



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2015**

Date du Jury : **décembre 2015**

**Le renforcement du pilotage de la
fonction achats en établissement
public de santé**

Clément PINEAU

Remerciements

En premier lieu, j'adresse mes sincères remerciements à ma maître de stage, Mme Élisabeth Le Floch-Heurtel, Directrice adjointe en charge du pôle économique et logistique du centre hospitalier dans lequel j'ai effectué mes deux périodes de stage. Sa confiance et son encadrement m'ont été très précieux.

J'adresse également de sincères remerciements à M. Claude Grébeude, Attaché d'administration hospitalière au pôle économique et logistique, pour m'avoir fait profiter de son expérience et de sa connaissance des services économiques des établissements de santé.

Je remercie M. Alain Mourier, Directeur d'hôpital et enseignant-formateur en achats et logistique à l'École des Hautes Études en Santé Publique, pour ses conseils dans la rédaction de ce travail.

Je remercie enfin toute l'équipe du pôle économique et logistique et l'ensemble des agents du centre hospitalier que j'ai rencontrés pour leur accueil et leur disponibilité.

Sommaire

Introduction	1
1 Le programme PHARE, une source d'optimisation du processus achats du CH	5
1.1 Déployer le programme PHARE en tenant compte des spécificités du CH.....	5
1.1.1 La mise en place d'un responsable achats unique permet de déterminer une stratégie achats commune à tous les acheteurs de l'établissement.....	5
1.1.2 Un raisonnement achats complémentaire de l'approche comptable	7
1.2 Identifier les limites de l'organisation du processus achats par une étude globale de la fonction	11
1.2.1 La réalisation de la cartographie des achats met en exergue les limites du processus achats	11
1.2.2 L'implication de l'ensemble des services est essentielle pour identifier les gains potentiels	18
2 Pérenniser le pilotage renforcé du processus achats	23
2.1 Un positionnement repensé.....	23
2.1.1 L'intégration de la stratégie achats dans le projet d'établissement en renforce la visibilité.....	23
2.1.2 La mise en place du groupement hospitalier de territoire modifie le positionnement de la fonction achats dans l'établissement.....	28
2.2 Un pilotage adapté	31
2.2.1 La définition du « juste besoin », un axe majeur de la stratégie achats de l'établissement	32
2.2.2 Des outils spécifiques de suivi nécessaires pour mesurer la performance achats	34
Conclusion	39
Bibliographie	41
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : attaché d'administration hospitalière
ACH : adjoint des cadres hospitaliers
ARS : Agence régionale de santé
BO : Business Object
CH : centre hospitalier
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CME : commission médicale d'établissement
CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CTE : comité technique d'établissement
DASRI : déchets d'activités de soins à risque infectieux
DGOS : direction générale de l'offre de soins
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GHT : groupement hospitalier de territoire
MAPA : marché à procédure adaptée
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAA : plan d'actions achats
PEL : pôle économique et logistique
PHARE : performance hospitalière pour des achats responsables
PME : petites et moyennes entreprises
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SSI : système de sécurité incendie
SSR : soins de suite et de réadaptation
TPE : très petites entreprises
UGAP : union des groupements d'achats publics
USLD : unité de soins de longue durée

Introduction

Le plan national pour l'efficience et la performance du système de soins¹ fixe un objectif de 10 Mds € d'économies à l'horizon 2017, dont 1,4 Md € d'économies sur les achats. Les achats au sens large - c'est-à-dire incluant les dépenses d'investissements, la sous-traitance à caractère médical, la formation, les locations immobilières et les intérêts d'emprunts² - des établissements publics de santé représentent environ 18 Mds €³ par an. Le Code des marchés publics dans son article 1^{er} précise ce que sont les achats publics en indiquant que « *les marchés publics sont les contrats conclus à titre onéreux entre les pouvoirs adjudicateurs définis à l'article 2 et des opérateurs économiques publics ou privés, pour répondre à leurs besoins en matière de travaux, de fournitures ou de services* ».

Les achats sont le deuxième poste de dépenses des établissements de santé après la masse salariale. Le programme de rationalisation des dépenses achats est structuré autour du programme performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE). Depuis son lancement en septembre 2011 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), le programme PHARE a été déployé dans le cadre du projet ARMEN, qui en est l'un des principaux axes et qui consiste à identifier des opportunités de gains achats notamment à partir d'échanges de « bonnes pratiques achats » entre les établissements de santé. Le périmètre principalement retenu jusqu'à présent dans les différentes « vagues » ARMEN correspond à une définition plus restrictive des achats. En effet, la plupart des « bonnes pratiques » identifiées concernent majoritairement les comptes et chapitres du titre II « charges à caractère médical » et du titre III « charges à caractère hôtelier et général » (il s'agit donc de dépenses d'exploitation du compte de résultat prévisionnel principal).

La rationalisation des achats des établissements de santé vise à dégager des économies par une définition du « juste besoin » et par un achat au meilleur rapport qualité-prix, tout en veillant à maintenir voire améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Le centre hospitalier (CH) dans lequel j'ai effectué mes deux périodes de stage a engagé un processus de renforcement du pilotage de sa fonction achats. Il s'agit d'un

¹ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, mai 2015, Plan national pour l'efficience et la performance du système de soins 2015-2017, 30 p.

² LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers - Vers une nouvelle gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Berger-Levrault, p.16

³ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Les achats hospitaliers : le programme phare. [visité le 21 septembre 2015], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/les-achats-hospitaliers-le-programme-phare,9524.html>

établissement public de santé intercommunal issu d'une fusion, opérée en 1992, de deux CH et qui connaît, depuis quelques années, une évolution importante dans l'organisation de ses services. Le territoire de soins qu'il couvre compte environ 130 000 habitants. Son activité est répartie entre les deux sites distants de près de 30 kilomètres. En 2008, les maternités et l'ensemble de la chirurgie conventionnelle ont été regroupés sur l'un des deux sites (site 1), tandis que la chirurgie ambulatoire a été placée sur l'autre site (site 2), où un centre périnatal de proximité a également été ouvert. En avril 2015, l'Agence régionale de santé (ARS) s'est prononcée en faveur du regroupement sur le site 1 de l'ensemble des soins aigus de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Une « réponse à l'urgence » reste néanmoins assurée sur les deux sites. Par ailleurs, depuis janvier 2014, une direction commune à trois établissements (le CH et deux autres établissements géographiquement proches) est mise en place. Elle doit, entre autres, permettre de développer la coopération et les partenariats dans les domaines médical et administratif.

Les services de soins et médico-techniques du CH sont répartis dans quatre pôles et comptent au total 779 lits et places. En 2013, 1237 agents et 145 médecins (dont une trentaine d'internes) ont travaillé dans cet établissement⁴ dont le budget s'élève à près de 100 M€. En 2014, les charges du titre 2 se sont élevées à 14,5 M€ et celles du titre 3 à 11,59 M€. Le déficit a atteint 1,53 M€, en légère amélioration par rapport à l'exercice précédent. Les achats, deuxième poste de dépenses de l'établissement derrière la masse salariale, sont l'axe prioritaire sur lequel des économies sont attendues.

Le pôle économique et logistique (PEL) pilote le travail de rationalisation des dépenses achats du CH. Il comprend cinq services :

- un service achats, avec une cellule des marchés composée de deux personnes (dont un attaché d'administration hospitalière) ;
- un service biomédical, dirigé par un ingénieur biomédical ;
- un service restauration, dirigé par un ingénieur agroalimentaire ;
- un service infrastructures et travaux, dirigé par un ingénieur travaux ;
- un service logistique et hôtellerie, dirigé par un ingénieur logistique.

Au total, il rassemble environ 140 agents, placés sous la responsabilité hiérarchique d'une directrice adjointe, secondée par un attaché d'administration hospitalière (AAH) principal notamment responsable de la formalisation et du suivi de la politique achats de l'établissement.

Plusieurs actions achats ont été mises en œuvre entre 2013 et 2014. Elles ont couvert différents segments de dépenses du CH. Ceci témoigne du caractère transversal

⁴ CENTRE HOSPITALIER X, juin 2014, Rapport d'activité 2013

de l'activité du PEL, et plus particulièrement de celle de la cellule des marchés. En 2014, le CH a fait appel à 1099 fournisseurs dans le cadre de près de 750 marchés (dont 150 débutés en 2014) pour un montant total de 24,82 M€ d'achats (soit près de 25% des charges de l'établissement en 2014, pharmacie et service informatique inclus malgré une gestion de leurs achats directement par eux-mêmes). Ces volumes prouvent par eux-mêmes l'importance de structurer efficacement le processus achats de l'établissement, surtout dans le contexte actuel de difficultés budgétaires.

La réorganisation de la fonction achats du CH engagée par le PEL vise à réaliser des gains budgétaires tout en veillant à maintenir voire améliorer la qualité des soins. Il s'agit, d'une part, d'adopter une démarche prospective en formalisant une stratégie pluriannuelle dans un plan d'actions achats (PAA), et d'autre part, d'optimiser le processus achats en développant le dialogue entre prescripteurs et acheteurs pour définir le « juste besoin ».

La DGOS a défini trois orientations susceptibles d'améliorer la performance achats⁵ :

- la massification des contrats ;
- l'optimisation des produits et des services achetés, notamment par le développement de la standardisation ;
- l'optimisation des processus d'achats, notamment en utilisant au mieux le Code des marchés publics.

La DGOS a estimé que la massification des achats pouvait représenter au mieux 30% des gains potentiels, et l'optimisation des produits et des services achetés ainsi que l'optimisation des processus d'achats 70%⁶. Autrement dit, l'amélioration de la performance achats repose essentiellement sur la rationalisation du processus achats de l'établissement.

Le CH doit dégager 1,5 M€ d'économies sur ses achats sur la période 2015-2017. Le PEL s'appuie sur le « kit de déploiement⁷ » proposé par la DGOS pour mettre en œuvre le programme PHARE et atteindre cet objectif. Ce kit est structuré en 7 étapes (**annexe 1**). Il doit permettre au CH de formaliser un PAA pluriannuel chiffré, que les services de l'État et les établissements publics réalisant plus de 10 M€ d'achats annuels doivent élaborer⁸. Ce plan indique notamment les gains achats prévisionnels de l'établissement et les actions envisagées pour développer l'accès des petites et moyennes entreprises (PME) à la commande publique.

⁵ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, octobre 2012, Fondamentaux du Programme PHARE – Comité régional des achats – Basse-Normandie, p.3

⁶ Ibid.

⁷ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, Renforcer la fonction achats en établissement de santé – Kit de déploiement – V2, nouvelle version

⁸ MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, septembre 2013, Les achats de l'État et de ses établissements publics. Objectifs et organisation. Guide de la modernisation de l'achat, p.3

Dès lors, en quoi le renforcement de la démarche PHARE est-il susceptible de permettre au CH d'optimiser son processus achats ?

Le PEL déploie le programme PHARE en tenant compte des spécificités du CH (1.), afin d'y pérenniser un pilotage efficace de la fonction achats (2.).

Avertissement au lecteur : pour des raisons de confidentialité et de protection des données, j'ai choisi de ne pas mentionner le nom du CH dans lequel j'ai effectué mon stage. Il sera désigné dans la suite de ce travail par « le CH ».

1 Le programme PHARE, une source d'optimisation du processus achats du CH

Les outils proposés par la DGOS dans le cadre du programme PHARE permettent aux établissements de santé de déployer le programme PHARE en tenant compte de leur organisation (1.1.).

L'étude globale de la fonction achats réalisée en interne à partir de ces outils amène les établissements à identifier les limites du processus actuellement mis en œuvre (1.2.).

1.1 Déployer le programme PHARE en tenant compte des spécificités du CH

La première étape du programme PHARE consiste à identifier un responsable achats unique dans chaque établissement de santé, afin de préparer la définition d'une stratégie achats commune à tous les acheteurs d'un même établissement (1.1.1.). Le pilotage unifié de la fonction achats permet ensuite d'introduire un raisonnement achats complémentaire de l'approche comptable (1.1.2.).

1.1.1 La mise en place d'un responsable achats unique permet de déterminer une stratégie achats commune à tous les acheteurs de l'établissement

La fonction achats est dispersée dans les établissements de santé⁹. Si la direction des services économiques et la pharmacie sont les principaux acheteurs dans un centre hospitalier, le laboratoire, les services techniques et le service informatique, notamment, en sont également. L'existence de plusieurs acheteurs dans un même établissement n'est pas illogique dans la mesure où les produits et services achetés demandent des compétences techniques de plus en plus importantes et représentent parfois des sommes considérables. Cependant, le manque fréquent de coordination¹⁰ entre les acheteurs a incité la DGOS à préconiser la mise en place d'un pilotage unifié de la fonction achats en demandant à chaque établissement de désigner un responsable achats unique. Le premier indicateur proposé par la DGOS dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2017 porte d'ailleurs sur la « *mise en place d'un responsable achats unique qui pilote l'optimisation des achats et la professionnalisation sur toutes les*

⁹ LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers - Vers une nouvelle gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Berger-Levrault, p.62

¹⁰ Ibid., p.67

*catégories de dépenses et dispose des objectifs et des compétences adaptés*¹¹ ». Les rôles qu'elle donne¹² au responsable achats unique sont :

- de définir la stratégie achats de l'établissement de santé en tenant compte du cadre régional ;
- d'animer et de professionnaliser la fonction achats dans l'établissement ;
- de participer aux comités régionaux organisés sur les achats, d'animer des groupes de travail dans le cadre de ces comités, et de restituer régulièrement à l'ARS les montants de gains réalisés.

L'étape préalable à la mise en place de la politique achats dans les établissements de santé a donc consisté à identifier un responsable achats unique disposant d'une vision transversale de tous les achats. Ainsi, la grille d'autodiagnostic portant sur l'ensemble de la fonction achats (**annexe 2**), premier outil utilisé pour préparer la formalisation du PAA, a été complétée au CH par la direction du PEL. Les 27 dimensions évaluées sont réparties en 4 axes - stratégie et positionnement de la fonction achats ; culture et organisation ; pratique achats ; outils et pilotage - qui portent plus précisément sur l'analyse du pilotage de la fonction achats. L'établissement se positionne sur une échelle de un à quatre (quatre étant le meilleur score) pour chacune de ces dimensions. Pour ce faire, il s'appuie sur les commentaires associés aux différentes notes de chaque dimension. Ce premier outil peut aussi servir de point de départ à la constitution d'un groupe de travail qui sera ensuite mobilisé tout au long du déploiement du programme. C'est d'ailleurs ainsi que nous avons procédé dans le CH : la grille d'autodiagnostic nous a permis d'identifier les principales pistes d'amélioration à explorer, de prioriser les actions à entreprendre, mais aussi de mobiliser les acheteurs de l'établissement sur des objectifs précis à atteindre.

L'identification d'un responsable achats unique dans chaque établissement semble logique dans un contexte de transformation rapide de la fonction achats et de contraintes budgétaires qui impose d'adopter une stratégie achats commune portée par tous les acheteurs d'une même structure. Le développement de la mutualisation des achats invite les établissements de santé d'un même territoire à coopérer, malgré des besoins parfois différents. Le responsable achats unique de chaque établissement a d'ailleurs pour mission de tenir compte du cadre régional pour définir la stratégie achats de son établissement à partir des besoins identifiés en interne.

¹¹ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, avril 2012, Kit d'appui à la mise en place d'une animation des achats hospitaliers par l'ARS – V2, p.76

¹² Ibid., p.25

Néanmoins, comme indiqué précédemment, certains services dans la plupart des établissements ont pris l'habitude de gérer directement leurs achats, en particulier les laboratoires et les pharmacies. L'expertise de ces services en matière d'achat est un atout sur lequel les établissements de santé doivent continuer de s'appuyer, eu égard à l'évolution rapide des produits de santé et des technologies utilisés. De plus, les acheteurs dans ces services ont aussi construit au fil des années des réseaux professionnels auprès des principaux fournisseurs ce qui peut directement contribuer à la performance achats des établissements.

Le rôle du responsable achats unique, dans un contexte de rationalisation des dépenses des établissements de santé, est d'organiser un pilotage unifié de la fonction achats qui ne peut s'organiser efficacement qu'en intégrant toutes les dépenses achats, au premier rang desquelles celles de la pharmacie qui représentent généralement près de 50% des achats. L'objectif recherché est de déterminer une stratégie achats commune à tous les acheteurs de l'établissement et d'identifier les leviers potentiels d'amélioration du processus achats, en travaillant en particulier à la définition du « juste besoin » qui concerne tous les services. Le projet ARMEN est d'ailleurs construit sur un principe d'échanges de « bonnes pratiques » : des pratiques mises en œuvre avec succès dans un établissement peuvent en inspirer un autre. Les livrables ARMEN disponibles sur le site Internet de chaque ARS permettent à tous les établissements d'y avoir accès. À l'échelle d'un établissement, l'organisation d'un pilotage unifié de la fonction achats est susceptible de produire les mêmes effets si l'ensemble des acheteurs prennent part à la démarche. L'introduction d'un raisonnement achats peut d'ailleurs y concourir, en mettant à la disposition des acheteurs des outils communs d'analyse de leur performance (1.1.2.).

1.1.2 Un raisonnement achats complémentaire de l'approche comptable

Le programme PHARE a incité les établissements de santé à adopter un raisonnement achats complémentaire de l'approche comptable pour mesurer la performance achats. Ainsi, un travail de calcul des gains achats, coordonné par le responsable achats unique, a été mené en amont de la réalisation de la cartographie par les différents acheteurs de l'établissement à savoir la pharmacie, le laboratoire, le service biomédical, le service informatique, les services techniques et des travaux, le service restauration, le service logistique et la cellule des marchés. La méthode de calcul, commune à tous les établissements et services publics, a pour objet de mesurer « *ce qui*

a été fait différemment et mieux que la fois précédente¹³ » grâce à l'intervention de l'acheteur public. Les gains achats ne sont donc pas des gains budgétaires¹⁴.

Néanmoins, ces gains achats ont des effets économiques¹⁵.

Tout d'abord, un gain achat peut être lié à une **baisse de prix** : le prix unitaire obtenu est strictement inférieur à celui payé auparavant. Le gain budgétaire est calculé comme suit :

$$\text{Gain budgétaire} = (P1-P0) \times \text{volume acheté}$$

(avec P1 : nouveau prix, et P0 : ancien prix)

Un gain achat peut aussi être lié à une **réduction du coût complet** (incluant les coûts d'acquisition, de maintenance, etc.) d'un produit ou d'une prestation. Le gain budgétaire est calculé comme suit :

$$\text{Gain budgétaire} = (\text{coût complet N-1}) - (\text{coût complet N})$$

(avec N : année)

Un gain achat peut également être calculé lorsque l'action de l'acheteur a permis à l'établissement de payer un produit ou une prestation à un prix équivalent ou supérieur à ce qu'il était auparavant, mais néanmoins inférieur à ce qu'il aurait dû être (hausse des matières premières, inflation, etc.). Il s'agit ici d'un **coût évité**.

Enfin, l'action de l'acheteur peut **accroître les recettes de l'établissement**, en instaurant, par exemple, une filière de valorisation de ses déchets. Le gain budgétaire est calculé comme suit :

$$\text{Gain budgétaire} = (\text{recettes N-1}) - (\text{recettes N})$$

(avec N : année)

Ces modalités de calcul des gains budgétaires permettent de mesurer les économies réalisées sur les achats, mais elles ne rendent pas compte de toutes les actions entreprises par l'acheteur pour réduire les dépenses. Elles ont donc plutôt vocation à être utilisées dans le cadre d'un dialogue de gestion entre la direction des services économiques - la plupart du temps responsable du pilotage de la fonction achats - et la direction des finances, ou pour mettre en place un contrôle de gestion achats.

La mesure des gains achats a quant à elle pour objet de rendre compte de toutes les actions entreprises par l'acheteur pour rationaliser les dépenses de son portefeuille d'achats. Son principal objectif est donc d'initier et d'entretenir la dynamique de la performance achats. Aussi, un tableau de suivi de ces gains achats est transmis à l'ARS

¹³ MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, septembre 2013, Les achats de l'État et de ses établissements publics. Objectifs et organisation. Guide de la modernisation de l'achat, p.13

¹⁴ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, janvier 2014, Éclairage sur le lien gains achat et économies budgétaires, p.4

¹⁵ Ibid., p.7

tous les six mois. Le responsable achats unique a pour rôle de présenter les différentes méthodes de calcul utilisées pour couvrir l'intégralité du périmètre sur lequel les gains sont calculés, et pour prendre en compte toutes les actions qui permettent de les dégager.

Le référentiel¹⁶ réalisé par la DGOS distingue trois modalités de calcul des gains achats.

Une première modalité de calcul vise à mesurer les économies réalisées sur les achats « récurrents », définis comme les achats répétés régulièrement (linge, dispositifs médicaux, fournitures de bureau, etc.). La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Gain achat} = (\text{prix historique} - \text{nouveau prix}) * \text{volume prévisionnel}$$

Les variations de prix intervenues sans action particulière de l'acheteur (inflation, etc.) ne sont pas prises en compte si elles sont supérieures à plus ou moins 4%. Ce sont au contraire les économies réalisées à la suite de l'action de l'acheteur qui sont ici quantifiées. Il peut s'agir de l'obtention d'une baisse de prix à la suite d'une négociation avec un fournisseur, ou encore de l'adhésion de l'établissement à un groupement. Le CH a par exemple réalisé un gain achat de plus de 30% en adhérant à un groupement pour la fourniture de gaz (dans cette hypothèse, le gain achat se confond avec le gain budgétaire).

Une deuxième modalité de calcul des gains achats a pour objectif d'évaluer les économies sur les achats « ponctuels », qui correspondent soit à de premiers achats pour l'établissement, soit à des achats très spécifiques pour lesquels il n'existe pas de référence. La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Gain achat} = (\text{prix de référence} - \text{prix nouveau}) * \text{volume prévisionnel}$$

L'acheteur peut recourir à différentes solutions pour comparer le prix qu'il obtient à ce prix « de référence ». La solution la plus fréquemment retenue est de calculer la moyenne des offres reçues en éliminant celles qui apparaissent excessivement hautes ou basses. Elle correspond en effet aux prix proposés aux établissements en fonction des besoins spécifiques qu'ils expriment. Ainsi, l'acquisition d'un nouvel équipement par un établissement augmente ses dépenses (il n'y aura donc pas d'économie budgétaire), mais un gain achat peut être calculé si le prix obtenu par l'acheteur est inférieur à la moyenne des offres qu'il a reçues.

¹⁶ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, novembre 2011, Référentiel de calcul des gains achats

Une troisième modalité de calcul mesure les gains achats obtenus par l'implication des acheteurs dans des « actions de progrès », entendus comme des « *projets achats visant à optimiser l'usage d'un marché ou à encourager des comportements*¹⁷ ». Il peut s'agir, par exemple, de mesurer l'économie réalisée à la suite de la suppression des imprimantes individuelles dans tous les services d'un établissement. La formule de calcul est la suivante :

Gain achat = situation de référence – situation améliorée

Est mesurée ici l'économie attendue qu'une nouvelle organisation est susceptible de générer par rapport à une situation préexistante. Ainsi, l'anonymisation des tenues professionnelles proposée par les services de soins du CH à l'occasion des réunions que nous avons organisées dans le cadre du déploiement du PAA pourrait représenter un gain achat (qui se confondrait également avec un gain budgétaire).

Quelle que soit la formule de calcul retenue, les gains achats sont calculés sur une base de 12 mois glissants afin, notamment, d'analyser la performance achats matérialisée par les gains achats obtenus par rapport au cycle financier de l'établissement¹⁸. A ce titre, il semble important que le calcul des principaux gains achats soit validé par la direction financière de l'établissement, car les actions de progrès définies dans le PAA seront priorisées en tenant compte des gains achats calculés, réalisés ou potentiels. Ici le rôle du responsable achats unique est de récupérer les travaux de calcul des gains réalisés par les acheteurs de l'établissement pour ne transmettre à la direction financière que les gains achats représentant les montants les plus élevés et les axes prioritaires du PAA. Par ailleurs, il doit veiller à ce que les gains puissent être calculés dans le cadre des groupements d'achats, en demandant par exemple à disposer des quantités réellement consommées annuellement par l'établissement pour calculer les gains réalisés. En effet, c'est sur cette base que pourra être analysée l'opportunité d'acheter par l'intermédiaire de ce groupement ou dans le cadre d'un marché propre.

La demande de calcul des gains achats obtenus par les acheteurs vise à rendre systématique la recherche du meilleur rapport qualité-prix par l'acheteur. Le gain achat n'est d'ailleurs comptabilisé que pour la première année du marché, sauf si l'acheteur a obtenu une remise de prix à la suite, par exemple, d'une nouvelle négociation avec le fournisseur. La logique du gain achat participe donc de la professionnalisation de la fonction achats dans les établissements de santé. Les gains remontés à la DGOS à la mi-

¹⁷ Ibid., p.12

¹⁸ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, décembre 2014, Formation à la méthodologie de calcul des gains, p.22

année 2015 s'élèvent ainsi au total à 310 M€, soit 74% de l'objectif défini pour l'année entière¹⁹.

Le déploiement du programme PHARE dans le CH à partir de l'identification d'un référent de la fonction achats et de l'introduction progressive d'un raisonnement achats complétant l'approche comptable a préparé le travail de cartographie des achats nécessaire à la production d'une analyse globale (1.2.).

1.2 Identifier les limites de l'organisation du processus achats par une étude globale de la fonction

La dispersion des achats hospitaliers entre plusieurs services a rendu difficile la mise en œuvre d'une véritable stratégie achats dans les établissements de santé. Depuis le lancement du programme PHARE les établissements ont été invités à réaliser des cartographies de leurs achats pour interroger leur processus et identifier des sources potentielles d'amélioration (1.2.1.).

Ainsi, les achats, deuxième poste de dépenses des établissements, sont progressivement devenus un enjeu important dans un contexte budgétaire contraint. A ce titre, l'implication de l'ensemble des services dans les programmes de rationalisation des dépenses achats est essentielle (1.2.2.).

1.2.1 La réalisation de la cartographie des achats met en exergue les limites du processus achats

Jusqu'à très récemment, la plupart des établissements ne disposaient pas d'un état précis de leurs dépenses achats. Le volume des achats hospitaliers n'était pas connu car il n'existait pas de système d'information adapté²⁰. Les objectifs fixés par la DGOS en matière de réduction des dépenses achats ont conduit les établissements à se doter d'outils de mesure de ces dépenses. Désormais, le raisonnement achats introduit par le programme PHARE se matérialise dans la réalisation de cartographies qui permettent aux établissements de disposer rapidement d'une vision transversale de leurs achats.

Nous avons au préalable recensé tous les comptes d'achats des titres II (charges à caractère médical) et III (charges à caractère hôtelier et général) du CH, avant de les regrouper dans différents segments. 11 segments ont ainsi été définis :

¹⁹ NEULAT-ISARD S., septembre 2015, « Achats hospitaliers : les résultats à la mi-2015 très encourageants (Jean Debeaupuis) », APMnews.com [en ligne]. [visité le 18 septembre 2015], disponible sur Internet : <http://www.apmnews.com>

²⁰ LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers - Vers une nouvelle gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Berger-Levrault, p.15

- un segment « **immobilier et travaux** », rassemblant 9 comptes pour un montant total de 1,5 M€ (soit 6% des dépenses achats) ;
- un segment « **hôtellerie** », rassemblant 14 comptes pour un montant total de 3,1 M€ (soit 13% des dépenses achats) ;
- un segment « **médical et biomédical** », rassemblant 50 comptes pour un montant total de près de 13 M€ (soit 52% des dépenses achats) ;
- un segment « **déchets, eau, énergie** », rassemblant 7 comptes pour un montant total de 1,9 M€ (soit 7,6% des dépenses achats) ;
- un segment « **restauration** », rassemblant 11 comptes pour un montant total de 1,5 M€ (soit 6% des dépenses achats) ;
- un segment « **transports** », rassemblant 12 comptes pour un montant total de près de 750 000 € (soit 3% des dépenses achats) ;
- un segment « **assurances** », rassemblant 5 comptes pour un montant total de 442 000 € (soit près de 2% des dépenses achats) ;
- un segment « **services** », rassemblant 10 comptes pour un montant total de près de 500 000 € (soit 2,1% des dépenses achats) ;
- un segment « **bureautique** », rassemblant 10 comptes pour un montant total de près de 1 M€ (soit 4,2% des dépenses achats) ;
- un segment « **sous-traitance médicale** », rassemblant 7 comptes pour un montant total de près de 800 000 € (soit environ 3% des dépenses achats) ;
- un segment « **divers titre 3** », rassemblant 17 comptes pour un montant total de près de 500 000 € (soit environ 2% des dépenses achats).

Le regroupement des achats dans des segments n'a pas lieu pas dans tous les établissements. Lorsqu'il existe, il est le reflet d'une organisation particulière de la fonction achats et correspond à des objectifs propres à la structure. Le CH dont il est question ici a un objectif de 1,5 M€ sur les dépenses achats pour la période 2015-2017 dans le cadre du plan triennal « objectif national des dépenses d'assurance maladie » (ONDAM) précité. Nous avons donc identifié quelques sous-segments dans les différents segments d'achats pour cibler les recherches d'économies sur les principaux postes de dépenses, sans pour autant répartir tous les comptes dans ces sous-segments, au premier rang desquels ceux qui représentent les montants les moins élevés.

Dans le segment « **immobilier et travaux** », nous avons créé trois sous-segments (« entretien », « fournitures », « maintenance »). Ces trois sous-segments regroupent au total 6 comptes et représentent un montant cumulé de 1 M€, soit 70% des dépenses totales du segment.

Dans le segment « **hôtellerie** » ; nous avons créé trois sous-segments (« nettoyage », « matériel hôtelier », « linge »). Ces trois sous-segments regroupent au total 14 comptes

et représentent un montant cumulé de 2,8 M€, soit près de 91% des dépenses totales du segment.

Dans le segment « **médical et biomédical** », nous avons créé sept sous-segments (« médicaments », « dispositifs médicaux », « fournitures médicales », « laboratoire », « autres dispositifs médicaux », « location équipements médicaux », « entretien et maintenance de matériel médical »). Les sous-segments « médicaments » (6 comptes) et « dispositifs médicaux » (23 comptes) concernent les dépenses de la seule pharmacie. Ils représentent un montant de près de 9 M€, soit près de 70% des dépenses du segment et 36% des dépenses achats totales. Le volume qu'ils représentent souligne l'importance de collaborer étroitement avec la pharmacie pour identifier des pistes d'économies sur les achats en produits de santé. Le montant cumulé des dépenses des cinq autres sous-segments (21 comptes) de ce segment s'élève à 4 M€, soit environ 30% des dépenses du segment.

Dans le segment « **déchets, eau, énergie** », nous avons créé deux sous-segments (« fioul et carburants », « gaz »). Ces deux sous-segments regroupent au total 4 comptes et représentent un montant cumulé de 661 000 €, soit 35% des dépenses totales du segment. L'électricité, restée à part dans ce segment, en représente à elle seule près de 41%.

Dans le segment « **restauration** », nous avons créé deux sous-segments (« viandes », « fruits et légumes »). Ces deux sous-segments regroupent au total 4 comptes et représentent un montant cumulé de plus de 800 000 €, soit environ 52% des dépenses totales du segment.

Dans le segment « **transports** », nous avons créé quatre sous-segments (« matériel de transport », « transports autres que transports patients », « transports de patients », « remboursement de frais de déplacement »). Ces 4 sous-segments regroupent la totalité des 12 comptes du segment (donc 100% de ses dépenses). Toutefois, le sous-segment « transports de patients » - regroupant les dépenses de transports des patients par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) - représente à lui seul plus de 40% des dépenses totales du segment. Une réflexion particulière pourrait donc être menée sur les transports assurés par le SMUR.

Dans le segment « **assurance** », aucun sous-segment n'a été identifié. Toutefois, nous avons relevé que l'assurance responsabilité civile représente à elle seule près de 77% des dépenses du segment. Il ne s'agit donc pas d'un segment sur lequel des pistes d'économies sont à rechercher en priorité (il ne représente d'ailleurs que 2% des dépenses achats de l'établissement).

Dans le segment « **services** », nous avons créé un seul sous-segment (« documentations »), qui ne représente qu'environ 7% des dépenses totales de ce segment. En effet, les comptes regroupés dans ce segment ne peuvent être analysés

qu'au cas par cas. De plus, ils représentent des dépenses sur lesquelles des économies sont difficilement réalisables. Les dépenses d'affranchissement, par exemple, sont en (faible) progression constante en raison de l'augmentation régulière du prix du timbre et malgré la réduction considérable des envois par voie postale effectués par l'établissement.

Dans le segment « **bureautique** », nous avons créé un sous-segment (« informatique »). Il représente 83% des dépenses totales du segment.

Dans le segment « **sous-traitance médicale** », aucun sous-segment n'a été créé. Les dépenses regroupées dans ce segment peuvent, elles aussi, difficilement être diminuées, puisqu'elles correspondent le plus souvent à des honoraires dont le prix ne peut être négocié.

Dans le segment « **divers titre 3** », aucun sous-segment n'a été créé. Ce segment rassemble en effet des dépenses sur lesquelles l'établissement n'a que peu de marges de manœuvre (il s'agit par exemple des indemnités versées aux comptables, des taxes foncières, etc.).

Cette étape de répartition des dépenses achats dans des segments et sous-segments a été l'occasion de cibler les recherches d'économies sur certains postes importants (le linge par exemple) et d'écarter de l'analyse, dans un premier temps, des dépenses représentant de faibles montants et sur lesquelles l'établissement n'a que peu de marges de manœuvre (tous les comptes regroupés dans le segment « assurances » par exemple). Par ailleurs, ce travail a préparé la réalisation de la cartographie en ce qu'il a permis d'en définir précisément le périmètre.

En effet, la deuxième étape du calendrier de mise en place de la politique achats défini par la DGOS consiste à cartographier les dépenses achats de l'établissement. Il n'existe pas de système d'information adapté précisément aux achats hospitaliers²¹, ni d'outils spécifiques pour bâtir une cartographie des achats. Par ailleurs, chaque établissement peut en déterminer le contenu. Nous avons choisi au CH de construire 4 cartographies complémentaires :

- une **cartographie des dépenses achats** incluant celles de la pharmacie et du service informatique, pour avoir une vision globale de tous les achats (en exploitation) de l'établissement dont les résultats ont été présentés ci-dessus ;
- une **cartographie des dépenses achats par fournisseur** ;
- une **cartographie des dépenses achats par prescripteur** ;

²¹ LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers - Vers une nouvelle gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Berger-Levrault, p.15

- une **cartographie des dépenses par « type » de marché** (appel d'offre, marché à procédure adaptée (MAPA), etc.), complétée par une **cartographie des dépenses par groupement de commandes**.

Nous les avons construites à partir des données fournies par des requêtes que nous avons créées à l'aide du système d'information Business Object (BO) qui interroge le progiciel de gestion économique et financière utilisé par le PEL (un exemple de requête figure en **annexe 3**). Ce travail a été mené en collaboration avec la direction des finances et des systèmes d'information, qui a validé chaque requête afin d'assurer l'exactitude des données recueillies à l'aide des différents outils de suivi d'activité utilisés (notamment des tableaux de bord). Ceci nous a également permis d'expliquer l'écart observé entre le montant total des dépenses achats obtenues à partir de la requête « dépenses achats par segment » (strictement identique à celui obtenu avec les requêtes « dépenses achats par fournisseur » et « dépenses achats par type de marché et par groupement ») et celui calculé à partir de la requête « dépenses achats par prescripteur ». Il correspond à la variation de stocks (qui s'élève à près de 110 000€). Par ailleurs, nous avons constaté une anomalie dans la requête « dépenses achats par fournisseur » : sur certains comptes, les liquidations d'avoirs sont calculées deux fois, diminuant ainsi le montant total des dépenses achats de près de 45 000€. Nous en avons informé la direction des finances, qui a confirmé cette anomalie. Le service support de BO a été sollicité pour la corriger. Ces deux événements illustrent l'apport du travail conjoint entre la direction des services économiques et logistique et la direction des finances dans l'amélioration du fonctionnement des systèmes d'information hospitaliers. S'agissant plus spécifiquement de leur utilisation dans le domaine des achats, ils démontrent l'importance de la maîtrise par l'acheteur des fondamentaux de gestion économique et financière pour construire des requêtes cohérentes (différencier comptes d'achats et comptes de stocks, etc.) et être en mesure d'en interpréter les données (prendre en compte la variation de stocks dans l'analyse des dépenses, etc.).

La **cartographie des dépenses par fournisseur** a permis de déterminer le nombre précis de fournisseurs de l'établissement. 1099 fournisseurs ont été comptabilisés. Le principal d'entre eux réalise un chiffre d'affaires de près de 1 M€ auprès de l'hôpital. Le fournisseur le moins sollicité réalise un chiffre d'affaire de près de 11 € auprès du CH. Nous avons donc réparti les fournisseurs en trois groupes constitués à partir du chiffre d'affaires qu'ils réalisent auprès de l'hôpital.

Le premier groupe rassemble les fournisseurs effectuant un chiffre d'affaires compris entre 100 000 € et 1 M€. 64 fournisseurs en font partie pour un chiffre d'affaires cumulé

de 16,1 M€. Ainsi, 65% des dépenses achats sont concentrées sur 6% des fournisseurs du CH.

Le deuxième groupe rassemble les fournisseurs pour lesquels le chiffre d'affaires généré par l'hôpital est compris entre 10 000€ et 100 000€. 226 fournisseurs en font partie pour un chiffre d'affaires cumulé de 7,1 M€. Autrement dit, 29% des dépenses achats concernent près de 21% des fournisseurs.

Le troisième groupe réunit les fournisseurs dont le chiffre d'affaires produit par l'hôpital est compris entre 10€ et 10 000€. 809 fournisseurs en font partie pour un chiffre d'affaires cumulé de 1,6 M€. 6% des dépenses achats de l'hôpital sont donc réparties entre 73% des fournisseurs.

Cette cartographie spécifique aux fournisseurs est venue confirmer les premières impressions dégagées à la suite de la répartition des achats dans les 11 segments retenus. En effet, elle permet de mieux connaître la structure du marché fournisseurs pour les principaux postes de dépenses, et de repérer notamment l'existence éventuelle de situation de monopole ou d'oligopole. Dans certains secteurs, il apparaît possible d'obtenir de meilleurs tarifs par une mise en concurrence renforcée susceptible d'amener certains fournisseurs « historiques » à les réévaluer. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit dans l'établissement à l'occasion d'un nouvel appel d'offre pour le traitement des déchets d'activités de soins. Dans d'autres secteurs au contraire, en particulier dans celui des produits de santé, il n'existe que peu de fournisseurs capables de répondre aux besoins spécifiques des établissements de santé qui n'ont alors que peu de marges de manœuvre pour négocier des prix plus intéressants. Dans ce cas précis, le principal levier à actionner par l'établissement pour diminuer ses dépenses est d'intégrer des groupements de commandes qui bénéficient souvent de prix plus attractifs.

La **cartographie des dépenses par « type de marché » et par groupement** a révélé que près de 37% des dépenses achats (en exploitation) ont, durant l'année 2014, été effectuées par l'intermédiaire de neuf groupements d'achats auxquels le CH adhère :

- un groupement d'achats de **produits alimentaires**, qui représente près de 79% des achats du segment « restauration » ;
- un groupement d'achats pour le **carburant**, qui représente près de 55% des dépenses achats du sous-segment « fioul et carburants » et 4,6% des dépenses totales du segment « déchets, eau, énergie » ;
- un groupement d'achats de **produits d'entretien**, qui représente près de 5% des dépenses achats du sous-segment « nettoyage » et 1,3% des dépenses totales du segment « hôtellerie » ;

- un groupement d'achats pour les **fluides médicaux et les médicaments**, qui représente 75% des dépenses cumulées des sous-segments « médicaments » et « dispositifs médicaux » et près de 53% des dépenses totales du segment « médical et biomédical » ;
- un groupement d'achats pour les **déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)**, qui représente 6,5% des dépenses totales du segment « déchets, eau, énergie » ;
- un groupement d'achats de **gaz**, qui représente près de 97% des dépenses du sous-segment « gaz » et 26% des dépenses totales du segment « déchets, eau, énergie » ;
- un groupement d'achats de **fournitures de bureau**, qui représente près de 9% des dépenses totales du segment « bureautique » ;
- **l'union des groupements d'achats publics (UGAP)**, par l'intermédiaire de laquelle plusieurs achats relevant de différents segments ont été réalisés pour un montant total représentant 1,2% des dépenses achats de l'établissement.

Par ailleurs, l'établissement a récemment adhéré ou va adhérer dans les prochains mois à d'autres groupements d'achats (fournitures d'atelier, usage unique non tissé, maintenance ascenseurs, maintenance système de sécurité incendie (SSI), téléphonie, électricité), ce qui va accroître la proportion des dépenses achats effectuées par l'intermédiaire des groupements. Les autres dépenses achats ont été réalisées dans le cadre de marchés propres (appels d'offres et marchés à procédure adaptée (MAPA), notamment).

Cette cartographie souligne les marges de manœuvre dont le CH bénéficie pour accroître la mutualisation de ses achats sur certains segments ou sous-segments. L'étape suivante consisterait à analyser dans chaque segment l'opportunité de développer la mutualisation de certains achats sans la généraliser pour autant. En effet, la situation décrite pour le segment restauration dans lequel le groupement d'achats de produits alimentaires représente 79% des dépenses n'est pas reproductible sur tous les segments. Elle correspond à une organisation spécifique des filières de produits alimentaires dans un département majoritairement rural qui rend plus aisé le regroupement de structures de taille comparable aux besoins similaires, et facilite la coopération avec les producteurs locaux. De même, la forte mutualisation des achats de produits de santé (53% des dépenses totales du segment « médical et biomédical ») s'explique par une structuration mise en place depuis de nombreuses années par les pharmacies. Le développement de la mutualisation des achats, l'un des trois axes prioritaires du programme PHARE, rend donc essentiel le travail d'analyse du marché fournisseurs effectué par le responsable achats unique en lien avec l'ensemble des services (1.2.2.).

1.2.2 L'implication de l'ensemble des services est essentielle pour identifier les gains potentiels

Le programme PHARE est décliné depuis novembre 2011 dans le cadre des vagues successives du projet ARMEN dont l'objectif est de répertorier les « bonnes pratiques » observées dans les établissements de santé français. Jusqu'à présent quatre vagues ont été déployées et une cinquième est en cours. Elles ont donné lieu à des restitutions nationales organisées par la DGOS. Les idées abordées dans les groupes de travail nationaux sont regroupées dans des livrables présentés pour chaque segment d'achats dans une version synthétique (les « livrables courts ARMEN ») et dans une version détaillée (les « livrables longs ARMEN »). Tous ces livrables sont disponibles sur les sites Internet des ARS. L'objectif est de mutualiser les « bonnes pratiques » achats et de montrer les effets concrets qu'elles ont eus dans les établissements qui les ont adoptées.

Nous avons répertorié les « bonnes pratiques » observées et les avons présentées aux cadres du PEL pour inscrire le déploiement du programme PHARE dans l'établissement dans un contexte national. A l'occasion de cette réunion préparatoire, nous avons constaté que de nombreuses « bonnes pratiques » étaient déjà appliquées dans l'établissement. Ceci a facilité l'appropriation de la démarche par les services en soulignant les effets positifs des efforts déjà entrepris.

Les achats des établissements de santé sont réalisés pour le bon fonctionnement des services de soins. Leur association au travail de recherche d'économies est donc logique. La cartographie des achats du CH l'a en effet montré (le segment « Médical et biomédical » représente à lui seul plus de 50% des dépenses achats du CH). Aussi, nous avons considéré que l'analyse croisée de la cartographie des dépenses par prescripteur et des dépenses par segment d'achats devait permettre d'identifier les actions à mettre en œuvre pour dégager des gains achats et budgétaires. Nous avons donc sollicité les agents travaillant dans les services de soins et constitué six groupes de travail selon la nature de la prise en charge :

- un groupe de travail constitué des cadres de santé des services d'anesthésie, de chirurgie et de réanimation ;
- un groupe de travail constitué des cadres de santé des services de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique ;
- un groupe de travail constitué des cadres de santé des services de médecine ;
- un groupe de travail constitué des cadres de santé des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des unités de

soins de longue durée (USLD), du court séjour gériatrique et des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;

- un groupe de travail constitué des cadres de l'imagerie médicale, du laboratoire de biochimie, du laboratoire de microbiologie et de la pharmacie ;
- un groupe de travail constitué des cadres de stérilisation (pharmacie).

Les différents groupes rassemblent des services issus des deux sites selon la logique de prise en charge patient décrite précédemment, mais nous avons dû constituer un 7^{ème} groupe spécifique pour les cadres de santé du site 2, en raison de la difficulté à trouver des dates communes aux cadres des deux sites. En effet, nous avons organisé des réunions de travail avec chacun de ces groupes sur une période de trois semaines après avoir terminé la cartographie des achats, afin de leur présenter les principaux résultats de cette dernière, ceci pour faire émerger des idées concrètes et réalistes d'économies sur les achats.

Nous avons conduit toutes les réunions selon le même mode opératoire (**annexe 4**). Dans un premier temps, nous avons situé le contexte dans lequel nous les avons organisées. Nous avons ainsi présenté les principales orientations du Plan national pour l'efficience et la performance du système de soins 2015-2017 (1,4 Md € d'économies attendues sur les achats sur la période). Nous avons ensuite expliqué les principales caractéristiques de la démarche PHARE, en particulier le projet ARMEN d'échanges de « bonnes pratiques achats » entre les établissements de santé. Nous avons enfin présenté les sept étapes définies par la DGOS pour la mise en place des plans d'actions achats, et plus particulièrement la 4^{ème} d'entre elles (« *Organiser un « remue-méninges » avec les prescripteurs sur les pistes d'amélioration* » (**cf annexe 1**)).

Dans un second temps, nous leur avons présenté la cartographie des dépenses achats par segment, que nous avons explicitée, compte par compte. Si parfois nous avons dû faire part de « bonnes pratiques » identifiées dans le cadre des différentes vagues de déploiement du projet ARMEN en amont des échanges, nous avons souhaité procéder le moins possible de la sorte. En effet, l'objectif recherché était de faire émerger des idées issues de la pratique quotidienne des services de soins de ce CH, afin d'identifier des actions qui, partant d'une analyse commune, puissent être rapidement déployées et sources d'économies. Chaque réunion a duré en moyenne trois heures et réuni deux à cinq cadres de santé. Nous avons systématiquement rédigé un compte-rendu (un exemple de compte-rendu figure en **annexe 5**).

Certaines idées émises sont revenues dans toutes les réunions de travail ce qui permettra un déploiement rapide et source d'économies. Il s'agit par exemple de la fourniture de tenues professionnelles par taille mais non nominatives. L'identification des agents se ferait alors à l'aide du badge donné à tous les agents du CH pour la restauration et l'accès à certains services de l'établissement. Ce badge indiquerait le prénom, le nom, la fonction et le service de l'agent. Il serait inséré dans une poche de la tenue de travail. La banalisation des tenues professionnelles, évoquée dans le livrable long portant sur la blanchisserie lors de la 1^{ère} vague ARMEN²², permettrait une économie budgétaire en raison de la diminution du nombre de blouses fournies à chaque agent, mais aussi un gain de temps en matière logistique avec la suppression de l'opération de marquage à la lingerie.

D'autres propositions concernent des projets de plus grande envergure. Nous les avons mentionnées dans les comptes rendus parce qu'elles inscrivent la réflexion sur la fonction achats dans une perspective de long terme. Elles témoignent aussi du caractère stratégique des achats dans les établissements de santé d'une façon générale, en soulignant les effets potentiels des projets susceptibles d'être mis en œuvre sur l'activité quotidienne des services de soins. A ce titre, nous avons constaté que l'opportunité du recours à l'usage unique interrogeait parfois les soignants. En effet, à l'occasion d'une réunion de travail dans le service de gynécologie-obstétrique, la cadre sage-femme nous a expliqué que les pratiques professionnelles n'exigeaient pas le recours à de l'usage unique pour certains matériels médicaux et que l'utilisation de matériels réutilisables après stérilisation ne dégradait pas la qualité de la prise en charge des parturientes. Nous avons sollicité les pharmaciens de la stérilisation pour faire une analyse comparative en coût complet des appareils réutilisables et des appareils à usage unique. Il est apparu que le recours à l'usage unique était économiquement plus avantageux pour l'établissement, y compris en intégrant le coût de traitement des déchets issus des matériels à usage unique, ces derniers étant facturés à la tonne. Toutefois, dans ce cas précis, seul le coût de la main-d'œuvre nécessaire au bon fonctionnement de la stérilisation a été pris en compte dans l'étude. Le coût de la non-utilisation - donc la perte économique - des autoclaves à leur pleine capacité n'a quant à lui pas été évalué. Il conviendrait donc de le prendre en compte pour disposer d'une étude comparative complète. Néanmoins, en réalisant ce travail conjointement avec les services concernés (pharmacie-stérilisation, gynécologie-obstétrique, PEL) nous avons expérimenté une méthode de travail qui pourra être généralisée pour l'analyse de l'ensemble des idées de

²² DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, juillet 2012, ARMEN vague 1 – Segment blanchisserie – Livrable long, p.13

« bonnes pratiques » avancées dans le cadre du déploiement du programme PHARE dans l'établissement.

Toutes les propositions émises par les services de soins à l'occasion de ces réunions de travail seront d'ailleurs chiffrées et analysées par le PEL, avant d'être déployées ou écartées. Nous avons pris l'engagement d'informer régulièrement les services de soins de l'avancée des projets. C'est la raison pour laquelle nous avons inséré dans le compte rendu de chaque réunion un point sur la « poursuite de la démarche » dans lequel nous avons indiqué que la consultation des services de soins se poursuivrait. En effet, leur implication continue dans la démarche est l'une des conditions de la réussite de son déploiement. Certains participants sont d'ailleurs demandeurs d'un contact plus fréquent avec les services économiques. Ainsi, certains ont proposé la constitution d'un comité de suivi des achats dans chaque service pour entretenir la démarche entreprise. D'autres ont demandé à pouvoir bénéficier d'un tableau de suivi mensuel ou trimestriel de leurs consommations pour interroger leurs pratiques quotidiennes (analyser la façon de faire le lit pour étudier les effets d'une suppression éventuelle des alèses textiles, par exemple).

Les différents services du PEL ont été associés à ces réunions pour rechercher tous les gains potentiels, y compris en matière logistique. Des propositions concrètes ont là encore été avancées et alimenteront les axes de travail définis dans le PAA de l'établissement. L'association de tous les acteurs directement concernés par les achats dans la démarche place le responsable achats unique dans une position d'animateur de la fonction achats dans l'établissement²³.

Le déploiement du programme PHARE dans le CH a été l'occasion d'analyser le processus achats dans son ensemble. La création de la fonction de responsable achats unique permet de centraliser la définition et l'animation de la politique achats du CH et introduit un raisonnement achats qui complète utilement l'approche comptable, en offrant des outils de mesure spécifiques de la performance achats.

La réalisation de plusieurs cartographies a en outre permis d'identifier les marges de manœuvre à explorer pour atteindre cet objectif. Les services de soins, notamment, ont proposé de nombreuses pistes d'optimisation des dépenses achats qui s'insèrent dans un cadre plus global que celui des seuls achats, en interrogeant parfois les pratiques médicales et soignantes.

²³ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, avril 2012, Kit d'appui à la mise en place d'une animation des achats hospitaliers par l'ARS – V2, p.25

Aussi, la pérennisation du pilotage renforcé du processus achats apparaît nécessaire pour entretenir la dynamique initiée (2.).

2 Pérenniser le pilotage renforcé du processus achats

La fonction achats était parfois considérée « *comme un "centre de coût", et personne ne songeait à raisonner en termes de « retour sur investissement », encore moins d'innovation. De plus, il n'y avait aucune vision de moyen terme, ni de réelle approche stratégique²⁴* ». La réflexion introduite depuis le lancement du programme PHARE par la DGOS en novembre 2011 a modifié la perception traditionnelle des achats hospitaliers.

En effet, le positionnement de la fonction achats a été repensé pour lui donner plus de visibilité dans les établissements de santé (2.1.). En effet, les achats représentent un enjeu important dans un contexte de contrainte budgétaire, qui explique le renforcement des dispositifs de pilotage (2.2.).

2.1 Un positionnement repensé

Les achats sont le deuxième poste de dépenses des établissements de santé. Le budget qui y est consacré a tendance à augmenter, en raison notamment de l'augmentation des besoins et des dépenses de santé due au vieillissement de la population et du coût des nouvelles technologies utilisées dans les services de soins²⁵.

Dans ce contexte, la stratégie achats semble devoir être intégrée au projet d'établissement (2.1.1.) sous la forme d'un plan d'actions achats proposant une approche globale de la fonction (2.1.2.).

2.1.1 L'intégration de la stratégie achats dans le projet d'établissement en renforce la visibilité

Le projet d'établissement « *prévoit les moyens (...) d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs²⁶* ». La politique d'achats est donc étroitement liée au projet d'établissement. La « *définition d'une stratégie achats portée par l'établissement²⁷* » et l'« *implication de la fonction achats dans les décisions stratégiques²⁸* » sont d'ailleurs les deux premières dimensions du premier axe (« *stratégie et positionnement de la fonction achats* ») sur lesquelles les établissements de santé doivent se positionner à l'aide de la grille d'autodiagnostic présentée précédemment, ce

²⁴ BRUEL O., 2014, *Management des achats – Décisions stratégiques, structurelles et opérationnelles*, 2^{ème} édition, Paris : ECONOMICA, p.9

²⁵ LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers - Vers une nouvelle gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Berger-Levrault, p.26

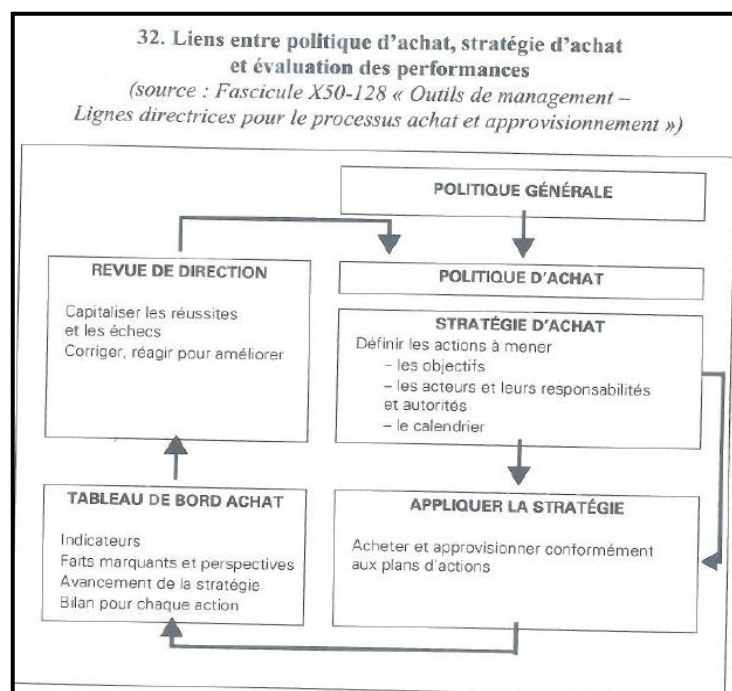
²⁶ Article L6143-2 du Code de la santé publique

²⁷ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2012, Grille d'autodiagnostic exhaustive portant sur 27 dimensions

²⁸ Ibid.

qui témoigne de l'importance de la place désormais accordée à la fonction achats. L'objectif qui leur est fixé est de formaliser une politique achats dans le projet d'établissement comportant des axes prioritaires dégagés en accord avec les prescripteurs et les agents intervenant dans le processus achats (cellule des marchés, acheteurs, etc.) et des objectifs quantifiés. Cette politique achats doit être validée par la direction de l'établissement et mise à la disposition de l'ensemble des agents. Par ailleurs, le responsable achats unique doit être impliqué dans les prises de décisions stratégiques.

Ainsi, une stratégie achats va être formalisée avant d'être communiquée en interne aux instances puis diffusée sur l'intranet du CH dans lequel j'ai effectué mon stage. Une information systématique du directoire sur les investissements les plus importants (pour le matériel biomédical, notamment) est prévue pour vérifier leur conformité avec le projet d'établissement. Il semble important d'assurer une communication suffisante pour expliquer ce nouveau positionnement de la fonction achats afin que l'ensemble des services soient impliqués dans la préparation du PAA. C'est la raison pour laquelle nous avons introduit toutes les réunions de travail portant sur les recherches d'économies avec les services de soins par une explication de son positionnement prochain dans le projet d'établissement. Le schéma ci-dessous²⁹ illustre cette place nouvelle accordée à la fonction achats dans les établissements de santé :



L'amélioration attendue de la visibilité de la fonction achats par l'insertion de la politique achats dans le projet d'établissement se manifeste également dans sa perception par les différents services de l'établissement. Les préconisations avancées

²⁹ LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers - Vers une nouvelle gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Berger-Levrault, p.211

dans les deux premières dimensions (« *perception de la fonction achats au sein de l'établissement* » et « *animation d'une démarche achats au sein de l'établissement* ») du deuxième axe de la grille d'autodiagnostic (« *culture et organisation* ») visent d'ailleurs à faire connaître la fonction achats dans tous les services et à la présenter comme un facilitateur de l'acte d'achat, et non « *comme un "mal nécessaire", globalement assez peu efficace*³⁰ ». Ainsi, la présentation à l'ensemble des services des rôles et des responsabilités exercés par et au sein de la direction des achats est préconisée pour fluidifier les échanges entre les prescripteurs et les acheteurs.

En conséquence, une présentation du PAA auprès des médecins et des personnels soignants ainsi que dans les différentes instances (comité de direction, comité technique d'établissement (CTE), commission médicale d'établissement (CME), commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT), comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), conseil de surveillance) sera désormais organisée dans le CH. La communication du PAA aux pôles médicaux sera également formalisée.

La visibilité de la fonction achats dépend aussi des moyens qui lui sont attribués. La présence d'un responsable achats unique et de personnels dédiés à cette fonction contribue à son bon fonctionnement. L'attribution de portefeuilles d'achats à chaque acheteur à partir des segments d'achats retenus dans le cadre de la cartographie peut aussi rendre plus visible la fonction achats dans les services de soins, en augmentant la spécialisation des acheteurs sur certains de ces segments. Dès lors, ceux-ci pourront mettre en place une veille active spécialisée sur les principaux achats et identifier les innovations susceptibles d'intéresser les services de soins, ce qui améliorera la visibilité interne mais également externe de la direction des achats. En effet, celle-ci joue un rôle important en matière d'identification des innovations existantes³¹. Les acheteurs peuvent notamment travailler conjointement avec les services de soins pour rechercher des innovations et identifier les produits les plus adaptés pour répondre aux besoins des équipes médicales et soignantes. Cette démarche proactive implique ensuite une évaluation précise par l'acheteur de l'intérêt de l'innovation, tant d'un point de vue budgétaire (diminution de la dépense calculée en coût complet) que de celui de l'amélioration attendue de la qualité de la prise en charge des patients et des conditions d'exercice des personnels soignants et médicaux susceptibles d'en résulter. L'acheteur aura aussi pour mission de « *gérer le risque lié à l'innovation*³² » en organisant dans les services de soins volontaires une période de test du nouveau produit avant d'en

³⁰ BRUEL O., 2014, *Management des achats – Décisions stratégiques, structurelles et opérationnelles*, 2^{ème} édition, Paris : ECONOMICA, p.9

³¹ LEGOUGE D., janvier 2014, « Innovation à l'hôpital : Quel rôle pour la direction des achats ? », *Finances hospitalières*, n°76, pp.6-8

³² Ibid.

généraliser éventuellement l'usage à l'échelle de l'établissement. L'acheteur intervient ici en amont des besoins des prescripteurs et anticipe leurs besoins. Un travail similaire de veille sur l'innovation peut être mené avec d'autres établissements de santé, en particulier dans le cadre des groupements de commandes qui amènent les acheteurs à être en contact régulier les uns avec les autres.

De fait, le programme PHARE encourage chaque établissement à rejoindre des groupements de commandes et à participer à leur coordination. Une dimension « *participation à des groupements d'achats* » est d'ailleurs intégrée dans le premier axe « *stratégie et positionnement de la fonction achats* » de la grille d'autodiagnostic. L'établissement est encouragé à réaliser « *une part importante de ses achats via un ou plusieurs groupements*³³ » dont il est acteur. Son implication dans la démarche de mutualisation des achats hospitaliers est désormais une condition de la visibilité de sa politique achats en externe comme en interne, dans la mesure où de plus en plus d'achats sont réalisés par l'intermédiaire des groupements de commandes.

Le CH va rejoindre plusieurs groupements dans les prochains mois. Il va également temporairement assurer la coordination de l'un d'eux, et en pilotera un nouveau. Par ailleurs, la collaboration avec l'UGAP va être renforcée. Ceci va lui permettre de renforcer sa visibilité au niveau régional.

En outre, l'implication de l'établissement dans une démarche de développement durable - incluant les piliers économique, social et environnemental - contribue aussi à améliorer la visibilité de sa politique achats et valorise son image dans un contexte de mobilisation croissante des organisations dans des démarches de protection de l'environnement. Ce d'autant plus que le Code des marchés publics indique que pour attribuer le marché au candidat qui a présenté l'offre économiquement la plus avantageuse, le pouvoir adjudicateur peut notamment se fonder « *sur les performances en matière de protection de l'environnement, les performances en matière de développement des approvisionnements directs de produits de l'agriculture, les performances en matière d'insertion professionnelle des publics en difficulté, (...) les coûts tout au long du cycle de vie, (...) le caractère innovant*³⁴ ». Ainsi, les établissements publics de santé doivent chercher à intégrer dans leur marché des exigences de développement durable³⁵.

³³ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2012, Grille d'autodiagnostic exhaustive portant sur 27 dimensions

³⁴ Article 53 du Code des marchés publics

³⁵ TREMEUR M., mai 2015, « Second plan national d'action pour les achats publics durables 2015-2020 (PNAAD) », *Finances Hospitalières*, n°91, pp.24-27

Le second plan national pour les achats publics durables pour la période 2015-2020 fixe en outre 4 objectifs aux acheteurs publics d'ici 2020³⁶ :

- 25% des marchés passés au cours de l'année doivent comprendre au moins une clause sociale ;
- 30% des marchés passés au cours de l'année comprennent au moins une clause environnementale ;
- 100% des produits et services achetés sont des produits à haute performance énergétique s'ils sont rapidement utilisables et ne renchérissent pas le coût global de l'achat ;
- une prise en compte systématique de la fin de vie des fournitures de bureau au sens large (imprimantes, ordinateurs, etc.).

Ainsi, dans le cadre du renouvellement d'une partie du parc de véhicules de l'établissement, le PEL s'est interrogé sur l'opportunité de louer une voiture électrique. La solution n'a pas été retenue. En effet, l'établissement est situé sur deux sites distants de 30 kilomètres, et les batteries de ces véhicules ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour assurer de longs trajets. Ils sont plus adaptés à des conditions de circulation en zone urbaine. Par ailleurs, des bornes de rechargement auraient dû être implantées sur chaque site. Les coûts d'achat et d'installation de ces bornes auraient certes été limités (selon le retour d'expérience du concessionnaire confirmé par les services techniques, aucune difficulté technique particulière n'aurait été rencontrée pour les installer), mais le retour sur investissement n'aurait pu se concrétiser qu'après de nombreux rechargements, puisque deux bornes auraient été installées pour un seul véhicule. Le calcul de la dépense achats en coût complet n'a donc pas été favorable. Toutefois, cette analyse a souligné le travail prospectif mené par la direction des achats pour inscrire l'action de l'établissement dans une démarche de prise en compte de l'environnement, susceptible de valoriser son image en interne et sur le territoire.

Enfin, les services de soins ont proposé de nombreuses idées en faveur du développement durable dans le cadre des réunions de travail que nous avons organisées. Par exemple, l'idée d'installer des détecteurs de présence dans les endroits les plus isolés des bâtiments (sanitaires, sous-sols et escaliers, notamment) a plusieurs fois été émise. Les services techniques ont donc été sollicités pour déployer cette idée qui permettra à l'établissement de réduire sa consommation d'électricité et de dégager un gain budgétaire. D'autres propositions avancées concernent des projets envisageables à très long terme et exigent des investissements lourds engageant l'établissement sur de nombreuses années, comme l'implantation d'éoliennes sur les différents sites pour

³⁶ Ibid.

produire une partie de l'électricité consommée par les services. Elles méritent néanmoins d'être analysées, car elles peuvent influencer sur des choix d'extension des bâtiments ou de regroupement de services sur un même site. Cette analyse ne peut être menée que dans le cadre d'une approche globale de la fonction achats et en tenant compte du contexte dans lequel elle évolue (2.1.2.).

2.1.2 La mise en place du groupement hospitalier de territoire modifie le positionnement de la fonction achats dans l'établissement

L'article 27 du projet de loi de modernisation du système de santé prévoit que la fonction achats des établissements de santé d'un même groupement hospitalier de territoire (GHT) devra être assurée par l'établissement désigné comme établissement support. Les GHT vont donc être « *l'échelon de base*³⁷ » autour duquel l'achat hospitalier va devoir s'organiser. Tous les établissements publics de santé appartenant à un même GHT devront obligatoirement mettre leurs achats en commun, de la passation des contrats à leur exécution, puisqu'il s'agit bien d'une mise en commun de la « fonction » et non de la « politique » achats. En cas de non-respect de cette obligation, ils s'exposeraient à des sanctions financières. Les établissements sociaux et médico-sociaux membres d'un GHT seront eux aussi soumis à cette obligation. Les établissements d'un même GHT ont jusqu'au 1^{er} janvier 2018 pour organiser la gestion commune de la fonction achats par l'établissement désigné comme support.

Les effets de la mise en place des GHT sur les achats confirment les orientations déjà pressenties dans les établissements depuis le renforcement du mouvement de mutualisation des achats hospitaliers dans le cadre du développement des groupements de commandes et des centrales d'achats avec la mise en œuvre du programme PHARE. Les GHT devraient ainsi « *permettre d'atteindre la taille critique nécessaire à la mise en place d'une fonction achat territorialisée de proximité, capable de générer chaque année un niveau de gains sur achats d'au moins 3%*³⁸ », notamment par une centralisation des activités liées aux procédures administratives (passation et exécution des marchés) qui permettra de renforcer celles susceptibles de générer le plus de valeur ajoutée (renforcement du dialogue prescripteur-acheteur, définition du « juste besoin », etc.).

La mutualisation des achats a permis aux établissements de santé de réaliser des économies substantielles sur certains de leurs achats. L'adhésion du CH au groupement

³⁷ LEGOUGE D., mai 2015, « Le groupe hospitalier de territoire : échelon de base de la nouvelle organisation des achats publics hospitaliers », *Finances Hospitalières*, supplément de la lettre n°91, p.41

³⁸ Ibid., p.42

coordonné par les hospices civils de Lyon pour l'achat du gaz lui a permis, par exemple, de dégager une économie de 30%, soit plusieurs dizaines de milliers d'euros, sur le montant de sa facture annuelle. De même, le recours à l'UGAP pour l'achat du matériel informatique assure un gain achat systématique pour l'établissement.

Toutefois, la mutualisation des achats présente des limites. En effet, elle peut parfois renchérir le coût des produits et des services achetés, en particulier lorsque les produits achetés ne correspondent pas aux besoins réels des services de soins. Le CH a par exemple reçu des charlottes de bloc opératoire trop petites qui se déchiraient lorsque les personnels les utilisaient. Le PEL a alerté le coordonnateur du groupement pour lui demander de commander de nouvelles charlottes suffisamment grandes (en l'occurrence, celles qui étaient achetées dans le cadre d'un marché propre à l'établissement avant l'adhésion au groupement). Le coordonnateur a refusé de faire un avenant au marché. Le PEL s'en est donc chargé, et a acheté les charlottes de la bonne taille directement auprès du fournisseur.

Cet exemple témoigne de l'attention particulière à porter au pilotage de la fonction achats dans le cadre élargi du GHT. Toute coopération entre des établissements publics de santé, qu'elle s'organise dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens, dans celui d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) ou d'un GHT, ne peut se concevoir sur le long terme que si le mode d'action retenu est l'inscription dans une dynamique et non une simple juxtaposition de besoins définis de façon cloisonnée entre ses membres. Ainsi, elle produira des effets bénéfiques si elle repose sur une démarche volontaire qui donne du sens aux différents projets que les établissements mènent conjointement sur les territoires sur lesquels ils interviennent. Toutefois, il est nécessaire de préserver un certain équilibre entre les parties prenantes pour leur permettre de répondre à leurs propres contraintes.

En effet, l'établissement de santé occupe une place importante dans un territoire. Il est souvent le 1^{er} ou le 2^{ème} employeur local - le nombre d'emplois directs générés en France par les achats hospitaliers chez leurs fournisseurs tous secteurs d'activité confondus s'élève à environ 180 000, non délocalisables³⁹ - et de nombreuses entreprises y réalisent une part importante de leur chiffre d'affaires. Or, l'attractivité d'un territoire dépend beaucoup du dynamisme de son économie, et l'activité d'un hôpital (et par conséquent ses ressources depuis l'introduction de la tarification à l'activité (T2A)) y est directement liée. La demande de renforcement de la mutualisation des achats doit donc

³⁹ LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers - Vers une nouvelle gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Berger-Levrault, p.30

s'analyser dans un cadre plus général qui dépasse le périmètre géographique de l'établissement, en particulier dans des territoires ruraux dans lesquels l'activité économique est fragile. A titre d'exemple, le CH étudié, de taille moyenne, compte 1099 fournisseurs (cf supra). Le premier d'entre eux est un établissement de travail protégé (ETP) qui emploie plusieurs dizaines de salariés en situation de handicap, et qui est situé dans la même commune que le CH. Il assure notamment une activité de traitement du linge pour le CH, qui dispose néanmoins depuis récemment d'une blanchisserie inter-hospitalière (BIH) construite pour répondre aux besoins des établissements membres de la direction commune. La BIH ne fonctionne pas à 100% de ses capacités. Il serait donc économiquement plus rationnel d'y envoyer plus de linge pour diminuer le recours à l'ETP et dégager ainsi des économies. Toutefois, plus de 80% des recettes de l'ETP proviennent de l'activité fournie par le CH. En conséquence, diminuer le recours à l'ETP reviendrait à lui supprimer l'essentiel de ses recettes et à le placer dans une situation financière fragile.

Cet exemple illustre l'approche nécessairement collaborative que les établissements vont devoir mettre en œuvre pour assurer un pilotage efficace et efficient de la fonction achats dans le cadre du GHT. En effet, ils devront parvenir à mettre en place des coopérations devant permettre à chaque GHT de « *participer activement à la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de soutenir les autres grandes politiques publiques*⁴⁰ ». Le GHT a donc aussi pour mission de préserver et de développer le dynamisme du tissu économique local, puisque la réforme de la commande publique actuellement en cours vise à en développer l'accès pour les petites et moyennes entreprises (PME) et les très petites entreprises (TPE). Cet objectif a d'ailleurs été formalisé dans plusieurs propositions du rapport du médiateur des marchés publics⁴¹, et notamment celles relatives :

- à la mise en place d'« *un parcours jalonné et accéléré d'accompagnement administratif, réglementaire, financier des start-up et entreprises innovantes en santé à fort potentiel*⁴² » (action 5) ;
- à l'incitation des « *grands établissements publics hospitaliers à s'impliquer davantage dans l'émergence et la croissance des entreprises innovantes en*

⁴⁰ LEGOUGE D., mai 2015, « Le groupe hospitalier de territoire : échelon de base de la nouvelle organisation des achats publics hospitaliers », *Finances Hospitalières*, supplément de la lettre n°91, p.43

⁴¹ BLACHIER J.-L., mai 2015, « Faire de la commande publique un vrai moteur de croissance des achats hospitaliers innovants – Préconisations », *Rapport du Médiateur national des Marchés publics*, 49 p.

⁴² Ibid., p.29

santé par la signature d'une convention commande publique individualisée⁴³ »
(action 7) ;

- à la mise en place d'« *un dispositif spécifique, ciblé sur les PME innovantes de santé pour favoriser leur accès aux marchés publics⁴⁴ »* (action 10).

Les contours des futurs GHT ne sont pas encore définis, mais il semble être les mieux placés pour créer les conditions nécessaires de la mise en œuvre de ces orientations, puisque leur périmètre les dotera d'une vision globale de la structure économique des territoires et des entreprises qui y développent des activités correspondant aux demandes des établissements de santé. D'ailleurs peut-être pourront-ils s'appuyer sur une plateforme nationale dédiée à l'achat innovant en santé dont la création est évoquée depuis plusieurs mois⁴⁵.

Le rôle que pourront exercer les GHT dans la dynamique de l'achat innovant en santé s'inscrit dans la suite logique du constat dressé par la mission GHT dans son rapport de mai 2015⁴⁶. En effet, il y est indiqué que les équipes médicales et soignantes seront probablement amenées à travailler dans plusieurs établissements de santé membres d'un même GHT. Il est donc important qu'elles puissent y trouver les mêmes matériels et les mêmes équipements « *pour permettre la constitution d'équipes de territoire⁴⁷ »*. Or, l'évolution des techniques médicales impose un renouvellement fréquent des outils utilisés dans les services de soins. En conséquence, leur renouvellement dans le cadre de la mutualisation des achats imposée par la mise en œuvre des GHT pour les raisons évoquées pourra se faire en portant une attention particulière aux produits proposés par les entreprises innovantes en santé.

L'intégration de la stratégie achat dans le projet d'établissement et son insertion dans un cadre plus large correspondant à la dimension du GHT modifient le positionnement de la fonction achats et nécessite d'en adapter le pilotage (2.2.).

2.2 Un pilotage adapté

La fonction achats occupe désormais une place stratégique dans les établissements de santé. Les objectifs fixés aux établissements dans le contexte de maîtrise des

⁴³ Ibid., p.30

⁴⁴ Ibid., p.35

⁴⁵ TRIBAULT G., septembre 2015, « L'idée d'un guichet unique sur l'achat public innovant en santé fait son chemin », Hospimédia [en ligne]. [visité le 15 mai 2015], disponible sur Internet : <http://abonnes.hospimedia.fr>

⁴⁶ HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 52 p.

⁴⁷ Ibid., p.35

dépenses de santé (10 Mds € d'économies, dont 1,4 Md € sur les achats) et la mise en place prochaine des GHT rendent nécessaire l'adaptation du pilotage de cette fonction. Elle se caractérise notamment par le renforcement du travail d'analyse du « juste besoin » (2.2.1.) et par la mise en place d'outils spécifiques de mesure de la performance achats (2.2.2.).

2.2.1 La définition du « juste besoin », un axe majeur de la stratégie achats de l'établissement

Selon la DGOS, la massification des achats représente au mieux 30% des gains potentiels, alors que l'optimisation des produits et des services achetés ainsi que l'optimisation des processus d'achats permettraient d'en dégager 70%⁴⁸. L'amélioration de la définition du « juste besoin » est donc l'un des principaux leviers à actionner pour dégager des économies.

En effet, les deux premières dimensions (« *questionnement des besoins* » et « *méthodes de prospection et veille* ») du troisième axe (« *pratiques achats* ») de la grille d'autodiagnostic⁴⁹ visent à renforcer le travail que les établissements fournissent en matière de définition du « juste besoin ». Les acheteurs sont ainsi invités à questionner les besoins émis par les services de soins, et doivent être en mesure de leur proposer des solutions alternatives s'il en existe. Ceci suppose qu'ils connaissent précisément les évolutions des marchés qui correspondent à leurs segments d'achats. Ainsi, dans le CH, un questionnement systématique des besoins des services est prévu. Il pourra par exemple s'organiser selon les mêmes modalités (même format de réunion et mêmes groupes) que celles que nous avons mises en œuvre pour identifier avec les services de soins leurs idées d'économies sur les achats (cf supra). À cette fin, les portefeuilles des acheteurs seront redéfinis et leurs fiches de poste modifiées pour qu'un dialogue efficace soit établi avec les prescripteurs. Ils seront appelés à mettre en place une veille prospective sur les segments de leurs portefeuilles et à maintenir des échanges réguliers avec les fournisseurs. Une présentation mensuelle des opportunités qu'ils auront identifiées sera organisée au PEL.

La définition du « juste besoin » s'analyse également en tenant compte des conditions de travail des personnels soignants et médicaux. Cette exigence est mentionnée dans la quatrième dimension (« *niveau de performance attendu pour la*

⁴⁸ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, octobre 2012, Fondamentaux du Programme PHARE – Comité régional des achats – Basse-Normandie, p.3

⁴⁹ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2012, Grille d'autodiagnostic exhaustive portant sur 27 dimensions

fonction achats ») du premier axe (« *stratégie et positionnement de la fonction achats* ») de la grille d'autodiagnostic de la fonction achats. En effet, il est demandé à la direction de l'établissement de la percevoir « *comme un acteur majeur dans la performance de l'établissement, aussi sur la qualité des soins, la performance économique et les conditions de travail*⁵⁰ ». Ainsi, dans le CH, les actions menées par le PEL dans les domaines des achats et des travaux (entre autres) seront suivies par le CHSCT. Par ailleurs, la collaboration avec l'ensemble des directions - notamment la direction des ressources humaines (DRH), la direction des soins et la direction des finances - déjà mise en place dans le cadre de leur déploiement, sera renforcée. Ainsi, une réunion de présentation des objectifs d'économies sur les achats fixés à l'établissement dans le cadre du plan triennal ONDAM 2015-2017 a rassemblé la direction du PEL et la direction des soins dès le lancement des travaux entrepris pour la formalisation du PAA de l'établissement.

Le renforcement de la définition du « juste besoin » peut aussi se concevoir à l'échelle du GHT. Il serait par exemple possible de répartir la veille marché entre les établissements membres d'un même GHT sur leurs principaux postes de dépenses achats. Chaque établissement se spécialiserait donc dans un domaine d'activité précis (l'achat de matériel biomédical pour l'un, l'achat de fournitures de bureau pour un autre, etc.). Ceci augmenterait le temps consacré dans chaque structure à la création de valeur ajoutée, dont l'un des principaux moyens est la définition du « juste besoin » et la recherche des meilleures solutions disponibles sur le marché (le pouvoir adjudicateur se fonde notamment sur le rapport qualité-prix pour attribuer le marché au candidat qui a présenté l'offre économiquement la plus avantageuse⁵¹). Dans cette hypothèse, l'établissement support, coordonnateur de la fonction achats, assurerait un rôle de mise en commun des opportunités identifiées par les différents acheteurs. Néanmoins, ceci supposerait la définition de segments d'achats identiques dans tous les établissements membres d'un même GHT. Ce travail pourrait d'ailleurs s'inscrire dans celui actuellement mené par le service des achats de l'État (SAE) qui détermine des segments d'achats dans l'objectif de « *donner de la cohérence à l'action collective, d'en renforcer la lisibilité comme la visibilité, de fluidifier le déroulement des projets interministériels en évitant d'en renégocier systématiquement les fondements avec les ministères*⁵² ».

Les GHT regrouperont des établissements de différentes tailles n'ayant pas les mêmes besoins : un établissement public spécialisé en santé mentale achète peu de

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Article 53 du Code des marchés publics

⁵² SERVICE DES ACHATS DE L'ÉTAT, Le portail de l'Économie et des Finances, [en ligne]. [visité le 1^{er} octobre 2015], disponible sur Internet : <http://www.economie.gouv.fr/sae/strategies-segments-dachat>

matériel biomédical par rapport à un établissement ayant une activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), par exemple. Dès lors, la définition de segments d'achats communs à tous les établissements membres d'un même GHT devrait tenir compte de leurs besoins spécifiques. Une telle organisation assurerait l'implication de tous les établissements dans l'animation de la fonction achats, une condition presque *sine qua non* de la pérennité de la coopération mise en œuvre dans le cadre du GHT. Elle pourrait aussi être analysée comme une occasion supplémentaire de renforcer la professionnalisation des acheteurs en ce qu'elle consisterait à s'appuyer sur l'expertise de chaque établissement, ensuite mise en commun et diffusée par l'établissement support pour en faire bénéficier tous les membres du GHT.

La mise en commun de l'expertise des établissements membres d'un même GHT dans le cadre d'une veille marché mutualisée répartie entre eux à partir d'un découpage commun des segments d'achats semble adaptée dans un contexte d'évolution rapide et de technicisation importante des produits et services proposés par les entreprises intervenant dans le champ de la santé. Elle participe de l'amélioration de la définition du « juste besoin » en permettant la diffusion des dernières évolutions technologiques dans les établissements et de répondre ou d'anticiper les demandes des services de soins. En revanche, la mesure de la performance achats semble devoir continuer à être assurée en interne, dans chaque établissement, à l'aide d'outils spécifiques potentiellement mobilisables (2.2.2.).

2.2.2 Des outils spécifiques de suivi nécessaires pour mesurer la performance achats

Les établissements de santé déploient des outils de suivi de leur performance achats adaptés à leurs besoins et aux spécificités de leur organisation. Une cartographie des achats, première étape dans la mise en œuvre d'un suivi précis (cf supra), a été réalisée dans la plupart d'entre eux, ce qui leur a permis d'identifier les marges de manœuvre encore à leur disposition pour la renforcer.

La première d'entre elles relève d'une **dimension de gestion comptable et financière**. Elle consiste à déployer des dispositifs de mesure quantitative de la fonction achats. La construction de segments d'achats homogènes, le calcul de gains achats et budgétaires, la mise en place d'un système d'information dédié (notamment la construction de requête avec BO) pour introduire un raisonnement achats complémentaire de l'approche comptable, relèvent de cette dimension.

La mise en place, l'utilisation et le développement voire l'amélioration de ces outils de mesure de la performance achats rendent indispensable l'accès des acheteurs et des gestionnaires achats à des sessions de formation pour accompagner la professionnalisation de la fonction, en particulier dans un contexte d'évolution rapide de son positionnement (mutualisation accrue et mise en place des GHT). Plusieurs dimensions de la grille d'autodiagnostic de la fonction achats portent d'ailleurs sur cette idée. Il s'agit par exemple de faire en sorte que tous les acheteurs disposent d'un plan individuel de développement professionnel, qui passera nécessairement par une réorganisation interne des directions achats.

Ainsi, dans le CH, le recrutement récent d'un acheteur adjoint des cadres hospitaliers (ACH) va probablement amener une nouvelle répartition des attributions entre les agents du service. La relation avec les fournisseurs pourra par exemple être confiée à l'acheteur auquel pourra aussi être attribuée la mission de développer progressivement un contrôle de gestion achats à partir des premiers outils mis en place pour la réalisation de la cartographie des achats (exploitation des requêtes BO créées, instauration d'une nouvelle numérotation des marchés pour distinguer les achats effectués dans le cadre d'un MAPA, d'un appel d'offres (AO) ou d'un groupement d'achats pour construire une seule et même requête sur les « dépenses achats par type de marché » (cf supra)). Il pourra mener ce projet avec la direction des finances et des systèmes d'information, avec laquelle il pourra également travailler à la mise en place de tableaux de bord présentant les consommations mensuelles (donc les dépenses achats) de chaque service de soins, cette demande ayant été formulée à plusieurs reprises lors des réunions de travail portant sur les recherches d'idées d'économies avec les services de soins.

Confier ces missions à l'acheteur permettra de dégager du temps aux agents actuellement en charge des achats dans l'établissement (AAH, ingénieur biomédical, ingénieur restauration, ingénieur logistique, ingénieur travaux, pharmacien, etc.). Ils pourront développer des outils de gestion commune tels que ceux proposés par la DGOS dans la grille d'autodiagnostic⁵³. Il s'agit par exemple de la création d'une base référençant les fournisseurs de l'établissement pour décrire la qualité de leur prestation (réactivité, délai de livraison, qualité des produits, etc.). Les acheteurs auront aussi la possibilité d'évaluer, à chaque renouvellement de marché, l'opportunité de passer par l'intermédiaire d'un groupement ou de réaliser un marché propre, une analyse particulièrement importante à mener dans le contexte de développement de la mutualisation des achats. Ils disposeront aussi du temps nécessaire à l'instauration

⁵³ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2012, Grille d'autodiagnostic exhaustive portant sur 27 dimensions

progressive d'une démarche de gestion des risques liés aux achats. Celle-ci pourra se traduire par une analyse systématique des risques potentiels (rupture de la continuité des soins, etc.) liés à l'utilisation d'un produit ou au recours à un fournisseur sur les segments ou sous-segments les plus sensibles (téléphonie, etc.), formalisée dans une cartographie des risques. Par ailleurs, l'approche en coût complet pourra être systématisée, pour que tous les coûts liés à l'achat d'un produit (coût unitaire, frais d'installation et de maintenance, etc.) soient pris en considération dans le calcul de son montant. Le calcul du coût complet pourra aussi intégrer le coût de stockage des produits. La généralisation de la prise en compte de ce coût sera l'occasion de mettre en place un système de suivi des stocks susceptible de réduire le coût global de stockage.

De façon plus globale, le renforcement du dialogue entre les prescripteurs et les acheteurs tout au long du processus achats va permettre de formaliser un PAA annuel précisant des objectifs précis par acheteur et par segment d'achats. Un tableau de bord comportant des indicateurs - couvrant les aspects coût, délais et qualité - liés à la politique achats de l'établissement sera présenté au comité de direction et donnera lieu à des plans d'actions permettant d'assurer l'atteinte des objectifs préalablement définis.

La deuxième source de renforcement de la performance achats relève d'une **dimension réglementaire**. Elle consiste à utiliser au mieux les outils juridiques pour sécuriser l'achat. La cellule des marchés occupe une place importante en la matière.

En premier lieu, elle doit être en mesure de proposer la formule la plus adéquate pour passer un marché en s'appuyant notamment sur une analyse précise du besoin des prescripteurs. Une étude d'opportunité du recours au dialogue compétitif, qui permet d'organiser une négociation plus poussée avec les candidats, pourrait par exemple être réalisée pour les marchés représentant les montants les plus importants. Ceci supposerait que tous les agents de la cellule des marchés reçoivent une formation spécifique aux marchés, comme le préconise le niveau 4 de la dimension « *compétences de la cellule des marchés* » de l'axe « *culture et organisation* » de la grille d'autodiagnostic. Ainsi, la réforme prochaine (dans le courant de l'année 2016) de la commande publique devrait être l'occasion d'organiser des sessions de formation sur les nouvelles dispositions introduites pour que la cellule des marchés contribue au renforcement de la performance de la fonction achats. Elle veillera en particulier à allouer systématiquement les marchés pour introduire plus de concurrence entre les fournisseurs et ainsi favoriser l'accès des PME et TPE aux marchés de l'établissement, ou encore à introduire des critères sociaux ou environnementaux liés à l'objet du marché dans ses procédures de choix des candidats (articles 14 et 53 du Code des marchés publics).

En second lieu, un travail conjoint entre les acheteurs et la cellule des marchés pourrait être mis en place pour systématiser, entre autres, le travail d'analyse des incidents rencontrés dans le cadre d'un marché. En outre, la mise en place d'outils de gestion communs aux acheteurs et à la cellule des marchés pour la passation de ceux-ci permettrait de sécuriser la procédure durant toute la durée nécessaire après la passation du marché (niveau 4 de la dimension « *outils de gestion pour la passation des marchés* » de l'axe « *outils et pilotage* » de la grille d'autodiagnostic).

Le plan d'actions formalisé par le CH à partir de la grille d'autodiagnostic prévoit une échéance pour la mise en œuvre de chaque mesure et en confie le suivi à un agent identifié. Il devrait permettre d'approfondir à brève échéance le pilotage global de la fonction achats dans cet établissement.

Conclusion

Le renforcement du pilotage de la fonction achats dans le CH intervient dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé, en particulier de celles relevant des achats (1,4 Md € au niveau national sur la période 2015-2017, 1,5 M€ pour le CH). La démarche PHARE engagée depuis plusieurs années dans les établissements de santé a mis à leur disposition des outils qui leur ont permis d'engager un processus d'optimisation de cette fonction, en interne comme à l'échelle territoriale.

Le déploiement du programme PHARE dans l'établissement a permis d'initier des échanges de bonnes pratiques qui gagneront à être développées et entretenues dans le cadre de la politique achats. La mise en place d'un référent de la fonction et l'instauration d'un raisonnement achats complémentaire de l'approche comptable ont préparé le travail d'identification des limites de l'organisation interne du processus. La réalisation de la cartographie et l'association de l'ensemble des services dans la recherche d'économies sur les dépenses achats ont contribué à positionner la fonction comme l'un des leviers de performance à disposition du CH.

Le renforcement du pilotage de la fonction achats est un processus de long terme. L'intégration de la stratégie achats dans le projet d'établissement renforce sa visibilité. La mise en place des GHT y contribuera également, à condition que les établissements parviennent à organiser une mutualisation de leur expertise pour se concentrer en interne sur la création de valeur ajoutée en développant notamment le dialogue entre les prescripteurs et les acheteurs pour définir le « juste besoin ». L'activité de veille marché et les négociations avec les fournisseurs, orientées essentiellement vers la recherche des solutions techniques les plus adaptées, s'en trouveront facilitées.

L'analyse régulière de la performance achats est une dimension importante à prendre en compte pour pérenniser les effets positifs de la démarche entreprise. Elle implique une redéfinition des attributions des agents impliqués dans les achats de l'établissement pour assurer la déclinaison opérationnelle des orientations définies.

Une cinquième vague ARMEN est en cours de déploiement. Elle porte entre autres sur les aspects logistiques qui interviennent en aval du processus achats. Elle peut être l'occasion de renforcer le pilotage de la fonction achats-approvisionnement dans sa globalité.

Bibliographie

OUVRAGES

BRUEL O., 2014, *Management des achats – Décisions stratégiques, structurelles et opérationnelles*, 2^{ème} édition, Paris : ECONOMICA, 710 p.

LEGOUGE D., 2008, *Les achats hospitaliers - Vers une nouvelle gouvernance*, 1^{ère} édition, Paris : Berger-Levrault, 295 p.

ARTICLES DE PÉRIODIQUES (support papier)

LEGOUGE D., mai 2015, « Le groupe hospitalier de territoire : échelon de base de la nouvelle organisation des achats publics hospitaliers », *Finances Hospitalières*, supplément de la lettre n°91, pp.41-44

LEGOUGE D., janvier 2014, « Innovation à l'hôpital : Quel rôle pour la direction des achats ? », *Finances hospitalières*, n°76, pp.6-8

TREMEUR M., mai 2015, « Second plan national d'action pour les achats publics durables 2015-2020 (PNAAD) », *Finances Hospitalières*, n°91, pp.24-27

ARTICLES (support électronique)

NEULAT-ISARD S., septembre 2015, « Achats hospitaliers : les résultats à la mi-2015 très encourageants (Jean Debeaupuis) », APMnews.com [en ligne]. [visité le 18 septembre 2015], disponible sur Internet : <http://www.apmnews.com>

TRIBAULT G., septembre 2015, « L'idée d'un guichet unique sur l'achat public innovant en santé fait son chemin », Hospimédia [en ligne]. [visité le 15 mai 2015], disponible sur Internet : <http://abonnes.hospimedia.fr>

GUIDES ET RAPPORTS

BLACHIER J.-L., mai 2015, « Faire de la commande publique un vrai moteur de croissance des achats hospitaliers innovants – Préconisations », Rapport du Médiateur national des Marchés publics, 49 p.

CENTRE HOSPITALIER X, juin 2014, Rapport d'activité 2013

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, mai 2015, Plan national pour l'efficience et la performance du système de soins 2015-2017, 30 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, décembre 2014, Formation à la méthodologie de calcul des gains, 91 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, janvier 2014, Éclairage sur le lien gains achat et économies budgétaires, 18 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, Renforcer la fonction achats en établissement de santé – Kit de déploiement – V2, nouvelle version, 62 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, octobre 2012, Fondamentaux du Programme PHARE – Comité régional des achats – Basse-Normandie, 14 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, juillet 2012, ARMEN vague 1 – Segment blanchisserie – Livrable long, 34 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, avril 2012, Kit d'appui à la mise en place d'une animation des achats hospitaliers par l'ARS – V2, 81 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2012, Grille d'autodiagnostic exhaustive portant sur 27 dimensions

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, novembre 2011, Référentiel de calcul des gains achats, 15 p.

HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 52 p.

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, septembre 2013, Les achats de l'État et de ses établissements publics. Objectifs et organisation. Guide de la modernisation de l'achat, 15 p.

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

CODE DES MARCHÉS PUBLICS, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

SITES INTERNET

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Les achats hospitaliers : le programme phare. [visité le 3 juillet 2015], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/les-achats-hospitaliers-le-programme-phare.9524.html>

SERVICE DES ACHATS DE L'ÉTAT, Le portail de l'Économie et des Finances, [en ligne]. [visité le 1^{er} octobre 2015], disponible sur Internet : <http://www.economie.gouv.fr/sae/strategies-segments-dachat>

Liste des annexes

Annexe 1 : étapes de la construction d'un PAA

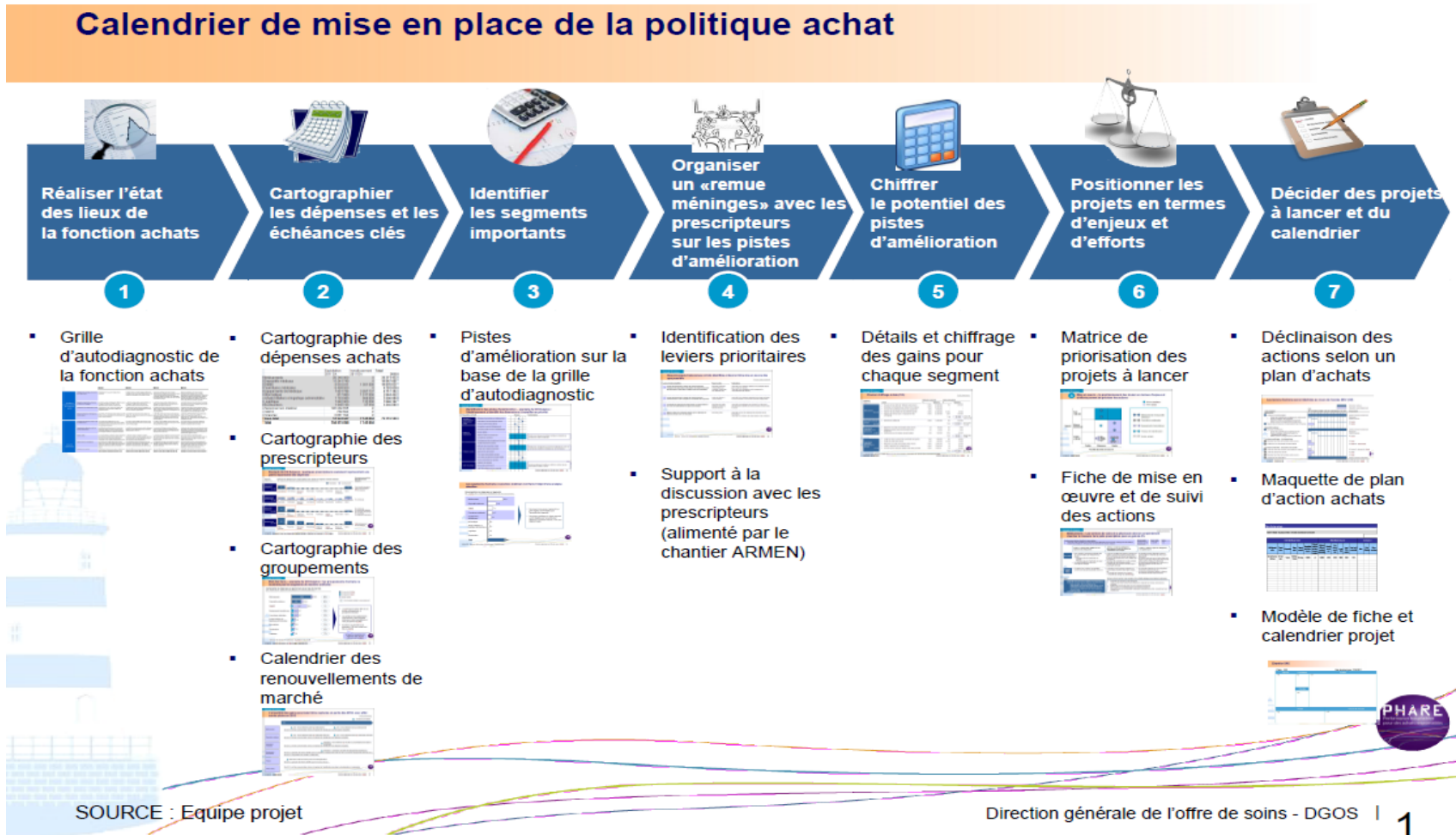
Annexe 2 : grille d'autodiagnostic portant sur la fonction achats

Annexe 3 : exemple de requête construite avec le système d'information Business Object (BO) (dépenses achats par segment)

Annexe 4 : modalités d'organisation des réunions « remue-méninges » avec les services de soins

Annexe 5 : exemple de compte-rendu rédigé à la suite d'une réunion « remue-méninges » avec des services de soins (réunion du 5 août 2015 avec les groupes 3 et 4 du site 2)

ANNEXE 1 : étape de la construction d'un PAA



ANNEXE 2 : grille d'autodiagnostic portant sur la fonction achats

1. Grille d'autodiagnostic exhaustive portant sur 27 dimensions		1	2	3	4
Stratégie et positionnement de la fonction achats	Définition d'une stratégie achats portée par l'établissement				
	Implication de la fonction achats dans les décisions stratégiques				
	Participation à des groupements achats				
	Niveau de performance attendu pour la fonction achats				
Culture et organisation	Perception de la fonction achats au sein de l'établissement				
	Animation d'une démarche achats au sein de l'établissement				
	Moyens dédiés				
	Aptitude à porter le changement				
	Compétences acheteurs				
	Compétences cellule des marchés				
	Développement des compétences/ possibilités de formation				
	Participation à un réseau d'acheteurs				
Pratiques achats	Questionnement des besoins				
	Méthodes de prospection et veille				
	Gestion de la base fournisseurs et référencement				
	Passation des marchés				
	Approche en coût complet				
	Choix entre externalisation et régie				
	Choix entre groupements et marchés propres				
	Gestion des risques				
	Suivi de l'exécution des marchés				
	Inventaire et gestion des stocks				
	Contrôle de la fonction achats				
Outils et pilotage	Définition des objectifs				
	Mesure de la performance				
	Outils de gestion pour la passation des marchés				
	Outils de suivi sur l'exécution des marchés				

ANNEXE 3 : exemple de requête construite avec le système d'information Business Object (BO) (dépenses achats par segment)

The screenshot displays the SAP Business Objects InfoView interface. At the top, the title bar reads 'SAP BUSINESSOBJECTS INFOVIEW' and 'SAP BusinessObjects'. The main menu includes 'Accueil', 'Liste de documents', 'Ouvrir', and 'Envoyer à'. The current context is 'Assurances'. Below the menu, there are buttons for 'Modifier la requête' and 'Modifier le rapport', along with 'Exécuter'. The interface is divided into several sections:

- Données / Propriétés:** A tree view on the left showing the hierarchy of financial data for 'Infocentre EVOLUANCE GEF - Finances'. The tree includes categories like 'Plan comptable', 'Titre dépense', 'Famille de comptes', 'Répartition des UF', 'Comptes d'achat', 'Comptes de dépenses', 'Comptes de consommation', 'Comptes de recettes', 'Classe ou %', 'Budget ou %', 'Chapitre ou %', 'Exécution ou %', 'Sous-compte ou %', 'Niveau établissement ETB', 'Niveau entité responsabilité', 'Pièces d'achat', and 'Propriétés univers'. At the bottom of this section, there are radio buttons for 'Afficher par objets' (selected) and 'Afficher par hiérarchies'.
- Objets du résultat:** A panel on the right containing four selected objects: 'Exercice plan comptable', 'Sous compte', 'Libellé sous compte', and 'Cumul réalisé date comptable'.
- Filtres de la requête:** A panel below the objects defining filters. It includes:
 - 'Exercice plan comptable' with a dropdown set to 'Dans liste' and a value of '2014'.
 - 'Budget' with a dropdown set to 'Dans liste' and a value of 'H'.
 - 'Sous compte' with a dropdown set to 'Dans liste' and a value of '6163;6161;6165;61681;61688'.

At the bottom of the interface, there is a 'Requête 1' tab and a status bar indicating 'Dernière actualisation: 18 juin 2015 09:11:16 GMT+02:00'. A 'Discussions' link is visible in the bottom left corner.

ANNEXE 4 : modalités d'organisation des réunions « remue-méninges » avec les services de soins

Réunion PAA avec les services de soins

1. Présenter la démarche dans sa globalité (support DGOS PHARE)
 2. Présenter les dépenses achats par segment
 3. Répertorier les pistes de gains proposées par les services
- => regrouper les services (cadres de santé) en 6 groupes :

- chirurgie/réa/bloc (groupe 1)
- pédiatrie/maternité/gynécologie-obstétrique (groupe 2)
- médecine (groupe 3)
- gériatrie (groupe 4)
- activités transversales (groupe 5)
- pharmacie stérilisation (groupe 6)

Groupe 1 : anesthésie et bloc, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologique, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, réanimation, secteur ambulatoire, cadre supérieur de pôle

Groupe 2 : gynécologie obstétrique, pédiatrie néonatalogie, cadre supérieur de pôle

Groupe 3 : médecine 1, médecine 2, médecine 3, pneumologie, hospitalisation de semaine, Urgences 1, Urgences 2, cardiologie 1, hospitalisation à domicile, épidémiologie et hygiène hospitalière, cadre supérieur de pôle

Groupe 4 : USLD 1 / EHPAD 1, USLD 2 / EHPAD 2, médecine – court séjour gériatrique, SSR 1, SSR 2, cadre supérieur de pôle

Groupe 5 : imagerie médicale, laboratoire biochimie, laboratoire microbiologie, pharmacie, cadre supérieur de pôle

Groupe 6 : pharmacie stérilisation

4. Calendrier : selon les disponibilités, tenir 3 à 4 réunions à répartir sur les semaines 29 à 32

ANNEXE 5 : exemple de compte-rendu rédigé à la suite d'une réunion « remue-ménages » avec des services de soins (réunion du 5 août 2015 avec les groupes 3 et 4 du site 2)

Groupes 3 et 4 (site 2)_Compte-rendu de la réunion du 05/08/2015

Étaient présents :

5 cadres de santé

1 AAH

1 élève AAH

1. Idées

[BLANCHISSERIE] Fournir des tenues professionnelles par taille mais non nominatives, et trouver un système de badge adapté à la prise en charge des patients (éviter les griffures, etc.) pour identifier les agents. Mettre en place une dotation par service.

[BUREAUTIQUE] Développer la visioconférence.

[BUREAUTIQUE] Configurer les imprimantes pour imprimer par défaut en recto-verso (dossiers médical et paramédical compris).

[BUREAUTIQUE] Dématérialiser le diagramme de soins.

[BUREAUTIQUE] Mettre en place une interface entre les 2 outils utilisés pour réduire les impressions.

[BUREAUTIQUE] Dématérialiser l'envoi des demandes d'examens au laboratoire et à l'imagerie, et dématérialiser l'envoi des résultats du laboratoire aux services de soins.

[BUREAUTIQUE] Systématiser l'envoi des courriers médicaux via le logiciel utilisé pour supprimer les impressions.

[BUREAUTIQUE] Convoquer les patients par mail ou par sms lorsque c'est possible.

[BUREAUTIQUE] Dématérialiser les commandes (magasin, épicerie, imprimés, etc.).

[BUREAUTIQUE] Mettre en place un outil informatique pour suivre la réalisation des ménages des chambres (en format papier actuellement).

[DECHETS] Disposer de poubelles adaptées permettant de faciliter le tri dans les services de soins (ex. : utiliser des chariots pour trier rapidement les déchets), puis valoriser les déchets.

[DECHETS] Analyser l'utilisation (et le prix) des différents types de sacs poubelles.

[DECHETS] Travailler avec les fournisseurs à la réduction du volume des emballages.

[EAU] Installer des économiseurs d'eau dans les services lorsque c'est possible (à voir avec l'hygiène).

[EAU] Installer des récupérateurs d'eau de pluie (pour arroser les plantes par exemple).

[ELECTRICITE] Installer des détecteurs de présence dans tous les bâtiments (réserves, toilettes (y compris pour les patients), vestiaires), et dans les sous-sols.

[ELECTRICITE] Réduire la luminosité dans certains services (notamment le soir).

[HÔTELLERIE] Acheter des filtres à café réutilisables.

[HÔTELLERIE] Installer des distributeurs de feuilles de papier toilette pour limiter la consommation.

[HÔTELLERIE] Analyser la consommation de piles pour les distributeurs d'essuie-mains.

[HÔTELLERIE] Acheter les mêmes lits. Analyser service par service la façon de faire le lit (utiliser ou pas des alèses textiles, etc.) => groupe de travail avec la direction des soins.

Groupes 3 et 4 (site 2)_Compte-rendu de la réunion du 05/08/2015

[HÔTELLERIE] Constituer un groupe de travail pour étudier la possibilité de supprimer le dentifrice (mais pas la brosse à dents), l'eau de toilette, et le lait de toilette.

[MEDICAL ET BIOMEDICAL] Optimiser la consommation de gaz médical. *NB : aux urgences 2, toute bouteille entamée apportée par le SMUR est échangée gratuitement contre une bouteille pleine.*

[MEDICAL ET BIOMEDICAL] Acheter le produit 1 en unidose pour limiter le gaspillage.

[MEDICAL ET BIOMEDICAL] Acheter le produit 2 en unidose (car la consommation a fortement diminué).

[MEDICAL ET BIOMEDICAL] Étudier l'opportunité d'acheter des fibroscopes jetables.

[MEDICAL ET BIOMEDICAL] Rationaliser l'utilisation des masques aérosols.

[MEDICAL ET BIOMEDICAL] Standardiser et rationaliser le nombre de références de ligatures et sutures (en cours).

[PROCESSUS ACHAT] Fournir aux services de soins les prix unitaires de tous les produits qu'ils consomment.

[RESTAURATION] Redéfinir les dotations de pain par service.

[RESTAURATION] Mieux calibrer les repas en préparant par exemple des demies-parts lorsque c'est possible (pour limiter le gaspillage alimentaire).

[RESTAURATION] Analyser la possibilité de supprimer la fourniture de repas à titre gratuit pour les agents qui travaillent la nuit et le weekend (sauf pour les agents de garde).

[SERVICES] Diminuer la qualité du papier utilisé dans le livret d'accueil.

[SERVICES] Plus utiliser la chaîne interne de l'hôpital : diffuser le film de la réanimation et faire passer des messages aux patients (respect des agents, commandes de repas, consommation électrique, tri des déchets, explication du coût de la prise en charge à l'hôpital, etc.).

[SERVICES] Faire imprimer les documents les plus volumineux par la reprographie.

[TRANSPORTS] Étudier la possibilité d'utiliser le camion des urgences pour assurer des transports de SMUR primaire.

[TRANSPORTS] Développer le covoiturage.

2. Poursuite de la démarche

Pour poursuivre la démarche engagée :

- continuer la consultation avec le même regroupement des services de soins ;
- identifier les principales dépenses achats de chaque service dans chaque groupe => **faire un inventaire** ;
- centrer la recherche puis l'analyse de pratiques à développer sur ces dépenses.

3. Divers

[HÔTELLERIE] Équiper les chambres de casques audio (radio et télévision).

[HÔTELLERIE] Installer des plaques protectrices derrière tous les lits.

[RESTAURATION] Installer un panneau d'interdiction du port de la blouse à la cantine.

[TRANSPORTS] Augmenter à 2 par semaine les navettes (contre une actuellement) entre les 2 sites

Groupes 3 et 4 (site 2)_Compte-rendu de la réunion du 05/08/2015

pour le réapprovisionnement des services (armoires dispositifs médicaux) afin de limiter la constitution de stocks de réserves.

PINEAU

Clément

Décembre 2015

ATTACHÉ D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE

Promotion 2015

LE RENFORCEMENT DU PILOTAGE DE LA FONCTION ACHATS EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ

Résumé :

Le programme performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) lancé en novembre 2011 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a engagé un processus de rationalisation des dépenses achats dans les établissements de santé. La massification des achats par le développement de la mutualisation (30% des gains potentiels) et l'optimisation des processus achats (70% des gains potentiels) sont les deux axes d'amélioration sur lesquels les établissements sont appelés à travailler pour atteindre cet objectif.

Par ailleurs, le plan national pour l'efficacité et la performance du système de soins pour la période 2015-2017 fixe un objectif de 10 Mds € d'économies à l'horizon 2017, dont 1,4 Md € sur les achats, qui représentent une dépense cumulée de 18 Mds € par an à l'échelle nationale.

Aussi, de nombreux établissements de santé, parmi lesquels le CH étudié, mettent en œuvre une démarche de renforcement du pilotage de leur fonction achats.

Mots clés :

Achat, acheteur, ARMEN, cartographie, fournisseur, gain achat, GHT, groupement de commandes, mutualisation, PAA, performance achat, PHARE, pilotage, prescripteur, segment d'achats

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.