

Introduction

Les achats dans les hôpitaux sont en pleine transformation depuis plusieurs années. L'évolution des techniques et les exigences de maîtrise budgétaire ont conduit à transformer cette fonction support, souvent mal connue et mal considérée, pour aller vers plus d'efficience et de professionnalisation. L'intégration de la fonction dans les GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) constitue une petite révolution qui n'est pas sans poser de difficultés en pratique.

Contexte et caractéristiques du terrain de référence

L'objet de ce mémoire est lié à une mission de stage m'ayant été confiée lors de mon stage de direction au Centre Hospitalier de Périgueux, établissement support du GHT de la Dordogne. Il m'a été demandé de mener un audit de la fonction achat de GHT, mise en place à partir du 1^{er} janvier 2018. En effet, la directrice des achats de mon établissement a pu faire le constat d'une difficulté, d'un manque de fluidité dans la gestion des achats au niveau du GHT.

Cette fonction achats mutualisée a été mise en place depuis 3 ans. Elle recueille toujours assez peu de consensus au sein des acteurs du territoire et peut être une source de tensions récurrentes entre les établissements du GHT. Au sein de chaque établissement, les changements de pratiques liés à la mutualisation peuvent également donner lieu à des tensions et nécessitent des efforts redoublés d'explication.

La mise en place des organisations à même de faire fonctionner le domaine des achats a pris un certain temps, entre 2017 et 2019, avant que la crise du Covid-19 ne vienne mettre un frein au travail mené.

Pour un directeur d'hôpital, la question de l'organisation de fonction achats de GHT est un sujet d'organisation, de management des ressources et de coopération. Il est aux confluences d'impératifs notamment juridiques et financiers.

Une rapide revue de littérature montre que ce sujet est encore relativement peu exploré. Il existe peu d'études de terrain allant interroger les acteurs sur leurs pratiques et leurs difficultés quotidiennes. Un certain nombre d'écrits, et notamment des mémoires produits par des élèves de l'EHESP, ont montré la mise en place des organisations en 2018. Depuis, les rapports ou les retours d'expérience semblent assez unanimement critiques du fonctionnement pratique des achats en GHT. Cette perception est en partie due au projet de

réforme, souffrant de certaines faiblesses originelles, mais en partie également à la manière dont les différents GHT se sont saisis de la nouveauté pour en faire une opportunité au service d'un meilleur achat pour l'hôpital.

À ce titre, la configuration des GHT étant fortement variable d'un groupement à l'autre, le fonctionnement pratique des achats mutualisés ne peut que varier fortement d'un groupement à l'autre. La présence ou non d'un CHU comme établissement support du GHT est évidemment déterminante pour l'apport des compétences, spécialisées et en nombre, que ces établissements peuvent mettre au service des achats. De même, la différence significative de taille, de budget, de nombre de personnels, d'activités menées, et de volume budgétaire imputé aux achats entre un CHU et les établissements parties est déterminante dans les relations et les perceptions qu'auront les acteurs de la fonction.

Le nombre d'établissements membres du GHT a également des conséquences sur la facilité à coordonner, à mutualiser ou à harmoniser les pratiques. L'homogénéité des tailles d'établissements peut jouer sur l'homogénéité des activités, des pratiques professionnelles ou des moyens financiers et donc faciliter la compréhension mutuelle, ou alimenter des rivalités.

Mon terrain de stage, terrain d'observation pour cette étude est un GHT sur un territoire étendu : 9 060 km², une densité faible de 46 hab./km², une part relativement modérée de la population vivant dans une aire urbaine (six habitants sur dix) et une moyenne d'âge élevée (45.9 ans) (Source : Insee Analyses, Aquitaine – Limousin – Poitou – Charentes, n° 21 avril 2016).

Le GHT est composé de 11 établissements (cf. typologie annexe). Deux établissements portant des directions communes structurent également le territoire. La première réunit le CH support, avec trois autres établissements (CH de S., CH de D. et CH de L.), la deuxième unit le CH de B. avec le CH de BV. Entre les 11 établissements, on peut relever une dichotomie marquée entre « gros » et « petits », au niveau de l'activité et au niveau de la maturité achats. Seuls les CH de P., B. et V. avaient une pratique des marchés publics organisée avant l'introduction du GHT pour les achats. Les plateaux techniques sont concentrés sur les hôpitaux de P., B., et S. On compte 7 anciens hôpitaux locaux, et le GHT est marqué par une forte dimension médico-sociale.

L'histoire des villes est marquée depuis longtemps par une rivalité plus ou moins vive, ce qui a pu jouer dans les coopérations inter hospitalières. Un historique de groupements de commandes existait cependant avant la mise en place des GHT et de la régionalisation des

groupements de commande, intégrant des hôpitaux locaux et des établissements médicaux sociaux, et coordonnés par le CH support.

Problématique

Au regard de l'ampleur des changements de pratiques que cela implique et des attentes formulées, il s'agira de se demander si la mutualisation de la fonction achats de GHT a bien tenu ses promesses. Plus précisément, il s'agira d'explorer quels ont été les objectifs fixés à la mutualisation des fonctions achats au sein des GHT, et de déterminer si, au sein du GHT Dordogne, les objectifs fixés ont été atteints. Enfin, il conviendra de dresser des hypothèses sur ce qui pourrait rendre la fonction achats de GHT plus efficiente.

Méthode

La méthode suivie a consisté tout d'abord en une première phase exploratoire, de familiarisation avec le sujet et ses enjeux par l'étude de la littérature existante. À partir de ces premiers éléments, un guide d'entretien a été établi (présenté en annexe). Il a été voulu pour être semi-directif et favoriser le dialogue et la spontanéité tout en servant de trame pour balayer l'ensemble des champs visés. Ce guide a fait l'objet d'une discussion et d'une validation avec la directrice des achats du GHT.

Par la suite, il s'est agi de réaliser les entretiens, en favorisant la rencontre physique sur les lieux de travail des personnes interrogées. Pour des questions pratiques, certains entretiens ont cependant été menés par téléphone ou par visioconférence.

Tout au long du stage, enfin, j'ai mené des observations :

- À la direction « achats » dans mon établissement de stage, établissement support.
- À la cellule marchés de territoire, localisée dans le service achats de l'établissement support.
- Aux instances achats du GHT liées aux achats en GHT (CODIR, COSTRAT achats).
- Lors des réunions afférentes aux achats sur le territoire (AG/COSTRAT du GCS achats Nouvelle Aquitaine), lors de webinaires organisés par des groupements d'achats ou par le GCS Achats Nouvelle Aquitaine.
- Lorsque le sujet des achats était abordé dans l'établissement, et en particulier en comité de direction.

Définition des limites du sujet

Dans le cadre de cette étude, on entendra essentiellement sous le terme « achats » de GHT ou de territoire, l'organisation des marchés publics au niveau centralisé, et les liens avec les établissements du GHT. La partie « approvisionnement » dans chaque établissement relevant d'un autre domaine.

En débutant mon enquête, la question de la crise sanitaire me semblait pertinente, à aborder. Elle traitait des liens entre les établissements du GHT, de la gestion des EPI (Équipements de Protection Individuelle), des stocks d'État, du « dépannage » puis de la gestion des doses de vaccin. Ces raisons m'ont poussé à son intégration dans le guide d'entretien.

Il est apparu ainsi que les liens entre établissements ont été renforcés au cours de la crise sanitaire. Cependant, comme ces éléments n'étaient pas en lien direct avec la fonction achat, mais plutôt avec la gestion des seuls approvisionnements, j'ai décidé de ne pas l'intégrer dans le développement de cette étude. Le GHT et l'établissement support ont joué un rôle de soutien, de coordination, d'organisation du dépannage, mais dans un cadre essentiellement informel. Les procédures d'urgence n'ont pas été utilisées : *« On n'a pas lancé de marché en urgence, au contraire [d'un GHT voisin], ça aurait pris plus de temps »* (Entretien avec la responsable de la cellule marchés de territoire).

De même, la question de la sécurité des approvisionnements a aussi été envisagée, mais elle s'est révélée périphérique, sans lien direct avec les achats en GHT.

Limites méthodologiques

Le nombre et la diversité des entretiens m'ont paru adaptés pour appréhender les différents points de vue dans le GHT. Des contacts en dehors du GHT ont également été pris pour apporter un regard extérieur et compléter ce panorama de la fonction achats de GHT, à l'ARS (Agence Régionale de Santé) et au GCS Achat Nouvelle Aquitaine (Groupement de coopération sanitaire).

Une première limite méthodologique identifiable est l'absence de parfaite symétrie dans les entretiens, et notamment l'impossibilité de recueillir les points de vue de tous les chefs d'établissements du GHT. De même, dans la conduite des entretiens, la plupart ont été menés en groupe. Cette organisation a surtout répondu à des objectifs pratiques de disponibilité. Elle a permis aux personnes de rebondir et de compléter les points de vue, et ainsi d'enrichir les entretiens. Cependant, il y a un risque d'autocensure si le point de vue qui

serait formulé spontanément est divergent par rapport à celui d'un collègue, et *a fortiori* par rapport à celui du chef d'établissement présent.

Une asymétrie possible entre les entretiens tient à la manière de les mener. Le choix initial était de les tenir sur place dans la mesure du possible (dans les établissements d'appartenance des personnes rencontrées). Le téléphone ou la visioconférence ont été utilisés ponctuellement pour des raisons pratiques, mais sont moins fluides et moins propices aux échanges approfondis.

Enfin, les principales limites tiennent à un biais possible me concernant, du fait de mon insertion dans mon établissement de stage, support du GHT, et surtout à la difficulté de retracer les événements entre 2018 et 2020, où je n'étais pas présent. Peu de traces écrites permettent en effet d'objectiver des faits en dehors de certains comptes rendus d'instances et des témoignages des acteurs.

Plan

Il conviendra dans un premier temps de mettre en évidence un hiatus initial entre les objectifs affichés et les représentations des acteurs de terrain (1.) avant de dresser des pistes pour dépasser le blocage, en redonnant du sens et en donnant plus de moyens aux acteurs (2.).

1 Un hiatus initial entre les objectifs affichés et les représentations des acteurs de terrain

Dans les politiques publiques en matière de santé, la structuration des achats par le biais des GHT se trouve au croisement de deux objectifs ambitieux, la professionnalisation des achats en établissement public de santé et la coopération territoriale hospitalière (1.1). Ces sujets sont complexes à mener, par les changements de pratique qu'ils exigent, mais surtout par la moindre mobilisation des acteurs, signe d'une faible adhésion au discours institutionnel (1.2).

1.1 Des objectifs ambitieux pour la structuration d'une fonction achat dans les GHT

La fonction achats de GHT se trouve aux confluences de deux sujets importants dans le paysage sanitaire actuel, la structuration des achats hospitaliers (1.1.1) et le maillage territorial par les GHT (1.1.2).

1.1.1 La structuration des achats apparaît comme un impératif

Les achats hospitaliers sont aujourd'hui un enjeu connu et reconnu comme tel, en particulier de par la masse financière qu'ils constituent (A). La stratégie nationale consiste alors à doter les responsables des achats des outils nécessaires à la modernisation de leurs fonctions, ainsi qu'à les valoriser en rendant leur action visible (B).

A) Eu égard à la masse financière et aux enjeux qu'ils représentent, les achats sont un secteur stratégique pour les établissements de santé

Les établissements publics de santé achètent au quotidien une multitude de produits pour couvrir leurs besoins dans des domaines aussi variés que l'alimentation, l'hôtellerie, les transports, l'équipement biomédical ou les produits de santé. Cette masse représente le deuxième poste de dépenses d'un établissement public de santé après ses charges de personnel, soit 24.7 Md€ milliards d'euros en 2017 (*Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la politique d'achat des hôpitaux*, Présenté par M. Jean-Carles GRELIER, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 décembre. 2019), alors qu'à titre de comparaison, les achats de l'État (hors Défense) représentaient 16 Md€ de moins.

Les médicaments représentent environ 35 %, les dispositifs médicaux 12 %, les travaux 11 %, l'hôtellerie 10 %, l'équipement biomédical 10 % et les prestations générales de service 10 %.

De façon surprenante, le rapport d'information de l'Assemblée nationale fait état de la mauvaise qualité voire de l'absence d'informations budgétaires et comptables agrégées au niveau national s'agissant des achats hospitaliers. Le rapporteur « *invite l'administration à se saisir du sujet de la consolidation comptable des achats des hôpitaux publics, afin de produire une estimation fiable de leur montant* », afin de permettre réellement un pilotage financier sur base nationale.

Dans un contexte où les dépenses sont contraintes, la maîtrise des dépenses liées aux achats est essentielle. Le directeur du CH de N., particulièrement sensible à cette question, l'affirme clairement : « *le rôle des achats est absolument majeur, c'est le deuxième poste de dépense après les RH. Si les achats mettent un établissement en déficit, cela change complètement la donne.* »

En ce sens le rapport de la Cour des comptes de 2017 (Cour des comptes, *Les achats hospitaliers, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, juin 2017) montre une dynamique des dépenses achat soutenue entre 2005 et 2015, passant de 12,3 Md € à 18,7 Md€, soit 52 % d'augmentation en dix ans. En parallèle, les dépenses de personnel et les recettes d'activités croissaient, elles, à un rythme deux fois inférieur : 28 % chacune.

Pendant longtemps pourtant, les achats hospitaliers n'ont pas été un sujet de préoccupation au niveau national. Ce n'est qu'en 1997 que l'IGAS a tiré le signal d'alarme dans son rapport annuel *Les achats hospitaliers, une préoccupation injustement négligée*.

Au niveau local cependant, cette absence de préoccupation est à nuancer. Des groupements départementaux existaient déjà. Dans le GHT d'étude par exemple, des groupements par segments existaient : incontinence, restauration, blanchisserie et déchets, pour mutualiser les coûts. Cette solution était imparfaite, avec notamment des problèmes de points de livraison multipliés, et une souplesse (entrée et sortie du groupement, quantités commandées) très importante, peut-être trop.

Par la suite, la mise en place opérationnelle de la Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) à partir de 2003 a largement bénéficié du passage à la T2A (Loi N° 2003-

1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, art. 22 à 34). La capacité pour les établissements à maîtriser leurs dépenses par des actions de performance achat devenait essentielle.

La MEAH a notamment porté le projet OPERAH (Optimisation de la performance des achats hospitaliers) en 2005-2007, pour monter un réseau d'acheteurs, échanger des bonnes pratiques et organiser la montée en compétence de la filière.

L'ANAP, créée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a été mise en place le 23 octobre 2009 par la publication au Journal Officiel de l'arrêté portant validation de sa convention constitutive.

Elle s'inscrit en continuité avec la MEAH, en regroupant ses missions et ses compétences avec celles du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), et de la Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH). Le point d'orgue de l'ANAP en matière d'achats a été sur cette période la publication en 2011 d'un guide achats destiné aux professionnels : *Démarche et pratique organisationnelle des achats hospitaliers*.

Si la montée en puissance de la problématique financière dans les achats hospitaliers s'est accentuée au cours des 30 dernières années, de nouveaux enjeux irriguent désormais ce secteur. Avec la prise de conscience des acteurs publics de l'impératif que constituent la responsabilité environnementale et le développement durable, les achats « durables » sont devenus un nouvel objectif. Ainsi, le Plan National d'Actions pour des Achats Publics Durables (PNAAPD) de 2015 (Plan national d'action pour les achats publics durables, 2015-2020, ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie) (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pna_apd_2015_2020.pdf). L'article 30 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 a fait du développement durable une règle en matière de définition préalable du besoin. Il rappelle l'obligation de prise en compte des objectifs de développement durable dans sa triple dimension : économique, sociale et environnementale. (<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/phare-11061/les-chantiers-operationnels/article/les-achats-responsables>)

Le PNAAPD donne la définition d'un achat public durable : « *un achat public durable est un achat public :*

- *Intégrant des dispositions en faveur de la protection ou de la mise en valeur de l'environnement, du progrès social et favorisant le développement économique ;*

- *Qui prend en compte l'intérêt de l'ensemble des parties prenantes concernées par l'acte d'achat ;*
- *Permettant de réaliser des économies "intelligentes" au plus près du besoin et incitant à la sobriété en termes d'énergie et de ressources ;*
- *Et qui intègre toutes les étapes du marché et de la vie du produit ou de la prestation. »*

Appliqué dans l'achat hospitalier, l'achat durable rend la tâche d'autant plus complexe, car les objectifs d'achats « durables », « verts » ou « locaux » sont parfois frontalement opposés (ou vus comme tels) aux impératifs budgétaires ou juridiques. La loi EGALIM (Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous) oblige ainsi à chercher des alternatives au plastique à usage unique en restauration, ce qui entraîne des prix d'achat deux à trois fois supérieurs à leur équivalent traditionnel. L'achat local lui, doit être réalisé dans le respect des règles de la commande publique, c'est-à-dire en composant avec la délicate question d'un critère géographique.

Au regard de l'importance prise par les achats à l'hôpital, il a fallu envisager de mieux outiller les acteurs du secteur.

B) La stratégie nationale vise à outiller et valoriser les responsables de l'achat en établissement

Au niveau du ministère et de la DGOS, la prise en main du pilotage des achats publics a pris la forme du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables), lancé en 2011 avec pour objectif d'aider les hôpitaux à réaliser des « économies intelligentes » tout en préservant la qualité des soins. Cette définition même, à travers le vocable « économies intelligentes » comme celui de « préserver la qualité des soins », montre bien tout ce qu'il peut y avoir de contradictoire entre les objectifs poursuivis.

Pour soutenir les établissements, le programme PHARE propose notamment d'offrir :

- un appui stratégique aux établissements.
- Une démarche de massification de la demande.
- Une professionnalisation de la fonction achats.
- Une meilleure gestion budgétaire à qualité de soins constante.
- Un échange de bonnes pratiques.

Le programme s'est articulé en plusieurs phases :

- Une première phase (2012-2014) avec un objectif national de gains de 910 M€, marqué par le développement des fonctions achats en établissement et une animation régionale par les ARS.
- Une deuxième phase (2015-2017), avec notamment un objectif de gains fixé à 1,58 Md€.
- Une troisième phase, actuellement en cours, pour la période 2018-2022.

La phase actuelle repose notamment sur la mise en place de la fonction achat mutualisée de GHT (obligatoire depuis 2018), la mutualisation d'opérateurs régionaux et les nouveaux leviers d'efficience : achats complexes, achats innovants, optimisation de la logistique.

L'accent est particulièrement mis sur deux cibles dans le programme actuel : améliorer le pilotage et la stratégie et stimuler l'échange des bonnes pratiques. Concernant le pilotage des dépenses achats, il est demandé à chaque GHT d'élaborer un PAAT (Plan d'Action Achat de Territoire). Ce PAAT est la continuité des PAA (Plan d'Action Achat) mis en place au niveau de chaque établissement depuis le lancement du programme PHARE. Le PAAT agrège les pratiques des établissements (autour de la notion de « *gain achat* ») et doit servir de base à l'élaboration d'une stratégie achats de groupement.

Afin de favoriser l'échange des bonnes pratiques au niveau national, le programme PHARE comprend un projet « *Armen* », consistant en plusieurs « *vagues* » (6 à ce jour depuis 2012), et portant sur 10 thématiques d'achats différentes. Une base de données recensant ces bonnes pratiques est en libre accès pour tous les établissements.

Le *reporting* que constitue notamment le PAAT poursuit un double objectif. Au niveau national, il doit permettre de piloter la masse des achats, et notamment l'articuler avec les objectifs de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie). Au niveau des GHT et des établissements, il doit permettre de valoriser le rôle de l'acheteur, en montrant son efficacité au service des « gains achats » pour l'hôpital. On peut cependant s'interroger sur la pertinence de cette notion de « gain achat ». Le constat est quasi unanimement partagé par l'ensemble des acteurs, les « gains achat » ne reposent sur rien de tangible dans le fonctionnement courant des structures, et pourtant ils sont le principal critère d'évaluation des actions menées dans le domaine des achats. Leur but théorique est de montrer l'action de l'acheteur par rapport à une situation de référence. Par exemple, pour un prix de 100 en situation de référence, un gain achat pourrait être :

- De réduire le besoin, avec une dépense de 95 au final.
- De négocier un prix moins élevé, avec une dépense de 90 au final.
- De trouver une alternative au produit, avec une dépense de 97.
- Face à une augmentation des prix de 20 %, de parvenir à la contenir à 10 %, avec une dépense de 110 au final..

On le comprend bien, cette notion vise à appréhender la complexité du métier d'acheteur et à valoriser les actions menées dans le sens d'une moindre dépense dans un contexte d'augmentation des coûts. Pourtant, dans le dialogue interne à l'hôpital (direction des finances, acteurs médicaux...), seule la notion d'économie budgétaire est parlante. Les gains achats relèvent de « *l'approximation* » (DGOS, Note, *Formation à la méthodologie de calcul des gains*, 2014). C'est une notion faisant référence à une situation de référence parfois « *fictive* » (Rapport d'information à l'Assemblée nationale, *cf. supra*), et décorrélée de l'évolution des dépenses de l'année n à $n+1$.

Ainsi, alors qu'elle était conçue pour valoriser le travail des acteurs de l'achat à l'hôpital, la notion de « *gain achat* » entache parfois leur crédibilité par rapport à leurs interlocuteurs tant elle est déconnectée de la réalité et aisément falsifiable.

Le directeur achat du CH de B. relate ainsi avoir été mis en difficulté devant la CME de son établissement sur la question des résultats. En effet, particulièrement pour des équipements biomédicaux importants, la technique et les besoins évoluent vite : « *Le prix de l'ancien scanner d'il y a 7 ans n'a pas trop de sens pour comparer* ». (Entretien Directeur achats CH B.)

Dans la structuration de la fonction achat et la montée en compétence qu'elle propose, l'organisation des achats au niveau du GHT montre d'autres décalages avec les perceptions par les acteurs de la « *réalité* » perçue dans le GHT. On pourra en particulier s'attacher à la notion « d'acheteurs », qui semble constituer une catégorie homogène dans le guide DGOS (*Guide Méthodologique - La fonction achat des GHT*, DGOS, mai 2017). Dans le fonctionnement quotidien, les « acheteurs » sont les responsables de chaque filière dans les établissements et dans les GHT et qui ont en charge de choisir les biens ou les prestations achetés. Or, si dans des établissements de taille importante ces acheteurs sont des personnes spécialisées dans un domaine particulier, disposant d'une certaine expertise et de connaissances solides sur le plan juridique, dans les établissements et les GHT plus modestes, la situation n'est pas aussi uniforme. De fait, les personnes présentes sur les organigrammes comme « *acheteurs* » ont bien souvent de multiples casquettes dans leur établissement et pas toujours le niveau de qualifications qui leur permet de s'approprier les

enjeux. À ce titre, la recommandation n° 12 du rapport d'information à l'Assemblée nationale « *Étudier la possibilité d'un recrutement généralisé des acheteurs au niveau des attachés d'administration hospitalière (catégorie A)* » semble très peu applicable en l'état. Les établissements n'ont pas les moyens financiers pour cela. Une augmentation dans la rémunération, la valorisation, la formation des acheteurs ne pourrait être envisageable qu'à la double condition de mutualiser l'intégralité des achats dans une seule entité (du type GCS, ou GHT avec personnalité morale), pouvoir adjudicateur, et d'y consacrer des moyens financiers bien plus importants qu'aujourd'hui. À moyen terme, cela paraît donc difficilement envisageable.

La montée des exigences envers la fonction achat, pour le reporting comme pour la professionnalisation, doit trouver sa pleine mesure avec l'inscription des achats dans la logique de mutualisation permise par les GHT.

1.1.2 Les GHT s'inscrivent largement dans la dynamique de maillage territorial

Les GHT, institués en 2016, ont vocation à structurer des dynamiques territoriales autour de l'offre de soin (A), dont l'aboutissement doit permettre la mise en place de logiques de groupe, préalable à une amélioration de la cohérence et de la performance des fonctions support (B).

A) Les GHT répondent à une logique de structuration de l'offre de soin sur le territoire

Depuis leur création en 2016, les GHT ont vocation à constituer un réseau pour le secteur sanitaire public. En effet, face à la difficile question de la démographie médicale, au vieillissement de la population, à la concurrence du secteur privé et aux contraintes budgétaires pesant sur les hôpitaux, la structuration de l'offre de soins sur le territoire apparaît comme indispensable. Elle passe notamment par l'organisation de filières de soins pour les patients et par la coopération entre établissements.

L'idée d'organiser le soin est aussi vieille que celle des hôpitaux, Emmanuel VIGNERON de cette façon retrace l'histoire (et la préhistoire) de la coopération hospitalière à partir de l'article 73 de l'Ordonnance de Moulins en février 1566, qui institue la notion de « *domicile de secours* » (VIGNERON, E., 2018, « Histoire et Préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Bull. Acad. Natle Méd., [en ligne], [consulté le 27/07/2021], disponibilité : <http://www.academie-medecine.fr/histoire-et-prehistoire-de-la-cooperation-hospitaliere-et-des-groupements-hospitaliers-de-territoire-ght/>).

Il montre alors que les GHT ne sont peut-être pas une « *innovation majeure* » (Marisol Touraine, communiqué de presse, 29/04/2016), mais au contraire une forme de coopération et d'organisation succédant à d'autres, et vraisemblablement destinée, elle aussi, à n'être qu'éphémère. L'absence de personnalité morale compromet de plus fortement la capacité d'action des GHT ce qui hypothèque leur durée de vie à la vitesse où s'enchaînent les politiques publiques en santé. Leurs limites tiennent encore à l'absence de liens qu'ils créent avec la médecine de ville et le secteur privé. Enfin, l'adhésion des établissements membres n'est pas totale et les attitudes attentistes ou concurrentes existent dans un certain nombre de groupements.

Malgré ces limites, il apparaît clairement que le besoin de structuration de l'offre de soin « *n'est pas une tocade ou une lubie passagère* » (*id.*) La logique d'action sanitaire organisée et coordonnée dans le territoire restera un point clef de notre système de santé.

Dans cette dynamique, les GHT sont une étape intéressante en ce qu'ils conduisent les établissements à mutualiser un certain nombre de fonctions « support » : DIM, Système d'information, Achats depuis 2018, autour du projet médical partagé.

La mutualisation des fonctions support au sein des GHT poursuit alors plusieurs buts. Tout d'abord, elle dynamise (ou force) une collaboration entre les établissements. Contraints d'organiser ensemble ces fonctions, et plus précisément autour de l'établissement support, les acteurs du territoire tissent des liens. *Mutatis mutandis*, cette démarche peut rappeler la construction européenne par l'économie, par les « *réalisations concrètes, créant d'abord une solidarité de fait* » (*Déclaration du 9 mai 1950, Robert Schuman*).

Un autre but de cette mutualisation est de créer les conditions pratiques de coopération dans le projet médical. En effet, les pratiques professionnelles sont étroitement liées aux équipements utilisés ou aux logiciels. Si l'on veut que les établissements puissent échanger des informations dans le cadre des parcours de soins organisés par le GHT, il faut que leurs logiciels professionnels soient cohérents (notamment en adoptant le même éditeur ou en installant des « *ponts* » permettant la communication. À plus forte raison, pour envisager que des professionnels interviennent dans d'autres établissements du GHT, il faut qu'ils en maîtrisent les outils. Une certaine harmonisation semble donc nécessaire pour les fonctions supports telles que les achats ou l'informatique.

Les GHT, dans la façon qu'ils ont d'organiser les relations entre établissements sur le territoire, ont une tendance marquée à accentuer la distinction entre établissements supports et établissements partie. En fonction des établissements composant le groupement, cette

dichotomie centre/périphérie peut être plus ou moins marquée et acceptée. Dans un cas où l'établissement support est un CHU, la position de support semble assez naturelle. De même s'il existe une différence nette de taille entre le support et les autres. Dans les GHT où la place d'établissement majeur est contestée, on peut voir certaines tensions naître autour de la question. Dans le cas du GHT étudié, en tenant compte de l'existence d'établissements MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) de taille significative ainsi que des rivalités historiques entre les villes, la position de l'établissement support « *plus gros* » et « *central* » dans le département est à la fois une force et une faiblesse. Une force naturellement, car les organisations correspondent à une réalité nettement établie. Une faiblesse pourtant, car on voit régulièrement les responsables du CH support gênés de cette position et chercher à promouvoir un fonctionnement plus horizontal, plus participatif. Des tentatives d'organiser des réunions de GHT décentralisées ont ainsi existé au début de la mise en place du groupement, mais semblent avoir été mises de côté, car le choix d'un autre lieu que l'établissement support impose des délais de transport déraisonnables à certains participants.

Étape dans l'histoire des coopérations hospitalières, les GHT s'inspirent de la logique du groupe existant dans le secteur privé, et dont la pertinence économique s'illustre particulièrement dans le champ des achats.

B) En parallèle de la logique de groupe existant dans le secteur privé, les GHT peuvent offrir une réponse cohérente et performante

L'évolution du paysage sanitaire en France montre une concentration progressive des établissements privés autour de grands groupes. Ces regroupements leur donnent une capacité d'optimisation des moyens et une plus grande capacité à s'imposer sur le marché.

Dans une certaine mesure, les GHT peuvent avoir pour objectif de constituer une réponse publique à cette structuration afin de proposer sur tout le territoire concerné une offre de soins performante et cohérente. Concernant plus précisément les logiques d'achats, cette organisation repose en partie sur la théorie économique, qui montre qu'on peut optimiser les coûts en massifiant. L'organisation des achats en GHT doit aussi permettre de réinterroger les pratiques et d'aller vers une rationalisation des achats, notamment en réduisant le nombre de références achetées ou présentes dans les stocks dans tous les établissements.

Enfin, dans la mesure où il est très difficilement envisageable de faire monter en compétence les responsables achats de tous les établissements sanitaires, la mutualisation apparaît comme le seul moyen de les faire bénéficier d'une réelle expertise, juridique comme technique, sur le domaine des achats, avec en parallèle des difficultés de recrutement.

En continuité avec les modalités antérieures de coopération hospitalière, mais offrant une capacité de mutualisation supérieure, les GHT répondent à une logique solide. Sur un plan pratique et politique cependant, ils peinent parfois à mobiliser les établissements. Cette adhésion relative grève la capacité des GHT à être aussi efficaces qu'annoncés.

1.2 Une moindre mobilisation des établissements signe d'une faible adhésion au discours intentionnel

Dans les faits, la mobilisation des établissements pour s'organiser autour des GHT est assez inégale d'un groupement à l'autre. L'implantation des GHT est vécue comme une démarche plus « *top down* » que « *bottom up* ». Si le principe d'une coopération est ratifié, ses modalités pratiques peinent parfois à s'organiser, en particulier sur les achats. De fait, dans la construction des GHT, les achats ne semblent pas être une priorité stratégique (1.2.1). La démarche de création de la fonction achat de territoire, pensée pour être la plus souple et légère possible, montre des faiblesses d'organisation (1.2.2).

1.2.1 Dans la construction des GHT, les achats ne sont pas une priorité stratégique

Dans les GHT, la priorité stratégique repose essentiellement sur le projet médical partagé. La constitution d'une fonction achat intégrée ne constitue pas une condition *sine qua non* de la coopération, et donc ne se pose pas en priorité stratégique pour les établissements (A). À plus forte raison dans le champ des achats, les changements de pratiques induits par la fonction achat de GHT ne répondent pas toujours un besoin exprimé par les établissements (B).

A) D'un point de vue stratégique, les GHT ne reposent pas prioritairement sur les achats

L'injonction à fonctionner en GHT est globalement intégrée par les établissements, mais les achats ne sont pas une priorité et un objectif stratégique. Cela se manifeste à plusieurs niveaux. Dans chaque établissement, les achats sont rarement perçus comme une

direction régaliennne que le chef d'établissement va s'attacher à suivre de près, hormis le cas où cette personne a elle-même une expérience et des avis sur la question. La question des achats mobilise également rarement les professionnels médicaux ou non médicaux des filières de soin.

De fait, le GHT repose bien plus sur autre chose avant de reposer sur les achats. Évidemment, le projet médical est un élément clef. L'ensemble des projets qui y sont liés sont également perçus comme essentiels. Dans le GHT par exemple, on peut noter les projets autour de la biologie de territoire, de la télé radiologie, de la structuration de la filière gériatrique ou des enjeux autour de la permanence des soins en saison touristique.

Ainsi, l'inclusion de la fonction achats dans les compétences obligatoires de GHT est souvent vue plus comme une contrainte réglementaire que comme une opportunité : *« Dès le départ, j'ai considéré que sur les achats de GHT, on avait mis la charrue avant les bœufs, et suscité davantage de méfiance que d'engouement pour ce dispositif dans la mesure où les acteurs n'y voyaient pas l'intérêt. D'autant qu'à partir du moment où la majorité des gros établissements adhéraient déjà à des groupements d'achat, on pouvait s'interroger sur l'utilité de ce dispositif »* (Directeur de l'établissement support).

De plus, les sujets liés aux achats sont souvent sensibles, notamment ceux en lien avec l'alimentation ou ceux liés à la culture propre de l'établissement (habitudes, vêtements de travail...). Dans ce contexte, obtenir l'adhésion des parties prenantes est parfois difficile, d'autant que l'organisation des marchés au niveau du GHT conduit régulièrement à des changements de produits pour l'un ou l'autre des établissements, à des fins d'harmonisation. *« Sur les produits d'entretien, on n'a plus le choix, ce sont des produits génériques, c'est difficile à faire passer quand les équipes sont habituées à un autre. On avait eu un grand changement de produits en 1998 [sic.], mais les équipes avaient été impliquées dans le choix des produits et des matériels »* (Entretien avec le CH de E.).

D'où parfois une certaine lassitude devant les résistances : *« Je ne sais pas ce qui pêche à la formation de l'EHESP, mais ça fait 25 ans que je suis dans le métier, et les problèmes de coopération, ça a toujours été la restauration et la blanchisserie. C'est surréaliste »* (Directeur de l'établissement support).

Pour mettre en place de véritables coopérations territoriales, il est nécessaire que les acteurs des différents établissements publics du territoire se connaissent et communiquent. Or, en pratique, les liens entre hôpitaux ne sont pas évidents. Deux exemples dans le GHT permettent de s'en rendre compte. Le CH RDD est issu de la fusion de trois établissements EHESP – La fonction achat de GHT, quel bilan après 3 ans de fonctionnement ? – 2021 17

différents. La fusion a été opérée juridiquement en 2015. Ces trois établissements sont distants d'une dizaine de kilomètres. Or, avant que la fusion soit effective, les équipes ne se connaissaient pas réellement, sinon de loin, et en tout cas n'avaient pas des habitudes de travail ensemble (entretien hôpital de RDD). De même, dans le cadre de la direction commune autour de l'établissement support, les CH de L. et de P. sont distants de 12 km. La direction commune date de 2012. Or, lors d'une réunion sur place visant à articuler les projets SSR des deux établissements, le directeur relate (Directeur de l'établissement support) que les personnes présentes autour de la table ne se connaissaient pas : *« C'est là où ce n'est pas audible, on parle de projets et les gens ne se connaissent pas. On était loin de l'objectif de les faire travailler ensemble »*.

La priorité semblerait donc de faire travailler ensemble les acteurs du soin au travers de projets ayant trait à la prise en charge des patients. De ce point de vue, les liens interétablissements tissés par les achats de GHT ne peuvent être que positifs *« c'est sûr, plus on se voit, plus on travaille ensemble, ce ne peut être que positif »* (Directeur de l'établissement support), mais le cloisonnement des achats, sujet technique dans une fonction support, ne permet pas à ce jour d'œuvrer dans le sens d'un rapprochement fort des équipes. Tout au plus, les équipes de direction et les équipes « achats » se connaissent-elles mieux, avec toutes les limites d'une fonction support.

Si les achats ne sont pas vus comme l'axe stratégique prioritaire dans le domaine des GHT, le fait qu'ils ne répondent pas toujours à un besoin exprimé par les établissements, tout en obligeant à plus de lourdeurs, n'aide pas à mobiliser les énergies sur ce sujet.

B) La constitution d'une fonction achat de GHT ne répond pas à un besoin exprimé par les établissements

Si les principaux arguments en faveur d'une structuration des achats reposent sur les économies budgétaires envisageables, la sécurisation juridique et le respect de l'obligation juridique. Cela porte très différemment en fonction de la taille et du type d'établissement.

Pour les gros établissements, les économies substantielles ont souvent été faites avant 2018 surtout si les établissements ont eu des difficultés financières. Les gains les plus importants ne peuvent être fait qu'une fois pour toutes. *« Des économies, on n'en a fait guère plus. On avait fait l'effort avant, parce qu'on avait été pressés par notre PRE. Certains marchés nous ont apporté de sacrées bouffées d'oxygène. Les marchés d'énergie, on a gagné 200, 250 k€, rien qu'avec la consultation. C'est pas une paille. Mais ça ne se regagne*

pas tous les ans » (Directeur achat du CH de V.) Les gisements sont en effet souvent connus d'avance : l'électricité, le téléphone, le VPN, les énergies, les médicaments... une fois que ces leviers ont été actionnés, les gains sont marginaux : « *le ministère a bien compris, les gains achats sur le titre 3 des hôpitaux, c'est peanuts, y'a plus rien à gratter* » (id.). L'enjeu ici peut encore être d'entraîner les petits établissements dans la mise en concurrence sur ces segments spécifiques. Certains ont encore des contrats historiques où les prix sont bien au-dessus du marché, mais qui ne sont pas remis en question par la force des habitudes et par crainte de la lourdeur de la démarche.

Pour les « petits », la lourdeur du processus achat en GHT ne semble pas être compensée par les gains réalisés ou espérés. Très fréquemment, les établissements de petite taille ne faisaient pas de marchés publics, parce qu'ils étaient en dessous des seuils, ou qu'ils esquivait cette lourdeur : « *avant le GHT, on faisait très peu de marchés, et on n'était pas dans les règles forcément. S'il y avait un marché à publier, c'était très important, il y avait tout à faire, cahier des charges, tout à suivre... Pour des travaux, on passait par un AMO qui faisait tout ça. Réglementairement, beaucoup de choses passaient à la trappe. Mais en pratique, il n'y a pas lieu d'avoir une telle expertise dans un si petit établissement* » (Directrice CH de L.).

Mécaniquement, l'évaluation des seuils pour les marchés publics au niveau du GHT a fait basculer tout un pan des achats dans ces procédures. Cela est également valable pour les établissements de taille intermédiaire, qui pouvaient avoir recours à des procédures plus souples : « *depuis la fusion de nos 3 établissements, on était passés au-dessus des seuils, et il avait fallu créer un service achats dédié. Mais à certains moments on serait passés en MAPA (Marché à procédure adaptée) (typiquement les travaux), et à l'échelle du GHT, on passe sur l'appel d'offres, avec beaucoup moins d'agilité et beaucoup moins d'adaptabilité, et plus de délais* » (Entretien CH de RDD). Les gains à chaque marché ne sont pas toujours lisibles, mais les coûts, et surtout les cotisations d'adhésion aux groupements, sont très visibles.

Au niveau des gains en termes de sécurité juridique et de responsabilité, l'amélioration n'est pas toujours lisible. Le mécanisme de délégations de signatures en particulier est source d'inquiétudes et d'insécurité. « *On est dans un système qui n'est pas clair. C'est l'exemple typique pour les travaux. Les entreprises ont du mal à comprendre la différence entre le maître d'ouvrage et le pouvoir adjudicateur, ça ils n'avaient jamais connu un pouvoir adjudicateur différent du maître d'ouvrage* » (Directeur établissement support).

Le contrôle effectué par la cellule marchés est salué, mais il n'apporte une plus-value qu'en cas de marchés précisément : « *Par principe, les sociétés font des contentieux quand on a fait des consultations, si on n'en fait pas, c'est "pas vu pas pris", sauf en cas de contrôle de la CRC (Chambre régionale des comptes) qui pourrait y voir à redire* » (Responsable cellule marchés).

Les responsables des structures de proximité sont assez largement en recherche de simplicité dans les modes de fonctionnement. Aujourd'hui encore, l'habitude des « 3 devis » est assez forte. En comparaison, les centrales d'achat ont un fonctionnement lourd (engagement en prévisionnel sur des quantités), difficile à estimer.

Pour ces établissements, le lien avec le tissu économique local est également plus valorisé que dans les gros établissements. Or la massification demandée entraîne une concentration sur les acteurs les plus importants. D'un point de vue national, il y a des risques de constitution d'oligopoles ou de monopoles sur certains segments, et en local c'est une source d'inquiétude : « *Aujourd'hui, toutes les entreprises locales sont lâchées, on laisse les partenaires historiques de l'hôpital et on prend à la place des grosses entreprises* ». (Directrice du CH RDD).

Même en cas d'allotissement en apparence adaptés aux capacités des petites entreprises, le fonctionnement des marchés publics est bien souvent trop complexe pour elles. Afin de contrer ces désavantages, il pourrait être envisagé d'accompagner étape par étape ces partenaires pour les aider à répondre aux appels d'offres. Ce pourrait être l'aboutissement d'une démarche de *sourcing* efficace. Cette hypothèse soulève pourtant un certain nombre de questions.

Tout d'abord celle des principes de la commande publique, et notamment de l'égalité d'accès à la commande publique. Il n'est en effet pas évident de considérer qu'une personne publique prenant partie de soutenir un fournisseur puisse respecter ce principe. Ensuite, et c'est sans doute la question la plus décisive sur le plan pratique, une telle démarche nécessite d'importants moyens déployés dans les établissements. Il faudrait pour cela que les acheteurs soient en nombre suffisant, qu'ils soient suffisamment formés et qu'ils aient une connaissance suffisamment fine du tissu économique local. Or, dans beaucoup d'établissements, et en tout cas dans ceux du GHT étudié, ces conditions ne sont pas réunies.

Dans l'établissement support, cette critique n'est pas formulée, mais en revanche, la surcharge de travail, non intégralement compensée par le budget G, est très forte.

L'absence d'appropriation de la fonction achat de GHT au niveau stratégique conduite à des ambitions minimales, porteuses de fragilités internes.

1.2.2 La démarche de création de la fonction achats de territoire montre des faiblesses d'organisation

Dans le GHT, la création de la fonction achat de territoire a été pensée selon des ambitions minimales (A), d'où découlent des organisations voulues pour être les plus légères possibles, mais dont les faiblesses apparaissent progressivement (B).

A) La mise en place de la fonction achat montre des ambitions a minima

La constitution de la fonction achats de territoire, effective en 2018 semble avoir fait l'objet d'une certaine retenue dans le GHT. Les comptes rendus d'instance montrent plutôt une volonté de ne pas injecter plus d'argent avant même d'avoir eu des résultats. Les discussions autour du budget G et des temps RH qui y sont imputés peuvent être assez vives tous les ans. *« Au niveau du COSTRAT GHT, il n'y avait pas de consigne, il fallait que ça ne coûte pas plus cher. En sachant qu'il y a toujours des coûts, c'est la problématique d'imputation du temps de la cellule marché et du directeur des achats. Si on le fait payer, les établissements considèrent que c'est une charge pour eux, car ils ont quand même des agents ».* (Directrice achat de GHT)

En effet, les achats au niveau du GHT ne couvrent pas tout, en particulier l'ensemble de l'approvisionnement reste au niveau de chaque établissement, et nécessite donc d'y consacrer des ressources en temps agent. D'autre part, la computation des seuils fait tomber dans les marchés publics un grand nombre d'achats qui se faisaient de manière plus souple auparavant.

La quantité de travail (dont une part importante d'expertise juridique) a donc considérablement augmenté à l'échelle de l'ensemble des établissements. Ainsi, alors que la mutualisation des achats était parfois comprise comme générant des économies de poste par mutualisation, il s'est avéré qu'elle demandait en réalité des ressources supplémentaires pour faire face aux nouvelles demandes. Les réticences à contribuer aux charges de GHT et aux charges de cotisation aux groupements peuvent s'expliquer par ce décalage.

Au niveau des chefs d'établissement, membres du COSTRAT de GHT, il semble y avoir eu assez peu de décisions prises concernant les achats, laissant les adjoints

responsables se saisir des sujets. Il y a eu peu de communications claires, des compromis parfois contradictoires et des questions laissées en suspens.

« Ce qui peut être plus compliqué, c'est la liaison entre l'échelon des directeurs et celui des adjoints, où il n'y a pas forcément de clarté et de vision très claire de la stratégie des chefs d'établissement. En termes de gouvernance, je ne sais pas jusqu'où ils sont prêts à aller dans le rapprochement du GHT, il faut le deviner. » (Directeur achat CH de B.)

La faible appropriation de la réforme au niveau stratégique transparait dans les exigences a minima posées pour la fonction achats de GHT. Face à la crainte d'être submergés par une organisation tentaculaire, le choix d'un schéma le plus simple possible a été entériné.

B) Les schémas organisationnels semblent trop légers pour être efficaces

Au niveau des responsables achats dans les établissements, la formalisation des axes prioritaires et les modalités de fonctionnement ne sont pas non plus définies. Au lancement, les ressources ont été principalement le guide méthodologique de la DGOS et un accompagnement proposé par Uniha. Là encore, la volonté de faire simple a conduit à ne pas organiser dans les détails :

« Sur l'organigramme : on a fait plus simple. Le COSTRAT achat remplace les COPIL PAAT, COPIL CDG... nous c'est tout le "COSTRAT achat" » (Directrice achat GHT)
« Dans l'accompagnement Uniha, on avait dit qu'on voulait des structures légères » -(Id.) (cf. Organigramme en annexe). Les organisations proposées par le Guide méthodologique prévoyaient un nombre très important de responsables différents, bien plus que ce qu'il était raisonnable de prévoir dans le GHT.

Cette volonté se comprend facilement avec les contraintes d'agenda de chacun et dans un contexte où l'utilité réelle de ces montages n'est pas évidente, *« Le temps du GHT doit pas être bouffé par des aspects administratifs, or on voit bien qu'il y a une multiplication des instances qui se rajoutent à celles de chacun des établissements »* (Directeur établissement support)

Pourtant, cette stratégie de la légèreté et de la polyvalence des instances a des limites. Tout d'abord, elle n'élimine pas les difficultés de communication inter établissements, ni intra établissement : *« On est spécialistes des mille-feuilles, il y a des problèmes de*

reporting interne aux établissements par rapport aux différents échelons pour chaque dossier. Pour la paix des ménages, il appartient à chaque établissement de s'en occuper même si on peut leur dire, on ne va pas se mêler en interne et faire de l'ingérence » (id.)

Ensuite, elle rend le travail sur chaque sujet plus difficile. Le COSTRAT achat peut difficilement dans ces conditions être un lieu de travail sur l'ensemble des questions ayant trait aux achats en GHT. Lors des rencontres, l'ordre du jour est rapidement chargé et ne permet pas de tenir les délais tout en offrant à chacun la possibilité d'échanger. Il s'agit souvent plus d'un fonctionnement vertical, où les informations descendent et où les besoins remontent, que d'une instance de dialogue sur la stratégie à moyen et long terme sur les achats.

La difficulté à trancher apparaît par exemple sur l'organigramme, qui n'a jamais été formellement adopté, mais qui a fini par être déposé sur l'outil collaboratif de partage de documents du GHT, et dont les fonctions et les noms ne correspondent plus aux pratiques.

Concernant la stratégie, il n'y a rien eu de formalisé au début, « *La stratégie achat, la charte de fonctionnement n'est pas formalisée* ». Par la suite, il n'y a pas eu de lignes directrices adoptées ; « *On fait souvent les démarches parce que les opérateurs d'achat, Uniha, Resah, proposent des offres dans un domaine. Ça part d'une offre, rarement d'un bilan ou d'une analyse sur les dépenses* » (Directrice achat établissement support)

Le fonctionnement est alors caractérisé par la réaction aux sollicitations extérieures, faute de ligne directrice définie à l'avance. Au regard des moyens dont dispose la fonction achat au niveau du GHT, il semble toutefois difficile à ce stade de mener des actions proactives en devançant les sollicitations. On peut souhaiter qu'avec certains moyens supplémentaires, la fonction achats soit en capacité de se saisir davantage des problématiques et d'anticiper plutôt que de rattraper un retard accumulé. Cela devrait également permettre de se faire un relai plus efficace des priorités successives exprimées par l'ARS en matière d'achats.

Dispositif ambitieux, l'organisation de la fonction achat au niveau du GHT devait permettre d'amener cette fonction support à un seuil critique de viabilité, en agrégeant les besoins et les ressources des différents établissements. Forts de cette union, les établissements devaient pouvoir s'en saisir pour accompagner le déploiement d'un projet médical partagé. Cependant, dans les établissements du GHT, cette organisation n'a pas

féderé largement les énergies disponibles. Les exigences n'étaient pas porteuses de sens et les moyens à mettre à disposition, trop importants au regard de la capacité des hôpitaux. Pour dépasser le blocage, des ajustements à plusieurs niveaux semblent nécessaires pour remettre du sens et donner plus de moyens aux acteurs.

2 Dépasser le blocage nécessite de remettre du sens et de donner plus de moyens aux acteurs

L'ensemble des témoignages recueillis montre que le constat d'un blocage est partagé, pour des raisons multiples (2.1). Des pistes d'amélioration peuvent être envisagées pour pallier ces difficultés à différents niveaux, dans et hors du GHT (2.2).

2.1 Le constat d'un blocage est largement partagé au sein du GHT

Les raisons du blocage de la fonction Achat du GHT sont de deux ordres. Le premier est organisationnel, puisque de nombreux dysfonctionnements entravent la fluidité du processus (2.1.1). Le second tient au manque de moyens humains alloués à la fonction achats, entraînant une saturation de la cellule marché et une carence dans le pilotage (2.1.2).

2.1.1 De nombreux dysfonctionnements entravent la fluidité du processus

La fluidité de la fonction achat de territoire est entravée par un décalage entre les organisations théoriques et pratiques (A), ainsi que par des faiblesses dans la communication autour des achats de GHT, en interne comme dans les relations avec les autres acteurs du GHT ou des établissements (B).

A) L'organisation n'est pas fixe et définie, il y a un décalage entre les organisations théoriques et pratiques

La mise en place de l'organigramme et des modalités de fonctionnement de la fonction achat de GHT s'est faite dans un contexte contraint, devant la date fixée au 1^{er} janvier 2018 pour la consécration de la compétence exclusive de l'établissement support pour les marchés.

Dans les faits, la fonction achat a commencé à fonctionner sans avoir d'organisation précisément décrite et validée en dehors des instances les plus importantes. Or, comme le précise la directrice achat du GHT, pour avancer dans les projets, « *Le but n'est pas de faire que des COSTRAT, il faut aussi des gens qui participent aux groupes de travail techniques* ». Un certain nombre de projets ont ainsi démarré plus ou moins timidement. Faute de structuration forte qui vienne pallier le faible entrain des participants, ces débuts ne

se sont pas toujours concrétisés. Par exemple, le contrôle de gestion achats a commencé à être mis en place, puis s'est doucement endormi.

« Avant le covid, il y a eu des démarrages, timides. Le biomédical l'a fait, environ une réunion par an, c'est pas la fréquence qu'on espérait au début. Sur l'hôtellerie, Mme Z. est partie en formation. Pareil, M. F. n'a pas animé la filière restauration parce qu'il est tombé malade. Il avait lancé une réunion à CH B... Mais lancer des réunions ça ne fait pas tout, il faut se donner des plans d'action... Par exemple, faire du bio, on ne l'a pas acté, ça n'a pas été formalisé. On a essayé de faire coller l'organigramme du ministère et de le faire coller avec le GHT. » (Directrice achat du GHT)

Des revendications particulières sont également prises en compte de manière équivoque. En témoigne la composition du CODIR, composé à l'origine des directeurs achats des 3 établissements les plus importants en volume : CH de P (représentant également le CH de S, en direction commune), CH de B et CH de V). Une demande a été faite par le chef d'établissement du CH de N, tout particulièrement intéressé par les achats, pour y être intégré. Cette demande a été acceptée, alors que le CODIR avait vocation à réunir les directeurs adjoints en charge des achats, et non des chefs d'établissements, et alors que le CH de N arrive plus loin dans le classement des volumes d'achats. Cela a pu susciter l'incompréhension notamment de la direction du CH de R, représentant la 4^e part des achats en volume, et plus critique de l'organisation des CODIR achats par rapport aux COSTRAT. Or, l'observation des réunions CODIR, qui se sont tenues avec le plus de régularité pendant ma période d'observation (facilitées en cela par la souplesse permise par le nombre réduit et l'utilisation de la visioconférence), a montré que le Directeur de N n'était pas présent, soit parce qu'il était absent, soit parce qu'il n'était pas invité.

Avec le temps, une inertie semble s'être installée dans les différentes instances, les fréquences de réunions prévues ont été moins tenues. Suite à certaines difficultés, des acteurs se sont démobilisés et des groupes se sont retrouvés à l'arrêt sans que cela ait été acté ou ait fait l'objet d'une décision positive. Cela rend la compréhension du fonctionnement assez complexe. Si l'on se base sur l'organisation théorique (dont l'organigramme, même s'il n'a pas été validé officiellement, constitue l'expression la plus aboutie), on peut trouver des instances qui fonctionnent, des groupes qui n'ont jamais fonctionné, et des groupes en sommeil. D'où la synthèse : « *L'organisation est claire dans ma tête, mais elle n'est pas écrite, et ce qui est écrit n'est pas appliqué* » (Responsable de la cellule marchés).

Il est toutefois à noter qu'une autonomie a été laissée à chaque structure (filiales, groupes de travail...). Chacun est assez largement laissé à sa propre responsabilité et il y a une volonté de ne pas s'immiscer dans le domaine de responsabilité d'un autre. En prenant

en compte que tous les acteurs de la gouvernance ont par ailleurs des missions dans leurs établissements et que le GHT n'est pas vu comme une priorité absolue, l'engourdissement général ne semble pas avoir fait l'objet de réactions particulières.

Cette carence dans l'organisation collective hypothèque la construction de grands projets autour de la fonction achats. On constate en effet une dichotomie entre la gestion du « quotidien », qui fonctionne, car les personnes s'adaptent et créent des organisations quasi « coutumières » en marge de l'organisation textuelle, et la gestion au long cours, qui semble à l'arrêt. Ainsi, le suivi des marchés semble se faire bon an mal an, mais les projets de formation pour outiller les acteurs des achats dans les établissements sur le droit de la commande publique, et monter collectivement en compétence, se font avec plus de difficultés : « *La montée en compétence, je ne fais pas ce constat depuis 2019* » (Directeur achat du CH de B.). La montée en compétence — ou la perte de compétences — est liée de très près à la gestion des recrutements et des départs, plus qu'à la formation des personnes présentes.

La crise sanitaire à partir de mars 2020 a enfin mis un quasi-coup d'arrêt à la dynamique. Les efforts autour des achats se sont portés sur l'approvisionnement, en particulier des EPI (Masques, gants, sacs hydrosolubles...). Et les réunions qui se tenaient en présentiel n'ont plus été convoquées.

Les flottements dans l'organisation sont pénalisants, à plus forte raison quand ils sont cumulés avec des faiblesses de communication

B) La communication et le lien avec les autres fonctions du GHT

Dans le fonctionnement de la fonction achat du GHT, un certain nombre de difficultés peuvent être reliées à un défaut de communication, en interne ou vers les autres parties prenantes du GHT.

En interne pour la fonction achats de GHT

Il apparaît qu'il y a un manque de fluidité et de communication efficace entre les différents niveaux de responsabilité. Les chefs d'établissement réunis en COSTRAT GHT donnent peu de lignes directrices aux directeurs adjoints en charge des achats. Les

membres du CODIR (3 plus importants établissements) ont une facilité de discussion entre eux, mais n'ont pas mis en place une politique d'information de leurs échanges pour les autres établissements non membres du CODIR. Dans chaque établissement ensuite, les décisions prises ou les informations transmises lors des COSTRATS

De manière plus générale, l'absence de comptes rendus des instances CODIR et COSTRAT, comme des groupes de travail ne favorise par la circulation de l'information et la constitution d'une mémoire du GHT sur les sujets évoqués. Ce problème d'absence de comptes rendus a été en partie résolu pendant ma période de stage, et la directrice achat du GHT a systématisé l'envoi de ces comptes rendus. La question des comptes rendus a mis en évidence un fonctionnement peu intuitif du GHT et de la facturation de budget G : il n'y a aucun temps de directeur retracé, seulement celui de la fonction achats, et ce alors que le temps de la directrice achats du GHT, par exemple, est quasi entièrement consacré au GHT.

Ce choix avait été fait dans une volonté de simplifier les lignes RH du budget G, de mettre fin aux multiples refacturations de 0.1 ou 0.2 ETP, de retracer uniquement les personnes ayant un rôle technique dans la cellule achat et de trouver un compromis suite à la protestation de plusieurs établissements (au regard de la rémunération des directeurs, cette imputation grevait trop lourdement le budget G à leurs yeux).

La question du rôle exact attendu de la directrice achat au niveau du GHT est posée, dans la mesure où elle n'est pas retracée. De même, l'absence de temps de secrétariat imputé au GHT pour les achats est questionnable en termes d'efficacité si cette tâche doit être accomplie par la directrice.

La communication est ensuite rendue peu fluide par l'appropriation difficile des outils de la visioconférence et de l'informatique. Les habitudes de réunions ante covid étaient des réunions physiques, plutôt localisées à l'établissement support (qui a l'avantage d'être situé au centre du département). Si cela optimise les trajets au global, dans le détail cela fait loin pour certains établissements, qui sont donc souvent absents. Avec la reprise des COSTRAT Achats en période de décrue covid, une réunion a été tentée en laissant à la possibilité d'une multimodalité : présence physique ou Visio conférence. Au regard du nombre de participants et de la qualité hasardeuse de la connexion, cette réunion a pu être assez éprouvante, imposant de jongler entre la salle, les personnes en visioconférence et un établissement uniquement joignable au téléphone, à qui il fallait répéter tous les échanges au haut-parleur. Ce constat d'échec a conduit à ce que le COSTRAT suivant soit proposé uniquement en présentiel, ce qui a été bien plus confortable.

L'utilisation des outils informatique de partage de documents au sein du GHT fait l'objet d'un bilan contrasté. Le logiciel utilisé est jugé par certains totalement contre-intuitif, difficile à prendre en main. Au contraire, d'autres manifestent qu'ils n'ont pas de difficulté à l'utiliser. Il ne semble pas y avoir d'explication évidente à ces différences de perception. La principale critique remontée lors des entretiens est celle de la difficulté à savoir par quel marché l'établissement est concerné. On peut faire l'hypothèse ici que l'usage de l'outil de partage de documents est plus difficile quand le pilotage interne est moins abouti et que les tableaux de bord sur l'arrivée à échéance des contrats de l'établissement sont moins matures, sans certitudes sur la pertinence de la supposition.

Enfin, il y a une difficulté pour la cellule marchés à obtenir les informations nécessaires pour l'établissement des marchés : « *On a du mal à avoir les remontées des besoins* » (Responsable cellule marchés), nécessitant de nombreuses relances individualisées. Cela peut s'expliquer par une moindre sensibilité aux problématiques spécifiques aux marchés publics, mais surtout par la grande difficulté qu'ont les établissements à estimer leurs besoins avec précision à l'avance.

En externe par rapport à la fonction achats du GHT

La communication avec les autres fonctions du GHT (DIM, SI, projet médical...) n'existe pas de manière institutionnalisée. Cela n'est pas vu comme un frein, car la fonction achats est une fonction support, comme les autres, et que ce fonctionnement en silo n'est donc pas gênant. Les rapports les plus étroits sont peut-être ceux avec la fonction SI, qui a des besoins en termes d'achats pour des volumes importants et des situations complexes (achats très techniques et financements fréquents autour d'appels à projets, rendant peu lisible la répartition entre établissements, GHT, établissement support et groupes d'établissements de taille hétérogène).

En pratique, ces liens distendus ne posent pas de difficulté pour les achats, ils seraient même superfétatoires s'ils existaient, mais conceptuellement, cela montre les limites du GHT abordé fonction par fonction.

Si les difficultés d'organisation et de communication sont gênantes pour la fluidité des procédures, elles peuvent raisonnablement être revues avec les seules personnes

concernées. En revanche, le manque de moyens humains alloués à la cellule marchés et au contrôle de gestion est bien plus préoccupant.

2.1.2 Les carences dans le pilotage et les moyens de la cellule marchés conduisent à une situation de saturation

Le cœur de la fonction achat de territoire fait face à un manque de moyens humains évident, ce qui conduit à un goulet d'étranglement au niveau de la cellule marchés (A) et à un pilotage quasi aveugle pour le contrôle de gestion achat (B).

A) La saturation de la cellule marchés constitue un goulet d'étranglement et pose la question des moyens RH

Le constat du blocage de la fonction achat au niveau de la cellule marché est unanimement fait. La cellule marchés constitue en effet un « goulet d'étranglement » connu depuis 2019 (Compte rendu du comité stratégique restreint GHT Dordogne 21 novembre 2019). La source du blocage est un sous-dimensionnement RH par rapport à la quantité de travail requise.

Un premier élément concourant à cette saturation est lié à la computation des seuils des procédures. La prise en compte des montants cumulés au niveau du GHT à partir de 2018 a entraîné hausse de la charge de travail globale sur le GHT. Une masse très importante d'achats qui passaient sous les seuils se sont retrouvés agrégés et donc d'un montant exigeant un marché public formalisé. Cette computation nécessite donc davantage de temps agent pour subvenir aux besoins d'achats. De plus, le temps supplémentaire nécessaire est un temps au niveau de la cellule marchés, donc qualifié en particulier au niveau juridique. Alors que la logique habituelle économique d'un groupement est de faire des économies d'échelles pour faire autant avec moins de ressources, ou pour faire mieux avec autant, cette nouvelle modalité oblige à consacrer plus de ressources, sans nécessairement que les établissements déclarent de tels besoins.

La tension entre besoins et moyens a été aggravée par une réduction des compétences et des effectifs à l'échelle du GHT, notamment un départ sec et un départ remplacé par une personne moins qualifiée. Cette réduction peut en partie être imputée à la volonté de ne pas payer « 2 fois » c'est-à-dire de ne pas avoir en interne certaines compétences ou un certain volume de temps agent alors que la constitution du budget G et

notamment de la cellule marchée impose la facturation aux établissements d'une quotité de la rémunération des agents mutualisés.

À ce jour, la cellule marché est composée d'une personne à temps plein et de deux personnes à 0,2 ETP chacune. Au regard du nombre d'établissements (11), cela est totalement sous-doté par rapport aux autres GHT.

La qualité professionnelle de la responsable de la cellule marché est très largement reconnue dans le GHT : « *Je fais totalement confiance. Mme [responsable cellule marchés] est une personne d'une grande qualité professionnelle. Je fais confiance parce que je le vois [...] la cellule marché est capable de valider ou de retoquer des choses, de façon précise et aidante* » (Directeur achat CH de B)

Cette efficacité a vraisemblablement conduit à un « effet rebond », en compensant la trop forte charge de travail, donc la situation n'est pas devenue alarmante trop vite.

Aujourd'hui cependant, la saturation est bien trop forte et il semble nécessaire d'étoffer davantage la cellule. Cette situation est également fragile, car elle ne repose que sur une personne. Cela rend le GHT très vulnérable si l'on envisage un départ ou un arrêt par exemple. La surcharge travail diminue ensuite la sécurité juridique : « *Le risque juridique existe toujours, je suis souvent interrompue dans les tâches, donc tout ne peut pas être contrôlé, vérifié* » (Responsable cellule marchés)

Enfin, cela empêche de réaliser toutes les missions de la fiche de poste (notamment les formations juridiques prévues pour former les acteurs du GHT sur les achats).

Si la gestion quotidienne est ralentie par le manque de moyen de la cellule achats, la stratégie à plus long terme peine à se mettre en place avec l'absence de contrôle de gestion achat efficace.

B) Le pilotage des gains se fait largement à l'aveugle

Au niveau du GHT, le contrôle de gestion achats ne fonctionne pas.

Le contrôle de gestion achat a été en partie monté au début (3 noms sur l'organigramme, issus de différents établissements), mais n'a jamais abouti. Des premières cartographies ont été établies avant 2018 pour préparer la mutualisation.

Les remontées sont inégales entre établissement dans la fréquence et l'exhaustivité. Une difficulté majeure identifiée pour agréger les remontées des établissements est l'utilisation du plan comptable de façon différente par chacun. Tous les établissements n'ont pas la même finesse dans la racine des comptes utilisés. D'autres ont ou ont eu des comptes qui n'existaient pas ou plus dans la M21 (Entretien contrôleur de gestion). Ici, une utilisation des remontées nécessite de trouver un dénominateur commun ou de créer des tables de correspondances, à mettre à jour tous les ans.

Les codes fournisseurs utilisés sont également propres à chaque établissement, de telle sorte que si aujourd'hui il existe une possibilité de traiter les données remontées, mais sans remise à plat des bases de chaque établissement, cela n'a pas beaucoup de sens (un même fournisseur peut être présent sous 3 noms différents, ce qui rend inutilisable l'exploitation des données).

Avec 6 GEF différentes sur le GHT, il n'y a à ce jour aucun moyen de contrôler ce qui est fait dans les établissements pour l'établissement support. Il est possible d'espérer que le déploiement du SI-Achats et l'utilisation des nomenclatures DGOS permettront de faire remonter l'information de façon transparente pour les établissements en étant directement intégré aux GEF. Cependant, sans remise à plat des bases, les données ne pourront toujours pas être exploitées utilement. Le déploiement d'un SI-Achat a enfin un coût non négligeable.

À ce jour, les remontées des établissements sont incomplètes, la fréquence est variable d'un établissement à l'autre, mais dans la mesure où ces données ne sont pas exploitées, les données ne sont pas non plus réclamées par l'établissement support.

Au niveau des établissements, l'identification des gains achats est complexe et déconnectée des préoccupations quotidiennes. *« Ce qui est compliqué à comparer : c'est en changeant de fournisseurs, on ne peut pas savoir si on y gagne ou si on y perd. Les périmètres ne sont pas les mêmes »*. (Responsable achat CH de L.). Les périmètres sont rarement identiques. En pilotage au quotidien, les gains achats ne sont pas utilisés. Dans la continuité, le PAAT ne fonctionne pas comme un outil au quotidien dans le GHT. C'est une obligation formelle qui prend du temps, mais ne sert pas. *« Le PAAT Dordogne ne peut pas être exploité. Il est vide, et on sent bien que ce n'est pas travaillé tout au long de l'année. L'idée n'est pas de déranger les établissements pour leur demander de tout saisir en novembre pour janvier. Le PAAT doit être utilisé tout au long de l'année pour voir l'évolution. Cela s'ancre dans une méthode de travail, et il faut des personnes pour le gérer »* (Chargée de mission performance à l'ARS). On voit que la tutelle a conscience que l'outil des gains

achats n'est pas toujours pertinent « *J'ai l'impression que la DGOS nous entend de plus en plus, on n'est pas la seule région à faire remonter.* » (*id.*), qu'il y a une remise en question et un questionnement sur « comment faire pour que les directeurs achats soient entendus dans les établissements ? ».

Concernant le contrôle de gestion achat au niveau du GHT, il y a un phénomène autoentretenu dans le sens du statu quo. On n'en voit pas l'utilité, donc on n'y consacre pas de moyens et donc cela ne peut pas fonctionner.

À côté, il faudrait consacrer du temps à se comparer, avec les autres établissements du GHT, avec les résultats des vagues Armen secteur par secteur, mais cela prend beaucoup de temps alors que le quotidien est déjà embolisé par la gestion à plus court terme.

2.2 Des pistes d'amélioration peuvent être identifiées à différents niveaux

Au regard des dysfonctionnements constatés, des pistes d'amélioration peuvent être identifiées. Elles ont trait tant, de manière structurelle, à la nature juridique et au fonctionnement des GHT au niveau national (2.2.1), que de manière plus conjoncturelle, au niveau du GHT, à la manière dont ces dispositifs sont organisés et fonctionnent (2.2.2).

2.2.1 Au niveau national, des ajustements sont à envisager

Dans la forme actuelle des GHT, le modèle est « au milieu du gué » et il semble nécessaire de franchir un cap dans l'intégration (A), tout en rationalisant les exigences de reporting (B).

A) Nature et rôle des GHT : vers plus d'intégration ?

La nature actuelle des GHT montre un paradoxe : en constituant les GHT sans leur donner de personnalité morale, le législateur pourrait sembler à première vue brider leur développement. On voit que dans un modèle de management plutôt participatif, l'absence de personnalité morale bloque le processus en donnant une place particulière à l'établissement support. L'établissement support se trouve par la force des choses contraint à endosser la politique du groupement en son nom propre. On pourrait se dire que cela montre le choix de

ne pas créer d'entité juridique supplémentaire chapeautant l'ensemble des établissements, pour diminuer les peurs de disparition ou de dilution des établissements partie.

Pourtant, il apparaît plutôt que ce choix oblige les groupements à entrer dans une intégration bien plus forte, au travers notamment du jeu des directions communes, pour disposer des moyens d'une politique unique et d'une gestion efficace. Dans sa thèse professionnelle, Florence Marques rapporte notamment certaines inquiétudes autour des GHT dans leur état actuel (sans personnalité morale et incitant à la mise en place de directions communes). Il s'agirait d'une « *“pré-fusion” constituant un entre-deux périlleux* ». La formule choisie conduirait à « *ménager les apparences en conservant un semblant d'autonomie aux établissements parties tout en rendant obligatoire un dispositif reposant sur un transfert de compétences au bénéfice d'un établissement support* » (MARQUES, F., 2018, *Groupement Hospitalier de Territoire – Comment faire d'une contrainte une opportunité ? L'exemple de la fonction achats mutualisée*, Thèse professionnelle, EHESP)

La création même du GHT, en son caractère obligatoire, montre bien que le « *principe de coopération volontaire entre pairs* » est dépassé (Rapport d'information à l'Assemblée nationale)

En particulier, le mécanisme des délégations de signature pour réaliser des achats hors marché révèle l'incongruité du dispositif.

Le transfert de compétences au directeur de l'établissement support a mécaniquement supprimé la compétence des directeurs d'établissement partie en la matière. Une délégation de signature est donc nécessaire pour la continuité de l'activité. Or une délégation de signature est possible dans les textes entre un supérieur hiérarchique et son subordonné dans le cadre d'une même administration. En conservant l'autonomie juridique des établissements partie, ce lien hiérarchique n'existe pas et il n'est pas possible de déléguer la signature du directeur de l'établissement support aux directeurs des établissements partie. (Un décret complémentaire du 4 mai 2017 accompagné d'une instruction interministérielle venant clarifier ce point). La solution étant de confier à des agents de l'établissement partie l'exécution de tâches dans le domaine des achats, par délégation de signature du directeur de l'établissement support, en excluant les chefs d'établissement de cette liste. Cette solution est solide en droit, mais en opportunité elle crée des circuits contraires au mode de fonctionnement des établissements : « *Surprise en arrivant : l'absence de signature des directeurs d'établissement de CH sur les investissements. En termes de pertinence, cela pose question, en interne les adjoints des*

cadres ou les adjoints administratifs achèteront quand même si on leur demande...»
(Directeur CH de SA)

Le statu quo semble difficile à maintenir.

L'hypothèse la plus naturelle pour une évolution des GHT serait de les doter de la personnalité morale. L'avantage le plus évident est celui de la simplification, notamment à l'égard des délégations de signature ou de l'élaboration du Budget G. Pour les tiers, et notamment dans la conduite d'opérations de travaux, cela simplifierait la compréhension du mécanisme. Au niveau de la gestion des ressources humaines, on retrouverait les mêmes difficultés qu'actuellement, dans les établissements autres que le support ou les plus importants, il serait toujours aussi difficile de détacher une personne ou une quotité suffisante de temps d'une personne pour le GHT.

Un GHT avec personnalité morale risque enfin d'être dilué dans la masse des personnes morales dans le domaine sanitaire et d'ajouter une couche de plus, ce qui ne faciliterait pas son acceptabilité.

« La direction commune n'est pas toujours un vecteur d'intégration, il n'y a qu'à voir sur le SI, au sein du groupe des 4 établissements, on a un catalogue applicatif sympathique. C'est sans doute un facteur qui peut à un moment faciliter les choses, mais l'essentiel n'est pas là. Sur des projets comme la biologie de territoire, il y a une difficulté de mener des dossiers de mutualisation ou qui sont en lien avec le projet médical. L'enjeu stratégique est plutôt là sur le projet médical, médico technique » (Directeur de l'établissement support).

La direction commune est souvent vécue comme un préalable à une fusion ultérieure, ce n'est pas un stade totalement abouti. Par ailleurs, une convention de direction commune est juridiquement fragile et peut être remise en cause. On peut également tirer de cette remarque du directeur de l'établissement support l'enseignement que le point stratégique est bien celui du projet médical et médicotechnique. Il nécessite une volonté univoque et affirmée de la part de la gouvernance comme de la communauté médicale pour être mis en œuvre. Au regard des historiques et des rivalités pouvant exister entre établissements, on peut se risquer à prédire que cela prendra du temps et nécessitera des efforts poussés de conviction. En ce sens, une fusion semble plus à même *in fine* de remplir les objectifs assignés aux GHT. La plus forte résistance ne vient peut-être pas des acteurs sanitaires, qui ont pour la plupart une conscience forte des enjeux de rapprochement entre établissements, mais plutôt des acteurs politiques locaux, à qui tout rapprochement fait craindre la disparition prochaine d'un service public de santé sur leur territoire.

Cette solution étant plutôt radicale au regard de l'existant, le mécanisme de la direction commune semble être une modalité pratique transitoire nécessaire. Quoi qu'il en soit, le maintien d'un *statu quo* paraît dangereux, il risque de saper encore plus l'adhésion —déjà relative — des acteurs aux groupements locaux.

Les initiatives visant à renforcer le fonctionnement « actuel » des GHT, tels que les projets de Commission Médicales de Groupement (CMG) semblent en décalage avec les pratiques du terrain, et bien trop prématurées en l'absence de réelle intégration. Au lieu de favoriser l'intégration, il est à craindre qu'elles alimentent les accusations de déconnexion.

« Après, dans le Ségur, sur la base du volontariat, une CMG qui se substituerait aux CME... Ne peut se faire qu'avec un avis unanime des CME et des conseils de surveillance, on ne va pas perdre de temps à lancer ça. C'est encore mettre la charrue avant les bœufs, les gens diraient "ça sert à quoi" ? le PCME de n'importe quel établissement va demander si ça va servir à quelque chose, il y est au charbon, lui. Encore un texte en dehors de la réalité. » (Directeur de l'établissement support)

La multiplication de propositions nationales, perçues dans les territoires comme peu à même d'améliorer la situation et déconnectées, engage la crédibilité des porteurs du projet de GHT

Enfin, ces pistes diverses ne changent rien sur deux questions pourtant importantes pour l'organisation des soins sur un territoire : le lien avec les établissements privés, et le lien avec la ville.

B) Des changements dans la façon de fonctionner s'imposent, en particulier sur la pratique du reporting.

Il pourrait spontanément être envisagé de revenir sur la computation des seuils au niveau du GHT afin de donner de la souplesse à l'ensemble du dispositif et faire échapper les plus petits établissements au formalisme des appels d'offres. Cette hypothèse ne peut cependant pas être retenue, elle pose tout d'abord un problème juridique au regard de la compétence exclusive de l'établissement support en matière de marchés publics. Elle pose ensuite un problème de cohérence du dispositif, sans cette computation, les marchés publics ne concerneraient que rarement les achats des plus petits établissements et cela risque de conduire à une démobilitation.

En revanche, le relèvement des seuils (passage du seuil des marchés dispensés de tout formalisme de 25 000 à 40 000 € le 1^{er} janvier 2020) semble une bonne initiative.

Concernant le reporting exigé, on ne peut que souscrire à la recommandation n° 3 du rapport d'information de l'Assemblée nationale :

« Remettre à plat la notion de gain d'achat, en la remplaçant par un indicateur permettant d'apprécier réellement la performance des achats hospitaliers, fondé sur les économies budgétaires effectivement réalisées par les hôpitaux et consolidées avec un haut niveau de fiabilité »

Un indicateur fondé sur des économies budgétaires serait plus facile à construire, plus fiable, et consommerait moins de ressources humaines en contrôle de gestion. Au niveau des établissements, il pourrait permettre un dialogue de gestion avec le pôle financier. Il permettrait probablement de remettre du sens et donc de faciliter l'appropriation par les acteurs de la fonction achat, ainsi que la communication.

Agrégée au niveau national, les données seraient plus fiables et vérifiables.

Ce changement d'indicateur ne doit pas compromettre les initiatives de partage des bonnes pratiques, en particulier les compilations issues des vagues Armen ou à l'intérieur de chaque GHT.

2.2.2 Au niveau des GHT, il est nécessaire de se saisir de la question à court terme

Les recommandations proposées ci-dessous sont issues du bilan de l'audit que j'ai mené pour la fonction achat de territoire du GHT. Ce bilan a fait l'objet d'une restitution lors du COSTRAT Achats du 1^{er} juillet 2021.

Les recommandations sont à distinguer entre celles relevant de la compétence des chefs d'établissement (A), et celles relevant de la compétence des responsables achats (B).

A) Au niveau de la compétence des chefs d'établissement

La compétence des chefs d'établissement, réunis en COSTRAT de GHT peut se diviser en deux axes. Le premier est de fixer des objectifs pour la fonction achat de territoire, le deuxième étant de donner les moyens nécessaires.

Fixer des objectifs

Dans la fixation des objectifs, le GHT devrait pouvoir se doter d'axes stratégiques, d'orientations prioritaires dans le domaine des achats. Ils pourraient être en lien avec des axes structurants d'un projet de GHT, par exemple le renforcement massif de la sécurité informatique, fonction mutualisée au niveau du GHT (et dont les besoins sont en totale inadéquation avec les moyens alloués). Il pourrait être également être choisi de s'attarder sur un type d'équipement en lien avec une pratique médicale à développer en commun, comme sur l'imagerie ou la biologie. D'autres objectifs de GHT pourraient enfin être déterminés sur des questions montantes, telles que les économies d'énergie, avec l'entrée en vigueur attendue de mesures du décret tertiaire.

D'autres priorités, plus axées sur la seule fonction achat pourraient être déterminées, tel que la préparation à l'application de la loi Egalim. Cette loi d'ampleur inédite dans le secteur de la restauration exige des établissements des changements de pratiques, dans les achats et dans les processus de restauration, notamment pour entériner la fin du plastique à usage unique ou porter à 30 % la part du bio (et 50 % la part de produits labellisés). Cette orientation correspond à une obligation réglementaire et semble être une demande forte de plusieurs établissements du GHT. L'augmentation significative de la part de produits issus de l'agriculture biologique et des produits locaux nécessite un travail très important au niveau des achats, d'identification des besoins, des fournisseurs (dans un contexte où ils devraient être beaucoup plus nombreux qu'à ce jour), de maîtrise des coûts et de réflexion sur les pratiques (par exemple, adaptation des menus en diminuant la part carnée, dans un objectif de maîtrise de coûts et d'empreinte carbone). Cet axe serait assurément un élément important de l'identité des établissements, d'attractivité, de santé publique et de lien avec le territoire (économie locale), mais demandant un travail important.

On pourrait encore envisager des objectifs d'uniformisation des achats sur certains segments, par exemple celui des gants (à l'échelle du GHT, on retrouve des gants nitriles, vinyles et latex, avec des pratiques professionnelles variées). Cela permettrait de simplifier le nombre de références sur ces segments, à condition de mener également un travail d'harmonisation des pratiques professionnelles et faciliterait une logistique de territoire (dont les dépannages informels).

Par ailleurs, si l'objectif unique des achats à l'échelle du GHT est de réaliser des économies budgétaires (ce qui semble tout de même peu probable), il serait préférable de l'indiquer clairement, ce qui donnerait des orientations à l'ensemble des actions achats.

Ces axes ne pourraient évidemment pas se développer au détriment du quotidien, mais la définition de priorités permettrait d'avoir plus de sens et plus d'efficacité en ciblant certaines actions. Toutes choses égales par ailleurs, elles consommeraient plus de moyens humains, au niveau du GHT et dans les établissements.

Donner plus de moyens

Avec 1 ETP à temps plein sur la cellule marchés de territoire et deux personnes à 0,2 chacune, la cellule marchés est de toute évidence sous-dotée par rapport à la masse de travail venant des 11 établissements du GHT. Cette situation est connue et fait l'objet d'un consensus large sur le besoin de recrutement pour donner de l'air aux marchés du GHT. Ainsi, dans la présentation faite au COSTRAT achat le 2 juillet, j'ai présenté la conclusion suivante : l'effort minimum correspondrait au recrutement d'au moins 1 ETP supplémentaire cellule achat, qualifié pour les marchés publics, et 0,5 ETP en contrôle de gestion.

Dans les échanges qui ont suivi la présentation, un consensus a semblé se dégager sur la nécessité de demander le renfort de la cellule marchés. La possibilité de doter la fonction « contrôle de gestion achats » de moyens humains est, elle, plus compromise. Le directeur des achats du CH de V., rappelant la situation financière de l'établissement, a annoncé qu'il approuvait la demande de renforcer la cellule marchés, mais qu'à choisir entre les deux, il ne prioriserait pas le contrôle de gestion. La proposition a recueilli l'assentiment des présents.

De façon opérationnelle, il faut attendre que cette demande soit portée au niveau du COSTRAT de GHT pour que les chefs d'établissement puissent se prononcer dessus.

Il est à espérer que la proposition soit acceptée pour désengorger un tant soit peu la cellule marchés, même si « *Ça ne sera pas du tout suffisant* » (Responsable cellule marchés)

Concernant le contrôle de gestion, il est dommage que cette proposition ne soit pas retenue, mais il semble, à choisir, plus rationnel de prioriser la cellule marchés.

Si une appropriation du sujet des achats par les chefs d'établissement du GHT est indispensable, l'action des responsables achat l'est tout autant.

B) Au niveau de la compétence des responsables achats

Une première action à mener pourrait être de remettre à plat l'organigramme et de définir une politique de communication interne et externe. Dans ce domaine, Monsieur R.,

attaché d'administration hospitalière, en stage à l'établissement support dans le cadre d'une formation d'adaptation à l'emploi devrait pouvoir apporter des premiers éléments de clarification en élaborant un RACI (*Responsible/Accountable/Consulted/ Informed*) valable pour les marchés de travaux. Une réflexion collective sur l'usage de l'outil de partage documentaire Alfresco pourrait également être utile, pour cerner les besoins de chacun et les mettre en regard des possibilités techniques offertes par l'outil.

Dans la continuité de la proposition de recruter plus de moyens humains, il revient aux responsables achats, et en particulier membres du CODIR d'affirmer de manière plus insistante et argumentée la nécessité de consacrer plus de moyens au niveau du GHT aux achats.

Concernant la stratégie générale des achats, un bilan pourrait être à tirer autour des gains liés à la massification et de leur potentiel épuisement. Cela permettrait peut-être de clarifier une politique de recours ou non aux centrales d'achat, segment par segment et de fixer des lignes directrices pour plus de prévisibilité de la politique achat de territoire.

Avec le soutien d'un acheteur, éventuellement à recruter selon les segments, il serait nécessaire d'analyser et d'interroger les pratiques professionnelles pour se rapprocher davantage du juste besoin et d'une conception de groupe. Par exemple, l'organisation et la rationalisation des commandes pourraient permettre de mutualiser les livraisons, ce qui représenterait un gain budgétaire non négligeable en fonction des segments et de s'orienter progressivement vers des démarches de sobriété énergétique et de développement durable. Ces démarches s'inscrivent dans une réflexion sur la logique de territoire et en particulier de véritable plateforme, en articulation étroite avec les fonctions logistiques.

Conclusion

Le constat principal de cette étude sur la fonction achat de GHT 3 ans après sa mise en place est que l'idée d'une simple coopération est dépassée : *Volens nolens*, les institutions sont posées et obligent les acteurs à évoluer dans ce contexte.

Dès lors, à court terme il appartient aux acteurs des GHT de se saisir pleinement des possibilités offertes par ces dispositifs par une politique volontaire d'intégration. Sans cette appropriation, il est peu envisageable de parvenir à un fonctionnement efficace.

À plus long terme, les pouvoirs publics doivent également savoir tirer des conclusions des différents rapports publiés sur la question des GHT et plus particulièrement des achats en GHT. La forme actuelle ne peut être que temporaire avant d'entrer dans un système bien plus intégré, a minima par un GHT doté d'une personnalité juridique, au mieux par le développement des directions communes et des fusions entre établissements membres.

Dans le GHT observé, les conséquences d'ambitions formulées a minima et d'organisations insuffisamment structurées sont décrites par les personnes interrogées. Dans le cadre de la mission de stage qui m'avait été confiée, j'ai proposé une présentation du constat et des préconisations au niveau du GHT. J'ai conscience que ces orientations sont difficiles à mettre en œuvre et demandent des moyens et un engagement important pour les établissements, mais je pense qu'elles montrent une direction souhaitable.

L'idée de coopération entre établissements, l'horizon d'une offre de soin accessible et graduée sur le territoire comme l'objectif d'une fonction achat mutualisée plus efficace sont autant de buts louables à poursuivre dans le système sanitaire français. Il ne faudrait pas que, du fait d'une organisation trop complexe et d'outils inadaptés, ou du fait d'une réticence des acteurs, cette vision dégénère en un système malade de son inefficacité, ou pour reprendre Charles Péguy :

« L'intérêt, la question, l'essentiel est que dans chaque ordre, dans chaque système la mystique ne soit point dévorée par la politique à laquelle elle a donné naissance. »

Charles Péguy, *Notre jeunesse, Les Cahiers de la quinzaine*

Bibliographie

Articles — Ouvrages

- BEAULIEU M, REBOLLEDO C, 2019 « Repenser la performance de son groupe d'achats », dans Supply chain Management de la santé, EMS Editions, pages 345 à 359.
- Direction des Affaires juridiques, Fiche « Les marchés sans publicité ni mise en concurrence préalables », mise à jour le 01/01/2020
- DGOS, *Guide méthodologique – La fonction achat des GHT*, édition mai 2017
- DGOS, Note, Formation à la méthodologie de calcul des gains, 2014
- QUENIER, T., « La superposition de plusieurs GCS autour de Quimper brouille de déploiement du GHT », Hospimedia, 26/03/2021
- MARQUES, F., 2018, *Groupement Hospitalier de Territoire – Comment faire d'une contrainte une opportunité ? L'exemple de la fonction achats mutualisée*, Thèse professionnelle, EHESP
- MOURIER, A., 2018, « Chapitre 3. L'achat hospitalier » in LOUAZEL M, *Le management en santé*, Presses de l'EHESP, disponible en ligne <https://www.cairn.info/le-management-en-sante---page-257.htm>
- NORDMANN, J.-P., « La gouvernance des GHT en 2019 », Gestion Hospitalière n° 581, décembre 2018
- VIGNERON, E., 2018, « Histoire et Préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Bull. Acad. Natle Méd., [en ligne], [consulté le 27/07/2021], disponibilité : <http://www.academie-medecine.fr/histoire-et-prehistoire-de-la-cooperation-hospitaliere-et-des-groupements-hospitaliers-de-territoire-ght/>
- VINCENT, B. ; MONTALAN M., « Facteurs clés de la performance collective de groupements d'achats de produits de santé », Journal de gestion et d'économie médicales, 2014/1 Vol. 32 | pages 11 à 24
- VINCENT, B. ; MONTALAN, M., « Prise en compte de la complexité dans la mutualisation des achats hospitaliers », Projectique, 2011/2 n ° 8-9, pages 107 à 116

Rapports

- *Les achats hospitaliers, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Cour des comptes, juin 2017
- *Les groupements hospitaliers de territoire*, Octobre 2020, Cour des comptes
- Insee Analyses, Aquitaine – Limousin – Poitou – Charentes, n ° 21, avril 2016
- *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la politique d'achat des hôpitaux*, Présenté par Jean-Carles GRELIER, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 décembre. 2019)
- *Sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux groupements hospitaliers de territoire (rapport d'information)*, d'Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, enregistré le 8 octobre 2020 à la Présidence du Sénat

Textes juridiques

- Loi n ° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires « HPST »
- Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous « EGALIM »
- Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification « Rist »

Liste des annexes

1. Organigramme
2. Typologie des hôpitaux
3. Liste des entretiens réalisés
4. Guide d'entretiens utilisé

2. Typologie des hôpitaux

(Source : données FHF Lits et places)

- **CH de P (établissement support) : 1284**
(Médecine : 377/Chirurgie : 104/Gynéco-obstétrique : 40/Psychiatrie : 121/Moyen séjour : 51/Hébergement : 547/HAD : 44)
- **CH de B. : 411**
(Médecine : 112/Chirurgie : 34/Gynéco-obstétrique : 24/Long séjour : 50/Hébergement : 125/ SSIAD : 66)
- **CH de V :: 406**
(Médecine : 5/ Psychiatrie : 324/ Moyen séjour : 20/ Hébergement : 57)
- **CHIC RDD : 660**
(Médecine : 25/ Moyen séjour : 60/ Long séjour : 60/ Hébergement : 390/ SSIAD : 125)
- **CH de S. :: 333**
Médecine : 85/ Chirurgie : 5/ Gynéco-obstétrique : 15/ Psychiatrie : 53/ Moyen séjour : 30/ Long séjour : 40/ Hébergement : 85 HAD : 20
- **CH de N : 346**
Médecine : 4/ Moyen séjour : 28/ Long séjour : 30/ Hébergement : 193/ SSIAD : 91
- **CH de E. : 254**
Médecine : 10/Moyen séjour : 40/Hébergement : 150/SSIAD : 54
- **CH de L. : 160**
Moyen séjour : 120/Hébergement : 40
- **CH de SA : 255**
Hébergement : 205/SSIAD : 50
- **CH de D : 170**
Médecine : 11/Moyen séjour : 21/Hébergement : 98/SSIAD : 40
- **CH de BV : 201**
Médecine : 10/Moyen séjour : 25/Hébergement : 106/SSIAD : 60

3. Liste des entretiens réalisés

<p>CH R. (en présentiel)</p> <ul style="list-style-type: none">• Mme D., Directrice• Mme C., Directrice logistique, achats, hygiène• Mme L., Directrice achats, finances, bureau des entrées <p>CH de N. (en présentiel)</p> <ul style="list-style-type: none">• M. F., Directeur• Mme R., Adjointe administrative en charge de l'économat <p>CH de SA. (par téléphone)</p> <ul style="list-style-type: none">• M. BT., Directeur <p>CH de E. (en présentiel)</p> <ul style="list-style-type: none">• M. BB., Directeur• Mme R., AAH• Mme B., Responsable finances <p>CH de V. (en visioconférence)</p> <ul style="list-style-type: none">• M. DM., Directeur des achats, travaux, logistique <p>CH de B. (par téléphone)</p> <ul style="list-style-type: none">• M. DL., Directeur des achats <p>CH de S. et de D. (en présentiel)</p> <ul style="list-style-type: none">• Mme RL., Directrice déléguée• Mme L., Attachée	<p>CH de P., support (en présentiel)</p> <ul style="list-style-type: none">• M. L., Directeur• Mme RG., Directrice des achats• Mme LD., Responsable de la cellule achats• M. BR., Contrôleur de gestion <p>CH de L. (en présentiel)</p> <ul style="list-style-type: none">• Mme LB., Directrice déléguée• Mme LR., Adjointe, responsable des affaires financières• Mme P., Responsable des achats• Mme G., Responsable des achats <p>ARS (en visioconférence)</p> <ul style="list-style-type: none">• Mme PC., Chargée de mission performance
---	--

4. Guide d'entretiens utilisé

Date :

1. Informations interlocuteur :

Nom/Prénom :

Établissement :

Poste/Date d'arrivée sur ce poste :

Autres expériences en lien avec la fonction achat :

Combien de temps passez-vous pour la fonction achat de territoire ?

Estimez-vous que vous avez les compétences/formations nécessaires ? Besoin de formation supplémentaire ? D'accompagnement dans vos fonctions ?

2. Organisation de la fonction achat :

Organisation claire au niveau du territoire ? Semble adaptée ?

Organisation de la gouvernance satisfaisante ? (Structuration et modalités de travail)

Quels sont vos interlocuteurs ? Facilité ou difficultés de communication ?

Dans les échanges : délais suffisants ? Trop courts ? À l'inverse, avez des réponses rapides ? Satisfaisantes ? Trop longues ?

Avez-vous accès aux outils de partage d'information ?

Quels sont les outils que vous utilisez le plus ? Des choses qui ne vous servent pas ?

Rôle des coordonnateurs techniques ?

Responsables de filières ?

3. Bilan de la fonction achat de territoire

Equipes volontaires ? Implication de tous les établissements du territoire ?

Diffusion d'une culture achat ?

Quel bilan pouvez-vous faire à ce stade ?

- *Convergence des marchés ?*
- *Montée en compétence ?*
- *Gains achats ?*

- *Gains budgétaires ?*
- *Rationalisation dans l'expression des besoins ?*

Qu'en est-il de l'usage du PAAT ?

- *Mise en place ?*
- *Comptabilisation des gains achats ?*

Sécurisation juridique : quels risques de recours contentieux ?

Lien avec les autres fonctions GHT : Projet médical ? SI ? DIM ?

4. Impact sur l'établissement :

Perte d'autonomie ? Surcharge de travail ?

La réponse aux besoins est-elle bonne ?

Sécurité des approvisionnements ?

Y a-t-il du hors marché et comme s'explique-t-il ? Plus ou moins qu'avant la mise en place de la fonction achats de territoire ? Difficultés à trouver ce que vous voulez ? Pour répondre à l'urgence ?

5. Relations avec partenaires hors GHT :

Relations avec les fournisseurs ?

Avec les groupements achats ?

Autres structures d'achat hors GHT : utile ? (GCS NA en particulier ?)

6. Crise sanitaire :

Dans le cadre de la crise : quel a été le rôle de la fonction marchés de territoire ?
Notamment sur les EPI ? et sur le reste ?

7. De manière générale :

Points positifs ? Dysfonctionnements/améliorations ?

MALLET-GUY	Clément	Date du jury : 17 décembre 2021
Directeur d'hôpital Promotion 2020-2021		
La fonction achat de GHT, quel bilan après 3 ans de fonctionnement ?		
<p>Résumé :</p> <p>Un audit de la fonction achat du GHT de la Dordogne mené en 2021 sert de support à ce mémoire. Le constat d'un blocage nous conduit à nous demander si la mutualisation de la fonction achat en GHT a bien tenu ses promesses. Si les objectifs nationaux affichés étaient ambitieux, la moindre mobilisation des établissements a montré la faible adhésion au discours institutionnel.</p> <p>Face à des difficultés de fonctionnement largement reconnues, des pistes d'actions sont proposées à différents niveaux. L'objectif est de remettre du sens en améliorant la communication et le <i>reporting</i>, et de donner des moyens à la hauteur des besoins, en particulier sur la cellule marchés de territoire et sur le contrôle de gestion.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>ACHAT ; GHT ; COOPÉRATION ; MUTUALISATION ; COMMANDE PUBLIQUE ; MARCHES PUBLICS ; PERFORMANCE ; GOUVERNANCE</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		