit administratif, Département de la loi pour l’Économie, Université de Turin (Italie). Son expertise et les thèmes de recherches qui l’intéressent sont l’achat public, les lois sur l’environnement, les organisations de santé, la responsabilité des autorités publiques et des fonctionnaires et la revue juridique.

Une autre limite est l'absence de certains participants. Dans certains cas présentés, plusieurs participants (à la retraite; en vacances, etc.) ne pouvaient être interviewés, ce qui ne nous a pas permis d'avoir toutes les versions de l'histoire. On peut également compter absents ceux qui ont tout simplement décliné l'invitation à participer à la recherche. Nos cas sont tout de même bâtis sur un pourcentage élevé de participation des mutualisés et les informations des interviews ont été croisées pour en ressortir avec une analyse aussi fiable que possible. Quoiqu'il en soit, la participation de tous les interlocuteurs impliqués aurait pu apporter des données supplémentaires aux cas.

Une autre limite de la recherche est le biais de désirabilité propre aux études de cas. En effet, certains gestionnaires pourraient avoir poli l'histoire dans le but soit de faire court, soit de ne pas entacher leurs collègues, soit de nous éviter d'avoir des «a priori» pour nos prochaines rencontres, etc. Certains détails peuvent n'avoir pas été relatés dans le but d'éviter d'entacher le travail des collègues, dans la mesure où nos interlocuteurs seraient amenés à travailler à nouveau avec ces derniers. Nous avons effectivement parfois eu des entretiens avec deux interlocuteurs en même temps, ce que nous ne referions pas forcément si nous devons reprendre un travail similaire.

Enfin, le nombre restreint de cas et l'impossibilité de les sélectionner peut paraître pour certains une limite importante. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 4 (Méthodologie), nous avons fait le choix de nous arrêter au septième cas, car nous avions une ébauche de nos réponses. Mais, il serait à souhaiter que d'autres recherches viennent augmenter le nombre et la représentativité des cas étudiés.

Les pistes de recherches futures

Une piste de recherche serait d'identifier quels sont les éléments, critères et conditions qui permettent la réussite d'un regroupement d'achats hors corporation : De manière globale, les gestionnaires exprimaient les raisons qui leur permettaient un travail efficace voire efficient dans le cadre de ces regroupements informels. Certains parlaient de la nécessité pour les partenaires d'avoir un besoin identique, d'avoir un échéancier quasi-parallèle, de s'associer avec des partenaires qui ont le même niveau de connaissance, de formation et de maîtrise des outils de travail; d'autres mentionnaient le fait que le nombre de participants au regroupement¹²⁸ devrait être limité; d'autres par contre insistaient sur la nature des partenariats et donc sur l'affinité qui doit exister entre les membres d'un regroupement. On pourrait ainsi chercher à en savoir davantage sur les conditions de succès : quel est le nombre idéal de participant à un regroupement? Comment décliner un besoin identique dans un regroupement? (Juste qualité? Standardisation?). Une grande affinité entre partenaires peut-elle constituer un frein à la productivité d'un regroupement ou au contraire, en est-elle une condition essentielle?

Expérience personnelle :

En commençant ce travail, je ne me doutais pas de la discipline, de la rigueur, de la logique que cela demandait non seulement par rapport à soi personnellement mais plus encore par rapport à son sujet de recherche.

Par ce travail, j'ai principalement appris à circonscrire mes idées et à mener un raisonnement logique et démonstratif qui me permette d'arriver à une conclusion. L'exercice de rassembler et d'ordonner ma réflexion dans un travail aussi détaillé m'était inconnu. C'est vraiment le grand apprentissage que je retire de ce travail.

¹²⁸ La plupart des participants nous confiaient qu'au nombre de huit, le regroupement n'est plus viable. Les attentes sont interminables et les rencontres quasi-impossibles.

Par ailleurs, j'ai appris à mieux connaître le Québec et notamment le fonctionnement de son système de santé. Je n'en suis certes pas une experte mais je commence à être familière des rouages de l'approvisionnement dans le secteur de la santé au Québec. C'est l'autre grand apprentissage personnel de ce travail.

Ce travail m'a amené où je ne pensais pas arriver... Au bout de moi-même :

«TOUT EST POSSIBLE À CELUI QUI CROIT»

ANNEXES

Annexe A

Grille d'entrevue :

Les processus émergents de centralisation des achats¹²⁹.

**1. J'aimerais d'abord que vous me racontiez la petite histoire de cet achat regroupé.
Comment cela s'est-il passé ?**

Questions de relance :

a) Le processus de regroupement

- Quel a été votre rôle, dans ce regroupement ?
- Qui a eu l'idée de ce regroupement ?
- Quelles ont été les personnes impliquées ?
- Pourquoi a-t-on choisi d'impliquer ces personnes ou ces établissements plutôt que d'autres ?
- Qui a contacté qui, et à quel moment ?
- Comment avez-vous procédé exactement ? Y a-t-il eu des rencontres entre les intervenants ? Des discussions téléphoniques ? Des échanges de courriels ?
- À quel moment a-t-on décidé d'aller de l'avant avec le regroupement d'achats ? Comment cette décision a-t-elle été prise ?

b) Le processus d'achat

- Lorsque la décision a été prise de procéder à cet achat regroupé, quel a été votre rôle dans le processus ?
- Comment vous-êtes vous répartis le travail ou les responsabilités ? Qui a déterminé les spécifications des produits ? Qui a identifié les fournisseurs

¹²⁹ L'unité d'analyse est l'entente ou le contrat sur la centralisation d'un produit précis à étudier (les fournitures médicales, les médicaments, les équipements, le mobilier, les fournitures d'entretiens)

potentiels ? Y a-t-il eu un appel d'offres ? Si oui, qui l'a préparé ? Qui s'est chargé de communiquer l'information aux autres ?

- Qui était en charge des communications avec les fournisseurs potentiels ?
- Comment cela se passait-il lorsqu'il y avait des ajustements des besoins et autres modifications ?
- Comment se sont passés les échanges des informations ?

c) La prise de décision

- Comment s'est passée l'analyse des offres des différents fournisseurs ? Qui avait déterminé les critères de sélection ?
- Comment s'est passée la prise de décision d'aller avec un fournisseur plutôt qu'un autre ?
- Y a-t-il eu un processus de négociation ? Si oui, qui s'en est occupé ?
- Qui s'est occupé de la rédaction du contrat ?
- Comment a-t-on procédé pour la gestion du contrat, par la suite ?

d) La réception / distribution des produits

- Comment s'est déroulée la livraison des marchandises commandées ?
- S'effectue-t-elle à un point unique suivie d'une redistribution auprès des autres entités ou les fournisseurs s'occupent-ils de livrer à chaque membre du contrat sa demande spécifique ?

Combien de temps tout le processus a-t-il pris ?

Y avait-il toujours consensus entre les partenaires, pendant le processus ?

S'il y a eu des divergences ou des désaccords entre les partenaires, comment ont-ils été gérés ?

2. A posteriori, comment évaluez-vous cette expérience d'achat regroupé ?

Questions de relance :

- Si c'était à refaire, le referiez-vous ?
- Avez-vous vécu d'autres expériences du même type ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ? Quel est le montant moyen de vos commandes par le biais de ces regroupements hors groupe d'achats ?
- Sinon, pensez-vous recommencer une telle expérience ?
- Qu'est-ce que vous changeriez dans la manière de procéder ?
- Selon vous, quel genre de situation ou de type d'achat est le plus propice à ce genre de regroupement spontané ?
- En quoi le type d'achat ou de produit changerait-il le processus de regroupement ?
- Croyez-vous que ce genre de regroupement spontané devrait survenir plus souvent ? Pourquoi ?

3. Auriez-vous pu réaliser cet achat regroupé en passant par un Groupe d'achats ?

Si non, pourquoi pas ?

Si oui, pourquoi avez-vous décidé de ne pas passer par le Groupe d'achats ? Qu'est-ce qui vous conduit à choisir une forme d'achat plutôt qu'une autre ?

Quelle est la principale différence entre ce regroupement informel et le regroupement formel réalisé par les groupes d'achats ? Quelle forme de regroupement préférez-vous ?

Croyez-vous que le nombre de ces regroupements spontanés est appelé à croître dans le réseau de la santé ? Pourquoi ? Voyez-vous d'autres tendances apparaître ?

De manière générale, que pensez-vous des groupes d'achats formalisés et des centrales d'achat ?

Selon vous, le fait de passer de petites ou d'importantes commandes auprès des groupes d'achats a-t-il une influence sur vos relations d'affaires avec le groupe d'achats, ou encore sur votre relation avec vos supérieurs du MSSS ?

Qu'entrevoyez-vous pour l'avenir des groupes d'achats ?

Informations complémentaires : L'approvisionnement de l'établissement :

1. Quel est la répartition de votre budget d'approvisionnement ?
 - Fournitures médicales ?
 - Produits d'entretien ?
 - Produits de bureau ?
 - Autres produits ?
2. Quel pourcentage de vos achats est réalisé en passant par les groupes d'achats ou les centrales d'achat ?

Y a-t-il d'autres éléments que vous aimeriez dont on discute à propos des regroupements d'achats ?

Merci de votre collaboration !

Annexe B - MODE DE SOLLICITATION PRINCIPAL ET NIVEAU D'AUTORISATION D'ENGAGEMENT CONTRACTUEL EN BIENS ET SERVICES SELON L'ARTICLE 169 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX (CONTRATS ET BONS DE COMMANDE)

VALEUR ANNUELLE DU MARCHÉ À CONCLURE (EXCLUANT LES TAXES NETTES)	MODE DE SOLLICITATION PRINCIPAL	NOMBRE DE FOURNISSEURS INVITÉS	RESPONSABILITÉ DE L'ATTRIBUTION DU CONTRAT
0 à 4 999,99 \$	Gré à Gré	Fournisseur à contrat pour le genre de produit sinon celui suggéré par le requérant	Agent administratif classe 1 et 2 du service des approvisionnements
5000 \$ à 24 999, 99 \$	Demande de prix avec documentation écrite au dossier	Au moins trois(3) fournisseurs	Agents de gestion en approvisionnement
25 000 \$ à 49 999, 99 \$	Appel d'offres sur invitation Ou Appel d'offres public	Au moins trois(3) fournisseurs Ou Avis publié sur le babillard électronique (SEAO)	Chef du service des approvisionnements Et/ou Agent de gestion en approvisionnement
50 000 \$ à 99 999, 99 \$	Appel d'offres sur invitation Ou Appel d'offres public	Au moins trois(3) fournisseurs Ou Avis publié sur le babillard électronique (SEAO)	Directrice des ressources financières et informationnelles
100 000 \$ et plus	Appel d'offres public	Avis publié sur le babillard électronique (SEAO)	Directrice générale

Source : «Politique d'approvisionnement» des Centres de santé et de services sociaux - Numéro RF-POL-02» (2008)

Tirée de la formation préparée par le secrétariat du Conseil du trésor, Août 2008

Annexe C - RÈGLES GÉNÉRALES DE SOLlicitATION ET D'ADJUDICATION DES CONTRATS

MODES DE SOLlicitATION				
Types de contrat	Gré à gré	Appel d'offres sur invitation verbale	Appel d'offres sur invitation écrite	Appel d'offres public
<u>Contrat d'approvisionnement</u> 0 \$ à 9 999 \$ 10 000 \$ à 24 999 \$ 25 000 \$ à 99 999 \$ 100 000 \$ et plus	Possible Possible Exception (1) Exception (2)	Mode principal Possible Sans objet Sans objet	Possible Mode principal Possible Sans objet	Inhabituel Possible Mode principal Mode principal
<u>Contrat de services professionnels et techniques</u> 0 \$ à 9 999 \$ 10 000 \$ à 24 999 \$ 25 000 \$ à 99 999 \$ 100 000 \$ et plus	Possible Possible Exception (1) Exception (2)	Mode principal Possible Sans objet Sans objet	Possible Mode principal Possible Sans objet	Sans objet Sans objet Mode principal Mode principal
<u>Contrat de travaux de construction</u> 0 \$ à 9 999 \$ 10 000 \$ à 24 999 \$ 25 000 \$ à 99 999 \$ 100 000 \$ et plus	Possible Possible Exception (1) Exception (2)	Mode principal Possible Sans objet Sans objet	Possible Mode principal Possible Sans objet	Inhabituel Possible Mode principal Mode principal

Source : «Normes et pratiques de gestion - Politique et procédure générale d'approvisionnement»

Centres de santé et de services sociaux – NPG numéro 16 (2009)

Tirée de la formation préparée par le secrétariat du Conseil du trésor, Août 2008.

Annexe D - RÈGLES GÉNÉRALES D'ADJUDICATION DES CONTRATS

MODES D'ADJUDICATION				
Secteurs d'activité	Prix seulement	Prix le plus bas parmi fournisseurs qui ont atteint le niveau de qualité demandé	Prix le plus bas ajusté en fonction de la qualité K=15%	Qualité seulement
Contrat d'approvisionnement	Mode principal Art. 10 du RCA ¹³⁰	Possible Art. 19 et 22 du RCA	Possible Art. 19 et 23 du RCA	Sans Objet
Contrat de services de nature technique	Mode principal Art. 10 du RCS ¹³¹	Possible Art. 33 et 20 du RCS	Possible Art. 33 et 21 du RCS	Sans objet
Contrat de services professionnels	Possible, sauf pour un contrat d'architecture ou de génie Art. 34 du RCS	Possible Art. 16, 19 et 20 du RCS	Mode principal Art. 16, 19 et 21 du RCS	Obligatoire pour un contrat d'architecture ou de génie Art. 24 du RCS Possible pour un contrat de campagne de publicité Art. 39 du RCS Possible pour un contrat de services de voyage >= 100 000 \$ Art. 41 du RCS
Travaux de construction	Mode principal Art. 13 du RCTC ¹³²	Possible Art. 22 et 23 du RCTC (Appel d'offres en deux étapes)	Possible pour un contrat mixte de services professionnels et de travaux de construction Art. 24, 25 et 26 du RCTC	

Source : Normes et pratiques de gestion (N.P.G.) : Politique d'achat et niveau d'autorisation des contrats, adopté au CA d'un CSSS, Mars 2009.

¹³⁰ (RCA) : Règlement sur les contrats d'approvisionnement

¹³¹ (RCS) : Règlement sur les contrats de services

¹³² (RCTC) : Règlement sur les contrats de travaux de construction

ANNEXE E

PROCESSUS D'APPELS D'OFFRES PUBLIC DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU QUÉBEC

Dans le but d'atteindre ses objectifs de transparence et d'équité entre autres, la loi C-65.1 préconise l'utilisation du processus d'acquisition de biens ou de services par appels d'offres, comme mode régulier d'approvisionnement dans le secteur public. Ce mode d'acquisition permet d'éviter certains favoritisme envers des fournisseurs «parce qu'elle est considérée juste et équitable lorsque les règles et procédures établies sont respectées» (Tawfik, éd. 1997 : 197). Ce mode permet également une certaine transparence auprès des contribuables, qui réclament souvent des comptes sur l'utilisation de leur argent en exerçant des pressions importantes sur les modalités des approvisionnements dans le secteur public (Leenders, éd. 2006 : 328).

Les règlements d'application de la loi ci-dessus citées indiquent à cent mille dollars (100 000\$) le seuil minimum pour aller en appel d'offres public. Mais rien n'empêche un établissement d'aller en appel d'offres public pour une acquisition d'un montant inférieur à ce seuil légal de cent mille dollars.

L'appel d'offres public est en général divisé en deux parties : La partie administrative et le devis ou spécifications du produit ou du service souhaité.

- i. La partie administrative de l'appel d'offres est constitué par le descriptif de la manière dont l'établissement entend voir le processus d'acquisition se dérouler. Elle définit les règles, donne les instructions et précisions aux soumissionnaires et futur adjudicataire du contrat sur «le comment» soumissionner et «le comment» la transaction se passera :
- ✓ Où, quand, comment présenter sa soumission
 - ✓ Le formulaire de soumission
 - ✓ Quels est le contenu exigé, les clauses contractuelles de références, etc.
 - ✓ Qu'est ce qui va être analysé dans la soumission ?
 - ✓ Comment l'évaluation de l'appel d'offres va être faite ? Quels sont ses critères?
 - ✓ Quel est le contrat qui liera l'organisation et l'adjudicataire?
 - ✓ Comment les règlements (paiements) vont être effectués ?...

Le conseil du trésor au Québec a fourni aux établissements (aux services des approvisionnements) différents documents les aidant dans la rédaction de cette partie

administrative : clauses administratives, etc. Les approvisionneurs n'ayant pas de formation juridique, avaient besoin d'un soutien sur ce plan. C'est ainsi qu'après la loi de 2008, le conseil du trésor a collaboré avec un cabinet d'avocat pour la rédaction des documents complets permettant de regrouper toutes les clauses essentielles de cette partie administrative : Les documents Édilex¹³³. Dans plusieurs établissements publics de la santé au Québec, il y a clairement un AVANT et un APRÈS «documents Édilex».

- ii. Le devis est la deuxième partie de l'appel d'offres public. Il se veut être une description complète des spécifications du produit ou du service souhaité quant à son utilisation, sa qualité, sa technicité, ses procédés d'utilisation, les normes qu'il doit respecter, etc. Il est généralement établi par les services techniques de l'établissement ou à défaut par les personnes utilisatrice du produit / service. L'aboutissement de ce devis est un cahier des charges avec au besoin des plans, maquettes, documents légaux ou autres concernant les travaux à réaliser

➤ **La publication des appels d'offres sur le Babillard électronique du gouvernement du Québec, SEAO (système électronique d'appel d'offres)**

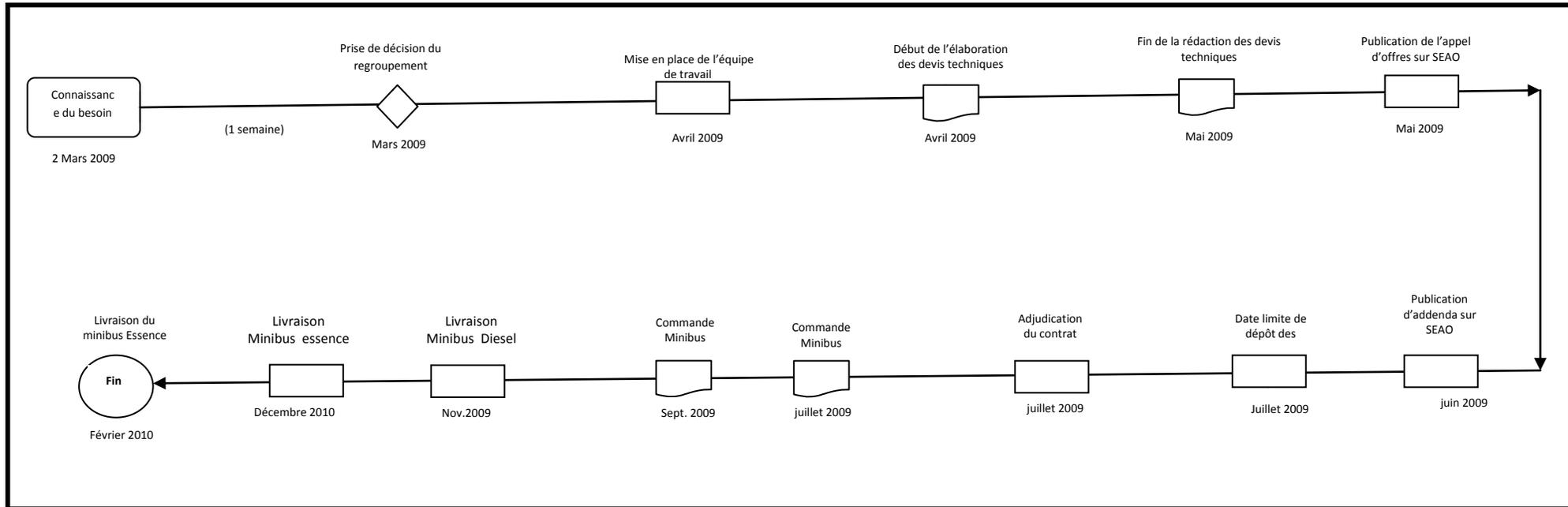
«L'appel d'offres public s'effectue au moyen d'un avis diffusé dans le système électronique d'appel d'offres approuvé par le gouvernement», Chapitre II, Section I, § 11 de la Loi C-65.1.

D'après certains utilisateurs, avant la mise en place de ce «babillard électronique» en Juin 2004, la publication des appels d'offres était complexe et peu transparente. Ce nouveau système électronique d'affichage des appels d'offres permet de rendre public et accessible, par le biais de l'Internet, les avis d'appels d'offres provenant de la plupart des donneurs d'ouvrage du gouvernement du Québec : Ministères, organismes, établissements du réseau de la santé, etc.

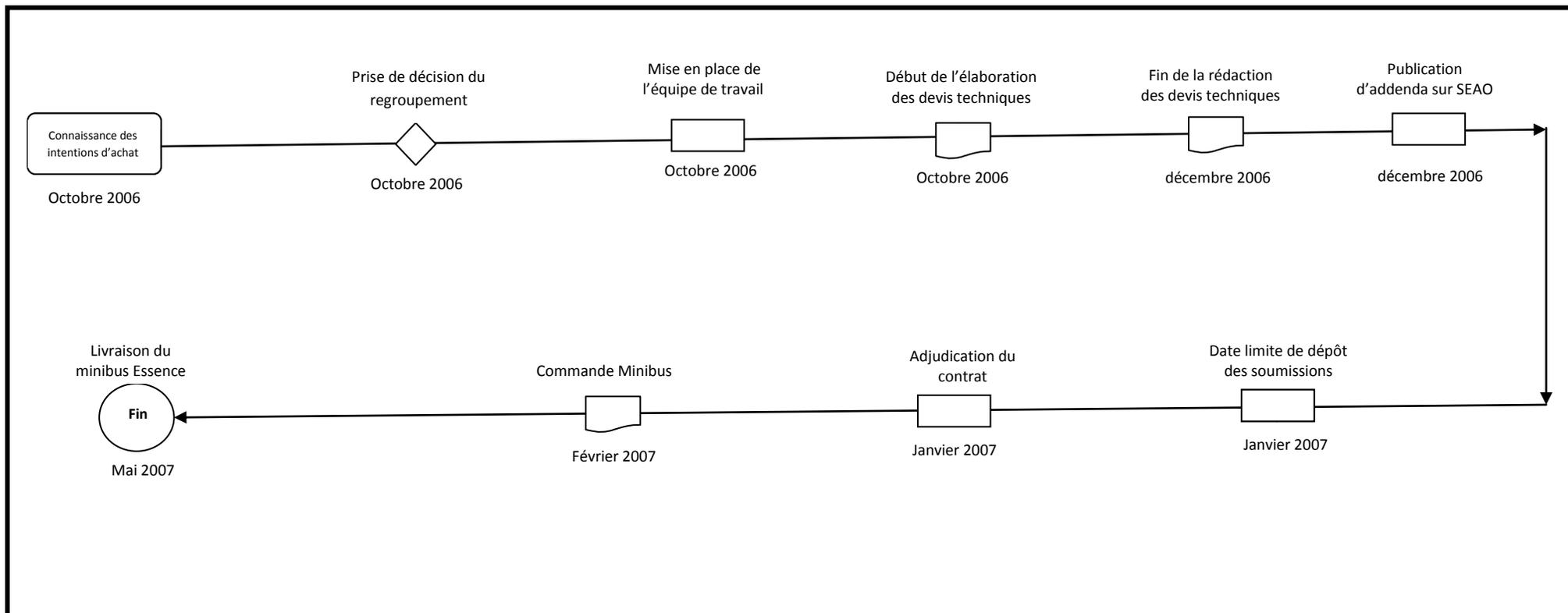
C'est ainsi que les fournisseurs intéressés par les marchés publics de la santé sont tenus au courant des différents appels d'offres publics et peuvent donc y répondre.

¹³³ «À l'article 27 de loi sur les contrats des organismes publics, le législateur québécois ouvre la voie à l'uniformisation des documents d'appel d'offres et des principaux contrats conclus par les organismes publics. Une nouvelle génération de documents d'appel d'offres, adaptés à la nouvelle loi, sera présentée. Outre le fait qu'ils soient conçus en fonction du nouveau cadre juridique régissant les marchés publics, les documents présentés sont le fruit d'un effort d'uniformisation et d'optimisation visant à simplifier leur élaboration et consultation.», Maître Gilles THIBAUT lors de la présentation du nouveau cadre juridique des marchés publics du Québec en novembre 2008.

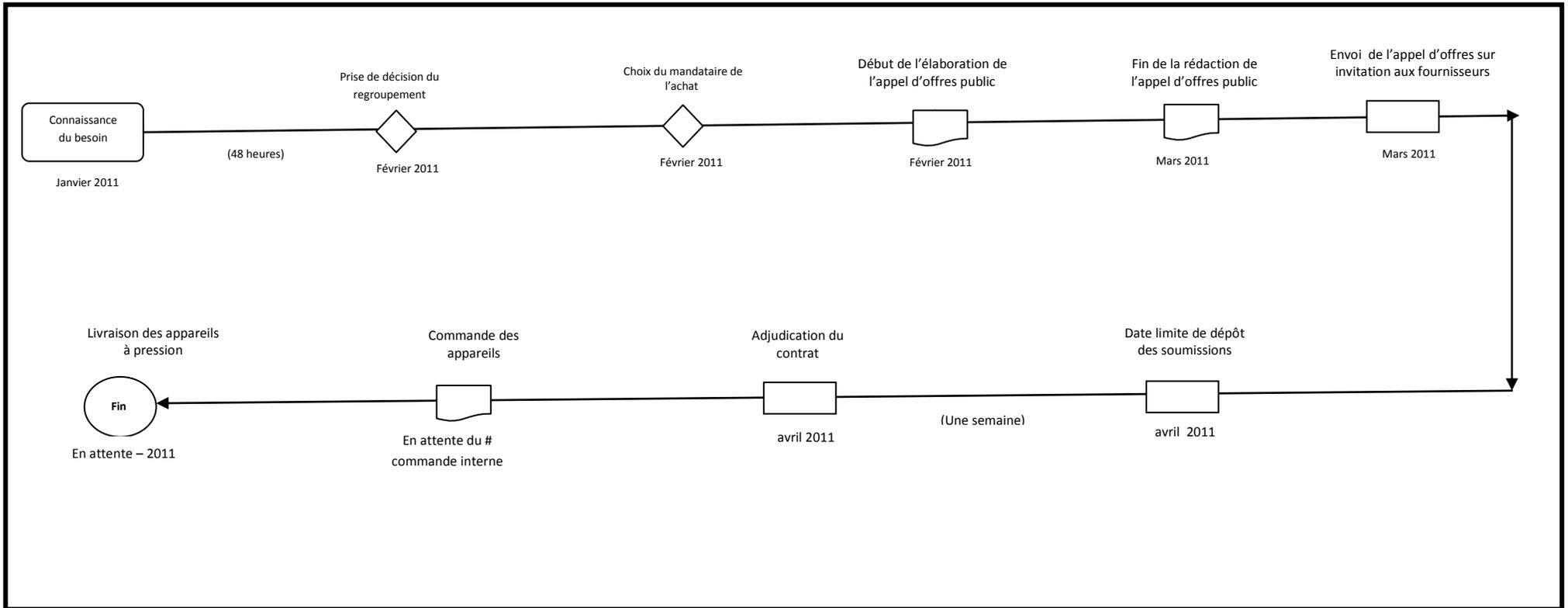
Annexe F - Processus d'achat du Contrat-A



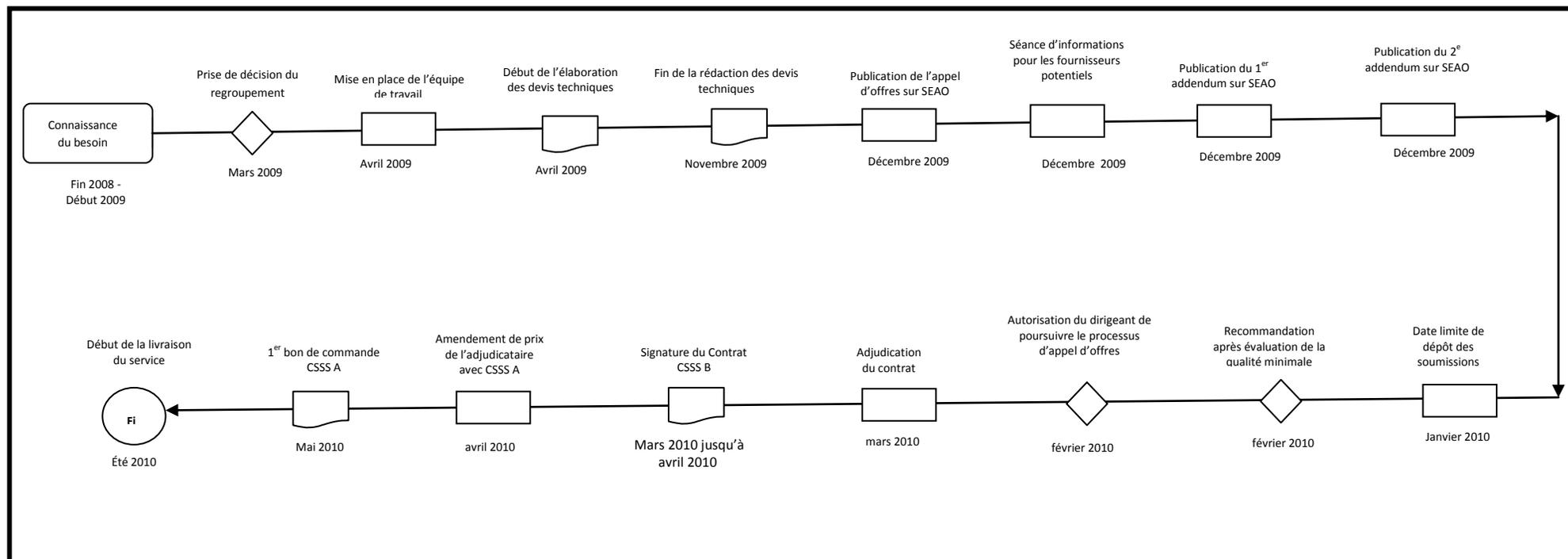
Annexe G - Processus d'achat du Contrat-B



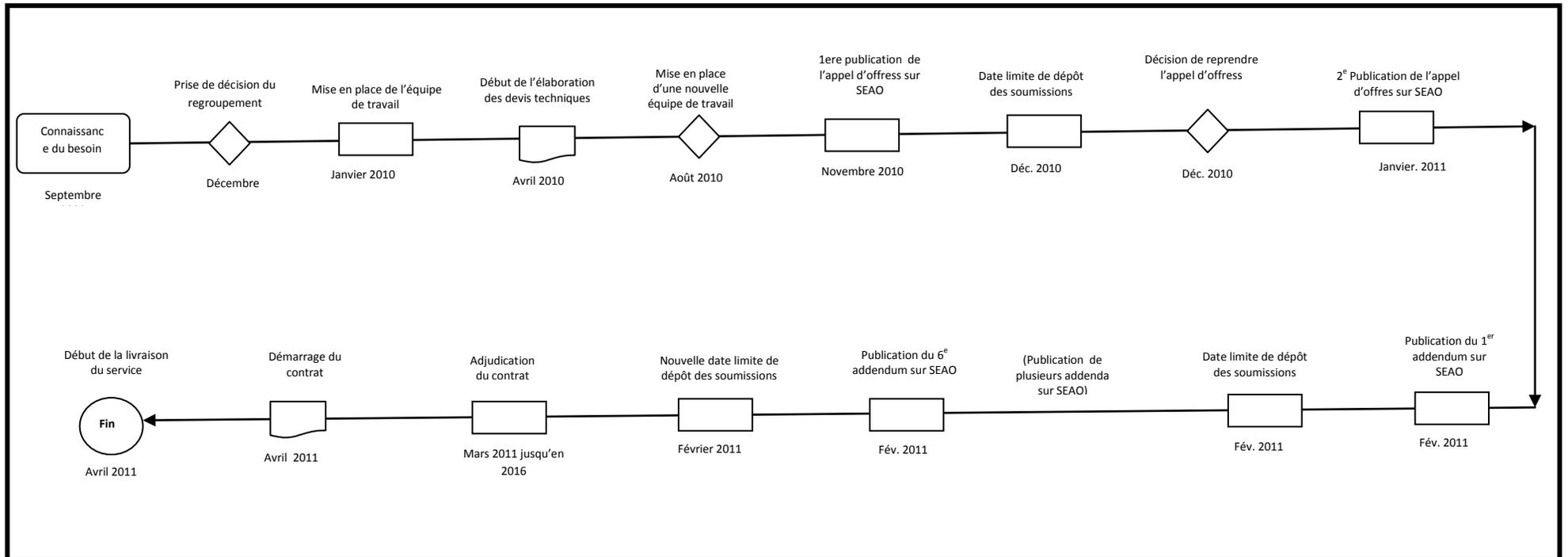
Annexe H - Processus d'achat du Contrat-C



Annexe I - Processus d'achat du Contrat-D



Annexe J - Processus d'achat du Contrat-E



Annexe K

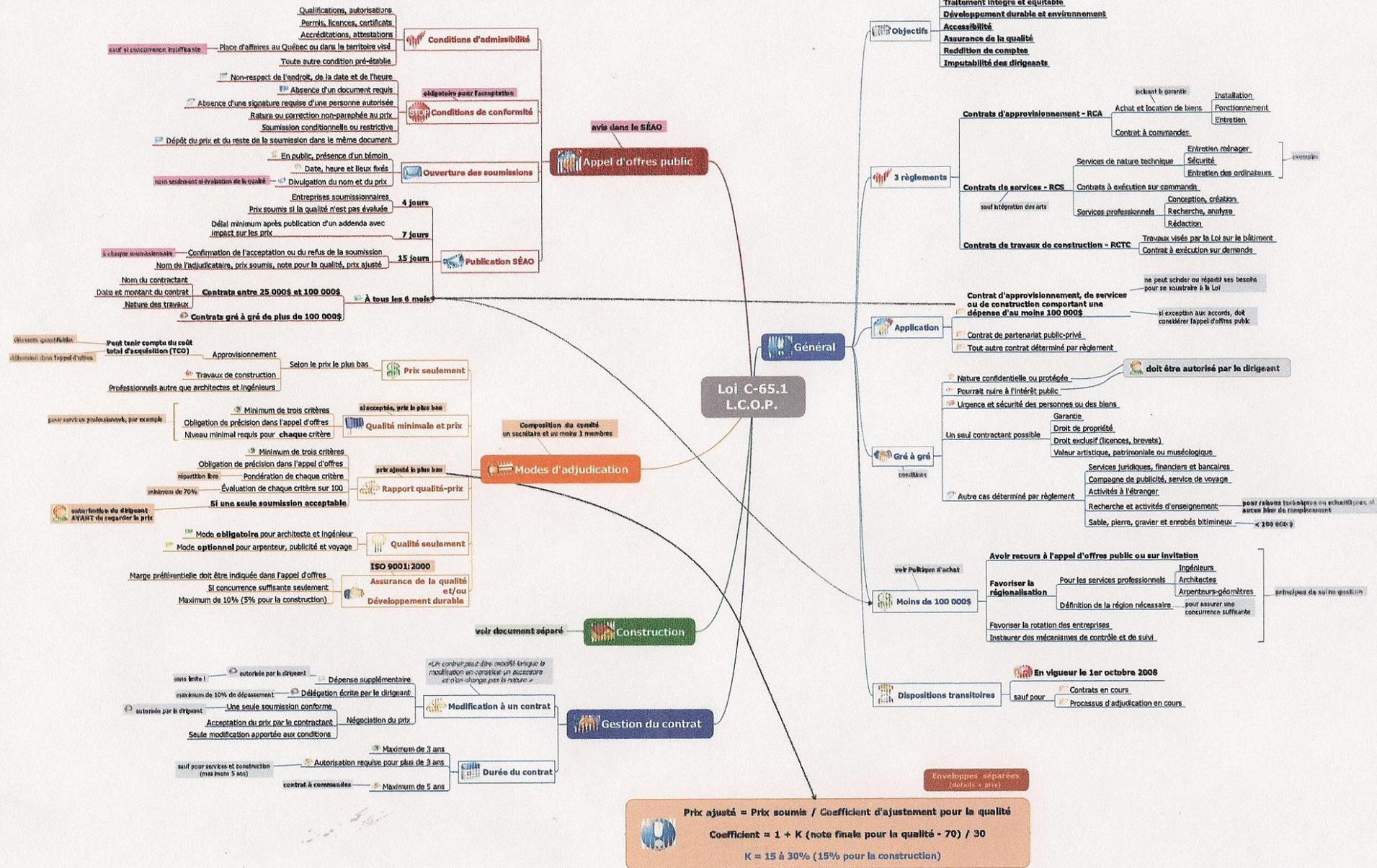
LOI C 65.1 sur les contrats des organismes publics et les trois règlements¹³⁴

¹³⁴ **Source** : Publications du Québec, Éditeur officiel du Québec

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_65_1/C65_1.html

Loi sur les contrats des organismes publics + 3 règlements

(entrée en vigueur - 1er octobre 2008)



BIBLIOGRAPHIE

ANASTASIO, Louis N. (2002). COALITION PURCHASING: Pathway to real Benefit Performance. *Financial Executive*, December 2002, p. 48-50.

ASSEY MBANG, Janvier-James (2012). A New Introduction to Supply Chains and Supply Chain Management: Definitions and Theories Perspective. *International Business research* 5.1, p. 194-207.

BARRAILER, Jacques – Directeur du Service des achats de l'État - France (2010). La mutualisation des achats de l'État et ses principaux opérateurs. Présentation lors du Symposium ASSIAPS 2010, Issy-les-Moulineaux, France, 6 p.

BEAMON, Benita M. (1998). Supply Chain design and analysis: Models and methods. *International Journal of Production Economics*, vol. 55, n°3, p. 281-294.

BEAULIEU, Martin et G. PATENAUDE (2004). La gestion des approvisionnements en réseau: le cas du Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci. *Logistique & Management*, Numéro spécial sur la logistique hospitalière, p. 59-64.

BEAULIEU, Martin, Frédéric HELLIOT et Sylvain LANDRY (2009). Enjeux du réapprovisionnement des fournitures médicales à la clinique Saint-Martin. *Revue Internationale de Cas en Gestion*, Septembre 2009, vol.7, n°3. ISSN 1911-2599.

BEAULIEU, Martin et Jean NOLLET (2004). Les groupes d'achats dans le secteur de la santé : à la croisée des chemins (A). *International Journal of Case Studies in Management*, vol. 2, n°1.

BEAULIEU, Martin et Jean NOLLET (2006). Le difficile parcours d'un partenariat public-privé dans le secteur québécois de la santé : l'expérience du CHUQ. *International Journal of Case Studies in Management*, vol. 4, n°2.

BEAULIEU, Martin et Jean NOLLET (1999). L'approvisionnement en commun : Partie I - Les enjeux du secteur québécois de la santé. Groupe de recherche CHÂÎNE. Montréal, 1999. Cahier de recherche 99-03, 20 p.

BEAULIEU, Martin, Jean NOLLET et Mary-Anne O'BRIEN (2000). L'approvisionnement en commun : Partie II - Les perceptions des intervenants externes. Groupe de recherche CHÂÎNE. Montréal, 2000. Cahier de recherche n° 00-06, 28 p.

BEAULIEU, Martin et Sylvain LANDRY (1999). Évolution de la fonction approvisionnement dans le secteur de la santé: Synthèse de la littérature. Groupe de recherche CHAÎNE. Montréal, 1999. Cahier de recherche 99-02, 14 p.

BEAULIEU, Martin et Sylvain LANDRY (2002). Comment gérer la logistique hospitalière? Deux pays, deux réalités. *Gestion*, vol. 27, n°3, p. 91-98.

BEAULIEU, Martin et Sylvain LANDRY (2010). Réflexion sur la gestion de la logistique et de l'approvisionnement dans le réseau québécois de la santé : Pistes de solution et conditions de succès. Document déposé à l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Montréal, Octobre 2010. 57p.

BEAULIEU, Martin, Sylvain LANDRY, K. DeFalco et G. SIMARD (2006). Pratique exemplaire : la standardisation des fournitures médicales au Centre universitaire de santé McGill. Groupe de recherche CHAÎNE. Montréal, 2006. Cahier de recherche 06-04, 2006, 13 p.

BURNS, Lawton R. and J. Andrew LEE (2008). Hospital purchasing alliances: Utilization, services and performance. *Health Care Management Review*, vol. 33, n°3.

CANNON, S., (1994). Structure, Location and Role of Purchasing Management. *Purchasing & Supply Management*, December 1994, p.46.

CHOW, Garland and Trevor D., Heaver(1994). Logistics in the Canadian Health Care Industry. *Canadian Logistics Journal*, vol. 1, n°1, p. 4-13.

COMINOTTI, Emilio – Président de la compagnie des directeurs des achats de France (Mai 2012). Mutualisation des achats, <http://projets.binzdinotti.com> (Dernière visite du site en Mai 2012).

COREY, E.R., (1978). Should Companies Centralize Procurement? *Harvard Business Review*, vol. 56, n°6, p.102-110.

DeROSE, L.J. (1989). Dangers of Dowsizing Purchasing. *Purchasing World*, vol.33, n°2, p. 60-61.

ELLRAM, L. M. (1992). International Purchasing Alliances: An Empirical Study. Research paper. *The International Journal of Logistics Management*, vol. 3, n°1, p. 23-36.

ELLRAM, Lisa M. and A.S. Carr (1994). Strategic Purchasing: A History and Review of the Literature. *International Journal of Purchasing and Materials Management*, vol. 30, n°2, p. 10-19.

ELLRAM, Lisa M. (1996). The use of the case study method in logistics research. *Journal of Business Logistics*, January 26, vol. 7, n°2, p. 93-138.

ESSIG, M. (2000). Purchasing Consortia as Symbiotic Relationships : Developping the Concept of «Consortium Sourcing». *European Journal of Purchasing & Supply Management*, vol. 6, n°1, p. 13-22.

FABBE-COSTES, Nathalie, Jacques COLIN et Gilles PACHE (2000). *Faire de la recherche en logistique et distribution?* Éd. Vuibert. Collection FNEGE. Avril 2000, 304 p.

FEARON, H.E. et D.L. AYRES (1967). Effect of Centralized Purchasing on Hospital Costs. *Journal of Purchasing*, vol. 3, n°3, p. 22-35.

FILION, M. (1996). Fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux en matière d'approvisionnement. Coopérative du service régional d'approvisionnement de la région Mauricie-Bois-Francs, *Des réseaux en concertation*. Trois-Rivières, 5 décembre 1996.

FORTIN, Marie-Fabienne (1996). Le processus de recherche : de la conception à la réalisation. Décarie Éditeur, 1996, 379 p.

GARBER, Alan M. and Jonathan SKINNER (2008). Is American Healthcare Uniquely Inefficient? *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 22, n°4 - fall 2008, p. 27–50.

GUMMESSON, Evert (1991). *Qualitative Methods in Managements Research*. 2nd Édition, Sage Publications Inc, Thousands Oaks (CA), 264 p.

HENDRICK, T.E. (1997). *Purchasing Consortiums: Horizontal Alliances among Firms Buying Common Goods and Services: What? Who? Why? How?* Centre for Advanced Purchasing Studies (CAPS) Research, 1997. Tempe, Arizona (AZ).

HUNT, Mick and Dedrick STEPHEN (2007). Squaring Off: Should every Hospital Join a GPO? *Health-System Edition*, April 2007, p. H2. - www.drugtopics.com

KARJALAINEN, Katri (2009). Challenges of purchasing centralization – Empirical Evidence from Public Procurement. Thèse de doctorat, HELSINKI SCHOOL OF ECONOMICS, HSE print 2009. ISBN 978-952-488-322-1.

KRAUSE, Daniel R., Stephan VACHON and Robert D. KLASSEN (2009). Special topic forum on sustainable supply chain management: introduction and reflections on the role of purchasing management. *Journal of Supply Chain Management*, Octobre 2009, vol. 45, n°4, p. 18-25.

LANDRY, Sylvain, Martin BEAULIEU et collaborateurs (2000). Étude internationale des meilleures pratiques de logique hospitalière. Groupe de recherche CHAÎNE. Montréal, 2000. Cahier de recherche n° 00-05, 120 p.

LANDRY, Sylvain, Martin BEAULIEU, Yannick BOULAY, Hugo RIVARD-ROYER et collaborateurs (1998). L'intégration de la chaîne logistique dans le secteur québécois des soins de santé. Groupe de recherche CHAÎNE. Montréal, 1998. Cahier de recherche 98-03, 70 p.

LAUZON, Alexandre J. et Diane RIOPEL (2010). Analyse préparatoire de données pour un projet de conception d'entrepôt centralisé du système de santé québécois. Centre Interuniversitaire de Recherche sur les réseaux d'entreprise, la logistique et le transport (CIRRELT), n°41, p. 32. <https://www.cirrelt.ca/>

LEENDERS, Michiel R., Fraser JOHNSON, Anna E. FLYNN, Harold E. FEARON et Jean NOLLET (2006). *La gestion des approvisionnements et des matières*. 3^e édition, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 450 p.

LUIGI, Emmanuel - Adjoint au sous directeur, Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, Direction Général de l'Offre de Soins (2010). Premier bilan de la réorganisation des achats hospitaliers. Présentation faite par la DGOS lors du Symposium ASSIAPS 2010, Issy-les-Moulineaux, France, 12 p.

MAYER, Matt (2003). How Centralizing Purchasing and AP can Yield Significant benefits. *Healthcare Purchasing News*, Sept. 2003, p. 20-21. – www.hpnonline.com

MARK, Ken (2003). Making the case the public sector steps up e-buying. *Purchasing B2B*, April 2003, vol. 45, n°3, p. 20-24.

MEYER, Kevin (2007). What to Expect From a Group Purchasing Organisation. *Nursing Homes*, July 2007, vol. 56, n°7, p. 23.

McCUE, C.P. and J.T. PITZER (2000). Centralised vs Decentralised Purchasing: Current Trends in Governmental Procurement Practises. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, vol. 12, n° 3, p. 400-420.

MUSE & ASSOCIATES (2000). The role of group purchasing organisations in the US Health bCare Systems. HIGPA Washington.

NOLLET, Jean, Martin BEAULIEU et Mary-Anne O'BRIEN (2000). L'approvisionnement en commun : Partie IIIa - Analyse stratégique. Groupe de recherche CHÂÎNE. Montréal, 2000. Cahier de recherche 00-08, 34 p.

NOLLET, Jean et Martin BEAULIEU (2000). L'approvisionnement en commun : Partie IIIb - Analyse stratégique du modèle québécois. Groupe de recherche CHÂÎNE. Montréal, 2000. Cahier de recherche 00-09, 20 p.

NOLLET, Jean et Martin BEAULIEU (2001). Une typologie des structures de gestion des achats. Revue internationale de l'achat, vol. 21, n°1, 2001, p. 33-39.

NOLLET, Jean et Martin BEAULIEU (2003a). Tirer le plein potentiel d'un groupe d'achats. Gestion, vol. 27, n°4, p. 9-16.

NOLLET, Jean and Martin BEAULIEU (2003b). The Development of Group Purchasing: An Empirical Study in the Healthcare Sector. Journal of Purchasing & Supply Management, vol. 9, n°1, p. 3-10.

NOLLET, Jean and Martin BEAULIEU (2005). Should and organisation join a purchasing group? Supply Chain Management, vol. 10, n°1, p. 11.

NOLLET, Jean et Martin BEAULIEU (2008). L'impact des technologies de l'information sur les structures de gestion des achats. 7^e Rencontre Internationale de la Recherche en Logistique. Avignon, 2008. <http://www.airl-logistique.org/fr>

NOLLET, Jean et André TCHOKOGUÉ (2010). Gestion des achats: Aller au-delà des tendances et paradigmes. Revue française de gestion, vol. 36, n°205, p. 173.

PARENT, Mariette (1997). La réforme de la santé, En réalité... tout commence par le client. L'Encyclopédie de L'AGORA - <http://agora.gc.ca/textes/mparent.html>

PATTON, M. Q. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods. Californie, Sage Publications, 532 p.

PEDERSEN, J. (1996). Product Standardization playing to win. In Vivo, June 1996, p. 15-20.

PIENAAR, W. (2009). Introduction to Business Logistics. Southern Africa, Oxford University.

PIQUETTE-RÉGIMBALD, Josiane (2009). L'acquisition de services dans les regroupements d'achats du milieu universitaire. Mémoire de Maîtrise Sciences de la gestion (Gestion des opérations et de la production), HEC Montréal, November 2009, 144 p.

PHILIPPE, Richard and Carole DUHAMEL (2004). Reorganizing logistical flows within an operating room. *Healthcare Purchasing News*, January 2004, vol. 28, n°1, p. 45.

POULIN, Etienne, Martin BEAULIEU et Sylvain LANDRY en collaboration avec Meliza LEMAY et Alexis BOIVIN (2000). Transformation du secteur de la santé : portrait canadien. Montréal, Avril 2000. Cahier de recherche n° 00-04, 75 p.

RACCA, Gabriella M. (2010a). Collaborative Procurement and Contract Performance in the Italian Healthcare Sector: Illustration of a Common Problem in European Procurement. *Public Procurement Law Review*, n°3, p. 119-133.

RACCA, Gabriella M. (2010b). Performance de l'achat hospitalier et application des règles : Présentation des résultats et de l'étude internationale sur les règles applicables aux achats hospitaliers, menée par l'Université de TURIN. Présentation lors du Symposium ASSIAPS 2010, Issy-les-Moulineaux, France, 23 p.
http://www.acheteurs-hospitaliers.com/congres/docs_agenda/GM%20Racca.pdf

RACCA, Gabriella M., Roberto CAVALLO PERIN and Gian Luigi ALBANO (2011). Competition in the execution phase of public procurement. *Public Contract Law Journal*, Vol. 41, n°1, p. 89 -108.

RACCA, Gabriella M. (2011). The challenges of collaborative procurement in the healthcare sector. *World Hospitals and Health Services*, vol. 47, n°1, p. 18.

RACCA, Gabriella M. et Sylvia PONZIO (2011). La mutualisation des achats dans le secteur de la santé publique: les centrales d'achats et les accords-cadres dans une perspective comparative. *Droit Administratif*, n°7-8, p. 7-12.

RACCA, Gabriella M. (racca@econ.unito.it). ✉ Courrier électronique à Gisèle Mangwa ✉ (gisele.mangwa@hec.ca), 12 Juin 2012.

RENAUD, Marc (1995). Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État «narcissique». Article publié dans l'ouvrage, *SANTÉ ET SOCIÉTÉ AU QUÉBEC XIXe-XXe SIÈCLE*, chapitre VIII, p. 189-218. Ouvrage sous la direction de Peter Keating et Oth-mar Keel. Montréal, Les Éditions du Boréal, 1995, 276 pages.

RIVARD-BOYER, Hugo, Sylvain LANDRY and Martin BEAULIEU (2002). A case study : Lessons for health-care supply chain integration. *International Journal of Operations and Productions Management*, vol. 22 n°4, p. 412.

ROSIN, Angélique (2009). Les achats mutualisés : Chacun peut y gagner. *LA LETTRE DU CADRE TERRITORIAL* n°384, 15 Juillet 2009. www.territorial.fr (Site des professionnels territoriaux).

ROZEMEIJER, F. (2000). How to manage corporate purchasing synergy in a decentralised company? Towards design rules for managing and organising purchasing synergy in decentralised companies. *European Journal of Purchasing & Supply Management*, vol. 6, n°1, p. 5-12.

ROZEMEIJER, F. (2000b). Creating corporate advantage through purchasing. Eindhoven University of Technology, Eindhoven.

ROZEMEIJER, F., A. VAN WEELE and M. WEGGEMAN (2003). Creating corporate advantage through purchasing: Toward a contingency model. *International Journal of Supply Chain Management*, winter 2003, vol. 39, n°1, p. 4-13.

SCOTT, L. (1995). Purchasing groups struggle to keep pace with members. *Modern Healthcare*, 1995, Sept. 25, p. 33-35.

SMITH, Peter (2003). Return to centre. *Supply Management*, vol. 8, n°8, p. 20-24.

STEFAN, Joseph P. and Ramona E. SANTIAGO (1989). The Benefits Of Group Purchasing. *Journal of Property Management*, September 1989, vol. 54 n°5, p. 50.

SCHUWEILER, Robert C. and David R. O'BRIEN (1995). Partnering as a key strategy of managing to outcomes. *Hospital Materiel Management Quarterly*, vol. 16, n°3, p. 47-53.

TAWFIK, Louis (1997). *Pratique de la gestion des approvisionnements et des stocks*. Montréal : Edition Didact, c1997. xii, 400 p.

TELLA, Eija and Veli-Matti VIROLAINEN (2005). Motives behind purchasing consortia. *International Journal of Production Economics*, vol. 93, n°94, p. 161-168.

TCHOKOGUÉ, André et Jean NOLLET (1998). Le pendule de la centralisation - décentralisation : une analyse de la dynamique des structures en gestion des achats. *Logistique & Management*, vol. 6, n°2, p. 113-123.

TYNDALL, Gene, Christopher GOPAL, Wolfgang PARTSCH and John KAMAUFF (1998). Ten strategies to enhance supplier management. *National Productivity Review*, vol. 17, n°3, p. 31-44.

VERREAULT, Lise - Sous-ministre adjointe aux finances du MSSS, Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux (2010). Management des achats en milieux hospitaliers, processus dans le domaine de la santé de la province de Québec - Canada¹³⁵. Présentation lors du Symposium ASSIAPS 2010, Issy-les-Moulineaux, France, 21 p.

VIGOROSO, Mark (1998). Buying consortiums suit some, not all. *Purchasing*, vol. 125 n°2, p. 18-19.

VOSS, Chris, Nikos TSIKRIKTSIS and Mark FROHLICH (2002). Case research in operations management. *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 22, n°2, p. 195-219.

WEINSTEIN L., Bernard (2006). The role of group purchasing organisations in the US Medical Industry Supply Chain. *Estudios De Economia Aplicada*, vol. 24, n°3, p. 789-802.

WEST, Roger (2010). La centralisation des achats hospitaliers peut-elle être plus performante qu'une démarche décentralisée? *Techniques hospitalières SPH Conseil* n°724, Nov.-Déc. 2010, p. 71-73.

YIN, Robert K. (2009). *Case study research: design and methods*. 4th edition. Thousand Oaks; Sage publications, c2009, 219 p.

¹³⁵ http://www.acheteurs-hospitaliers.com/congres/docs_agenda/Serge%20BOURGOUIN.pdf

RÉFÉRENCES DES PROJETS DE LOI, LOIS, RÈGLEMENTS ET POLITIQUES

1. Projet de loi 100¹³⁶ - Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013 – 2014 et la réduction de la dette.
2. Projet de Loi n°17 - Loi sur les contrats des organismes publics. Présenté le 11 mai 2006 et sanctionné le 15 juin 2006.
3. L.R.Q. Chapitre C-65.1 relative aux contrats des organismes publics. Promulguée le 1^{er} octobre 2008.
4. Projet de loi n°16 - «Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées». Chapitre I.O.1 «L'approvisionnement en commun»¹³⁷. En ligne.
<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-16-39-2.html> (réf. au 19 mars 2012)
5. L.R.Q. Chapitre S-4.2 – Loi sur les services de santé et les services sociaux
6. L.R.Q., chapitre M-9 - **LOI MÉDICALE**
7. Politique d'approvisionnement des Centres de santé et de services sociaux (2008). Numéro RF-POL-02. Adoptée le 18 Juin 2008. Révisée le 2 Décembre 2009 et le 08 Décembre 2010, par la Direction des ressources financières et informationnelles applicable dans les services de l'approvisionnement (28 p.).
8. Budget 2011-2012. Plan budgétaire. Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Mars 2011. ISBN 978-2-551-23930-6. En ligne.
<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2011-2012/fr/documents/PlanBudgetaire.pdf> (réf. au 19 mars 2012)

¹³⁶ Elle parle entre autres des salariés partant à la retraite qui ne seraient pas remplacés. Certains services de l'approvisionnement dans le secteur de la santé, qui comptent beaucoup un personnel très proche du départ à la retraite, craignent fortement l'«hémorragie» de ses effectifs.

¹³⁷ Ce chapitre reconfigurerait le découpage des corporations d'achat en commun au Québec et elle forcera également les établissements à mandaté leurs achats aux corporations d'achats en commun

