



EHESP

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **octobre 2017**

**Enjeux de la fonction achat pour un
établissement partie au GHT :
comment concilier efficience et
qualité ?**

Karine FERNANDO

Remerciements

Je remercie tout d'abord mon maître de stage Madame Catherine CREUZET, directrice du centre hospitalier du Nord-Mayenne (CHNM), pour ses précieux conseils lors de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie ensuite Monsieur Christophe MOUTEL, directeur des services économiques, logistiques et des travaux au CHNM, ainsi que toute son équipe pour avoir partagé leur expérience de la fonction achat.

Je remercie également Madame Valérie BITBOL, attachée d'administration hospitalière à la DSET au centre hospitalier de Château-Gontier, Monsieur Yann BOUVIER, responsable des achats au centre hospitalier d'Ernée, Monsieur Frédéric SAUVET, acheteur au centre hospitalier de Laval, Madame Christine PELLIGAND, directrice des achats et de la logistique au CH de Saint-Nazaire et Madame Alexandra BENOISTEL, Contrôleur de gestion achat au CHU de Nantes, pour avoir accepté d'échanger sur leur pratique, leur conception des achats et de la future fonction achat de territoire.

Je remercie aussi Monsieur Alain MOURIER, Enseignant-Chercheur dans le domaine des achats hospitaliers à l'EHESP, qui a accepté d'être mon directeur de mémoire et m'a guidé dans sa rédaction.

Je remercie enfin mes chers enfants pour leur patience, leur soutien et leur empathie malgré mon manque de disponibilité à leur égard.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La fonction achat, un an après la naissance des GHT, cherche sa place entre établissements parties et établissement support	7
1.1 L'objectif de la mutualisation de la fonction achat est d'être au service du projet médical partagé, qui est la pierre angulaire du GHT	7
1.1.1 Le projet médical partagé réorganise l'offre de soins au niveau des territoires ...	7
1.1.2 La fonction achat est assurée par l'établissement support désigné par la convention constitutive du groupement.....	8
1.2 Le schéma d'organisation de la fonction achat de GHT doit être mis en œuvre au 1 ^{er} janvier 2018, date à laquelle l'établissement support assure la fonction achat pour le compte des autres établissements parties au GHT	10
1.2.1 L'élaboration du PAAT et de l'organigramme de la fonction achat de GHT sont les principales étapes de l'organisation de la fonction achat de territoire	11
1.2.2 La réorganisation de la fonction achat aura des répercussions au niveau RH et au niveau de la gouvernance	14
1.3 Les achats avec les systèmes d'information et l'information médicale seront les premières fonctions mutualisées au sein des GHT : hasard ou coïncidence ?	15
1.3.1 L'objectif de la mutualisation de la fonction achat est de faciliter la mise en œuvre du projet médical partagé.....	16
1.3.2 Le programme PHARE a permis à la fonction achat d'atteindre la maturité suffisante pour être mutualisée à l'échelle d'un groupement.....	17
2 Un établissement partie doit trouver un nouvel équilibre entre collaboration et intégration lors de l'élaboration de la fonction achat de GHT : le cas du Centre Hospitalier de Nord Mayenne.....	19
2.1 Le GHT 53 s'est construit sur un mode collaboratif et non intégratif	19
2.1.1 Sept EPS doivent désormais conjuguer leurs forces au service d'un projet médico-soignant partagé	19
2.1.2 L'équipe projet pour la fonction achat de territoire élabore le PAAT en parallèle de la rédaction du PMP	20

2.2 La question de la pertinence des échelons local, régional et national paralyse les décisions	22
2.2.1 Les autorités de tutelle et le Ministère de la Santé tardent à donner des directives	22
2.2.2 Les producteurs locaux, les élus locaux et le département s'invitent aux débats sur les marchés du GHT 53	24
2.3 Les pharmaciens s'inquiètent pour l'avenir du GRPPL	25
2.3.1 Les enjeux des DM en terme de technicité, de qualité et d'organisation supplantent l'enjeu financier	26
2.3.2 Les enjeux pour les médicaments sont partagés entre enjeux financiers et enjeux d'approvisionnement	27
3 Le GHT 53 doit relever de nombreux défis en termes managériaux, financiers et de de qualité	31
3.1 La cartographie des achats des EPS des Pays-de-la-Loire met en exergue la prédominance des CHU dans les dépenses d'achat régionales	31
3.1.1 L'analyse des enjeux financiers liés aux achats hospitaliers dans la région pointe l'atypie du GHT 53	31
3.1.2 L'état des lieux de la professionnalisation des achats des EPS révèle la maturité de la fonction achat en Mayenne	35
3.1.3 Dès 2016 des GHT ont été accompagnés dans l'élaboration de leur PAAT : le cas du GHT 44 dans les Pays-de-la-Loire	37
3.2 La construction de la fonction achat dans un établissement partie dans un GHT « collaboratif » est néanmoins subordonnée à l'établissement support.....	40
3.2.1 Les membres de l'équipe projet élaborent seuls la cartographie des achats du GHT 53.....	40
3.2.2 L'organisation de la fonction achat de territoire est confiée à un prestataire après appel d'offres	43
3.3 Des pistes d'actions sont proposées afin de concilier les enjeux en termes financiers, d'organisation et de qualité	44
3.3.1 Une organisation de la fonction achat de territoire de type matriciel est recommandée par la DGOS	44
3.3.2 Un des premiers enjeux des achats est de garantir l'adéquation avec les besoins du prescripteur	46

3.3.3 Le second enjeu des achats est de garantir la qualité des produits et services achetés par l'établissement	47
3.3.4 Le troisième enjeu des achats est de servir un objectif de maîtrise des coûts ..	49
3.3.5 Le quatrième enjeu est de sécuriser les approvisionnements	50
3.3.6 Le cinquième enjeu est l'amélioration des conditions de travail	50
3.3.7 Le sixième enjeu est de servir un objectif de développement durable	51
Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
Adress : Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Etablissements Sanitaires et Sociaux
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé
ARMEN : Accompagnement Renforcé à la Mise EN œuvre
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent de Service Hospitalier
ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CESAME : CEntre de SAnté MEntale angevin
CH : Centre Hospitalier
CHHA : Centre Hospitalier du Haut-Anjou (Château-Gontier)
CHL : Centre Hospitalier de Laval
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CHNM : Centre Hospitalier du Nord-Mayenne
CHA : Centre Hospitalier d'Angoulême
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CMG : Commission Médicale de Groupement
CSP : Code la Santé Publique
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, médicot techniques et de rééducation
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DAF : Direction des Affaires Financières
DAOM : Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères
DCE : Dossier de Consultation des Entreprises
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département de l'Information Médicale
DM : Dispositifs Médicaux
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPI : Equipement de Protection Individuelle
EPS : Etablissement Public de Santé
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer du Nord-Mayenne
FHF : Fédération Hospitalière de France
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GCS-ES : Groupement de Coopération Sanitaire Etablissement de Santé
GCS-M : Groupement de Coopération de Sanitaire de Moyens
GEF : Gestion Economique et Financière
GHS : Groupe Homogène de Séjour
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GRPPL : Groupement Régional des Produits de Santé des Pays-de-la-Loire
GTT : Gestion du Temps de Travail
HAD : Hospitalisation A Domicile

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
LEEM : LEs Entreprises du Médicament
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAPA : Marché à Procédure Adaptée
MARTAA : Mission d'Accompagnement Régionale à la Tarification à l'Activité
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MERRI : Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIGAC : Missions d'intérêt Général et Aide à la Contractualisation
OPERAH : Optimisation de la PERformance des Achats Hospitaliers
ORACC : Outil Régional d'Accompagnement à la Certification des Comptes
PAA : Plan d'Action d'Achat
PAAT : Plan d'Action d'Achat de Territoire
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés en maison de retraite
PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PCSIRMT : Président de la Commission de Soins Infirmiers, Médicotechniques, et de Rééducation
PHARE : Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables
PMP : Projet Médical Partagé
PRE : Plan de Retour à l'Equilibre
PRS : Projet Régional de Santé
PHARE : Performance Hospitalière pour des Achats Responsables
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RESAH : Réseau des Acheteurs Hospitaliers
RH : Ressources Humaines
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation fonctionnelle
UGAP : Union des Groupements des Achats Publics
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
UniHA : Union des Hôpitaux pour les Achats
SI : Système d'Information
SIH : Système d'Information Hospitalier
SIH : Système d'Information Hospitalier pour les Achats
SMPS : Syndicat des Managers Publics de Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

Introduction

Un changement de culture s'est opéré depuis quelques années dans les services économiques, logistiques et travaux des hôpitaux publics où l'achat n'est plus considéré comme une fonction juridico-administrative mais une fonction économique. Sous l'impulsion du programme PHARE porté par la DGOS en 2011, les acheteurs ont gagné en professionnalisme et la fonction achat en maturité. De plus depuis 2015, les EPS de type MCO ont l'obligation de transmettre un PAA aux ARS et de faire remonter les gains attendus.

Le 5 juillet 2016, la ministre des Affaires sociales et de la santé Marisol Touraine officialisait la création de 135 GHT, nouveau mode de coopération pour les établissements de santé publics¹. La mutualisation de certaines fonctions support dont la fonction achat doit être effective au 1^{er} janvier 2018 avec l'objectif d'une convergence des marchés au 1^{er} janvier 2020. Cette injonction répond à la double exigence² :

- De professionnalisation de la fonction achat afin d'optimiser le dialogue acheteur-prescripteur
- De permettre une homogénéisation du parc d'équipement et donc des outils de travail des professionnels médicaux notamment afin de faciliter leur mobilité

Les services achats ne sont pas novices en matière de coopération et les commandes auprès de groupements de commandes régionaux, d'opérateurs nationaux ou la passation de marchés en local entre plusieurs établissements sont rentrées dans les mœurs. La nouveauté avec le GHT est que l'établissement support assure la fonction achat pour le compte des établissements parties au groupement, et qu'il n'y a qu'une fonction achat quels que soient la localisation géographique des agents et leur rattachement à l'établissement support. La réforme des GHT est une forme de coopération très intégrée.

Des instruments permettant la coopération entre établissements et professionnels en vue d'assurer l'offre de soins hospitaliers existaient déjà sous la forme soit d'une coopération purement fonctionnelle soit d'une coopération institutionnelle débouchant sur la création d'une nouvelle personne juridique. Les instruments de la coopération fonctionnelle sont principalement les conventions de coopération simples, la fédération

¹ « 135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott », dépêche HOSPIMEDIA du 08/07/2016

² HUBERT J., MARTINEAU F., 2016, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport de fin de mission*, La documentation française, 51 p.

médicale interhospitalière et le réseau de santé. Les instruments de la coopération institutionnelle résultent de la loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST. Elle confirme le GCS comme instrument de coopération institutionnelle entre tous les établissements de santé, publics et privés. Elle introduit une nouvelle forme de coopération entre établissements publics : la communauté hospitalière de territoire. La troisième forme de coopération institutionnelle revêt la forme de GIP ou de GIE. Avec la création des GHT, la coopération s'impose aux établissements de santé publics sans que cet outil de coopération n'ait la personnalité morale.

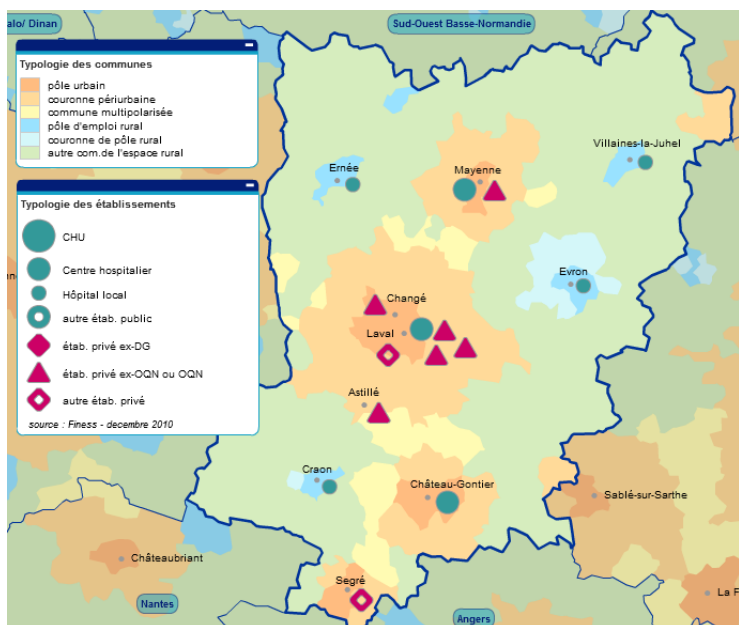
J'ai choisi d'étudier le thème des achats dans le cadre de mon mémoire car le sujet est d'actualité avec la mise en place des GHT qui vont profondément bouleverser les organisations et la prise en charge des patients à l'échelle d'un territoire. Assister à ces transformations était une opportunité qu'il convenait de saisir, y prendre part même de façon confidentielle, une chance. L'évolution de la fonction achat, vécue de l'intérieur et qui plus est d'un établissement partie offrait un point de vue unique.

Les achats, terme apparemment réducteur, couvre dans les faits tout un processus qui s'étend bien au-delà de l'acte d'achat en lui-même avec une phase très en amont de veille fournisseur et de veille technologique, et une phase en aval de suivi du produit ou du service. Le processus ne s'arrête finalement qu'à la fin du cycle de vie du produit.

Mon expérience professionnelle m'a également très certainement conduit dans ce choix de manière inconsciente. Ainsi la réorganisation des achats dans une entreprise implantée nationalement, multi sites et prestataire de services dans le secteur privé avec une centralisation au siège des décisions en matière de référencement, de stockage et d'approvisionnement est une expérience qui m'a été utile dans la réalisation de ce mémoire. Les changements ont nécessité une communication auprès des clients et une éducation des prescripteurs afin qu'ils s'approprient ces changements. Cette centralisation de la décision d'achat avec de plus la mise en place d'une plate-forme logistique unique et d'une régionalisation des prises de commande, a entraîné un sentiment de perte d'autonomie pour les équipes et une perte du lien avec les patients, les clients (pharmacies, infirmières, EHPAD) et les médecins. C'est pourquoi le changement doit être conduit, anticipé et la communication fondamentale à chaque étape de la transformation afin que les équipes ne se sentent pas dépossédées et démunies. Cette évolution des organisations s'est déroulée dans un contexte de Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE) qui a accentué le sentiment d'insécurité et la perte de repères pour les salariés de manière tout à fait légitime.

Le centre hospitalier du Nord-Mayenne (CHNM) où j'ai effectué le stage long de direction se situe à Mayenne dans le département de la Mayenne qui appartient à la région des Pays de la Loire. Il est limitrophe au nord de la Normandie, à l'ouest de la Bretagne, à l'est et au sud de deux départements appartenant à la même région. Le bassin d'attractivité réalisant 80% des séjours se compose de 11 communes comptabilisant environ 83 000 habitants. En 2013, la construction du nouvel hôpital s'est terminée et offre un environnement de travail de qualité au personnel. Néanmoins la Mayenne est un département très rural et les déplacements sont difficiles pour la population qui ne possède pas de véhicule motorisé, de plus la densité des professionnels de santé est inférieure à celle des autres départements de la région et à la moyenne française. La pénurie n'est pas seulement médicale mais concerne aussi bien les chirurgiens-dentistes que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes. C'est pourquoi les coopérations sont les bienvenues entre établissements publics mais aussi privés, la ville et l'hôpital. Le CHNM est rattaché au GHT du département de la Mayenne en tant qu'établissement partie depuis le 30 juin 2016, date de la signature de la convention constitutive du groupement, au même titre que les CH de Château-Gontier, Ernée, Craon-Renazé, Evron et Villaines-la-Juhel. Le CH de Laval est l'établissement support du GHT

53.



Le CHNM est à taille humaine (1156 agents), à l'image du GHT 53 auquel il est rattaché. Les échanges au sein des équipes et entre les établissements s'en trouvent donc facilités. En assistant aux réunions du groupe de travail du GHT pour les achats et à celles du comité stratégique du GHT, j'ai pu réaliser que les différentes fonctions administratives n'étaient pas cloisonnées mais interconnectées les unes par rapport aux autres et que la fonction achat participait d'une problématique beaucoup plus vaste.

J'ai pu faire principalement trois constats : que la mise en place des GHT s'opérait très vite, que la mutualisation des fonctions support (achat, SIH, DIM, formation continue, écoles paramédicales) provoquait une réaction en cascade sur les fonctions RH et finances et que la gouvernance des chefs d'établissement se trouvait menacée. De fait, les conséquences des premières mutualisations entraînent de tels changements qu'il ne sera pas possible de revenir en arrière et que la seconde vague des mutualisations devra s'opérer rapidement si l'on veut que l'ensemble soit soutenable.

En tant que futur directeur d'hôpital, ce travail de recherche et d'observation m'a appris les contraintes en matière de marché public, l'importance des instances avec le respect des calendriers et la qualité du dialogue social dans le secteur public hospitalier.

J'ai eu l'opportunité d'être en contact avec les acteurs de la fonction achat de tous les établissements du GHT, confrontés aux mêmes problèmes de démographie médicale bien que de tailles et avec des activités différentes.

Outre les rencontres en groupe, j'ai souhaité mener des entretiens individuels avec des acteurs de la fonction achat dans différents établissements du GHT mais aussi dans le GHT 44. L'expérience pilote du GHT de Loire-Atlantique me semblait intéressante d'autant plus que la configuration est très différente de celle du GHT de la Mayenne avec des ressources beaucoup plus conséquentes. J'ai donc eu un échange avec le contrôleur de gestion achat du CHU de Nantes, le directeur des achats de la cité sanitaire de Saint-Nazaire en GIE avec la clinique, l'AAH du CH de Château-Gontier, l'ingénieur de l'hôpital local d'Ernée, l'adjoint des cadres du CH de Laval, les pharmaciens du CH de Mayenne, et bien sûr l'équipe des services économiques, logistiques et travaux du CH de Mayenne dont plus particulièrement le directeur des achats, l'AAH et les acheteurs.

Je n'ai pas établi de grille car j'ai préféré mener les entretiens sur le mode de l'échange afin de laisser évoluer mes interlocuteurs dans un cadre moins contraint. D'autre part, les environnements professionnels, les postes, les responsabilités et les expériences étant variés, j'ai plutôt recherché à faire ressortir l'originalité de chaque témoignage plutôt que comparer des situations à un moment donné.

Je me suis néanmoins attachée à suivre un fil conducteur :

- Historique de leur parcours professionnel
- Historique de la fonction achat de l'établissement

- Réalisation d'un PAA dans leur établissement?
- Indépendance des ingénieurs bio médicaux et des pharmaciens ou bien rattachement à la cellule des marchés ?
- Réalisation d'enquêtes qualité ?
- Suivi des fournisseurs ?
- Procédures d'achat existantes ?
- Pensez-vous que les GHT vont permettre d'augmenter les gains sur les achats ?
- Pensez-vous que les GHT vont entraîner un gain ou bien une perte en qualité ?
- Comment voyez-vous évoluer la fonction achat dans le cadre du GHT ?
- Comment voyez-vous l'avenir des groupements régionaux ?
- Que pensez-vous de l'achat des produits alimentaires aux centrales nationales ?

Afin de resituer la mise en place de la fonction achat dans le GHT 53 vue d'un établissement partie, il conviendra tout d'abord de présenter la phase de transition dans laquelle se trouve la fonction achat de tous les EPS, quels qu'ils soient, en 2017 (I). Pour le CHNM, il s'agit de continuer à gérer au quotidien les achats et les approvisionnements tout en menant la conduite du changement en zone d'incertitude (II). L'opération s'avère complexe et la réussite de la mise en place de la fonction d'achat territoriale nécessite de maîtriser des enjeux managériaux, financiers et de qualité (III).

1 La fonction achat, un an après la naissance des GHT, cherche sa place entre établissements parties et établissement support

La mutualisation de la fonction achat impacte en profondeur les organisations des services économiques et logistiques. La conduite du changement lors de la phase de transition nécessite une très bonne communication entre les médecins, les chefs d'établissements et les services dédiés aux achats.

1.1 L'objectif de la mutualisation de la fonction achat est d'être au service du projet médical partagé, qui est la pierre angulaire du GHT

Les GHT doivent faciliter les collaborations entre les équipes médicales et soignantes des établissements membres du groupement. Les achats, fonction support, doivent mutualiser leurs efforts afin de faciliter la prise en charge des patients par les équipes de territoire.

1.1.1 Le projet médical partagé réorganise l'offre de soins au niveau des territoires

La loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé, et le décret N° 2016-524 du 27 avril 2016³ modifient le code de la santé publique et offrent un cadre juridique à la création des GHT. Cette réforme qui ne concerne que le secteur public a été conçue pour servir la qualité, la sécurité et l'accessibilité aux soins hospitaliers.

Ainsi dans un communiqué du 20 mars 2016, Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau rapporteurs de la mission sur les GHT affirment que le GHT a pour objet « de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge du patient commune et graduée dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ».

³ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 107), JORF n°22 du 27 janvier 2016. Disponible sur internet :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;sessionId=5858DF2703B4BEF8DAE52327DA229E73_tpdila18v_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF n°101 du 29 avril 2016, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032465957>

L'adhésion à un GHT a été obligatoire pour les EPS. Des dérogations ont néanmoins été possibles, principalement pour les EPSM, l'adhésion à un GHT étant facultative pour les EHPAD publiques. Des instances de gouvernance commune ont dû être constituées telles qu'un comité stratégique, un collège médical et une CSIRMT du GHT. Chaque GHT comporte un établissement support et des établissements parties mais n'est pas doté pour autant de la personnalité morale.

Ainsi, à la suite de concertations entre plus de 850 hôpitaux publics sous l'égide des ARS et en lien avec les élus des territoires et la FHF, 135 GHT sont nés au 1^{er} juillet 2016 avec des périmètres très variables (taille, distances entre les établissements, budgets, partenaires ...). Ainsi sont-ils composés de deux à vingt établissements, certains sont uniquement dédiés à la psychiatrie et à la santé mentale. Les budgets très variables s'échelonnent de plus d'un milliard d'euros pour quatorze d'entre eux à moins de 400 M€ pour la majorité (soixante-dix-huit).

Au 1^{er} juillet 2016, les conventions constitutives de chaque GHT ont été élaborées et signées par les établissements membres. Elles sont supposées acter les responsabilités du représentant légal de l'établissement support dans le domaine des achats.

Faisant suite à la constitution des GHT, l'élaboration d'un projet médical partagé, voire d'un projet médico-soignant, a pu voir le jour au 1^{er} juillet 2017 dans chaque GHT.

1.1.2 La fonction achat est assurée par l'établissement support désigné par la convention constitutive du groupement

L'article L.6132-3 du CSP désigne les délégations obligatoires de fonctions des établissements parties à l'établissement support. Elles portent sur :

- La gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, notamment un dossier patient unique
- La gestion d'un département de l'information médicale de territoire, le médecin responsable du DIM de territoire n'étant pas placé sous l'autorité du directeur de l'établissement support
- La fonction achats
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement
- Les plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement

La loi prévoit également la mise en commun des activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, la biologie médicale et la pharmacie.

L'article R.6132-16 du CSP précise les missions de la fonction achat de territoire :

- Elaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement
- Planification et passation des marchés, au sens de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, et de leurs avenants.
- Contrôle de gestion des achats

Ainsi dans le cadre du GHT, pour apprécier si une convention passée par un établissement partie est un marché concerné par les nouvelles modalités de passation par l'établissement support du GHT, il convient de s'assurer que les trois critères suivants sont cumulativement réunis :

- La convention est passée entre un pouvoir adjudicateur et un opérateur économique public ou privé
- Elle est passée pour répondre aux besoins d'un pouvoir adjudicateur en matière de travaux, de fournitures ou de services
- Elle met en place une relation client-fournisseur, caractérisée par un caractère onéreux. La notion de contrat conclu à titre onéreux oblige à ce qu'une véritable rémunération du cocontractant soit établie par le pouvoir adjudicateur en contrepartie de la livraison de travaux, de fournitures ou de service fournis par le cocontractant. Cette rémunération correspond en principe au paiement d'un prix versé en contrepartie d'une prestation ou de l'exercice d'une mission particulière.

Ainsi qualifiée de marché public, la convention passée entre un établissement partie au GHT et un opérateur économique est directement concernée par la nouvelle procédure de passation, placée sous la responsabilité du directeur de l'établissement support du GHT, et cela quelle que soit la valeur estimée du besoin pour le marché public concerné.

En ce qui concerne les marchés de travaux, la DGOS affirme que « les dispositions législatives relatives aux GHT dérogent aux dispositions générales de la loi MOP⁴ ». Ainsi chaque EPS conservera son entière compétence sur les seules missions suivantes pour la maîtrise d'ouvrage : définition du programme de l'opération et de l'enveloppe financière, exécution des marchés publics...

⁴ Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée, dite loi MOP

L'instruction ministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017⁵ est venue précisée la répartition des compétences entre l'établissement support et l'établissement partie au GHT. « N'entrent pas dans le périmètre de la fonction achat mutualisée et continuent à relever de chacun des établissements partie au GHT : l'identification des besoins (et par là l'appréciation de leur opportunité) ainsi que l'exécution des marchés à l'exclusion de la passation des avenants ». « Pour ce qui concerne l'identification et l'opportunité des besoins, chaque établissement demeure compétent pour arrêter sa stratégie d'investissement ». Cette instruction redonne ainsi un peu d'autonomie aux établissements partie au GHT par rapport au décret du 27 avril 2016.

Dans le même esprit afin de faciliter la gestion au quotidien des établissements, demeure « la possibilité de payer, par l'intermédiaire d'une régie, les dépenses de matériel et de fonctionnement non comprises dans un marché public passé selon une procédure formalisée, conformément aux dispositions de l'article R. 1617-11 du code général des collectivités territoriales ».

1.2 Le schéma d'organisation de la fonction achat de GHT doit être mis en œuvre au 1^{er} janvier 2018, date à laquelle l'établissement support assure la fonction achat pour le compte des autres établissements parties au GHT

Bien que le GHT ne soit pas doté de la personnalité morale, le directeur de l'établissement support sera responsable de la passation des marchés pour le compte des autres établissements et exercera pour cette fonction, par dérogation, les compétences d'un chef d'établissement. La gestion de la phase de transition doit permettre d'évoluer d'une organisation décentralisée à une conception centralisée de la fonction achat.

⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction interministérielle N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire. Disponible sur internet sur le site www.circulaires.gouv.fr

1.2.1 L'élaboration du PAAT et de l'organigramme de la fonction achat de GHT sont les principales étapes de l'organisation de la fonction achat de territoire

Le guide méthodologique de la fonction achat du GHT, élaboré par la DGOS et publié en mai 2017⁶, préconise un planning en neuf étapes pour la mise en place de la fonction achat de GHT (*annexe 1*).

Selon la DGOS, la réussite du projet réside dans la constitution d'instances de pilotage pérennes (directeur de la fonction achat de territoire) et provisoires (chef de projet « mise en place de la fonction achat de territoire » ou « préfigurateur »), ce chef de projet pouvant être le directeur de la fonction achat de GHT ou l'un de ses collaborateurs proches. Il est possible de bénéficier de l'apport méthodologique de consultants pour cette étape (étape n°1). Il est également recommandé d'identifier rapidement un chef de projet PAAT et un chef de projet opérationnel des marchés. En effet il s'agit de cibler les marchés dont l'échéance est courte afin de pouvoir les inscrire en priorité dans le PAAT et surtout lancer une procédure de passation commune aux établissements membres du GHT, la production opérationnelle des marchés constituant une problématique très concrète pour les établissements.

Il s'agit ensuite de réaliser un diagnostic de la fonction achat au sein du GHT en mettant en commun la cartographie du portefeuille d'achat de chaque établissement (étape n°2). Une représentation graphique permet d'avoir une vision complète du portefeuille achat du GHT avec les poids relatifs des segments (médicaments, alimentation, blanchisserie ...) et des différents établissements. L'analyse par segment va permettre de déterminer les axes de coopération et la possibilité d'une harmonisation sur les fournisseurs et les produits.

La notion de calendrier des marchés est essentielle afin de prioriser les actions à mettre en place et préparer la convergence des marchés au 31 décembre 2020, mais également afin d'anticiper le lancement d'un marché et ne pas risquer la rupture d'approvisionnement. Les GHT ne disposant pas de la personnalité morale, il n'est pas possible d'étendre un contrat en cours à un autre établissement partie au GHT. Par contre il est toujours possible de signer des avenants pour prolonger la durée d'exécution des marchés en cours afin d'avoir des échéances de contrat les plus proches possibles.

⁶ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. GHT : Guide méthodologique de la fonction achat des GHT, DGOS, mars 2017, disponible sur internet en téléchargement <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-fonctions-supports>

La cartographie des fournisseurs par établissement puis pour le GHT va permettre d'optimiser le panel de fournisseurs et ainsi exercer un véritable pilotage de ces derniers (étape n°3). La méthode la plus simple et la plus efficace consiste à isoler et concentrer ses efforts sur les 20% de fournisseurs représentant 80% du volume d'achat total du fait de leur importance financière stratégique.

Des ateliers remue-méninges entre acheteurs et prescripteurs (étape n°4) doivent permettre de déterminer le « juste besoin ».

Les étapes n°s 5, 6 et 7 vont permettre de prioriser les actions, chiffrer le potentiel de gains et formaliser le PAAT. Les étapes n°s 8 et 9 sont le suivi et la mise en œuvre du projet.

En parallèle de l'élaboration du PAAT, les acteurs du processus achat-approvisionnement doivent être identifiés dans chaque établissement avec une estimation de leur temps de travail par tâche. La gestion d'un marché s'organise en neuf phases d'un processus achat-approvisionnement⁷. Les phases 1 à 6 et 9 du processus d'achat sont celles qui sont mutualisées au sein de la fonction achat commune du GHT :

- Analyse interne des besoins (1)
- Analyse externe (2)
- Définition de la stratégie achat (3)
- Rédaction du DCE et publication (4)
- Analyse des offres, sélection des fournisseurs, notification (5)
- Passation des commandes (6)
- Suivi et évaluation de la performance, suivi des consommations (9)

Les phases 7 et 8 (réception/distribution (7), liquidation (8)) relèvent de l'approvisionnement et ne sont pas intégrées dans le périmètre de la fonction achat mutualisée mais doivent néanmoins être intégrées à l'analyse.

La fonction achat ne concerne pas seulement les directions des services économiques mais également les RH (dépenses de formation, d'intérim, d'audits), la pharmacie (produits de santé), le service biomédical (maintenance biomédicale...), les laboratoires, le service informatique, etc qui sont également des acheteurs. Ces différents acteurs

⁷ MASSON G., MOURIER A., JANIN D., janvier-février 2012, « Coût global de gestion du processus achat-approvisionnement », *Techniques hospitalières*, n°731, 8 p

doivent être identifiés et leur périmètre d'achat interrogé afin de les intégrer à la fonction achat du GHT GHT.

A l'issue de l'extraction et de l'analyse de ces différentes données, un PAAT doit être établi et livré au 1^{er} juillet 2017.

L'étape suivante va permettre de définir l'organisation cible de la fonction achat. Elle va transformer les organisations et aura donc un impact fort en terme RH et en terme de gouvernance. C'est pourquoi l'organisation cible une fois retenue devra être présentée aux instances consultatives des établissements : le CTE et le CHSCT.

Plusieurs degrés d'intégration de la fonction achat sont possibles, allant d'une répartition des familles d'achat entre les différents sites, au regroupement sur le seul établissement support, d'une fonction achat unique et centralisée. Deux organisations cibles sont proposées par la DGOS (annexe...) :

- Une organisation pyramidale (côté établissement partie) où les acheteurs sont dédiés à temps complet à la fonction achat
- Une organisation matricielle (côté établissement partie) où les acheteurs sont dédiés à temps partiel à la fonction achat.

L'organisation matricielle est recommandée pour les petits établissements car il sera difficile de dédier des agents à temps complet à la fonction achat alors qu'ils sont polyvalents. Dans ce modèle organisationnel, les agents demeurent affectés et employés dans leur établissement. Sur le plan opérationnel, concernant leurs activités au titre de la fonction achat, ils sont encadrés par le référent achat de leur établissement.

Dans l'organisation pyramidale, les acheteurs peuvent continuer de relever de leur établissement ou être rattachés à l'établissement support par la voie d'un changement d'établissement ou d'une mise à disposition. Sur le plan opérationnel, ils sont encadrés par le référent achat de leur établissement.

Le choix du scénario cible devra être présenté par le directeur des achats du GHT et le préfigurateur aux directeurs généraux de chaque établissement ainsi qu'à leurs représentants pour les achats. Il est également recommandé d'inscrire ce sujet à l'ordre du jour du comité stratégique du GHT pour une présentation en mai 2017.

Enfin pour l'été 2017, les modalités de gestion commune des achats et la mise en place de l'organisation cible de la fonction achat viendront conclure ce projet de mise en place de la fonction achat de GHT pour une prise d'effet au 1^{er} janvier 2018.

1.2.2 La réorganisation de la fonction achat aura des répercussions au niveau RH et au niveau de la gouvernance

Le décret du 2 mai 2017⁸ relatif aux fonctions mutualisées et à la répartition des emplois dans les GHT entérine la date de transfert de compétences et de responsabilités au directeur de l'établissement support au 1^{er} janvier 2018.

Le directeur de l'établissement support du GHT est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il a aussi la charge d'assurer la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics⁹. De son côté, l'établissement-partie en assure l'exécution. Le texte enlève les activités d'approvisionnement de la responsabilité de l'établissement support. Selon l'analyse du Syncass-CFDT¹⁰, la détermination du besoin d'achat est scindée en deux : l'établissement partie identifiant son besoin et l'établissement support en analysant l'opportunité. Ce décret entérine donc l'éclatement des responsabilités en matière de marché public entre les chefs d'établissements support et partie.

Les agents qui assurent les activités, fonctions et missions mutualisées sont nommés dans leurs fonctions, pour le compte des établissements-parties, par le directeur de l'établissement support selon l'organisation et le fonctionnement du groupement prévus par la convention constitutive du groupement. Le directeur de l'établissement support peut déléguer sa signature aux agents recrutés par cet établissement ou mis à sa disposition. Selon le Syncass-CFDT, ce décret crée la confusion dans la définition du pouvoir de nomination puisque le directeur de l'établissement support se voit attribuer un pouvoir de nomination dans la fonction tout en laissant l'autorité hiérarchique au directeur de l'établissement partie au groupement. Dans le cas de mise à disposition d'agent lorsqu'il s'agira de temps partiel, des conflits de gestion ou d'attribution pourront surgir et risque d'exposer l'agent à des conflits de légitimité.

⁸ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L-6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire, JORF du 4 mai 2017 [visité le 05.05.2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034566831>

⁹ Ordonnance [n°2015-899](#) du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics et ses décrets d'application [n°2016-360](#) (marchés publics) du 25 mars 2016 transposant les directives européennes de mars 2014

¹⁰ Syncass-CFDT, Communiqué du 5 mai 2017

Une enquête en ligne a été réalisée par APMnews entre le 26 janvier et le 6 mars 2017 sur le sujet des achats hospitaliers¹¹ et notamment, sur l'évolution de la fonction achat dans le cadre des GHT. Les plus de 400 responsables hospitaliers (directeurs, cadres ou pharmaciens hospitaliers) ayant répondu à l'enquête se révèlent sceptiques sur la mutualisation de la fonction achat. 54% se déclarent favorables à la délégation de compétences à l'établissement support du GHT prévue par la réglementation. En revanche, une très large majorité (87%) réclame le maintien des groupements de commandes régionaux ou locaux qui existaient avant la réforme.

Dans les commentaires libres pouvant être faits sur cette réforme, on peut retenir ceux des directeurs des achats qui s'interrogent sur le rattachement hiérarchique des directions des services économiques à l'établissement support ou bien sur le fait que « la centralisation n'est pas toujours signe d'économies » ou encore sur la crainte d'une « perte d'intérêt et de professionnalisme dans les établissements parties ».

D'autres commentaires vont a contrario de ceux fait précédemment puisque des responsables hospitaliers estiment au contraire que « cette réforme peut engendrer des gains sur achat supplémentaires », et/ou sera « l'occasion de permettre une comparaison des pratiques professionnelles entre établissements d'un même GHT et de mettre en exergue les meilleures pratiques qui pourraient être partagées ».

On peut s'interroger sur une telle différence de réactions que suscitent cette réforme : serait-ce lié à la taille du GHT, au nombre d'établissements, à l'historique des fonctions achats et à leur degré de maturité ?

Un médecin hospitalier apporte une partie de la réponse en observant que les trois principaux établissements de santé publics de son GHT ayant décidé de fusionner, les « choses » vont être « simplifiées, en particulier l'aspect budgétaire et administratif ». Ainsi dans un GHT où les établissements membres avaient déjà un fort degré de coopération, la mise en place de fonctions mutualisées s'est faite plus naturellement.

1.3 Les achats avec les systèmes d'information et l'information médicale seront les premières fonctions mutualisées au sein des GHT : hasard ou coïncidence ?

La mutualisation des SIH, des DIM et de la formation médicale paraît logique afin de rendre cohérente l'offre de soins au niveau d'un territoire. Le périmètre de la mutualisation

¹¹ « GHT : les responsables hospitaliers sceptiques sur la mutualisation de la fonction achat (enquête APMnews) », dépêche APM du 04/05/2017

des achats, qui aurait pu se limiter aux achats impactés directement par le projet médical (équipements médicaux, intérim médical, produits de santé...) suscite des interrogations.

1.3.1 L'objectif de la mutualisation de la fonction achat est de faciliter la mise en œuvre du projet médical partagé

Selon la DGOS, l'établissement support en assurant un certain nombre de fonctions support pour le compte des autres établissements parties au GHT, pourra garantir les conditions de la mise en œuvre du projet médical partagé. Le PMP est élaboré dans une logique de filières, de parcours et de gradation des soins. Ainsi le patient sera accueilli dans l'un ou l'autre des établissements membres du GHT en fonction de son âge, sa pathologie, le degré d'évolution de sa maladie chronique ou son mode de prise en charge, chaque EPS proposant une offre de soins complémentaire et/ou spécialisée par rapport aux autres établissements du groupement. La création d'équipes médicales de territoires partagées entre les EPS du GHT, les mutualisations des systèmes d'information hospitaliers, des départements d'information médicale et de la formation médicale semblent inhérentes à la réussite du PMP. La mutualisation des achats liés directement aux soins concoure à la même logique. La mutualisation des achats de véhicules, les travaux ... semble moins pertinente à l'aune de cette argumentation.

La création des équipes médicales de territoire sont censées répondre à l'offre de soins de la population dans le respect des critères de sécurité, qualité et accessibilité liés aux soins mais ne sont-elles pas liées en grande partie à une démographie médicale défavorable et à une inégale répartition des médecins sur le territoire ce qui nécessite une meilleure efficience des ressources médicales ?

D'autre part les « premières » fonctions mutualisées et donc réorganisées sont les fonctions support donc celles affectées par les dépenses des titre 2 et 3, moins sensibles que celles du titre 1 et n'affectant pas l'organisation des soins. Néanmoins les achats considérés comme non stratégiques vont néanmoins impacter les organisations puisque la politique et les stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat seront décidées par le directeur de l'établissement support. Ce dernier sera responsable de la passation des marchés portant sur les besoins spécifiques d'un établissement ou des besoins communs à plusieurs d'entre eux. L'harmonisation des pratiques médicales au sein du GHT ira ainsi de pair avec une perte d'autonomie des établissements parties. La question se pose de savoir si le législateur avait anticipé cette dépossession pour les chefs d'établissement partie et si la seconde intention des GHT (après le PMP) n'est pas de préparer une fusion.

Néanmoins faire des achats une des premières fonctions mutualisées peut trouver sa source dans la mise en œuvre du programme PHARE dans les hôpitaux.

1.3.2 Le programme PHARE a permis à la fonction achat d'atteindre la maturité suffisante pour être mutualisée à l'échelle d'un groupement

La mutualisation des achats à l'échelle du GHT a un impact attendu au niveau économique dans la continuité des gains réalisés dans le cadre du programme PHARE depuis une petite dizaine d'années. En effet, les achats à l'hôpital se sont organisés progressivement dans une logique de groupement afin d'optimiser leur performance à l'instar du secteur privé. Les anciens économats ont peu à peu gagné leurs lettres de noblesse au gré des différentes réformes et sous la pression financière avec la raréfaction des ressources. D'exécutant l'acheteur est devenu un partenaire. Le rapport de l'IGAS de 1997¹² pointe l'intérêt d'une prise de conscience de l'importance de la fonction achat à l'hôpital : l'approche trop juridique de l'achat évince les enjeux économiques et managériaux. D'autre part les achats sont trop souvent appréhendés sous l'angle des coûts et non des gains.

En 2002, a lieu la mise en place du plan Hôpital 2007 qui introduit la tarification à l'activité (T2A) pour les activités MCO. Elle amène à reposer la question du financement des activités et à réfléchir aux marges de manœuvre qui peuvent être trouvées en termes de gestion.

En 2006, le projet OPERAH mené par la MEAH dans 95 établissements a permis de dégager quatre axes de progrès :

- Développer la politique achat au sein de chaque établissement
- Augmenter la reconnaissance de la fonction achat
- Mettre en place les outils nécessaires à la mise en œuvre de la politique achat
- Développer les compétences clés de la fonction achat

En 2011, le programme PHARE porté par la DGOS est parti du constat que les achats représentaient le second poste de dépenses des EPS (24 milliards d'euros par an en 2010) et qu'il était possible de réaliser des économies d'environ un milliard d'euros dès la première période triennale (2012-2015) en restructurant les fonctions achats des EPS.

¹² Rapport annuel IGAS1997, *Les achats hospitaliers, une préoccupation injustement négligée*

Cinq leviers ont été identifiés pour réaliser des gains sur les achats :

- La massification des contrats avec un encouragement aux groupements de commande entre établissements et à la création de centrales d'achats
- La maîtrise technique des produits et des services achetés
- L'optimisation des processus d'achat, et notamment
- L'importance accordée au prix mais aussi à la qualité exprimée dans la satisfaction du prescripteur et de l'utilisateur, mettant en exergue le duo patient-médecin
- L'attention apportée à l'approvisionnement dans son aspect logistique (flux, stock)

Actuellement coexistent trois centrales d'achat nationales qui sont l'UGAP, le RESAH et UniHA. La mutualisation des commandes, le regroupement des donneurs d'ordre et la standardisation des produits (moins de références et moins de fournisseurs) permettent d'obtenir de meilleurs prix sans nuire à la qualité. Elles évitent de se lancer dans des passations de marchés chronophages et nécessitant des compétences juridiques que ne possèdent pas tous les établissements et ce, avec un risque de contentieux à la clé.

Des groupements régionaux ont également été créés, chacun étant spécialisé dans un domaine : produits de santé, articles textiles, alimentaire... Ainsi au fil du temps, à l'échelon local se sont greffés les échelons régional et national. Les vagues ARMEN, déclinaisons opérationnelles du programme PHARE, ont ensuite permis d'accéder à des opportunités de gains par domaine d'achat.

Depuis 2015, les hôpitaux de type MCO ont l'obligation de transmettre un PAA à leur ARS. L'achat faisant partie de la politique de l'établissement doit figurer au projet d'établissement, et le PAA étant stratégique doit être présenté aux instances.

L'intérêt porté par les politiques publiques à la fonction achat dans les hôpitaux, mais également dans les ministères et les collectivités territoriales, ont permis aux acteurs de se professionnaliser et de démontrer l'importance de cette fonction dans ses différentes dimensions : politique, stratégique, financière, organisationnelle et de qualité. Ils ont familiarisé les acheteurs avec les coopérations au sein de groupements d'achats ou de commandes. Il n'est donc pas tout à fait surprenant que cette fonction support des activités de production de soins soit l'une des premières fonctions mutualisées.

2 Un établissement partie doit trouver un nouvel équilibre entre collaboration et intégration lors de l'élaboration de la fonction achat de GHT : le cas du Centre Hospitalier de Nord Mayenne

Suivant la taille des GHT et leur configuration, le risque est avéré que l'établissement support ne dicte les choix en matière d'achats et n'impose ses décisions sur les organisations. C'est pourquoi les établissements parties sont vigilants quant à la marge de manœuvre qu'ils souhaitent conserver et attentistes.

2.1 Le GHT 53 s'est construit sur un mode collaboratif et non intégratif

La particularité du GHT de la Mayenne et du Haut-Anjou réside d'une part, dans le fait qu'il ne comporte ni CHU ni établissement de taille disproportionnée par rapport aux autres. D'autre part, le centre hospitalier de Château-Gontier entretient des relations très étroites avec le CHU d'Angers. Il bénéficie de ses ressources médicales grâce à la proximité géographique des deux établissements, ce qui n'est pas le cas des CH de Laval et de Mayenne qui se trouvent à bonne distance de leur CHU de rattachement. Cette situation explique la volonté d'une gouvernance « coopérative et non intégrative », exprimée dans la convention constitutive du groupement.

2.1.1 Sept EPS doivent désormais conjuguer leurs forces au service d'un projet médico-soignant partagé

Le CHNM se situe dans le département de la Mayenne et dans la région des Pays de la Loire. Sa zone d'attractivité regroupe une population établie dans un bassin de vie rural dans un département faiblement peuplé. La Mayenne connaît une hausse démographique continue portée par le vieillissement et se caractérise par une forte concurrence sur le secteur MCO avec la présence principalement de quatre établissements (trois établissements publics et une clinique privée) : le CH de Laval, le CHNM, le CH du Haut-Anjou et la polyclinique du Maine.

La création de GHT départementaux, entérinés suite à la convention FHF en Pays de la Loire a pour conséquence la mise en place d'un GHT entre le CHNM, les CH de Laval et de Château Gontier, et les 4 hôpitaux locaux (Villaines-la-Juhel, Ernée, Evron et Craon)

en association avec le CHU d'Angers. Ce GHT porte le nom de groupement hospitalier de territoire de la Mayenne et du Haut-Anjou dit GHT 53.

Le CH de Mayenne dispose de 597 lits et places dont 163 lits MCO, répartis comme suit : Médecine 98 lits, chirurgie 36 lits, gynécologie-obstétrique 17 lits, surveillance continue 6 lits, UHCD 6 lits, psychiatrie 149 lits et places, soins de suite 30 lits, USLD 47 lits, EHPAD 120 lits, PASA 12 places, SSIAD 54 places, ESA 10 places, HAD 12 places.

Le CH de Château-Gontier dispose de 568 lits et places dont 191 lits MCO.

Le CH de Laval constitue le plus gros établissement du territoire avec 1341 lits et places dont 343 lits MCO. Il est par conséquent l'établissement support du GHT.

Les hôpitaux locaux de Craon-Renazé, Ernée, Evron et Villaines-la-Juhel disposent respectivement de 320, 312, 292 et 179 lits et places.

La démographie des professionnels de santé libéraux met en évidence des densités inférieures aux territoires de comparaison. Ce constat apparaît comme une limite pour la réalisation de certains projets de développement souhaités par le CHNM.

Début juillet 2017, le GHT 53 a présenté les trois axes de son projet médico-soignant partagé. Il s'agit tout d'abord du développement du lien ville-hôpital et de la coordination du parcours de santé. Dix filières prioritaires ont été identifiées en matière de gradation des soins : accident vasculaire cérébral, cancérologie, handicap, parcours de la personne âgée, pédiatrie, précarité, santé mentale, soins non programmés, soins palliatifs et syndrome coronarien aigu. Le troisième axe s'intéresse au développement de la coordination ou de la mutualisation territoriale dans six domaines d'activité : biologie, département d'information médicale, HAD, imagerie médicale, pharmacie et qualité-sécurité des soins.

2.1.2 L'équipe projet pour la fonction achat de territoire élabore le PAAT en parallèle de la rédaction du PMP

L'équipe projet pour les achats du GHT 53 s'est constituée en toute logique autour des représentants achats des sept établissements membres dès le mois de mars 2016. Le « préfigurateur » de la fonction achat de territoire nommé par le directeur de l'établissement support est le directeur des achats du CHNM, établissement partie au groupement, naturellement pressenti pour être le futur directeur des achats du GHT au 1^{er} janvier 2018. La première difficulté qui est apparue a été la représentation des hôpitaux de proximité dont les agents dédiés aux achats ne le sont qu'à temps partiel et se partagent entre les finances pour environ 60% de leur temps et 40% pour les achats, ou bien dont les postes pour les achats sont vacants et non pourvus. La polyvalence des agents et la différence dans les moyens humains rendent les réunions plus chronophages

que pour les établissements de plus grande taille qui disposent de plus d'agents dédiés à la fonction.

La deuxième difficulté a été dans ce que recouvrait le terme achat, de la passation de marchés publics à leur exécution dans les trois centres hospitaliers (Laval, Château Gontier, Mayenne) tandis que les hôpitaux locaux (Villaines-la-Juhel, Ernée, Evron et Craon) achètent la plupart du temps hors marché, les montants restant en dessous du seuil des 25 000€.

La troisième difficulté rencontrée a été dans les différences de logiciels pour la GEF, une segmentation différente et une compilation moins fine des données fournisseurs dans les centres hospitaliers locaux. Il a été décidé de suivre les préconisations DGOS de 2001 pour les segments et les familles d'achats afin d'avoir une cartographie commune. Deux outils ont alors été testés : celui de la société Crop and Co® (okavéo) et celui de l'ANAP présenté par la MARTAA. En parallèle du PAAT s'élabore le schéma directeur du système d'information pour une opérationnalité au 1^{er} janvier 2018 et une convergence de tous les logiciels métiers au 1^{er} janvier 2022.

La date d'échéance des marchés entre les différents établissements étant proche, il a paru opportun de réaliser un marché commun pour les fluides médicaux, dont le CH de Laval serait le coordonnateur. Ce marché sera passé sur le mode du groupement de commande puisque signé avant le 1^{er} janvier 2018. Le CH Laval, en dehors du fait qu'il soit l'établissement support, a toute légitimité pour être le porteur de ce projet puisqu'il est le responsable du groupement de commandes régional des Pays de la Loire pour les produits de santé (GRPPL). Le CHNM est, quant à lui, responsable du groupement de commandes régional pour les fournitures de bureaux.

Il est important de souligner que les sept établissements du GHT 53 ont l'avantage de collaborer ensemble depuis de nombreuses années soit à travers l'adhésion aux mêmes groupements régionaux soit par l'appartenance à des groupements d'achat départementaux portés par le CH de Laval pour l'électricité, pour le gaz de ville et pour les travaux de rénovation et de maintenance. Les échanges sont donc facilités au sein d'un groupe qui a l'avantage de se connaître et de travailler ensemble depuis de nombreuses années. Seul le CH du Haut Anjou (Château-Gontier) rencontre quelque difficulté à intégrer la logique départementale du fait de sa position géographique au sud de la Mayenne et à la limite du Maine-et-Loire, qui expliquent ses liens historiques avec la région angevine.

2.2 La question de la pertinence des échelons local, régional et national paralyse les décisions

Les marchés de l'alimentaire, des produits de santé et dans une moindre mesure des fournitures de bureau sont ceux qui alimentent le plus les débats. Arrivant très prochainement à échéance (en fin d'année 2017) et pesant fortement en termes de montants dans les dépenses des établissements, ils cristallisent les débats. Les EPS achètent auprès des groupements de commandes régionaux et leur reconduction est incertaine.

2.2.1 Les autorités de tutelle et le Ministère de la Santé tardent à donner des directives

Le kit de la DGOS pour établir les PAAT, qui doivent être déposés pour le 1^{er} janvier 2017, n'est disponible qu'en octobre. Au printemps 2017, les textes sur les achats dans les GHT se font toujours attendre. EPS et fournisseurs s'inquiètent mais leurs questions restent sans réponse. L'envoi des PAAT aux ARS sont alors repoussés jusqu'à ce que soient levés les obstacles juridiques concernant la responsabilité et le statut du pouvoir adjudicateur.

Enfin, le 2 mai 2017, le décret n°2017-701 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L-6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire est publié au journal officiel.

Le 4 mai 2017, l'instruction interministérielle N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire apporte des précisions importantes sur l'organisation des achats : délégations de signature et rattachement des agents des services économiques à partir du 1^{er} janvier 2018, suppression de la référence à l'approvisionnement dans le périmètre des mutualisations.

Le mardi 6 juin 2017, la DGOS met en ligne le guide méthodologique sur la fonction achat des groupements hospitaliers de territoire, après plus d'un an de préparation. Ce guide élaboré avec des hospitaliers, des opérateurs nationaux, des groupements d'achat et des chargés de mission achat des ARS, s'adresse aussi bien aux chefs d'établissement, aux membres des instances de gouvernance des EPS et des GHT qu'aux « professionnels » de l'achat hospitalier.

Les textes apportent des précisions importantes sur les délégations de signature et les groupements de commande. Ainsi pour le GHT 53 est-il convenu que des délégations de signature pourront être faites par le directeur de l'établissement support au responsable achat de chaque établissement partie au GHT en fonction de certains seuils, avec une gradation : jusqu'à 25 K€ (devis), entre 25 et 90 K€ (MAPA) au-delà de 90 K€ (appel

d'offres). Plus les montants seront élevés et plus les délégations de signature seront limitées.

Les textes entérinent l'intérêt des groupements de commandes et leur pérennité. Ceux conclus antérieurement à la création des GHT continuent d'exister. A partir du 1^{er} janvier 2018, l'établissement support est compétent pour la passation d'un marché auprès d'un groupement.

Les groupements régionaux dont le coordonnateur est dans un GHT comprenant un CHU sont confrontés à un dilemme : subsister ou s'arrêter pour rejoindre les marchés UniHA gérés par les CHU. Le catalogue UniHA recense 15 filières d'achat coordonnées par 15 CHU, 67 hôpitaux publics en sont membres et 61 GHT l'ont déjà rejoint en 2017. Ainsi le CESAME de Sainte-Gemmes-sur-Loire dans le Maine-et-Loire (49), coordonnateur du marché régional pour les conserves doit-il s'arrêter car l'établissement support de son GHT n'est autre que le CHU d'Angers, coordonnateur de la filière restauration au sein de UniHA avec le CHU de Tours. Il en va de même avec les groupements régionaux suivants pour les Pays-de-la-Loire qui cesseront d'exister à la date d'expiration de la dernière période d'exécution des marchés : 31 janvier 2018 pour les « conserves » (coordonnateur CESAME), 28 février 2018 pour les « laits, produits laitiers et ovo produits » (coordonnateur CHS Georges-Mazurelle à La-Roche-sur-Yon en Vendée (85)), le 31 mars 2018 pour les « viandes fraîches de bœuf, veau, agneau, porc, volaille et lapin et le 30 avril 2018 pour les « produits surgelés » » (coordonnateur CH de CHOLET dans le Maine-et-Loire (49)) . A contrario les groupements régionaux suivants vont relancer des marchés afin de couvrir la période de transition pendant laquelle une stratégie d'achat pourra être mise en place au sein des GHT. Le groupement d'achat régional pour les textiles porté par la cité sanitaire de Saint-Nazaire relance un marché. Celui pour les fournitures de bureaux porté par le CHNM est relancé avec 31 adhérents, et celui pour les produits de santé coordonné par le CH Laval est relancé pour une tranche ferme de deux ans.

Cette période de transition pour les marchés est particulièrement délicate à gérer pour le GHT 53 car les textes tardent à être diffusés et les centrales d'achat n'apportent pas de réponses satisfaisantes sur le montant des cotisations à verser pour adhérer à leur groupement : chaque établissement partie au GHT 53 doit-il payer une cotisation ou bien une cotisation est-elle possible pour l'ensemble du GHT? Le montant est tel : 20.000€ en 2017 pour le GHT, sachant que certains établissements ne sont pas concernés par l'échéance des marchés, ou 5.000€ par établissement, puis 30.000€ en 2018 puis 37.500€ en 2019, qu'il sera pénalisant pour les hôpitaux de proximité et que les gains sur achats seront alors négatifs. La clef de répartition de la cotisation aux centrales d'achats nationales abondée dans le budget G reste encore à établir.

Il est ainsi difficile de manager dans une telle incertitude et de prendre des décisions motivées et satisfaisantes pour chacun des EPS du GHT 53. La réponse sur l'avenir des groupements régionaux s'est fait attendre, les groupements nationaux conçus pour et par les CHU n'offrent pas des montants de cotisation proportionnels aux budgets des centres hospitaliers locaux et semblent donc inadaptés, quant aux marchés locaux passés entre les sept membres du GHT, ils sont plus séduisants car ils permettent de satisfaire au plus près les besoins des prescripteurs (médecins-cuisiniers) mais nécessitent une synergie et une anticipation des dates d'échéance des marchés très en amont.

2.2.2 Les producteurs locaux, les élus locaux et le département s'invitent aux débats sur les marchés du GHT 53

Nombreux sont les EHPAD adhérents aux groupements de commandes régionaux, et l'arrêt de ces derniers est pénalisant pour les structures médico-sociales. Ils sont en effet soumis aux mêmes contraintes juridiques et réglementaires en matière d'achat que les hôpitaux sans en avoir les moyens et les compétences. Les EHPAD peuvent toutefois choisir d'adhérer à un GHT, avec l'opportunité de tirer avantage de la mutualisation des achats. Beaucoup de marchés sont en effet proches entre établissements sanitaires et médico-sociaux (médicaments, denrées alimentaires, vêtements de travail, incontinence...) mais les EHPAD craignent que les hôpitaux n'imposent leurs choix en matière de fournisseurs. Les besoins alimentaires ne sont pas non plus les mêmes pour des patients hospitalisés quelques jours en MCO ou quelques mois (années) en psychiatrie et des résidents domiciliés en maison de retraite. L'association nationale des centres hospitaliers locaux a interpellé le 17 mars 2016¹³ les élus locaux et le département sur le fait que « les conseils de surveillance des hôpitaux locaux seraient noyés dans le comité territorial des élus locaux des GHT », que « l'accès au marché public des entreprises locales ne serait plus possible sur les appels d'offres des méga GHT et que les circuits alimentaires courts seront remis en cause avec la massification des achats alimentaires : plus d'achat aux agriculteurs locaux ». Avec les GHT et le recours à des centrales d'achat nationales, le risque est bien réel pour les économies locales, particulièrement pour l'alimentation, les producteurs locaux ne pouvant pas honorer des marchés nationaux. Face à cette problématique, UniHA a annoncé qu'il allait faire des allotissements régionaux dans ses marchés et que les questions logistiques seraient solutionnées par une association entre distributeurs et producteurs locaux pour faciliter leur entrée dans la centrale nationale. Néanmoins des voix s'élèvent dans le

¹³ ANCHL, communiqué du 17 mars 2016

monde hospitalier (bibliographie) pour dénoncer le fait que le prix des marchés nationaux n'est pas forcément plus avantageux que celui négocié par un marché régional ou directement en local, que le développement durable va être pénalisé ou que la massification des contrats recèle des coûts cachés dans les transports notamment.

Le 18 avril 2017 les agriculteurs de la Mayenne demandent une information sur l'origine des denrées alimentaires de l'Hôpital de Laval¹⁴. Suite à l'interpellation du Maire de Laval, Président du conseil de surveillance de l'hôpital, ils manifestent donc devant le centre hospitalier. Le directeur des achats les reçoit et leur explique la provenance des produits qui majoritairement sont d'origine française avec des achats en chaîne courte pour les fruits du verger, les pommes et les poires (Saint-Berthevin), le pain et la farine (Ernée) dans le respect du code des marchés publics et des dispositions européennes quant à l'accès à la commande publique. Il leur rappelle la préoccupation des hospitaliers et des pouvoirs publics sur l'approvisionnement en circuit court avec les déplacements dans la région du Ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, du Préfet de région, du représentant de la chambre de commerce et d'industrie car la Mayenne est un département rural. Afin de maintenir l'économie locale, le directeur de l'établissement support s'engage auprès du Préfet à privilégier les marchés alimentaires locaux.

Les achats hospitaliers doivent ainsi répondre à des injonctions contradictoires : mutualisations et massifications des achats souhaités par la DGOS et achats auprès des producteurs locaux pour préserver le tissu économique de proximité voulu par les maires et le département.

2.3 Les pharmaciens s'inquiètent pour l'avenir du GRPPL

Fin des groupements régionaux pour la restauration pourtant plébiscités par les hospitaliers à l'instar des achats de médicaments et de dispositifs médicaux, échéance des marchés pour les produits de santé prévue fin 2017, les pharmaciens des sept PUI du GHT 53 s'interrogent sur la pérennité du groupement d'achat des Pays de la Loire pour les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux).

¹⁴ « Opération des jeunes agriculteurs pour savoir d'où vient la nourriture de l'Hôpital de Laval », France Bleu Mayenne, 18 avril 2017

« Les rations alimentaires trop justes à l'Hôpital », Ouest-France, 19 avril 2017

2.3.1 Les enjeux des DM en terme de technicité, de qualité et d'organisation supplantent l'enjeu financier

Le GRPPL est issu d'une collaboration datant de 1994 entre sept établissements du département de la Mayenne. Un premier élargissement à 12 membres et à vocation interdépartementale a eu lieu en 2010. En 2013, sa transformation en groupement régional bénéficie d'un soutien de l'ARS dans le cadre du programme PHARE. Il compte à ce jour 25 établissements répartis dans tous les départements de la région et dont les dimensions sont faibles, avec un volume de consommations de médicaments réduit : neuf achètent moins de 0.5 M€ de médicaments par an. Les capacités en lits et places offertes au sein du groupement est de 23% pour le secteur MCO et 40% pour le secteur médico-social. Les CH sont de taille intermédiaire avec peu d'activité de cancérologie. Le CH de Laval en tant que coordonnateur du GRPPL, est responsable des procédures de consultation, du recensement des besoins jusqu'à la passation du marché.

La chambre régionale des comptes a effectué un contrôle du GRPPL¹⁵ dans le cadre de l'enquête commune des juridictions financières sur les achats hospitaliers depuis 2010 pour laquelle un échantillon national d'EPS a été constitué, et a mis son rapport d'observations en ligne le 2 mai 2017¹⁶.

Pour les adhérents (qui versent une cotisation de 2.500 à 4.000€ au groupement) les économies résident dans le temps agent dégagé, notamment au regard des phases de test très chronophages pour les DM et pour la passation des marchés. Chaque pharmacien de PUI recense les besoins en médicaments de son établissement, par exemple pour le CH de Laval, les quantités sont déterminées en fonction des consommations de l'année N-1 avec l'intégration des nouveaux besoins apparus sur cette même période. Pour les dispositifs médicaux, le pharmacien de la PUI recueille les besoins auprès des chirurgiens, chacun souhaitant une référence testée et choisie par ses soins ce qui nécessite la constitution d'un lot par chirurgien. Pour le CHNM par exemple quatre lots sont nécessaires et une centaine de lots sont constitués au final par le GRPPL pour le marché passé en 2017. En comparaison les médicaments comptent 1006 lots mais ce marché est beaucoup plus simple à passer car il n'y a pas de phase de test.

¹⁵ Rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier de Laval (GRPPL, enquêtes achats hospitaliers) 28/02/2017 et réponse à ce rapport adressée par le Directeur du Centre hospitalier de Laval, 27/03/2017. [visité le 05.05.2017] disponible sur internet : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Etablissement-public-hospitalier-Centre-hospitalier-de-Laval-Mayenne-Enquete-Achats-hospitaliers>

¹⁶ « La cour des comptes et les chambre régionales des comptes enquêtent sur les achats publics hospitaliers », dépêche APMnews du 28/04/2017

Le GRPPL est porté par le CH de Laval avec à la pharmacie un pharmacien chargé des marchés sur le plan technique, un adjoint administratif et une secrétaire dont le mi-temps est financé par la cotisation des adhérents au groupement. Le marché des DM est suivi usuellement par l'interne en pharmacie. Pour le nouveau semestre d'internat qui a débuté en avril, le poste n'a pas été pourvu. C'est pourquoi lorsque les CHU et notamment celui de Nantes ont souhaité intégrer le GRPPL en 2017 pour les DM il est clairement apparu que la surcharge de travail était trop importante pour le CH de Laval car l'intégration du CHU de Nantes nécessitait deux appels d'offres dont un spécifique pour le CHU. Les CHU achètent peu de DM en centrale nationale mais allotissent eux-mêmes, c'est pourquoi le groupement régional les intéressait fortement. Le CH du Mans et le CHU d'Angers vont ainsi intégrer le GRPPL pour les DM.

En première analyse, l'échelon régional semble donc pertinent pour ce segment d'achat, qui pèse sur le titre 2, les produits de santé étant le premier poste de dépenses à l'hôpital après le titre 1.

En deuxième analyse, les besoins des chirurgiens restent spécifiques et les choix individuels car ils dépendent fortement des techniques opératoires et des collaborations qu'ils peuvent nouer avec les fabricants. La question des équipes médicales de territoire est ainsi problématique en chirurgie car le médecin qui opère doit pouvoir trouver les DM qu'il sait manier dans chaque bloc opératoire du GHT ce qui implique de multiplier les stocks.

En troisième analyse, la qualité des DM doit être testée par les chirurgiens car bien que soumis à des normes fabricant et à des contrôles par l'ANSM suivant leur criticité, ils influent sur la technicité des actes, les temps d'intervention et la qualité de vie à long terme des patients.

En termes de suivi de la qualité des DM achetés par ses adhérents, aucun logiciel n'est partagé entre les établissements. Chaque hôpital peut suivre ses consommations et ses non-conformités de son côté, le CH de Laval en tant que coordonnateur ne peut qu'encourager les membres du groupement à lui faire remonter ses données.

2.3.2 Les enjeux pour les médicaments sont partagés entre enjeux financiers et enjeux d'approvisionnement

Entre 2010 et 2015, le profil des adhérents au GRPPL s'est transformé avec un poids de plus en plus marqué des recettes spécifiques de médicaments depuis 2013. En effet, une partie des consommations médicamenteuses (liste en sus et produits sous ATU) procèdent de mécanismes de recettes spécifiques : soit une dotation MERRI pour les molécules sous ATU, soit une prise en charge complémentaire de l'assurance-maladie

pour les médicaments en sus (molécules onéreuses), soit des recettes de rétrocession pour les médicaments de la réserve hospitalière. Initialement, le reste à financer représentait la moitié des dépenses contre moins de 10% actuellement. Il en ressort une dichotomie marquée des besoins des membres. D'un premier côté, des établissements de taille réduite avec une part majoritaire des dépenses qui rentre dans les GHS, et donc un net besoin de contenir voire réduire les prix payés car ils ont une contrainte de reste à financer plus élevée. De l'autre, des établissements plus gros avec un profil universitaire et/ou disposant de spécialités fortement consommatrices (antinéoplasiques, traitements des maladies inflammatoires ou auto-immunes, immunoglobulines) dont l'essentiel des dépenses est couvert par des recettes spécifiques et qui connaissent un besoin potentiellement moindre d'agir sur les prix.

Le GRPPL ne recueille pas annuellement les volumes effectivement achetés par ses membres, il ne connaît que les estimations initiales déclarées lors des procédures de consultations. Il ressort de l'enquête effectuée par la cour des comptes que le volume d'achats réels est discordant des besoins exprimés par les adhérents à l'occasion des différentes procédures. Ainsi les estimations étaient de 29 M€ alors que les achats effectifs en sont le triple et approchent 90 M€, hors la Cité sanitaire de Saint-Nazaire. Il n'est donc pas exclu de penser que cette minoration des volumes estimés desservent les négociations avec les fournisseurs lesquels connaissent l'historique des achats de leurs clients. L'absence d'information du GRPPL sur les achats réels de ses membres ne permet pas de connaître les économies qu'il a lui-même contribué à générer.

Le CH de Laval construit ses marchés de telle sorte que les prix n'évoluent qu'à la baisse hors cas exceptionnel et justifié. Des changements en cours de marché interviennent lorsque l'environnement économique du produit évolue avec l'expiration d'un brevet et l'arrivée de génériques, de bio-similaires, des transferts d'AMM et/ou des fusions/acquisitions.

L'expression des besoins des membres étant incomplète car déclarative, les procédures choisies sont un appel d'offres ouvert sans montant minimum ni maximum pour les produits concurrentiels, ce qui permet de s'affranchir des contraintes de computation des seuils, et un marché négocié sans montant minimum ni maximum pour les produits sous monopole sans publicité ni mise en concurrence. Les médicaments bénéficiant de droits d'exclusivité ne sont dans les faits que très peu voire non remisés. Et les laboratoires fabricants de génériques ne répondent pas aux marchés nationaux pour des questions de coût de production et de prix de vente consenti, préférant les marchés régionaux en jouant sur les délais de livraison à conditionnement identique.

Les gains estimés sont de 2% en 2015 pour les EPS adhérents au groupement et sont identiques à ceux estimés avec les centrales nationales. Il a été décidé in fine que le

GRPPL allait s'arrêter à la date d'échéance des marchés pour les médicaments avec une tranche ferme de 2 ans et une tranche de reconduction pour un an, les adhérents des autres départements des Pays-de-la-Loire (49, 44, 72 et 85) rejoignant UniHA. Le GRPPL va néanmoins conserver le marché pour les DM avec l'intégration de nouveaux CH.

Le passage au national entraîne le risque de rupture d'approvisionnement avec la concentration des fournisseurs. Certains produits pharmaceutiques connaissent régulièrement des ruptures de stock ce qui fait que certains fournisseurs ne répondent plus aux appels d'offres car ils craignent de devoir payer des pénalités financières en cas de rupture d'approvisionnement. Le recours ponctuel à des grossistes-répartiteurs retenus après appel d'offres ne résout en rien l'équation. Selon le directeur général (DG) de l'ANSM, « les ruptures de stock sont le problème majeur à venir »¹⁷. L'accroissement de la demande et les difficultés d'accès aux matières premières liées au manque de stabilité dans certains pays ou bien à des événements climatiques dans un marché globalisé sont les principaux facteurs à l'origine de la pénurie, avec la production à flux tendus des industriels. Selon une étude du LEEM de 2014, 22% des médicaments remboursés et 50% des non remboursés sont produits en France mais 80% des substances actives pharmaceutiques sont produites hors de l'espace économique européen¹⁸. Le DG de l'ANSM souligne aussi le manque de coopération européenne sur les pénuries car les pays sont en compétition. D'échelon régional à national, le curseur se déplacerait donc à l'échelon européen.

Selon l'enquête menée par APMnews entre janvier et mars 2017¹⁹, près de deux tiers des pharmaciens ne croient pas à une hausse des gains sur les achats. La mise en œuvre de l'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur²⁰ doit assouplir les règles de fonctionnement des PUI avec l'organisation territoriale des pharmacies hospitalières pour le 1^{er} janvier 2018. Les pharmaciens du GHT 53 sont quant à eux convaincus de la pertinence de cette mutualisation des moyens pour les achats, la gestion des stocks et les approvisionnements et sont très avancés dans le projet. Le fait de collaborer depuis longtemps dans le cadre du GRPPL n'y est sans doute pas étranger.

¹⁷ « Le directeur de l'agence du médicament identifie les ruptures de stock comme le problème de demain », dépêche APMnews du 19/07/2017

¹⁸ Cahiers de l'Ordre national des pharmaciens, mars 2014

¹⁹ « GHT : près des deux tiers des pharmaciens ne croient pas à une hausse des gains sur les achats », dépêche APMnews du 11/05/2017

²⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur, JORF n°101 du 29 avril 2016, disponible sur internet

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2016/12/15/2016-1729/jo/texte>

3 Le GHT 53 doit relever de nombreux défis en termes managériaux, financiers et de de qualité

La fonction achat commune du GHT 53 offre des perspectives nombreuses à court et à moyen terme et des opportunités en termes d'emploi et d'évolution de carrière pour les agents des services économiques. La fonction achat va devoir apporter la preuve que la qualité, dans le sens de répondre à « un juste besoin » ne va pas être sacrifiée sur l'autel de la standardisation et que les mutualisations forcées sont porteuses de gains financiers pour chaque établissement.

3.1 La cartographie des achats des EPS des Pays-de-la-Loire met en exergue la prédominance des CHU dans les dépenses d'achat régionales

Le poids des deux CHU de la région des Pays de la Loire ne cesse de s'accroître en terme de dépenses d'achat et ne fait que refléter leur prédominance dans la production de soins. La mise en œuvre de la fonction achat dans les GHT va-t-elle faire de ces deux mastodontes les uniques décisionnaires en matière de stratégie d'achat dans la région ou bien une autre voie sera-t-elle possible pour les plus petits établissements ?

3.1.1 L'analyse des enjeux financiers liés aux achats hospitaliers dans la région pointe l'atypie du GHT 53

Les dépenses en achats et prestations des EPS de la région des Pays-de-la-Loire ont connu une croissance de 25% entre 2010 et 2015. Les produits pharmaceutiques et à usage médical occupent la première place pendant toute la période avec un tiers des dépenses engagées. Les CHU de Nantes (département 44) et d'Angers (département 49) concentrent 67% des achats régionaux publics en 2015 contre 63% en 2010 si bien que le poids des deux CHU s'accroît et contribue majoritairement à la croissance des achats régionaux.

Tableau n°1 : Volume de dépenses d'achat des EPS des Pays de la Loire en 2015

Comptes	Solde 2010	% total 2010	Solde 2015	% total 2015	Evolution solde	Evolution répartition en %
c/60 hors c/603	492 M€	73%	610 M€	72%	24%	-1%
Dont c/602	442 M€	65%	539 M€	64%	22%	-1%
Dont c/6021	221 M€	33%	287 M€	34%	30%	+1%
Dont c/6022	147 M€	22%	175 M€	21%	19%	-1%
Dont c/6023	39 M€	6%	40 M€	5%	2%	-1%
c/61	109 M€	16%	141 M€	17%	29%	+1%
c/62	76 M€	11%	93 M€	11%	23%	0%
Total (c/60+c/61+c/62- c/603)	677 M€		844 M€		25%	

Selon la nomenclature M21, c/60: achats, C/603: variation des stocks, C/602 : achats stockés, c/6021 : produits pharmaceutiques et produits à usage médical (médicaments), c/6022 : fournitures, produits finis et petit matériel médical et médicotechnique (DM stériles), c/6023 : alimentation, c/61 : services extérieurs (sous-traitance), c/62 : autres services extérieurs

Le tableau ci-dessus montre que le poids des dépenses alimentaires et des DM diminue de 1% quand dans le même temps celui des médicaments augmente dans la même proportion (1%). Dans tous les domaines d'achats les dépenses augmentent fortement (de 19 à 30%) hormis les dépenses pour les denrées alimentaires (+2%).

Tableau n°2 : poids en achats des 15 principaux EPS des Pays-de-la-Loire

EPS	2010		2015		Evolution 2015/2010
	Solde M€	en % régional	Solde M€	en % régional	% régional
CHU NANTES (GHT 44)	193.98	28.6%	259.58	30.8%	+2.1%
CHU ANGERS (GHT 49)	100.63	14.9%	134.4	15.9%	+1.1%
CH LE MANS (GHT 72)	62.80	9.3%	81.77	9.7%	+0.4%
CH LA ROCHE/YON (GHT 85)	57.20	8.4%	77.08	9.1%	+0.7%
CH LAVAL (GHT 53)	27.34	4%	36.44	4.3%	+0.3%
CH CHOLET (GHT 49)	26.12	3.9%	30.70	3.6%	-0.2%
CH LOIRE-VENDEE-OCEAN (GHT 85)	16.68	2.5%	19.85	2.4%	-0.1%
CH SAINT NAZAIRE (GHT 44)	31.23	4.6%	19.68	2.3%	-2.3%
CH COTE DE LUMIERE (GHT 85)	13.24	2%	16.60	2%	0%
CHNM (GHT 53)	11.56	1.7%	14.78	1.8%	0%
CH SAUMUR (GHT 49)	11.36	1.7%	14.76	1.7%	+0.1%
CHHA (GHT 53)	11.10	1.6%	12.26	1.5%	-0.2%
CH CHATEAUBRIANT (GHT 44)	10.87	1.6%	12.02	1.4%	-0.2%
POLE SANTE SARTHE-ET-LOIR (GHT 72)	9.75	1.4%	10.61	1.3%	-0.2%
CESAME (GHT 49)	9.30	1.4%	8.88	1.1%	-0.3%
Autres organismes (34)	89.93	13.3%	94.33	11.2%	-2.1%

Le tableau n°2 montre que les EPS du GHT 53 sont ceux qui totalisent le moins d'achats par rapport aux autres GHT de la région. Le CH Laval, établissement support du GHT 53 dépense à peine plus que le CH de Cholet, pourtant deuxième établissement du GHT 49 en terme de budget après le CHU d'Angers. Le poids régional des dépenses d'achat du CH de Laval progresse néanmoins entre 2010 et 2015 (+0.3%) tandis que celui du CHNM stagne et celui du CH de Château-Gontier (CHHA) diminue (-0.2%). La somme des dépenses d'achats du CHNM et du CHHA sont inférieures aux dépenses totales du CH de Laval. Ces dépenses sont-elles mieux gérées ou bien le poids du CH de Laval s'accroît-il dans le département et dans la région (+0.3%), si l'on considère que ces dépenses sont corrélées à l'activité réalisée?

Tableau n°3 : Répartition par département des achats en Pays de Loire

EPS	Solde 2010 en M€	% régional	Solde 2015 en M€	% régional	Solde 2015/2010 en M€	% régional
CHU	295	43.5	394	46.7	99	+3.2
CH 44	42	6.2	32	3.8	-10	-2.5
CH 49	47	6.9	54	6.4	8	-0.5
CH 53	50	7.4	63	7.5	13	+0.1
CH 72	73	10.7	92	10.9	20	+0.2
CH 85	87	12.9	114	13.5	26	+0.6
Autres EPS	90	13.3	94	11.2	4	-2.1

Le tableau n°3 reprend les EPS du tableau n°2, soit les deux CHU de Nantes et Angers et les treize EPS de la région. Comme nous l'avons vu précédemment le poids des dépenses des deux CHU augmentent au niveau régional (+3.2%). Les données les plus frappantes sont une baisse de 10 M€ des dépenses d'achats des autres CH du 44 et une diminution du poids régional dans les dépenses d'achat régional de -2.5%.

Les autres CH du 49 sont dans une configuration proche avec une augmentation des dépenses de 8 M€ mais avec néanmoins une baisse du poids régional dans les dépenses des titres 2 et 3 (-0.5%).

Pour les CH du 53, le poids régional pour les achats est inchangé tandis que celui des autres EPS de la région, qui sont des hôpitaux de proximité baisse de 2.1%. Ces données laissent supposer que les gains sur les achats sont bien maîtrisés pour les CH du 44 ou bien que leur activité a baissé au profit du CHU.

Si l'on compare par département les dépenses d'achats de chaque établissement support de GHT par rapport à la somme des dépenses des établissements parties, les données font apparaître que les établissements supports (Nantes pour le 44, Angers pour le 49, Le Mans pour le 72, La Roche-sur-Yon pour le 85) sont sans surprise les plus gros acheteurs de leur département. Les disproportions sont très marquées pour la Loire-Atlantique où le CHU de Nantes totalise 30.8% des achats régionaux contre 3.8% pour les CH du département de la Loire-Atlantique (huit fois plus). Le même déséquilibre est retrouvé dans la Sarthe où le CH du Mans réalise 9.7% des achats régionaux contre 1.2% pour les autres EPS du département. Le CHU d'Angers totalise quant à lui 15.9% des achats régionaux contre 6.4% pour les CH du Maine-et-Loire (deux-et-demi fois plus), et le CH de La-Roche-sur-Yon représente 9.1% des achats régionaux contre 4.4% pour les autres EPS du département de la Vendée (deux fois plus). Le GHT 53 se distingue par le fait

que le CH de Laval réalise 4.3% des achats régionaux tandis que les établissements partie en font 3.2% : le montant des achats pour l'établissement support est équilibré par rapport à la somme totale des achats des autres EPS et ne légitime pas son rôle de prescripteur dans ce domaine.

L'analyse des données réaffirme le poids des CHU dans la région car ils réalisent à eux deux presque la moitié des dépenses d'achats, et en font des interlocuteurs privilégiés auprès des fournisseurs. La loi de modernisation de notre système de santé attribuant aux directeurs des établissements support la responsabilité de l'élaboration de la stratégie et la politique d'achat de leur GHT, renforce encore cette place de leader. La tentation sera grande qu'ils ne dictent les achats au sein de leur GHT avec le risque de ne pas satisfaire les besoins des plus petits établissements. Considérant que les médicaments représentent le tiers des dépenses d'achat pour la région et que leur augmentation est la plus forte comparée aux autres domaines d'achat (+30%), que les établissements à profil universitaire et/ou ayant une forte activité en oncologie consomment plus de molécules onéreuses que les autres EPS, on peut également supposer que l'augmentation du poids des établissements support des GHT dans les dépenses régionales est lié à la spécificité de leurs activités. Par ailleurs les établissements de grande taille bénéficiant de recettes spécifiques doivent moins contenir les prix que les petits EPS dont les produits de santé (médicaments et DM) sont inclus dans les GHS. De fait, si la politique d'achat pour les produits de santé est dictée par l'établissement support, elle risque de se faire au détriment des besoins des CH de plus petite taille, dont par exemple l'absence de franco de port pour les commandes faute de seuil minimum atteint. Au vu de ces données, le GHT 53 souligne encore une fois son atypie au sein de la région Pays de Loire. Il est donc plus valorisant d'être établissement partie dans le 53 que par exemple dans le 44 car votre voix est susceptible d'y être audible.

3.1.2 L'état des lieux de la professionnalisation des achats des EPS révèle la maturité de la fonction achat en Mayenne

L'ARS des Pays de Loire est engagée dans le programme PHARE depuis son lancement par la DGOS en octobre 2011, dans lequel est inclus le projet ARMEN qui vise à identifier les gains issus des bonnes pratiques. Un suivi est assuré depuis 2014, notamment à travers un comité régional qui se réunit chaque trimestre et réunit l'ensemble des directeurs achats. Il permet de diffuser les outils opérationnels PHARE et d'étudier leur appropriation par les équipes ainsi que l'application des bonnes pratiques ARMEN dans les établissements.

Entre 2013 et 2015, quatorze établissements ayant répondu à appel à candidature, dont le CHNM, ont été accompagnés pour l'élaboration de leur PAA. En contrepartie, les EPS se sont engagés à remonter chaque année leur PAA avec leurs gains achats estimés, la performance attendue par la DGOS étant de 2 à 3% sur l'ensemble des charges des titres 2 et 3.

En 2015, le nombre d'EPS ayant remonté un PAA a triplé pour atteindre 94% des établissements de type MCO participant aux campagnes de remontée des gains achats. Pour les établissements engagés dans un PRE, l'ARS a introduit un volet sur les achats hospitaliers dans les outils de pilotage.

Elle indique que pour cette même année, le résultat atteint en gains achats représente 105% des objectifs fixés par la DGOS. La mesure de la performance des achats par le gain achat est fondée sur le principe de dépenses évitées à iso-activité et iso-fonctionnement. Les résultats de chaque établissement figurent au dialogue de gestion entre l'ARS et les EPS au regard des axes de progrès attendus. Outre les gains achats de 1 à 3% sur les charges T2 et T3, s'ajoutent d'autres indicateurs de performance comme les ratios charges T2/produits T1 ou charges T3/produits T1. L'outil ORACC, visant à appuyer la démarche de certification des EPS, a permis de mesurer l'état de maturité régionale de la fonction achat. L'amélioration est de 5% entre 2015 et 2016 bien que la progression ne soit pas aussi forte que pour la démarche de fiabilisation des comptes, les provisions et le SIH.

Taux de maturité par département en 2016

	44	49	53	72	85
Maturité générale	34%	42%	39%	40%	36%
Maturité achats	25%	41%	38%	35%	36%

Il ressort du tableau ci-dessus que la Loire-Atlantique (44) a le niveau de maturité le plus bas sur la fonction achat (25%) tandis que la Mayenne (53) a un des niveaux de maturité les plus élevés (38%) derrière le Maine-et-Loire (41%).

Le GHT 44 a servi de pilote pour l'organisation de la fonction achat de territoire dès 2016. Le retour d'expérience peut être inspirant pour le GHT 53 qui se trouve dans la même région et piloté donc par la même ARS.

3.1.3 Dès 2016 des GHT ont été accompagnés dans l'élaboration de leur PAAT : le cas du GHT 44 dans les Pays-de-la-Loire

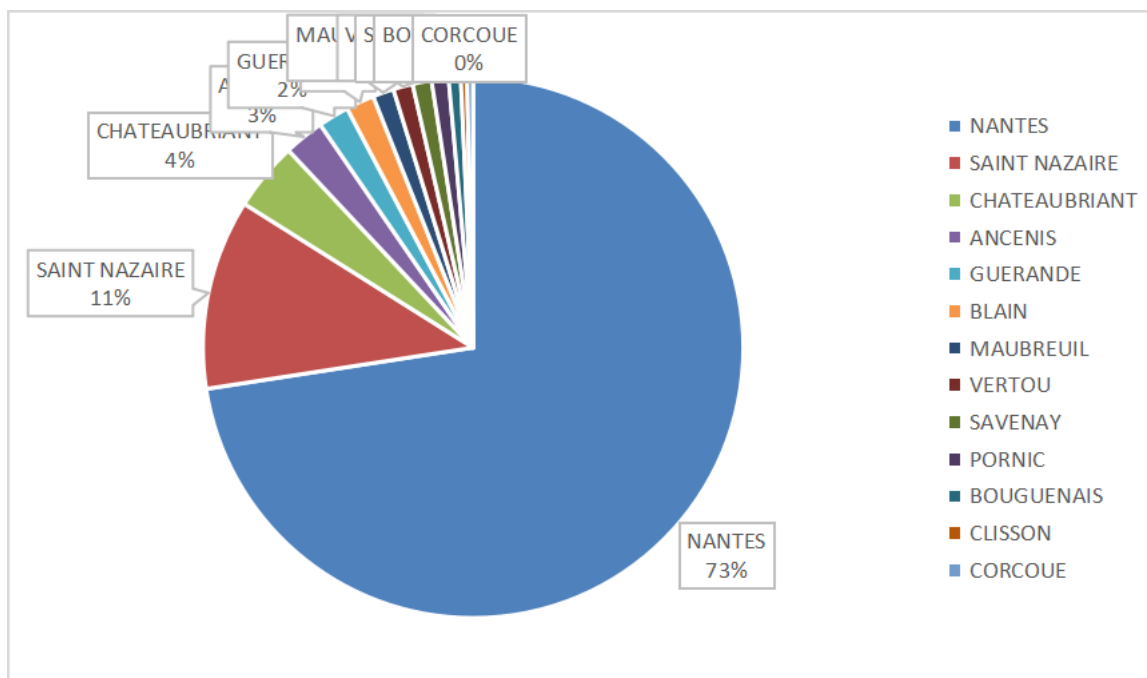
En 2016, le Resah a accompagné cinq GHT franciliens à élaborer leur PAAT et réaliser l'autodiagnostic de leur fonction achat-approvisionnement²¹ puis, à la demande de la DGOS, quatorze GHT dans les autres régions françaises, dont le GHT 44. La dynamique inter établissements a permis de constater un gisement d'efficience rapide et fait émerger des pistes d'actions territoriales à 52%, des pistes communes à plusieurs établissements à 38% et des pistes locales à 10%.

Concernant plus particulièrement le GHT 44, après une première étape de segmentation des marchés, des ateliers remue-méninges réunissant cent soixante-dix participants ont permis d'identifier cent neuf pistes dont 44 prioritaires. Le PAAT englobe un périmètre de 19 M€ pour un objectif de 4% de gains avec une déclinaison par établissement (PAA). Ces premiers retours d'expérience des GHT pilotes ont permis d'identifier des facteurs clés de succès pour la mise en place d'un PAAT comme « la nomination d'une équipe projet et d'un chef de projet dynamique, le remue-méninge inter établissement constructif, l'adhésion de l'ensemble des établissements à la démarche, la mobilisation du contrôle de gestion pour l'ensemble du GHT, la communication sur la démarche et le respect du calendrier initial ». Ces éléments de méthodologie ont été repris dans le kit appui phare pour élaborer des PAAT et diffusé en octobre 2016 par la DGOS, l'un des points essentiels étant l'animation de dialogues prescripteurs-acheteurs.

Le GHT du 44 regroupe 13 établissements de santé avec le CHU de Nantes comme établissement support. La cartographie 2015 souligne le poids très majoritaire du CHU dans le GHT : 72,56% en exploitation et 73,41% en exploitation et investissement, l'investissement représentant 17% des dépenses d'achat et par conséquent l'exploitation 83% (424,4 M€).

²¹ « Achats hospitaliers : le Resah a accompagné une vingtaine de GHT en 2016 », dépêche APMnews du 06/03/2017

Tableau n°1 : Répartition des EPS du GHT 44 pour l'exploitation uniquement



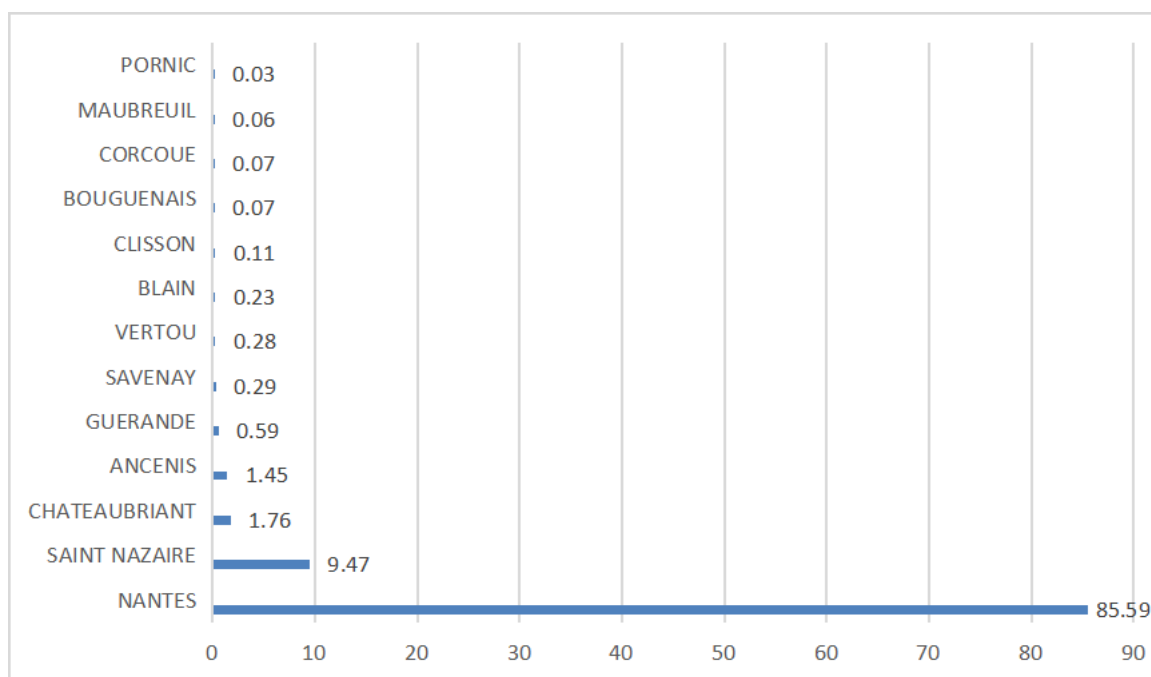
Selon la matrice DGOS pour 2015, le poids par famille et par domaine montre que les produits de santé représentent 46,63% des dépenses du GHT 44, suivis par les travaux et services techniques pour 15,5%. Ces deux familles totalisent ainsi 62% des dépenses du GHT 44 (tableau n°2)

Tableau n°2

Famille	Poids en %
Produits de santé	46.63
Travaux et services techniques	15.5
Moyens et prestations générales	12.45
Hôtellerie et Logistique	10.08
Laboratoire et Biomédical	9.62
Informatique et Communication	5.73
Total général	100

Le poids des produits de santé est prépondérant dans le GHT. Ainsi les quatre premiers établissements en terme de budget (Nantes, Saint-Nazaire, Chateaubriant et Ancenis) totalisent 98% des achats dans cette famille (tableau n°3) alors qu'ils réalisent 91% des achats toutes familles confondues (tableau n°1).

Tableau n°3 : Poids des EPS pour les produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, sang, gaz santé et industriel)



L'élaboration de la cartographie du GHT 44 se fait en deux grandes étapes : élaboration du PAAT et organisation de la fonction achat de territoire.

En 2016 la première étape est menée avec l'aide du RESAH et permet la constitution d'un PAAT et la détermination d'axes prioritaires. Un comité de pilotage restreint se forme avec des membres des quatre plus grands établissements: le CHU de Nantes, la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire, le CH de Chateaubriant et le CH d'Ancenis, et autour d'un coordinateur achats du GHT 44 rattaché au CHU de Nantes. Des ateliers remue-méninge entre acheteurs, prescripteurs et utilisateurs sont animés par l'équipe projet et permettent d'identifier cent neuf actions. Les perspectives des gains par action sont calculées pour les hôpitaux intéressés, par exemple pour les bio similaires. Il est néanmoins décidé par la suite de ne retenir que quarante-quatre actions pour le PAAT sur les cent neuf car l'objectif est trop ambitieux. L'équipe projet se partage alors les actions à mener. La Cité sanitaire de Saint-Nazaire étant le coordonnateur de sept groupements régionaux dont les produits à usage unique et les produits d'entretien et d'hôtellerie, le CHU de Nantes choisit de rejoindre le groupement pour ces segments d'achat car les gains estimés sont plus importants que chez UniHA. Un marché GHT est conduit pour les fruits et légumes, les transports sanitaires et les DAOM. 4,15% en gains achats sont attendus sur un périmètre de 17 M€ soit 711 K€. Recours à une centrale nationale, à un groupement régional ou marché passé par l'ensemble des établissements du GHT : les différents

échelons d'achat sont testés grandeur nature. Il est intéressant de constater que le CHU ne se fournissait auprès des opérateurs nationaux au final que pour 37.7% de ses achats en 2015 (35.3% pour UniHA et 2.3% à l'UGAP).

En 2017, la deuxième étape est conduite par un consultant, OVÉUS, après appel d'offres. Il a pour mission de proposer une organisation pour la fonction achat de territoire autour des problématiques RH avec la conduite du changement auprès des équipes, la mise en place du contrôle de gestion de territoire, la mutualisation de ressources rares telles que les juristes présents uniquement au CHU (trois juristes dont deux affectés à la seule cellule travaux) et l'harmonisation des procédures d'achats entre les treize EPS. Des gains sont non seulement attendus sur les achats mais également sur les organisations donc du temps en personnel. Cette étape est actuellement en cours.

3.2 La construction de la fonction achat dans un établissement partie dans un GHT « collaboratif » est néanmoins subordonnée à l'établissement support

La compilation des données sur les marchés et les extractions dans les GEF s'avèrent chronophages particulièrement pour les plus petits établissements. Une nouvelle trame pour le PAAT n'est transmise qu'en juin par l'ARS avec une nouvelle segmentation pour les achats comprenant douze familles d'achats au lieu de huit.

3.2.1 Les membres de l'équipe projet élaborent seuls la cartographie des achats du GHT 53

En 2016 cinq établissements sur les sept que compte le GHT 53 a remonté un PAA à l'ARS des Pays de Loire : les centres hospitaliers de Laval, de Château Gontier, de Mayenne et les hôpitaux de proximité de Ernée et de Craon-Renazé.

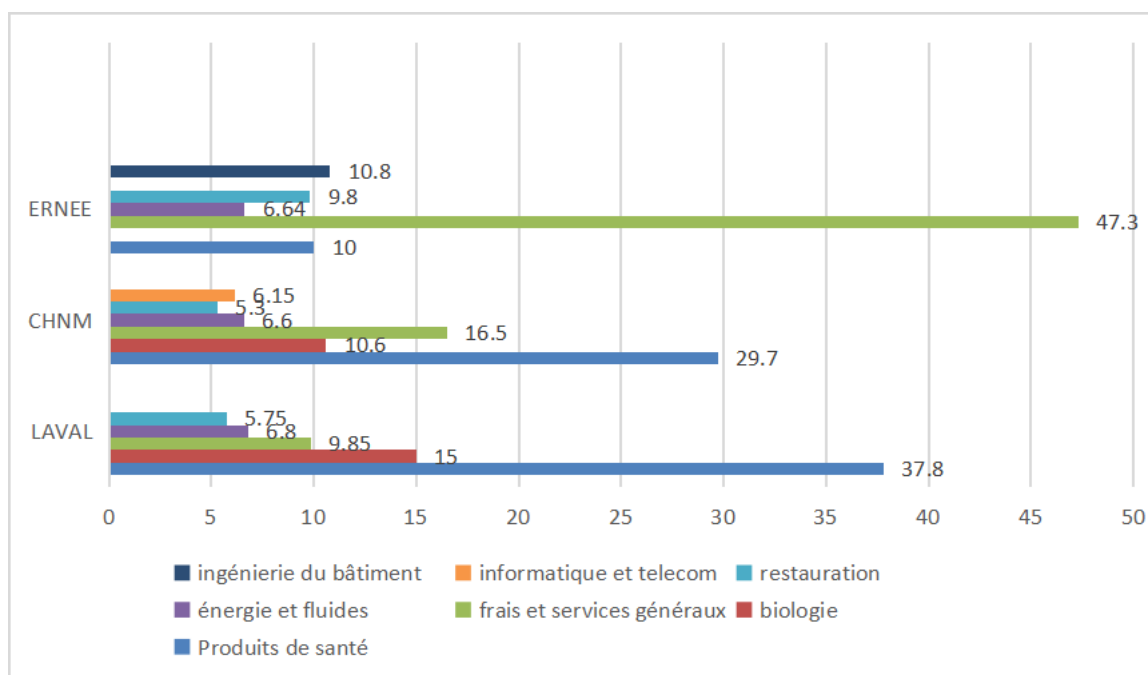
Si l'on compare la répartition des dépenses d'achat des CH de Laval, Mayenne et Ernée, il ressort du tableau ci-dessous qu'elle diffère fortement entre les deux CH et l'hôpital local d'Ernée. La part des dépenses médicales ne représentent que 13.83% pour Ernée contre 64.56% pour le CH de Laval et 51% pour le CHNM.

Tableau n°1 : dépenses d'achat des établissements de Laval, Mayenne et Ernée

EPS	LAVAL	MAYENNE (CHNM)	ERNEE
Total des dépenses d'achat en 2016 en M€	36.15	18.7	4.82 <i>dont</i> 3.88 CH (80.48%) 7.85 EHPAD (16.28%) 0.156 SSIAD (3.23%)
Part du médical en %	64.56%	51%	13.83%
Part du hors médical en %	35.44%	49%	86.17%
Part des dépenses d'exploitation	95.4%	91.44%	92.8%
Part des dépenses d'investissement	4.6%	8.56%	7.20%

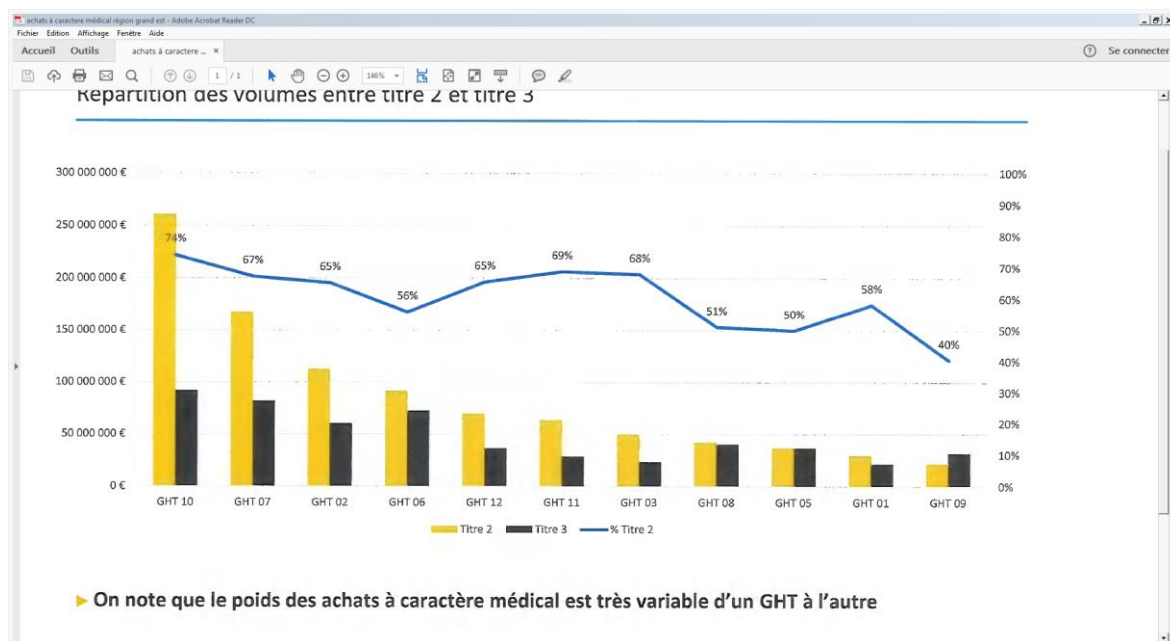
L'histogramme par segment d'achat montre également une forte disparité dans les poids des segments les plus importants en termes de dépenses pour chacun des trois établissements : les produits de santé pour les deux centres hospitaliers et les frais et services généraux pour l'hôpital d'Ernée. Les attentes en matière de restauration ne sont pas non plus les mêmes avec un poids de 9.8% pour Ernée, et seulement de 5,3% pour le CHNM et 5.75% pour Laval.

Tableau n°2 : Répartition des dépenses d'achat pour les CH de LAVAL, Mayenne, Ernée



Cette disparité dans le poids des achats à caractère médical est très variable d'un établissement à l'autre et d'un GHT à l'autre selon le profil des établissements qui le composent comme le souligne l'histogramme des onze GHT de la région Grand-Est.

Tableau n°3 : Répartition des achats entre les titres 2 et 3 dans les GHT de la région Grand-Est



Cette disparité avait déjà été mise en évidence plus haut pour le GHT 44. Plus le GHT comportent de gros établissements de type MCO et plus les différences sont conséquentes. Un hôpital local avec une activité de type SSR et un (ou des EHPAD) a plus de dépenses en titre 3 qu'un CH avec une activité de type MCO, c'est pourquoi la politique d'achat du GHT doit tenir compte de la structure d'achat de chacun de ses membres ainsi que de leurs besoins. A défaut le risque est de se heurter à des résistances qui seront légitimes, à l'insatisfaction des soignants, des patients et de leurs familles. C'est pourquoi il est décidé de créer une commission territoriale des marchés pour le GHT 53.

Dans le cas du GHT 53, le pourcentage des achats hors marché reste élevé ce qui laisse entrevoir une piste de gains. La computation des seuils dans le cadre des marchés mutualisés du GHT 53 doit permettre de réduire ce taux et mettre davantage les fournisseurs en concurrence. La diminution du panel de fournisseurs doit permettre également de dégager du temps agent lors des phases de liquidation et mandatement.

Tableau n°4 : Part des fournisseurs dans les dépenses d'achats

EPS	LAVAL	MAYENNE (CHNM)	ERNEE	CHU de NANTES <i>en comparaison</i>
Nombre de fournisseurs	1407	1148	628	3578
% de fournisseurs réalisant 80% des dépenses	9	11	14	6
% des achats hors marché	44.8	45.46	NC	NC

L'équipe projet du GHT 53 compile dans la trame PAAT les actions collectives et les actions individuelles avec les gains estimés pour chaque marché. Pour certains marchés alimentaires se terminant au 31 décembre 2017 pour lesquels un marché GHT aurait pu être conclu mais dont les échéances sont trop courtes pour recenser les besoins, faire des tests et monter des procédures, les EPS se trouvent dans l'obligation de se rallier à UniHa et la question des coûts d'adhésion est toujours au cœur des débats. La cotisation à la centrale entraîne en effet des pertes et non des gains sur les achats pour les plus petits établissements.

L'organisation de la fonction achat doit être transmise par l'établissement support avant le 1^{er} janvier 2018. Le chef de projet sollicite l'ARS en début d'été pour une aide par un consultant.

3.2.2 L'organisation de la fonction achat de territoire est confiée à un prestataire après appel d'offres

Le GHT 53 est atypique puisque l'établissement support est dans une relation triangulaire avec les centres hospitaliers de Mayenne et Château-Gontier, ces trois hôpitaux étant les plus importants en termes de budgets et avec une activité MCO. Le CH de Laval doit lui-même trouver son équilibre entre les deux établissements satellites.

La deuxième originalité réside dans le choix du préfigurateur de la fonction achat de territoire qui se trouve être le directeur des achats du CHNM, établissement partie.

Le phénomène limitant dans la mise en œuvre du projet sur la construction de la fonction achat de territoire est l'absence de nomination du directeur des achats pour le GHT par le directeur de l'établissement support, alors que les équipes ont besoin de pouvoir se projeter a minima dans une organisation future. Après appel à projet de l'ARS, le CHNM

est sélectionné pour être accompagné par UniHA, l'un des deux prestataires retenus avec le Resah pour accompagner les GHT dans l'organisation de leur fonction achat de territoire sur une période de vingt-cinq jours. A l'automne, le GHT 53 sera audité puis une organisation proposée pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018.

3.3 Des pistes d'actions sont proposées afin de concilier les enjeux en termes financiers, d'organisation et de qualité

La mutualisation de la fonction achat de GHT nécessite une implication et une coordination de tous les agents intervenant à un moment donné dans le processus d'achat dans chaque établissement partie au GHT. C'est à cette condition que le directeur de l'établissement support pourra assurer la responsabilité de la fonction achat de territoire. Il va devoir assumer seul la responsabilité juridique de la signature des marchés mais ses décisions engageront financièrement les établissements parties. La position du directeur des achats de territoire est donc stratégique.

3.3.1 Une organisation de la fonction achat de territoire de type matriciel est recommandée par la DGOS

Comme le souligne la DGOS, « il ne peut y avoir d'organisation unique de la fonction achat de GHT » tant la composition des GHT diffère en taille, en nombre d'établissements, en volumes d'achats, en ressources humaines et matérielles et en maturité de la fonction achat. Elle identifie néanmoins principalement deux types d'organisations, matricielles ou pyramidales avec une préférence pour l'organisation matricielle.

Dans l'organisation matricielle (*annexe 2*), les acheteurs sont dédiés à temps partiel dans l'établissement partie à la fonction achat. Ils demeurent employés et affectés dans leur établissement partie. Cette organisation matricielle semble particulièrement adaptée pour le GHT 53 qui comporte quatre petits établissements et des CH de taille moyenne.

Le postulat de départ est que :

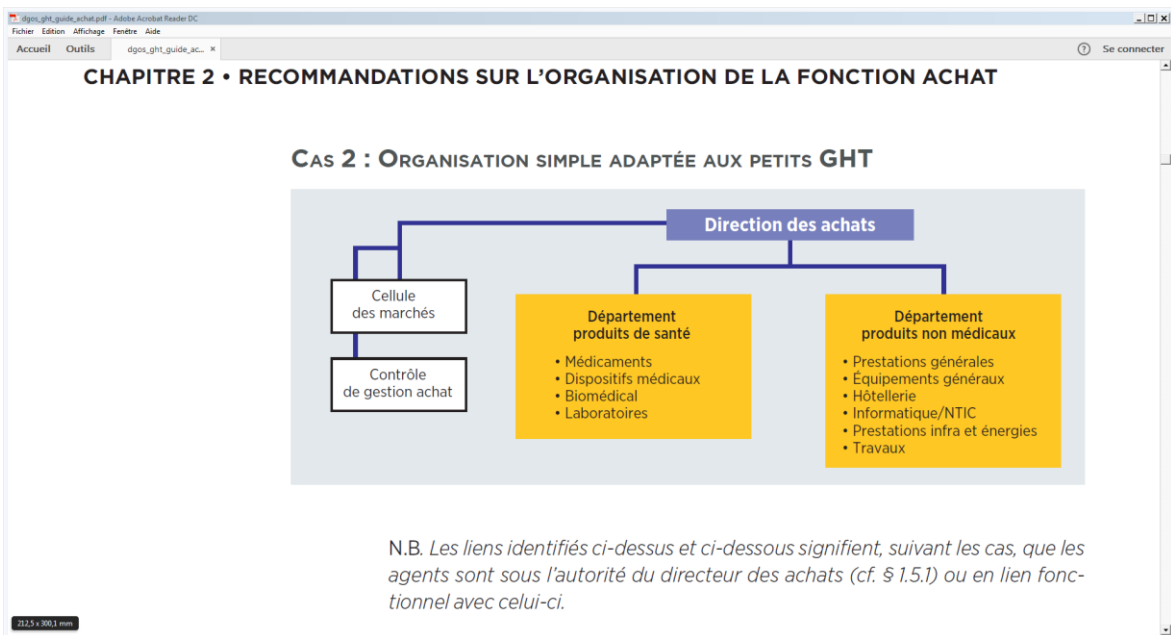
- les agents sont polyvalents dans les quatre ex-hôpitaux locaux. Ils assurent des fonctions d'acheteurs, approvisionneurs, logisticiens mais ont également un temps dédié aux finances.
- Ensuite, certains postes sont vacants suite à des départs et la question de leur remplacement et sur quel profil se pose.

- Les délégations de signature sont indispensables selon des seuils avec des gradations
- Les agents changeront d'établissement ou seront mis à disposition de l'établissement support
- Les liens hiérarchiques sont à distinguer des liens fonctionnels
- Un référent achat doit être désigné pour chaque établissement partie. Il sera rattaché hiérarchiquement au directeur des achats de territoire et fonctionnellement au directeur de l'établissement partie.
- L'acheteur de l'établissement partie sera rattaché hiérarchiquement au directeur des services économiques de son établissement
- Les compétences de chaque agent doivent être recensées
- De quelles compétences avons-nous besoin ?

A Villaines-la-Juhel, l'agent qui occupait le poste des achats à 40% et des finances à 60% n'est remplacé que pour les finances. Cet établissement étant en direction commune avec le CHNM, le service des achats anticipe la mutualisation à l'échelle du GHT et confie la partie achat de ce site au CHNM.

Selon les recommandations de la DGOS, « les agents exécutant, au moyen d'une délégation de signature du chef de l'établissement support, des actes juridiques pour le compte de l'établissement support », relèveront de l'établissement support, soit par la voie du changement d'établissement, soit par la voie de la mise à disposition (laquelle peut être partielle). La question de la rémunération de ces agents devra être abordée avec vraisemblablement un abondement au budget G qui sera défavorable pour les hôpitaux de proximité qui ne pourront pas fournir de temps agent au GHT mais devront néanmoins contribuer au budget G selon la clé de répartition et ainsi participer au financement des temps agents mis à disposition du GHT par les plus gros établissements. Dans un GHT comme le 44, la différence de budget est telle entre le CHU et les hôpitaux de proximité que le pourcentage à reverser pour les petits établissements sera moins douloureux que dans le GHT 53 où les différences sont beaucoup moins marquées.

La DGOS préconise une organisation simple pour les petits GHT et propose le modèle d'organisation ci-dessous, encore faut-il que le GHT ait la taille critique suffisante pour dégager des ressources correspondant au modèle décrit.



Les recommandations sont donc de structurer l'organisation autour de deux départements, les produits de santé et les produits non-médicaux. Pour les produits de santé il est recommandé de nommer un expert dans son domaine soit un pharmacien, un ingénieur bio-médical ou un biologiste. Seul le CH de Laval a des ingénieurs bio-médicaux et c'est une fonction qu'il sera intéressant de mutualiser rapidement notamment pour la maintenance des équipements médicaux, un des gisements de gains pour les achats.

Un GCS pour la pharmacie mutualise déjà les activités de biologie entre les CH de Laval et Mayenne et il pourrait être opportun d'y associer d'autres établissements à la condition que les coûts logistiques et les temps de transports s'y prêtent. Les pharmaciens du territoire collaborent déjà activement et ont rédigé un projet pharmaceutique de territoire. Les achats pour les médicaments et les dispositifs médicaux sont mutualisés par le GRPPL si bien que la nomination d'un pharmacien responsable d'un département d'achat semble adaptée au contexte du GHT.

Les achats sont un enjeu majeur pour la qualité des soins, la satisfaction des prescripteurs qui peuvent être les utilisateurs et en premier lieu les patients.

3.3.2 Un des premiers enjeux des achats est de garantir l'adéquation avec les besoins du prescripteur

Selon la DGOS, un des enjeux de la fonction achat de GHT est de « recentrer le rôle de l'acheteur sur les missions stratégiques de l'achat. L'essentiel de la valeur de l'achat est

créé en amont des procédures de passation ». Ainsi près de deux tiers des gains seraient issus du dialogue entre l'acheteur et le prescripteur d'achat. L'identification et l'opportunité du besoin incombent toujours à l'établissement partie même si la consolidation des besoins de l'ensemble des établissements relèvera de l'établissement support. Ainsi la désignation d'un référent achat d'établissement permet de conserver une relation proche du terrain (acheteurs, prescripteurs et approvisionneurs) et des échanges très réguliers et de proximité avec le directeur de l'établissement partie concerné. D'autre part, le rôle du référent achat est de faire le lien entre établissement partie et établissement support sur les achats, grâce à des échanges avec le directeur des achats sur les opérations sous sa responsabilité c'est-à-dire l'expression des besoins et l'exécution des marchés (figure 1).

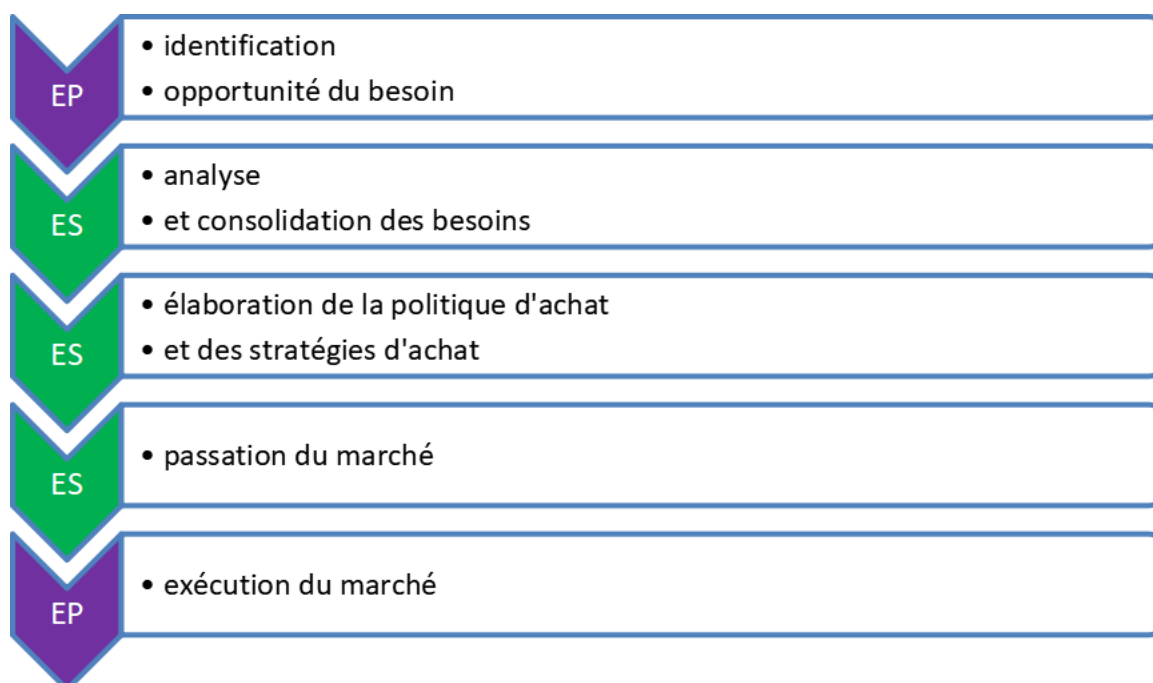


Figure 1: ES = établissement support EP = établissement partie

Un référent achat doit donc être nommé dans chaque établissement du GHT. La DGOS recommande qu'il « bénéficie d'une délégation de signature sur les marchés spécifiques de l'établissement partie dont il relève ».

3.3.3 Le second enjeu des achats est de garantir la qualité des produits et services achetés par l'établissement

Un marché ne s'arrête pas lors de la phase de notification, et un suivi doit être assuré tout au long de son exécution. Des indicateurs de suivi de la non-qualité doivent être mis en

place comme par exemple un suivi des consommations ou des taux de panne. Les systèmes d'information étant différents actuellement dans les établissements il peut être utile de retracer dans un logiciel commun (Ennov, tableur excell...) les non-conformités et les indices de satisfaction des utilisateurs.

Les difficultés d'approvisionnement, les délais de traitement des commandes et les retards dans les livraisons doivent également être suivis et remontés à l'établissement support qui mettra en place des actions correctives avec les fournisseurs.

La qualité des produits et services achetés doivent correspondre à un juste besoin. Il ne s'agit pas de faire de la sur-qualité comme par exemple acheter un équipement médical dont seul un tiers des programmes sera utilisé. Aussi les relations avec les fournisseurs sont essentielles aussi bien en amont qu'en aval de la passation du marché. Le sourcing et la veille pratiqués dans le privé sont encore peu développés dans le public et gagneraient à l'être.

La qualité est une non dépense induite. Une coopération avec les fournisseurs peut être intéressante en amont de l'achat en précisant avec lui ce qui est attendu du produit ou du service. Par exemple, en restauration le goût du produit, sa texture peuvent être plus importants que l'emballage ou la marque et des gains peuvent être réalisés sur des yaourts par exemple sans faire baisser la marge du fournisseur.

Des pistes de gains par la qualité peuvent être recherchées sur l'innovation. En cela, Le décret n°2014-1097 du 26 septembre 2014²² portant mesure de simplification applicables aux marchés publics a instauré le partenariat d'innovation. Ce nouveau type de marché public « permet de répondre à un besoin qui ne peut être satisfait par des fournitures, services ou travaux disponibles sur le marché ». C'est un nouveau levier pour réaliser des gains sur les achats tout en permettant une réponse sur mesure et donc au plus près du besoin exprimé.

Des procédures communes doivent être rédigées pour les achats afin de formaliser des processus identiques dans les établissements du GHT. Là encore, l'absence de SI commun aux sept établissements est un frein à l'heure actuelle mais il est en phase de construction par les informaticiens.

²² [Décret n°2014-1097](http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/9/26/EINM1412633D/jo) du 26 septembre 2014 portant mesures de simplification applicables aux marchés publics, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/9/26/EINM1412633D/jo>

3.3.4 Le troisième enjeu des achats est de servir un objectif de maîtrise des coûts

Les gains peuvent être qualitatifs comme nous l'avons vu plus haut et peuvent être quantitatifs. La mise en œuvre d'un contrôle de gestion des achats est prévue dans chaque GHT même si actuellement seuls sept contrôleurs de gestion des achats exercent dans les hôpitaux en France. Le constat de départ pour la mise en place de cette nouvelle compétence a été le manque de données transverses sur les processus achat alors que des indicateurs sont nécessaires pour suivre la performance des marchés, tels que le nombre de commandes, de factures, de hors marché (taux de couverture).

Au CHU de Nantes, le contrôleur de gestion achat a ainsi mis en place quatorze codes spécifiques pour suivre les motifs de hors marchés tel qu'un retard de renouvellement du marché. Il est rattaché à la direction des achats.

La DGOS préconise dans son guide de la fonction achat de GHT de placer le contrôleur de gestion achat sous l'autorité du directeur des achats du GHT. Ses activités sont :

- L'élaboration du PAAT et des procédures
- La conception d'outils et de tableaux de bord achat
- La contribution à l'élaboration et au suivi des documents budgétaires
- Le suivi de la performance achat
- Des études/analyses achat
- La structuration du SIHA

Il contribue à la définition de la politique achat : cartographie, segments à enjeu, leviers, stratégie, mise en œuvre et évaluation, ainsi qu'aux procédures achat : expression et validation du besoin, consultation, passation, exécution d'un point de vue économique et budgétaire. C'est pourquoi il assure l'interface avec les DAF tout au long de la procédure budgétaire en vue d'instruire les impacts budgétaires des achats, tant en prévisionnel qu'en exécution. Il intervient au profit de l'ensemble des établissements en offrant aux acheteurs un support opérationnel et méthodologique qui soit le même dans chaque établissement pour le calcul des gains et le calcul des coûts complets. Ainsi le calcul des gains sera différent selon qu'il s'agisse d'un achat récurrent, ponctuel ou lié à une action de progrès. Le raisonnement en coût complet doit intégrer les coûts d'acquisition, de mise en service (en œuvre), d'usage (maintenance préventive et curative), associés (consommables...), de fin de vie (élimination / recyclage).

Le contrôle de gestion des achats est un nouveau métier et donc une ressource rare que ne pourront pas s'offrir les plus petits GHT, au moins dans l'immédiat.

3.3.5 Le quatrième enjeu est de sécuriser les approvisionnements

Les approvisionnements réunissent les activités d'achat, de gestion des stocks et de distribution dans les services. La coordination des activités d'achat (commande) et de distribution permet d'améliorer la logistique d'approvisionnement hospitalier. La crainte des services de soins étant la rupture de stock, il s'agit de sécuriser les approvisionnements tout en économisant au maximum du temps soignant pour la gestion des stocks. Il s'agit de déterminer si les produits peuvent être livrés directement dans les services sans transiter dans le magasin central, donc être pré-conditionnées par les fournisseurs et planifier des horaires de livraison qui ne désorganisent pas l'activité des services.

Il s'agit d'intégrer les coûts de stockage (locaux, immobilisation financière), les coûts de main d'œuvre (déconditionnement, reconditionnement) par la mise en place d'indicateurs pour le stock : valeur du stock, couverture du stock, valeur des périmés, nombre de produits dormant, et d'indicateurs pour l'approvisionnement : délais de livraison, évolution du nombre de lignes de commandes ou du nombre de commandes.

Les GHT sont une occasion unique de mutualiser les moyens logistiques et l'expérience du secteur industriel avec une plate-forme de stockage pour approvisionner plusieurs sites pourra être transposée dans le secteur hospitalier à la condition que les frais de transport et les délais d'approvisionnement le permettent.

D'autre part, la mutualisation des marchés publics dans le cadre du GHT nécessitera une négociation avec les fournisseurs afin qu'ils acceptent d'effectuer des livraisons multi sites.

3.3.6 Le cinquième enjeu est l'amélioration des conditions de travail

Cet item rejoint ceux relatifs à la qualité et au dialogue entre acheteurs et prescripteurs. En effet les produits et les équipements doivent être au service des usagers. Il s'agit à travers le choix d'équipements informatiques par exemple de faciliter le travail des médecins et des soignants et minimiser les interruptions de tâches. Les produits achetés doivent être ergonomiques et si nécessaire testés auprès des utilisateurs. Ils ne doivent pas nuire à la santé des agents mais au contraire améliorer leurs conditions de travail c'est pourquoi la solution de solutions innovantes doit être recherchée et une veille fournisseur réalisée.

De même un des rôles de la logistique est de décharger au mieux les équipes de la gestion des stocks et des demandes de réapprovisionnement.

Les exemples ne manquent pas pour illustrer l'importance de la facilité et l'innocuité d'emploi pour un agent. Ainsi le choix d'un matériel à usage unique ou réutilisable n'est pas anodin car il a pour conséquence des temps de nettoyage et désinfection ou bien des coûts d'élimination.

Lors de l'achat d'un désinfectant le choix d'un produit prêt à l'emploi ou de mélanges à reconstituer doit être pesé en fonction du risque qu'il fait courir à l'ASH. Un change-complet doit être facile à installer par une aide-soignante, un lit médicalisé doit permettre d'épargner un dos, de manière générale tout équipement technique permettant de préserver la santé d'un agent (soulève-malade...) ou le protéger (EPI) doit être recherché. L'importance des retours d'expérience issus du terrain de l'hôpital, des phases de tests prennent tout leur sens. Le GHT doit permettre le partage de ces expériences par un dialogue des équipes inter établissements et favoriser l'échange de bonnes pratiques. L'amélioration des conditions de travail sert également un objectif de diminution des arrêts de travail et des maladies professionnelles et par conséquent un enjeu financier.

3.3.7 Le sixième enjeu est de servir un objectif de développement durable

Des critères de développement durable peuvent figurer dans les dossiers de consultation des entreprises. Le fait qu'un produit soit recyclable, peu consommateur d'énergie, peu sonore, peu polluant, peu ou pas toxique est devenu de plus en plus un critère de sélection. Les conditions de travail des salariés de l'entreprise répondant à un appel d'offres sont également scrutées. Politique de l'emploi (pourcentage de CDI, ancienneté du personnel, qualifications, turn-over...), protection sociale, formations font tout autant partie que l'écologie des critères de développement durable.

Les GHT dans cette logique devraient favoriser les filières courtes et le recours à des prestataires locaux ce qui est contradictoire avec le principe de la mutualisation des achats auprès des centrales nationales.

Selon les résultats de l'enquête réalisée par APMnews entre le 26 janvier et le 6 mars 2017 auprès d'acheteurs hospitaliers, l'achat en centrale nationale est plébiscité pour le biomédical, les équipements médicaux et l'informatique. Les groupements régionaux sont sollicités pour les achats de médicaments, des dispositifs médicaux et pour la restauration. L'échelon local est cité surtout pour les transports, les prestations générales et d'hôtellerie ou encore les travaux.

Outre le risque de détruire le tissu économique local, le recours à des centrales risque de niveler les prestations et détruire la concurrence conduisant de fait à un déséquilibre du marché et à une situation de monopole toujours néfaste pour les prix. Les frais de transport pour des achats récurrents doivent également être pris en compte.

De plus, négocier des prix toujours plus bas qui diminuent la marge des fournisseurs et des fabricants a des conséquences sur la qualité des produits et / ou des prestations et conduit à leur asphyxie progressive.

Un achat se doit donc d'être vertueux en tenant compte de l'impact sociétal (agent, médecin, patient et résident), économique (entreprise), environnemental (pollution) et le choix se porter sur le produit et le service le plus efficient c'est-à-dire offrant la meilleure qualité (selon le juste besoin) au moindre coût.

Conclusion

La mutualisation de la fonction achat au service du projet médico-soignant partagé doit permettre de relever les défis liés aux enjeux financiers et de qualité, vue sous l'angle de la qualité intrinsèque des produits et des services, ou sous l'angle de la qualité de l'achat dans le sens où il répond aux besoins des utilisateurs.

Les enjeux financiers des GHT sont liés à la constitution d'équipes médicales de territoire et les résultats attendus sont des économies budgétaires avec une baisse des dépenses d'intérim médical avec un moindre recours aux médecins remplaçants. Des gains financiers sont prévus avec des appels d'offres groupés auprès des sociétés d'intérim et auprès des instituts de formation continue.

La fonction achat de territoire doit permettre d'augmenter l'efficacité des équipes des services économiques et logistiques avec une spécialisation et une professionnalisation des équipes et un partage des ressources rares. Les autres leviers identifiés sont :

- Une maîtrise des coûts d'achat et d'approvisionnement
- Une plus grande qualité par la baisse des non-conformités et des événements indésirables
- Une amélioration des conditions de travail avec une baisse des arrêts de travail, des accidents de travail et des maladies professionnelles
- La prise en compte du développement durable en raisonnant en coût complet

Néanmoins ces gains risquent de rencontrer assez rapidement leurs limites. Le fait que les premières mutualisations concernent des économies budgétaires et des gains financiers portant sur les titres 2 et 3, domaines beaucoup moins sensibles que les dépenses du titre 1 peut expliquer pourquoi la fonction achat est la première impactée.

La mise en place d'une équipe achat de territoire a néanmoins des conséquences sur les RH. Les agents d'un établissement partie au GHT peuvent être mis à disposition de l'établissement support à temps complet ou à temps partiel, ou bien changer d'établissement. La DGOS conseille aux GHT d'élaborer un schéma des mobilités pour l'automne²³ et l'Adress propose d'harmoniser les règles de GTT au niveau des GHT²⁴.

La seconde conséquence de la mise à disposition des agents auprès de l'établissement support tient au fait que leur traitement est supporté par le budget G. Dans le GHT 53 où

²³ « GHT et RH : la DGOS conseille d'élaborer un schéma des mobilités pour l'automne », dépêche APMnews du 15/05/2017

²⁴ « L'Adress propose d'harmoniser les règles de gestion du temps de travail au niveau des GHT », dépêche APMnews du 06/03/2017

les budgets des trois EPS de type MCO ne sont pas démesurés par rapport à ceux des hôpitaux locaux, la quote-part que devront supporter ces derniers joue en leur défaveur²⁵. Ils ne pourront pas fournir de temps agent mais devront supporter les coûts de traitement des agents mis à disposition par les centres hospitaliers. Pour le CHNM, si le directeur de la DSET était nommé directeur des achats du GHT à temps partiel, l'opération serait gagnante sur le plan financier. Par contre Villaines-la-Juhel en direction commune avec le CHNM serait perdant.

Les services économiques font office de service pilote pour les autres fonctions support. La mise en place d'équipes médicales de territoire commence à alléger les établissements partie de leur direction des affaires médicales et des DAM de territoire commencent à voir le jour. Concernant les affaires financières, selon le DAF et DSI au CH des quinze-vingt à Paris et l'IGAS, il serait pertinent de s'orienter vers une solidarité financière pour les investissements, notamment pour les équipements lourds²⁶, et une DAF de territoire permettrait une harmonisation des pratiques dans les établissements du GHT.

Ces réflexions et ces changements annoncés posent la question de la gouvernance. La territorialisation de l'offre de soins hospitalière et les instances du GHT risquent d'entraîner une perte de pouvoir pour les élus locaux présidant les conseils de surveillance des hôpitaux puisque la prise de décision se fera ailleurs.

Selon Jérémie Sécher, président du SMPS²⁷, l'absence de la personnalité morale dans les GHT entraîne un cadre juridique et fonctionnel inadapté « notamment ceux sur les conditions qui entourent les délégations de compétences dans les établissements support ». Les chefs d'établissement partie se sentent notamment dépossédés de leur autorité hiérarchique sur les agents de leur hôpital. Le GHT 53 est collaboratif et le comité stratégique un lieu où s'exerce la liberté de parole. Néanmoins selon les textes, le directeur de l'établissement support nomme le directeur des achats de territoire, exerce la responsabilité juridique des marchés et dès 2020, détiendra les autorisations d'activité et en équipements lourds. Ainsi les établissements partie peu enclins à la coopération y seront dans les faits contraints

²⁵ « Fonctions mutualisées et GHT : l'ANCHL craint que les hôpitaux de proximité soient désavantagés », dépêche APMnews du 15/02/2017

²⁶ « GHT : l'absence de financement au parcours reste un frein à la solidarité financière entre les établissements », dépêche APMnews du 18/05/2017

²⁷ « Les managers hospitaliers ressentent un sentiment d'insécurité juridique avec les GHT (sondage SMPS) », dépêche APMnews du 22/06/2017

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 107), JORF n°22 du 27 janvier 2016. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;sessionId=5858DF2703B4BEF8DAE52327DA229E73.tpdila18v1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction interministérielle N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire. Disponible sur internet sur le site www.circulaires.gouv.fr

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L-6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire, JORF du 4 mai 2017 [visité le 05.05.2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034566831>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur, JORF n°101 du 29 avril 2016, disponible sur internet <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2016/12/15/2016-1729/jo/texte>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, JORF n°101 du 29 avril 2016, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032465957>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF du 27 janvier 2016, 55

disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>

Ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics et ses décrets d'application n°2016-360 (marchés publics) du 25 mars 2016 transposant les directives européennes de mars 2014

Décret n°2014-1097 du 26 septembre 2014 portant mesures de simplification applicables aux marchés publics, disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/9/26/EINM1412633D/jo>

Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée, dite loi MOP

GUIDES

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. GHT : Guide méthodologique de la fonction achat des GHT, DGOS, mars 2017, disponible sur internet en téléchargement <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-fonctions-supports>

ARTICLES DE PERIODIQUES

LEGOUGE D., septembre-octobre 2016, « Achats et GHT », *Revue hospitalière de France*, n°572, p 43-58

LEGOUGE D., septembre 2016, « Mutualiser les achats dans un GHT : les 10 points clefs à prendre en compte », *Finances hospitalières*, n°105, p 3-7

LEGOUGE D., septembre-octobre 2014, « Les achats hospitaliers : l'atout performance du système de santé », *Revue hospitalière de France*, n°560, p 56-77

MASSON G., MOURIER A., JANIN D., janvier-février 2012, « Coût global de gestion du processus achat-approvisionnement », *Techniques hospitalières*, n°731, 8 p 56

RAPPORTS

Rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier de Laval (GRPPL, enquêtes achats hospitaliers) 28/02/2017 et réponse à ce rapport adressée par le Directeur du Centre hospitalier de Laval, 27/03/2017. [visité le 05.05.2017] disponible sur internet : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Etablissement-public-hospitalier-Centre-hospitalier-de-Laval-Mayenne-Enquete-Achats-hospitaliers>

HUBERT J., MARTINEAU F., 2016, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport de fin de mission*, La documentation française, 51 p.

Rapport annuel IGAS1997, *Les achats hospitaliers, une préoccupation injustement négligée*

DEPECHEs APMnews

« Le directeur de l'agence du médicament identifie les ruptures de stock comme le problème de demain », dépêche APMnews du 19/07/2017

« Les managers hospitaliers ressentent un sentiment d'insécurité juridique avec les GHT (sondage SMPS) », dépêche APMnews du 22/06/2017

« Le guide sur la fonction achat des GHT (enfin) publié », dépêche APMnews du 08/06/2017

« GHT : l'absence de financement au parcours reste un frein à la solidarité financière entre les établissements », dépêche APMnews du 18/05/2017

« GHT et RH : la DGOS conseille d'élaborer un schéma des mobilités pour l'automne », dépêche APMnews du 15/05/2017

« Organisation des achats dans les GHT : des précisions importantes apportées dans une instruction », dépêche APMnews du 15/05/2017

« GHT : près des deux tiers des pharmaciens ne croient pas à une hausse des gains sur les achats », dépêche APMnews du 11/05/2017

« Etablissements de santé : 1.6 milliard d'euros d'économies attendues en 2017 (circulaire) », dépêche APMnews du 10/05/2017

« GHT : plusieurs ajustements sur les ressources humaines et les fonctions mutualisées (décret) », dépêche APMnews du 04/05/2017

« GHT : les responsables hospitaliers sceptiques sur la mutualisation de la fonction achat (enquête APMnews) », dépêche APM du 04/05/2017

« Achats : les échelons régional et local restent très sollicités par les hospitaliers (enquête APMnews) », dépêche APMnews du 03/05/2017

« La cour des comptes et les chambre régionales des comptes enquêtent sur les achats publics hospitaliers », dépêche APMnews du 28/04/2017

« GHT : le Syncass-CFDT diffuse une version du guide de la fonction achat, en la critiquant », dépêche APMnews du 13/04/2017

« Achats et GHT : beaucoup de questions posées par les hospitaliers (David Gruson) », dépêche APMnews du 15/03/2017

« RH et GHT : le manque d'outils oblige à bidouiller », dépêche APMnews du 07/03/2017

« Achats hospitaliers : le Resah a accompagné une vingtaine de GHT en 2016 », dépêche APMnews du 06/03/2017

« L'Adress propose d'harmoniser les règles de gestion du temps de travail au niveau des GHT », dépêche APMnews du 06/03/2017

« Achats hospitaliers et GHT : APMnews donne la parole aux responsables des établissements et aux prescripteurs », dépêche APMnews du 01/03/2017

« Fonctions mutualisées et GHT : l'ANCHL craint que les hôpitaux de proximité soient désavantagés », dépêche APMnews du 15/02/2017

DEPECHEs HOSPIMEDIA

« Le groupement d'achat de pharmacie des Pays de la Loire s'interroge sur sa perennité face aux GHT », dépêche HOSPIMEDIA du 04/05/2017

« Le décret sur le fonctionnement des achats et les nominations au sein des GHT est publié », dépêche HOSPIMEDIA du 04/05/2017

« Quel cadre s'applique pour les marchés publics des EHPAD ? », dépêche HOSPIMEDIA du 15/03/2017

« Les achats dans les GHT soulèvent de nombreuses questions encore non résolues », dépêche HOSPIMEDIA du 15/03/2017

« Un projet de deuxième décret d'application des GHT est mis en concertation », dépêche HOSPIMEDIA du 03/02/2017

« Seize GHT seront accompagnés en 2017 dans l'élaboration de leur plan d'actions achat », dépêche HOSPIMEDIA du 08/12/2016

« La DGOS a caractérisé les GHT en fonction des premières conventions constitutives », dépêche HOSPIMEDIA du 26/09/2016

« 135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott », dépêche HOSPIMEDIA du 08/07/2016

MEMOIRES

COLLEC C., 2001, *L'optimisation de la fonction achat au Centre hospitalier Pierre Le Damany à Lannion*, Mémoire filière directeur d'hôpital, EHESP

LAHAYE M., 2009, *Améliorer la stratégie d'achat dans les établissements de santé : L'apport d'une cartographie des achats au Centre hospitalier de Bretagne Sud*, Mémoire filière directeur d'hôpital, EHESP

MARGERIN C., 2016, *Articuler centralisation et décentralisation dans le cadre d'une coopération hospitalière intégrée et définie nationalement. L'exemple de la construction du GHT de Charente et de sa fonction achat*. Mémoire filière directeur d'hôpital, EHESP

SITE INTERNET

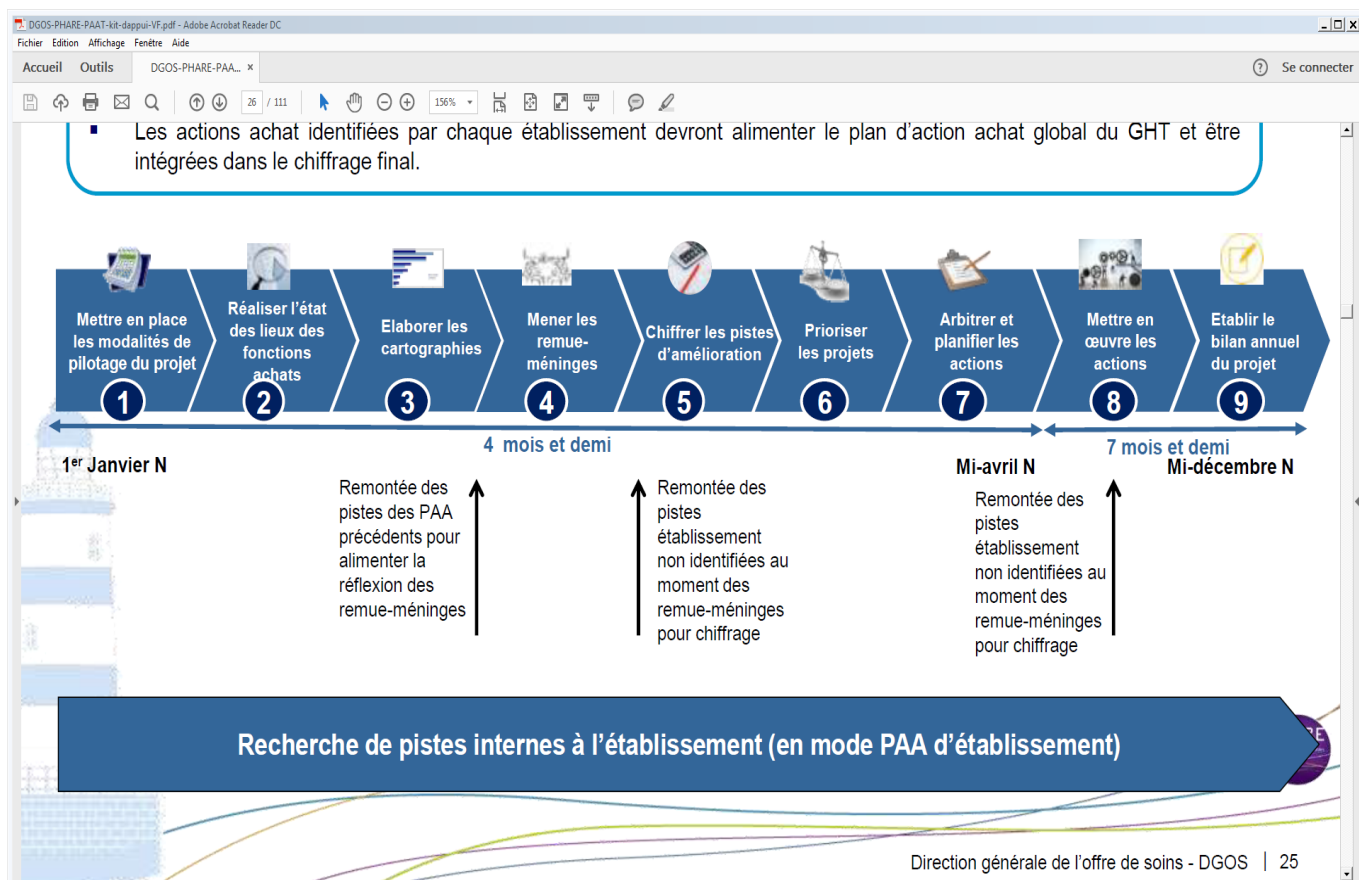
« Création des GHT : quels enjeux pour les équipes médicales ? »
http://content.profilmedecin.fr/wp-content/uploads/2016/04/Profil-Medecin_-_Dossier-GHT_-_Juin-2016.pdf

Liste des annexes

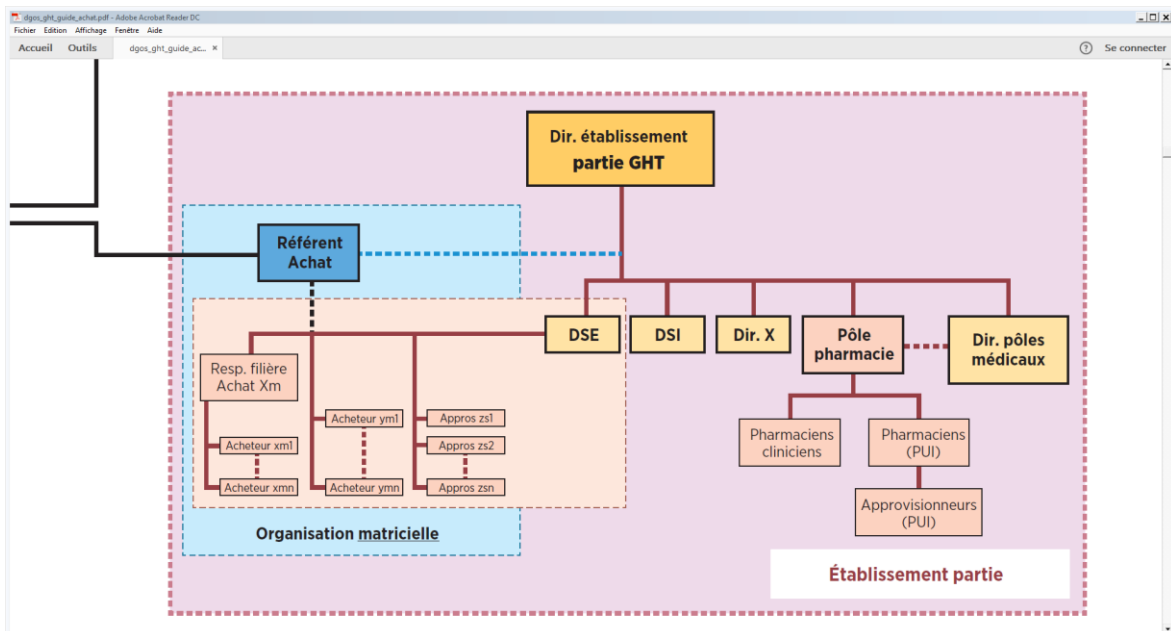
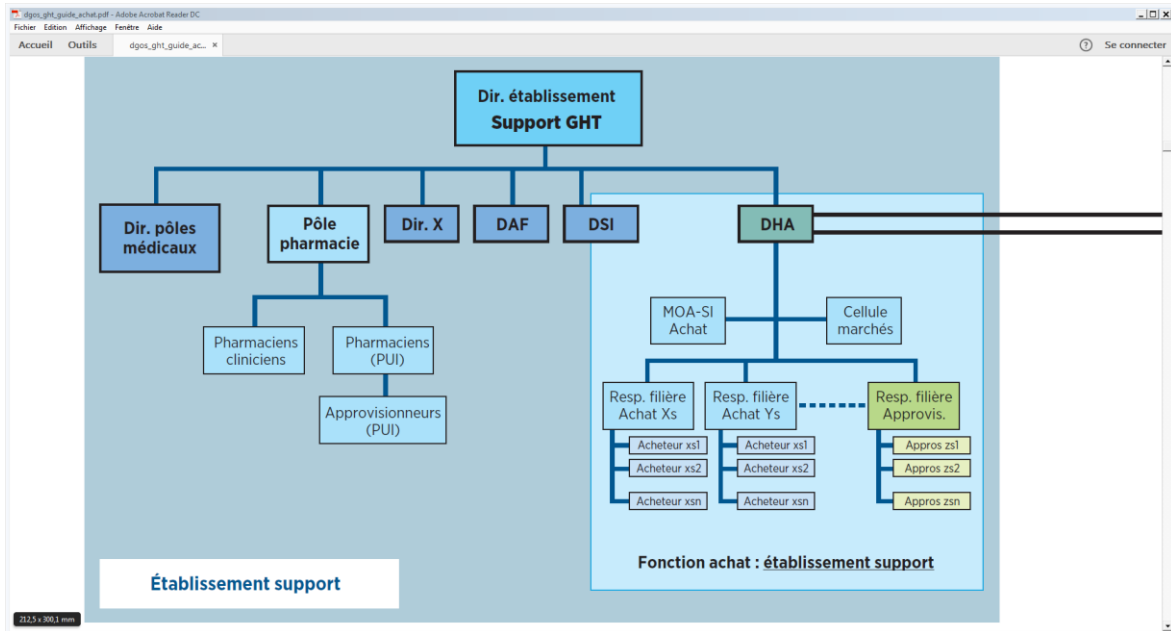
Annexe 1: Méthodologie pour l'élaboration du PAAT (DGOS)

Annexe 2: organisation matricielle pour l'organisation de la fonction achat de territoire
(recommandations DGOS – mai 2017)

Annexe 1: Méthodologie pour l'élaboration du PAAT (DGOS)



Annexe 2: organisation matricielle pour l'organisation de la fonction achat de territoire (recommandations DGOS – mai 2017)



FERNANDO	Karine	Octobre 2017
Elève Directeur d'Hôpital Promotion 2016-2017		
Enjeux de la fonction achat pour un établissement partie au GHT: comment concilier efficience et qualité		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 crée l'obligation pour tout établissement public de santé d'adhérer à un groupement hospitalier de territoire. Cette réforme a été conçue pour servir la qualité, la sécurité et l'accessibilité aux soins hospitaliers. L'article L.6132-3 du Code de la Santé Publique désigne les délégations obligatoires de fonctions des établissements parties à l'établissement support. Le périmètre des mutualisations porte notamment sur la fonction achat dont la nouvelle organisation doit être effective au 1er janvier 2018.</p> <p>La mutualisation des fonctions communes, dont la fonction achat (article L.6132-3 du Code de la Santé Publique) doit être au service du projet médical partagé. La mutualisation de la fonction achat entre établissements membres du même GHT nécessite la mise en œuvre d'un plan d'action achat de territoire et d'un organigramme de l'équipe achat de territoire.</p> <p>L'étude de l'élaboration de la fonction achat de territoire lors d'un stage de direction réalisé au centre hospitalier du Nord-Mayenne du 2 janvier au 1er septembre 2017, établissement partie au GHT 53, m'a permis d'identifier des freins et des leviers liés aux enjeux financiers, d'organisation et de qualité.</p> <p>Mes investigations se sont appuyées sur les réunions du groupe achat du GHT et sur des entretiens individuels auprès d'agents des différents établissements du GHT 53, mais aussi du GHT 44, plus avancé sur le projet car il sert de département pilote auprès de la DGOS dans l'élaboration d'outils d'aide à la construction de la fonction achat de territoire.</p> <p>Le décret du 2 mai 2017 entérine la date de transfert de compétences et de responsabilités au directeur de l'établissement support au 1er janvier 2018, ce qui impacte la gouvernance des hôpitaux. La pertinence des échelons national, régional et local dépasse le cadre des hôpitaux avec une conséquence sur le tissu économique de proximité.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>GHT – PMP – Fonction achat – PAAT – Groupement de commande – Mutualisation - Délégation - Qualité - Juste besoin – Gains financiers – Gouvernance – Conduite du changement</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

