



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : **Décembre 2001**

**L'OPTIMISATION DE LA FONCTION
ACHAT AU CENTRE HOSPITALIER
PIERRE LE DAMANY A LANNION**

Christelle COLLEC

Christelle COLLEC - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2001

Sommaire

<u>1 - LA DEMARCHE D'OPTIMISATION DE LA FONCTION ACHAT DU CENTRE HOSPITALIER S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE FAVORABLE AU CHANGEMENT</u>	7
<u>1.1 L' EMERGENCE D'UNE REFLEXION AU NIVEAU NATIONAL</u>	7
1.1.1 <u>la prise de conscience de la nécessité de réfléchir sur l'achat, « <i>préoccupation injustement négligée</i> » (rapport IGAS 1997)</u>	7
1.1.2 <u>- Un nouveau cadre juridique plus sensible à la problématique d'optimisation de la fonction achat</u>	11
<u>1.2 LE LANCEMENT D'UNE DYNAMIQUE DE PROJET AU CENTRE HOSPITALIER PIERRE LE DAMANY</u>	19
1.2.1 <u>un problème émergeant sous la contrainte financière, puis relayé par la Direction des services économiques</u>	19
1.2.2 <u>une réflexion amplifiée dans le cadre de la démarche d'accréditation</u>	19
1.2.3 <u>un objectif repris dans le projet d'établissement</u>	21
<u>2 - SI LA FONCTION ACHAT DU CENTRE HOSPITALIER REPOSE SUR DES BASES INTERESSANTES QU'IL INCOMBE DE VALORISER, LA GESTION DU PROCESSUS ACHAT RESTE PERFECTIBLE</u>	22
<u>2.1 UNE GESTION PERFECTIBLE DU PROCESSUS ACHAT- APPROVISIONNEMENT</u>	22
2.1.1 <u>Les dysfonctionnements de l'organisation</u>	22
2.1.2 <u>Une politique d'achat insuffisamment définie et formalisée</u>	31
2.1.3 <u>Une phase de paiement relativement maîtrisée</u>	43
2.1.4 <u>Une gestion des stocks problématique</u>	44
2.1.5 <u>une évaluation encore balbutiante du processus d'achat</u>	52
<u>2.2 DES BASES INTERESSANTES QU'IL INCOMBE DE VALORISER</u>	53
2.2.1 <u>Une passation de marchés animée par un réel souci de régularité juridique</u>	53
2.2.2 <u>des outils à exploiter</u>	55
2.2.3 <u>Une participation relativement satisfaisante des utilisateurs aux procédures d'achat</u>	60
2.2.4 <u>le souhait de la direction de mettre en place une dynamique d'optimisation de la fonction achat</u>	62

<u>3 - LA MISE EN PLACE D'UNE STRATEGIE D'OPTIMISATION DE LA</u>	
<u>FONCTION ACHAT POURRAIT SE DECLINER EN TROIS ETAPES</u>	63
<u>3.1 Une première étape organisationnelle</u>	63
3.1.1 <u>la clarification de l'organigramme</u>	63
3.1.2 <u>l'amélioration de la connaissance des achats et des fournisseurs</u>	67
3.1.3 <u>proposition d'objectifs en matière d'achat</u>	72
<u>3.2 La deuxième étape : l'amélioration du processus d'achat</u>	76
3.2.1 <u>améliorer la définition du besoin et la planification des achats</u>	76
3.2.2 <u>maîtriser les étapes de l'achat</u>	78
3.2.3 <u>le contrôle de l'approvisionnement</u>	79
<u>3.3 La troisième étape : l'instauration d'un contrôle de gestion par le biais</u>	
<u>d'indicateurs d'évaluation. «il n'y a point de vent favorable pour celui qui ne</u>	
<u>sait pas ou il va » SENEQUE</u>	80
3.3.1 <u>le suivi par des indicateurs quantitatifs</u>	80
3.3.2 <u>le suivi qualitatif de la fonction achat</u>	81

Liste des sigles utilisés

- ANAES** : Agence Nationale d' Accréditation des Etablissements de Santé
- ANFH** : Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier
- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- CAO** : Commission d'Appel d'Offres
- CCAG** : Cahier des Clauses Administratives Générales
- CCAP** : Cahier des Clauses Administratives Particulières
- CCTG** : Cahier des Clauses Techniques Générales
- CCTP** : Cahier des Clauses Techniques Particulières
- DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
- FHF** : Fédération Hospitalière de France
- FIFO** : First In First Out
- GMAO** : Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur
- IGAS** : Inspection Générales des Affaires Sanitaires et Sociales
- RC** : Règlement de la Consultation
- UF** : Unité Fonctionnelle

INTRODUCTION

La Fédération Hospitalière de France inaugurera en mai 2002, à Hôpital Expo son premier forum consacré à l'Achat Hospitalier.

En effet, indissociable de toutes les décisions stratégiques prises dans un établissement hospitalier, la fonction achat apparaît, à bien des égards, fondamentale. Ainsi, le montant annuel des achats des Etablissements Publics du champs sanitaire et social s'élève à environ 60 milliards de francs, soit 20% du total des commandes publiques soumises au Code des Marchés Publics.

Néanmoins, cette prise de conscience de l'importance de la fonction achat à l'Hôpital est relativement récente. Cette réflexion s'engage notamment en 1997, lorsque suite à une série de missions de contrôle et d'évaluation dans quatre Centres Hospitaliers Universitaires, l'Inspection Générale des Affaires Sociales consacre une partie de son rapport annuel aux achats hospitaliers, « *préoccupation injustement négligée* ». Les difficultés observées par l'IGAS sont, en effet, incontestablement de nature structurelle. Elles semblent liées à une approche trop juridique de cette fonction, qui évince, de fait, les enjeux économiques et managériaux qu'elle recèle. Les achats étant appréhendés sous l'angle des coûts, et non des profits éventuels, leur gestion est, par conséquent, restée traditionnelle,.

Eu égard aux différents dysfonctionnements relevés, une remise en question du mode de gestion des achats apparaît donc aujourd'hui nécessaire :

D'une part, les hôpitaux, sont soumis au principe fondamental, reconnu dans l'article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, d'efficience dans la gestion des deniers Publics (« *la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* »).

D'autre part, dans un contexte où la contrainte financière pesant sur les budgets hospitaliers est particulièrement forte, la recherche d'économies potentielles est loin d'être une préoccupation négligeable.

Enfin, apparaissent actuellement de nouvelles exigences en termes de sécurité et de qualité, particulièrement dans le cadre de l'accréditation, qui reposent notamment sur des achats

efficaces, au service du bon fonctionnement de la structure hospitalière. Le patient, au cœur de l'ensemble du dispositif, doit, en effet, pouvoir bénéficier d'une prestation optimale.

La maîtrise du coût des achats, au travers d'un meilleur rapport Qualité - prix, devient donc un enjeu majeur.

□ Néanmoins, il est intéressant de quitter les feux de l'actualité pour se pencher sur l'historique de la fonction achat dans les Hôpitaux. En effet, cette fonction a longtemps été marquée par l'image de l'« économiste », comptable-matière de l'hôpital, dont le travail, peu valorisé, consistait, tel un boutiquier, à passer commande d'une quantité donnée de produits en négociant les prix les plus bas avec le fournisseur, avec l'objectif d'éviter toute rupture de stock.

De fait, comme le constate Claude STORPER¹, « *alors que l'importance de l'achat n'a pas échappé depuis fort longtemps aux dirigeants des entreprises industrielles, commerciales et de grande distribution, où le directeur des achats participe à la stratégie générale de la société, le rôle de l'acheteur à l'hôpital a longtemps été cantonné à une place subalterne* ».

Dans les années 80, l'acheteur Public hospitalier développe l'objectif d'acheter au meilleur prix, considérant parfois le Code des Marchés comme un « carcan administratif » dont certains acheteurs se sont, à l'occasion, affranchis. Néanmoins, les dérives de ce système ont été très vite sanctionnées, notamment par la loi n° 91-3 du 3 janvier 1991 relative à la transparence et à la régularité des procédures de marchés instaurant le délit d'octroi d'avantage injustifié (article L 432-14 du Code Pénal).

Dès lors, dans les années 90, l'acheteur hospitalier devient surtout un juriste, soucieux du respect de la réglementation communautaire et nationale, et par delà des trois principes fondamentaux qui régissent l'ensemble de la Commande Publique :

- la liberté d'accès aux marchés publics
- l'égalité de traitement des candidats
- la transparence des procédures

Aujourd'hui, l'objectif pour l'acheteur serait donc de s'émanciper peu à peu d'une approche purement réglementaire pour s'orienter vers la recherche de gains de productivité

¹ STORPER Claude. Acheteur à l'Hôpital, un métier d'actualité. Gestions Hospitalières, Octobre 1998, p 608

compatibles avec la régularité des procédures. L'hôpital pourrait se tourner, par conséquent, vers les méthodes de gestion innovantes utilisées par l'entreprise privée, adaptées à l'émergence des nouvelles technologies et aux contraintes de compétitivité accrues dans un contexte de mondialisation de l'économie, afin d'obtenir, in fine, un achat efficient, de qualité, et conforme à la réglementation en vigueur.

□ Cependant, il incombe d'analyser, en premier lieu, ce que recouvre exactement la « fonction achat ». Or, étudier la fonction achat n'est pas chose aisée, dans la mesure où sa définition a fait l'objet de nombreux débats théoriques.

Certains analystes perçoivent la fonction achat de manière restrictive : elle comprendrait simplement l'instruction, la passation, la gestion de la commande et donc la relation avec le fournisseur.

D'autres auteurs définissent plus largement le champ de la fonction achat, en incluant la fonction approvisionnement et en prenant en compte l'ensemble du « marketing achat » et la connaissance du marché fournisseur jusqu'à la mesure de la satisfaction de l'utilisateur. Se pose, dès lors, la question de la frontière entre l'achat et l'approvisionnement.

Ainsi, R. PREVOST et A. VERVAET² soulignent que « *l'approvisionnement est l'ensemble des opérations qui consistent à déterminer la quantité et la qualité des biens nécessaires et le moment de les acheter ; à fixer le prix à payer ; à choisir le fournisseur ; à acheter les biens et à en contrôler l'acheminement et la réception. L'approvisionnement est donc une opération globale qui ne se limite pas à faire des achats. Il débute au moment où le service est livré à celui qui en fait la demande. L'achat est l'action de se procurer, par contrat et moyennant compensation, les biens et services dont l'entreprise a besoin. C'est une des phases de l'approvisionnement* ».

De même, J. BENICHOU³ définit la mission générale de l'approvisionnement comme « *la mise à disposition dans les différentes unités de l'entreprise (..) de l'ensemble des produits utiles au bon fonctionnement de ces unités. Ce rôle exige le plus souvent : la constitution de stocks, (...), des achats répétitifs* ».

² R. PREVOST et A. VERVAET, Gestion des approvisionnements et gestion des stocks, Guérin, 1995

³ J. BENICHOU, Systèmes d'approvisionnement et gestion des stocks, Editions d'organisation, 1991

Pour d'autres, il s'agit de deux fonctions distinctes. Ainsi, pour E SALIN⁴, « *la fonction achat joue un rôle essentiel dans la recherche des différentes sources d'approvisionnement (...) La fonction approvisionnement est responsable de la satisfaction des besoins de la production* », même s'il considère qu'un même service peut prendre en charge ces deux fonctions.

O BRUEL⁵ note que de nombreuses définitions existent pour ces deux termes. Il propose néanmoins « *d'éviter ces débats en englobant l'ensemble dans une fonction unique* » et constate que « *si la gestion des capitaux et des hommes est traditionnellement confiée à deux fonctions spécialisées, la fonction achat-approvisionnement est responsable de l'acquisition de tous les autres biens ou services nécessaires* ».

Nous essaierons, de même, dans le cadre d'une dialectique, de dépasser cette distinction achat/approvisionnement en l'appréhendant comme un « processus » global, c'est-à-dire un ensemble d'activités reliées par des échanges de produits ou d'information. Par conséquent, il apparaît essentiel, dans le cadre d'une stratégie d'optimisation de la fonction achat, d'étudier l'ensemble de la chaîne « achat-approvisionnement ». La fonction achat sera donc définie au sens large. En effet, la qualité d'un achat nécessite de prendre en compte des aspects en amont, comme la définition des besoins - étape fondamentale s'il en est, d'un achat de qualité, et des aspects en aval, comme les conditions de livraison, l'organisation du stockage et la distribution interne.

Plus précisément, nous considérerons que l'étape de l'achat va de la définition des besoins à la signature du marché, l'approvisionnement étant assuré en aval de celui-ci, dans le cadre de l'exécution du marché. Par conséquent, l'ensemble des aspects techniques de la gestion des approvisionnements ne sera pas traité ici, les aspects de l'approvisionnement comme la gestion des stocks ou les modalités de distribution n'étant envisagés que sous l'angle de leurs répercussions sur l'achat.

□ En second lieu, il incombe de définir les biens étudiés dans le cadre de cette étude.

Les biens étudiés concernent à la fois les investissements mobiliers (équipements médicaux, hôteliers, techniques) mais aussi l'ensemble des fournitures nécessaires à l'exploitation (fournitures courantes, fournitures destinées aux ateliers, petit matériel médical, produits

⁴ E. SALIN, Gestion des stocks, éditions d'Organisation , 1987

⁵ O.BRUEL, Politique d'achat et gestion des approvisionnements, Dunod entreprise, 1997

pharmaceutiques, de laboratoire y compris le matériel et les prestations informatiques) et les prestations de services (entretien des locaux, maintenance des équipements, transports sanitaires...). Il est à noter que les marchés de Travaux, eu égard à la spécificité liée aux procédures utilisées (loi MOP, concours, maîtrise d'œuvre) et à la nature même des prestations, ne relèvent pas du champs de l'étude.

L'optimisation de la Fonction achat présente donc, dans ce cadre, des enjeux juridiques et économiques, mais aussi organisationnels et stratégiques.

□ Le Centre Hospitalier «Pierre le Damany » à LANNION (*cf présentation annexe 1*) n'échappe pas à cette problématique. Cet établissement de 624 lits a, en effet, consacré en 2000 20.9% (soit 78 501 198.83 F) de son budget aux achats, qui représentent, de ce fait, un enjeu stratégique important.

Or, dans cet établissement, s'il apparaît que les procédures d'achat respectent les exigences du Code des Marchés Publics, la fonction achat, héritière de l'image de l'économat, (le terme restant usité par les services) reste souvent perçue en interne à travers le seul prisme du formalisme de l'acte d'achat. Souvent réduite à sa dimension purement procédurale (respect strict des règles du Code des Marchés Publics), sa gestion reflète « *une culture plus administrative qu'économique* » (termes utilisés par l'IGAS dans son rapport annuel en 1997).

Néanmoins, cet état des lieux est à la source de nombreuses insatisfactions des gestionnaires comme des utilisateurs.

On assiste donc aujourd'hui à l'émergence d'une véritable prise de conscience de la nécessité de mettre en place une politique d'achat au Centre Hospitalier. Le lancement de la procédure d'accréditation apparaît comme une opportunité pour réfléchir sur ce thème, le référentiel ANAES exigeant la formalisation d'une politique d'achat. Soutenue par l'équipe de direction, une dynamique de projet voit donc peu à peu le jour sur ce thème.

Par conséquent, l'objet de l'étude est moins juridique (c'est-à-dire analyse de la conformité des achats au Code des Marchés Publics) qu'économique et organisationnel, c'est-à-dire comment améliorer l'efficacité du processus Achat-Approvisionnement au CH Pierre le Damany ?

⇒ **En premier lieu, on peut étudier comment la démarche d'optimisation de la Fonction Achat s'inscrit dans un contexte favorable au changement.** La réflexion émerge, en effet, tant à l'échelon national, qu'au niveau du Centre Hospitalier.

⇒ **En second lieu, il apparaît essentiel de procéder à un « audit » de la fonction achat du Centre Hospitalier, en analysant de façon précise la situation actuelle :** la gestion des achats semble, en effet, tout à fait perfectible. En effet, le Centre Hospitalier dispose de véritables potentialités qu'il incombe d'exploiter

⇒ **Enfin, la troisième phase consistera, par conséquent, à faire des propositions relatives à l'optimisation de la fonction achat.** La mise en oeuvre de cette nouvelle stratégie pourrait se décliner en 3 étapes :

-une première étape organisationnelle

-une deuxième étape d'amélioration du processus d'achat

-une troisième étape de mise en place d'un contrôle de gestion par le biais d'indicateurs d'évaluation.

1 - LA DEMARCHE D'OPTIMISATION DE LA FONCTION ACHAT DU CENTRE HOSPITALIER S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE FAVORABLE AU CHANGEMENT

Le contexte est, en effet, tout à fait favorable au changement. D'une part, on assiste à l'émergence de cette problématique au niveau national. D'autre part, conscient des enjeux, le Centre Hospitalier a récemment décidé de travailler sur ce thème.

1.1 L'EMERGENCE D'UNE REFLEXION AU NIVEAU NATIONAL

Constatant les faiblesses hospitalières en la matière, diverses instances ont, en effet, décidé de lancer la réflexion sur ce sujet. Ce projet devient, en outre, d'autant plus d'actualité que le nouveau cadre juridique proposé par le Décret 2001-210 du 7 mars 2001, portant Réforme du Code des Marchés Publics apparaît plus sensible à cette problématique. L'émergence de nouvelles technologies remet, enfin, en question les méthodes de gestion traditionnelles en matière d'achat.

1.1.1 la prise de conscience de la nécessité de réfléchir sur l'achat, « *préoccupation injustement négligée* » (rapport IGAS 1997)

L'IGAS, le Ministère de l'emploi et de la solidarité, la Fédération Hospitalière de France se sont successivement emparés de cette réflexion.

1.1.1.1 le rapport annuel de l'IGAS en 1997

□ En 1997, L'IGAS procède à une mission d'évaluation de la fonction achat-approvisionnement de quatre Centre Hospitaliers Universitaires : Bordeaux, Dijon, Lyon et Tours.

Une partie de son rapport annuel sera, dès lors, consacrée aux enjeux liés à l'achat hospitalier, qu'elle considère comme une « *préoccupation injustement négligée* ».

☐ L'Inspection rappelle, tout d'abord, que la fonction achat est une fonction essentielle à la vie de l'Hôpital, eu égard aux enjeux stratégiques, économiques, et de sécurité qu'elle représente.

Or, elle note qu'elle est souvent perçue sous l'angle réducteur de l'acte d'achat, c'est-à-dire des procédures imposées par le Code des Marchés Publics. Certes, malgré un certain nombre de maladroites ou de dysfonctionnements persistants, un réel souci de régularité anime les différents établissements. Néanmoins, l'application du Code des Marchés Publics reste souvent passive.

L'IGAS dénonce ainsi la « *gestion peu dynamique des achats* » :

- d'une part, l'organisation de la fonction achat apparaît problématique dans la mesure où les moyens consacrés à cette mission sont vraisemblablement inadaptés
- d'autre part, l'approche économique et technique fait incontestablement défaut dans l'ensemble des CHU contrôlés : définition insuffisante du besoin en amont, rationalisation balbutiante des achats, gestion tout à fait archaïque de la fonction approvisionnement...

L'inspection déplore donc une situation peu satisfaisante. L'optimisation de la fonction achat ne fait incontestablement l'objet que peu d'actions et d'attention, reflétant « *une culture plus administrative qu'économique* », en l'absence d'une politique globale d'évaluation de la Qualité.

Cet état de lieux contraste d'ailleurs avec la politique mise en place par le secteur privé marchand, bien conscient des économies potentielles en jeu dans ce domaine.

En conclusion, l'IGAS formule donc deux recommandations générales :

- d'une part, elle propose d'accroître la responsabilité économique des utilisateurs,
- d'autre part, elle rappelle le rôle fondamental de l'acheteur hospitalier qui est de « *faire prévaloir les impératifs de coordination et d'agrégation des demandes* » et « *d'instiller ses connaissances économiques et juridiques dans l'ensemble des processus* ».

☐ Ce rapport a incontestablement enrichi la réflexion sur le métier d'acheteur et la réglementation qu'il doit appliquer. L'acheteur hospitalier doit, certes, veiller avec rigueur au respect d'un corpus de règles juridiques issu du droit communautaire et national, sa responsabilité étant mise en jeu dans ce cadre (cf loi du 3 janvier 1991 relative à la

transparence et à la régularité des procédures de marché et article 432-14 du Code Pénal instituant le délit d'octroi d'avantage injustifié « *punissant toute personne qui aura procuré à autrui un avantage injustifié par un acte contraire aux dispositions législatives ou réglementaires qui ont pour objet de garantir la liberté d'accès et l'égalité des candidats dans un marché* ».

Néanmoins, il ne peut concevoir sa gestion comme exclusivement juridique. **L'acheteur Hospitalier a pour mission d'impulser une dynamique d'achat, reposant sur des outils de gestion rigoureux et adaptés, conciliant ainsi les impératifs de régularité juridique et d'efficacité économique.**

D'autres instances se sont, dès lors, appropriées cette réflexion.

1.1.1.2 la circulaire n°474 du 15 septembre 2000

Consciente de l'importance des enjeux économiques et financiers que sont amenés à gérer les acheteurs hospitaliers, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins décide de publier, le 15 septembre 2000, une circulaire relative à l'organisation de la fonction achat et à la maîtrise de la commande publique dans les Etablissements Publics de Santé.

Cette circulaire se décline en deux axes :

- d'une part, elle rappelle le cadre juridique (droit communautaire et national) dans lequel s'inscrit la fonction achat. En effet, l'IGAS, les Chambres Régionales des Comptes, ou les Directions de la Concurrence et de la Répression des Fraudes ont pu constater certains manquements dans la passation des marchés. Or, face aux risques désormais encourus en cas de non-respect des règles, l'acheteur doit incontestablement veiller à améliorer la sécurité juridique de l'achat. Par conséquent, la circulaire propose certaines pistes de réflexion comme :
 - o améliorer la formation des acheteurs
 - o éviter la concentration des décisions
 - o éviter le colloque singulier entre fournisseurs et utilisateurs
 - o éviter l'intervention d'associations transparentes
 - o mettre en place des procédures de contrôle interne
 - o mettre en place un Code de déontologie de l'acheteur Public

- D'autre part, elle invite les gestionnaires hospitaliers à engager une réflexion sur l'organisation de leur fonction achat afin d'améliorer sa performance. Il incombe, par conséquent, de réfléchir sur :
 - o l'organisation de la fonction achat dans les établissements
 - o la promotion de la recherche de l'efficience
 - o le lancement d'une dynamique d'une démarche Qualité
 - o la modernisation de l'approvisionnement et de la gestion des stocks
 - o la formation et l'information dans ce domaine
 - o la coopération entre établissements
 - o l'amélioration des procédures de contrôle interne

Cette circulaire, qui invite à la modernisation de l'achat hospitalier, est notamment le fruit des réflexions d'un groupe d'experts constitué au Ministère.

1.1.1.3 la constitution d'un groupe de travail au Ministère

La réflexion d'ensemble, engagée par la DHOS (Bureau F4 - sous-direction des affaires financières, de la gestion financière et comptable des Etablissements de santé), s'appuie sur un groupe de travail constitué à cet effet, composé d'experts et d'hospitaliers reconnus pour leurs compétences dans ce domaine.

Ce groupe a pour objectif :

- en premier lieu, de recueillir les principales difficultés rencontrées dans l'organisation de la fonction achat dans les Hôpitaux et de présenter par suite des pistes de réflexion et de réforme,
- en second lieu, de valoriser les expériences en cours à travers la diffusion de fiches méthodologiques, de bibliographies... sur le site interactif du Ministère consacré à ce sujet ([www. santé. gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr)), ouvert depuis le 23 mars 2001.

La Fédération Hospitalière de France a, de même, très vite, relayé cette dynamique.

1.1.1.4 une réflexion émergente à la FHF

En Mars 2001, la Fédération Hospitalière de France, sous l'impulsion de Gérard VINCENT, initialise un groupe de travail sur les achats dans les Hôpitaux.

Animé par Claude STORPER, Directeur des Equipements et de la Logistique au CHU de Montpellier, le groupe a pour objectif de réfléchir sur les moyens d'améliorer l'efficacité économique de l'achat dans les Etablissements Publics de Santé.

Le lancement d'une vaste enquête auprès de l'ensemble des Hôpitaux pour avoir une photographie de l'organisation actuelle de la fonction achat et de recenser les attentes des hospitaliers en la matière est programmé à moyen terme.

A court terme, eu égard à l'actualité récente, le groupe se propose de diffuser des recommandations pratiques sur le nouveau Code des Marchés Publics.

Cette problématique d'optimisation s'inscrit, en effet, aujourd'hui dans un nouveau contexte réglementaire.

1.1.2 - Un nouveau cadre juridique plus sensible à la problématique d'optimisation de la fonction achat

Publié en annexe au Journal Officiel n° 57 du jeudi 8 mars 2001, le Décret 2001- 210 du 7 mars 2001 porte Réforme Générale du Code des Marchés Publics.

Cette réforme, dont la date d'application est fixée au 10 septembre 2001, était fortement attendue par les acheteurs publics. Elle prend en compte, en effet, les différentes évolutions du droit national et communautaire (notamment les diverses directives relatives au droit des marchés) et intègre les apports de la jurisprudence de la Cour de Justice Européenne comme du Conseil d'Etat et du Tribunal des Conflits, mettant ainsi fin à une certaine insécurité juridique.

Or, les dispositions de ce nouveau Code sont incontestablement plus sensibles aux problématiques relatives à l'optimisation de la fonction achat. En effet, la réforme du Code vise désormais clairement cet objectif. En outre, elle assure la promotion de diverses

démarches d'optimisation en matière d'achat. Enfin, elle est incontestablement synonyme de modernisation des procédures.

1.1.2.1 un objectif clair

Après avoir défini la notion de «marchés publics » comme des contrats conclus à titre onéreux avec des Personnes Publiques ou Privées par les Personnes Morales de Droit Public pour répondre à leurs besoins en matière de travaux, fournitures et services, l'article 1 rappelle, tout d'abord, les trois principes fondamentaux qu'il incombe de respecter en matière de Commande Publique :

- la liberté d'accès à la Commande Publique, qui a pour fonction d'appliquer aux marchés publics la règle de la liberté de commerce et d'industrie, en garantissant le jeu d'une concurrence aussi large que possible,
- l'égalité de traitement des candidats, corollaire du principe général d'égalité devant la loi permettant d'assurer aux entreprises candidates les mêmes conditions dans la préparation de leurs offres ainsi qu'un traitement égal au moment du jugement des offres en vue de l'attribution du marché,
- la transparence des procédures, garantissant le respect des deux principes susvisés.

Puis, il convient de remarquer que la notion « **d'efficacité** » de la commande publique ainsi que le souci d'une « **bonne utilisation des deniers publics** » sont évoqués dès le troisième alinéa. Le Code souligne, en effet, qu'ils sont assurés par :

- la définition préalable des besoins,
- le respect des obligations de publicité et de mise en concurrence,
- le choix de l'offre la plus économiquement avantageuse.

Le Code se place donc clairement dans une optique d'efficience économique de l'achat, alliant la maîtrise des coûts à la recherche de la qualité.

Cette stratégie se décline, par suite, dans de nombreuses dispositions.

1.1.2.2 la promotion d'une démarche d'optimisation

Le Code s'inscrit, à bien des égards, dans cette démarche.

☐ En premier lieu, la définition du besoin est présentée comme un élément central du processus d'achat.

Déjà évoquée à l'article 1, cette notion est rappelée dans l'article 5 qui dispose qu'avant tout appel à concurrence ou toute négociation non précédée d'un appel à concurrence, « *la nature et l'étendue des besoins à satisfaire* » sont déterminées « *avec précision* » par la Personne Publique.

En outre, il est indiqué que le marché conclu par la personne publique doit avoir pour « *objet exclusif* » de répondre à ces besoins.

Le Code suggère donc, d'une part, la méthodologie à mettre en œuvre, c'est-à-dire une coordination efficace en amont des différents acteurs afin de déterminer le plus précisément possible le besoin. L'importance de la phase de préparation du marché est affirmée avec force, ce qui sous-entend que les Personnes Publiques devront, dans un proche avenir, se doter de structures d'achat performantes, susceptibles de fédérer, pendant cette phase, l'ensemble des différents services intervenant à ce stade.

Il rappelle, d'autre part, que l'objectif ultime en matière d'achat reste la satisfaction du besoin de l'utilisateur, exercice complexe s'il en est, eu égard à la multiplicité des aspects à prendre en compte, qu'ils soient d'ordre quantitatifs ou qualitatifs.

Cette méthode de travail requiert incontestablement un plus grand professionnalisme de la part de l'acheteur.

☐ En second lieu, le Code relativise l'importance du critère-prix en privilégiant le choix de « *l'offre la plus économiquement avantageuse* ». Cette proposition est déclinée dans de nombreuses dispositions :

- la suppression de l'adjudication, inévitable dès lors que le Droit Communautaire l'impliquait et que cette pratique était devenue très marginale
- l'indication du critère prix à la fin de la liste des critères proposés à **l'article 53** : le prix n'est donc plus qu'un critère parmi d'autres. L'enjeu principal se situe désormais dans l'application de critères directement liés à l'objet du marché, de façon à détecter l'offre la plus « économiquement avantageuse » même si il convient de faire remarquer qu'il sera difficile de faire abstraction de tout critère de prix. Il est à noter qu'il est regrettable que le code n'ait pas rendu obligatoire la pondération des critères de choix, ce qui aurait favorisé l'efficacité de l'achat. Cette évolution sera néanmoins

très probablement introduite par les prochaines évolutions du droit communautaire, eu égard notamment aux propositions de la directive du 30 août 2001.

- la possibilité de rejeter, par décision motivée après avoir demandé par écrit les précisions jugées opportunes et vérifié les justifications fournies, les offres « anormalement basses » (**article 55**), cette disposition restant néanmoins relativement permissive.

☐ En outre, les groupements d'achat sont favorisés.

L'article 8 du Code définit, en effet, le nouveau cadre juridique des groupements. Désormais, ces groupements, qui sont sans limite territoriale, (contrairement aux précédents groupements de commandes locaux, qui étaient régis dans un cadre départemental) peuvent être constitués ad hoc. Une convention constitutive fixe les relations entre les différents partenaires, qui peuvent être privés ou publics.

Or, il est à noter que ces dispositions régissant la constitution et le fonctionnement de ces groupements sont extrêmement souples, dans la mesure notamment où aucun décret d'application n'est prévu à l'heure actuelle. Par conséquent, cette liberté d'action favorise incontestablement l'émergence d'initiatives locales, voire régionales ou nationales de regroupements des achats, synonyme d'efficacité économique, notamment pour les structures hospitalières, dont les besoins sont souvent identiques.

Le Code invite donc, à bien des égards, à une rationalisation de l'achat, qui ne peut néanmoins reposer que sur la modernisation des procédures.

1.1.2.3 la modernisation des procédures

Le nouveau Code des Marchés s'inscrit incontestablement dans une problématique de modernisation des procédures qui se décline en plusieurs axes :

☐ En premier lieu, cette modernisation repose sur une volonté de simplification des procédures et de clarification des règles.

- ✓ Tout d'abord, le texte est considérablement allégé, le nombre d'articles passant de 399 à 136. L'adoption d'un déroulement chronologique facilite la lecture (définition, passation, exécution et contrôle du marché).
- ✓ Par ailleurs, intégrant les évolutions de la réglementation nationale et européenne ainsi que celles de la jurisprudence, de nombreuses dispositions ont été précisées, comme la définition du Marché Public, le recours aux avenants etc., ou clarifiées comme les modalités d'utilisation du marché de définition, de maîtrise d'œuvre...
- ✓ Certaines procédures ont, en outre, été encadrées comme les Marchés d'entreprise de Travaux Publics.
- ✓ Enfin, le Décret propose une structure plus simple des procédures, en trois étages :
 - relèvement du seuil des achats sur factures jusqu'à 90 000 euros (**article 28**), réel facteur de réactivité et de rapidité pour les plus petites structures. Néanmoins, ce rehaussement ne doit pas se faire au détriment de la Qualité de l'achat, la philosophie du Code engageant à diminuer cet achat « sans formalités préalables ».
 - au delà de ce seuil, s'applique une procédure dite « simplifiée » (**article 32**) qui a pour objectif de combiner la transparence de l'appel d'offres et les avantages du Marché négocié (**article 33**), la CAO attribuant le marché alors que la négociation avec les candidats reste libre.
 - à partir des seuils communautaires de 130 000 euros HT pour l'Etat et 200 000 euros HT pour les collectivités territoriales, les règles prévues par les directives communautaires s'appliquent (Appel d'offres)
 - les procédures de marchés négociés seront, enfin, désormais utilisées dans des hypothèses bien spécifiques (**article 35**).

Néanmoins, il est à noter que la réforme du Code n'est pas systématiquement synonyme de simplification, notamment pour les Hospitaliers :

- Les Etablissements Publics de Santé sont, en effet, à présent concernés par l'ensemble du Code, les quatre livres de l'ancien Code ayant été fusionnés.
- Certaines dispositions peuvent se révéler dans la pratique relativement complexes à gérer : à titre d'exemple, on peut citer :
 - *La procédure de mise en concurrence simplifiée* (**article 32**)
 - *L'appréciation des seuils* (**article 27**) qui rentrera en vigueur le 1^{er} janvier 2002 : certes, la nomenclature, qui paraîtra en fin d'année, précisera « *les catégories de prestations et de fournitures homogènes* » nécessaires à la détermination de ces seuils. Néanmoins, il serait souhaitable que la spécificité

de certains produits, comme les produits pharmaceutiques, soit prise en compte dans ce cadre.

- *La première forme de groupements d'achat proposée* (dans le cas d'une Commission d'Appel d'Offres composée par un représentant de la CAO de chaque membre du groupement) qui semble relativement ingérable pour les acheteurs hospitaliers, eu égard à la dimension que prendrait ladite commission dans cette hypothèse.
- **L'article 35-1-2** (marché négocié après publicité préalable et mise en concurrence) dont l'utilisation paraît risquée dans la mesure où cette disposition ne concerne que les marchés de services : elle risque d'entraîner une certaine confusion, étant donné qu'elle peut s'apparenter à un Appel d'Offres sur performances.

Nonobstant son objectif de simplification, le Code n'en reste donc pas moins complexe dans sa mise en œuvre.

En second lieu, cette modernisation se traduit par une ouverture plus large de la Commande Publique aux PME

Cette volonté est affichée dans diverses dispositions :

✓ Le contrôle de la régularité de la situation fiscale et sociale est simplifié (**article 46**), une simple déclaration sur l'honneur étant seulement dans un premier temps exigée, même si, sur le terrain, cette disposition pourra être à la source de complications dans la passation de marché (par exemple : impossibilité du candidat retenu de fournir les divers justificatifs....)

✓ Les délais de paiement sont désormais contractualisés (**article 96**), conformément aux nouvelles règles communautaires.

✓ Le recours à l'allotissement est favorisé (**article 10**), ainsi que le regroupement des offres (**article 51**)

✓ la création d'un Observatoire Economique de l'Achat Public, véritable structure d'aide à la décision, permettra aux acheteurs de réguler, au niveau macro-économique, la Commande Publique (**article 135**).

Enfin, la modernisation du Code favorise l'optimisation de l'achat public par diverses mesures comme :

✓ La possibilité de prendre en compte les conditions sociales et environnementales de l'exécution d'un Marché Public (**article 14**)

✓ la souplesse apportée par les marchés complémentaires (**article 34**)

✓ L'amélioration de la réceptivité aux innovations proposées par les entreprises par la possibilité de proposer systématiquement des variantes, sauf disposition expresse contraire figurant dans le règlement de la consultation (**article 50**)

✓ L'ouverture aux nouvelles technologies de l'information (**article 56**). La dématérialisation des procédures est ainsi favorisée sous des formes diverses : possibilité de transactions par voie électronique, voire usages d'enchères (cf 3^{ème} alinéa).

Le nouveau cadre juridique proposé se place donc incontestablement sous le signe de la modernisation de l'achat public. Certes, cette réforme n'est pas, à bien des égards, synonyme de simplification et donne lieu à des interrogations multiples. Elle reste d'ailleurs incomplète dans la mesure où un volet législatif, définissant la délégation de service public, clarifiant les relations dans le cadre de la sous-traitance et déterminant les règles applicables aux organismes non couverts par le nouveau Code, devrait être prochainement adopté. Néanmoins, sensibilisant clairement l'acheteur à la problématique d'optimisation de l'achat, elle lui permet, en outre, de s'adapter aux nouvelles évolutions, notamment technologiques, en matière d'achat.

1.1.3- L'émergence de nouvelles technologies

Le développement de nouvelles technologies ouvre actuellement des perspectives intéressantes en matière d'achat hospitalier.

Diverses initiatives illustrent les opportunités qui devraient prochainement se présenter aux acheteurs :

✓ D'une part, la Direction Générale de la Comptabilité Publique au Ministère de l'Economie, de l'industrie et des Finances, à l'instar de ses homologues américains et britanniques, a lancé en 2001 un vaste projet de « *carte d'achat* ». Cette carte, qui serait mise à la disposition des acheteurs, vise à dématérialiser les différentes étapes du processus d'achat pour les achats de faible montant, tout en instaurant une automatisation progressive des principaux contrôles sur la dépense, accélérant ainsi le règlement des fournisseurs. L'objectif est donc de fluidifier le processus administratif afin de diminuer les coûts de passation des commandes. Cette démarche, qui sera expérimentée en 2001 et 2002, contribue incontestablement à la réflexion sur la modernisation de la fonction achat.

✓ D'autre part, il est incontestable que le développement des nouvelles technologies de l'information, via Internet, bouleversera, à bien des égards, à l'avenir les pratiques traditionnelles en matière achat.

En effet, alors que la Directive CE n° 2000 - 31 du 8 janvier 2000 ouvrait une voie réglementaire au commerce électronique, l'article 56 du nouveau Code des Marchés Publics relaie ces dispositions en instaurant la possibilité de recourir aux moyens électroniques pour la transmission d'informations concernant l'envoi des différents documents par la Personne Publique, ainsi que pour la transmission des candidatures et des offres par les entreprises, via internet.

En outre, le Code permet désormais aux acheteurs d'organiser des enchères inversées par voie électronique. Les entreprises pourront proposer dans ce cadre, en temps réel, et par Internet, des offres de prix et de surenchères à la baisse dans des conditions parfaitement objectives et confidentielles. Un décret précisera néanmoins les conditions dans lesquelles ces enchères pourront être organisées.

Plus généralement de nombreuses entreprises du secteur proposent actuellement diverses prestations, très intéressantes pour les acheteurs :

⇒ En premier lieu, ces services contribuent à la mutualisation et à la diffusion des savoirs. De nombreux sites Internet proposent ainsi des modèles - types de cahier des charges, des mises à jour jurisprudentielles, des forums de discussions interactives, des systèmes d'aide à la rédaction ...

⇒ En second lieu, la mise en place de différentes places de marché pourrait favoriser à l'avenir la concurrence, notamment dans le cadre des procédures négociées.

Toutefois, il est à noter que les contraintes générées par l'instauration de ces nouvelles pratiques devront être gérées avec rigueur par les Pouvoirs Publics afin d'encadrer efficacement le système.

Ces nouvelles technologies ouvrent donc de nouvelles perspectives en matière d'achat.

Le contexte global est, par conséquent, particulièrement favorable au changement. Le Centre Hospitalier Pierre le Damany saisit donc cette opportunité pour lancer une dynamique sur le terrain.

1.2 LE LANCEMENT D'UNE DYNAMIQUE DE PROJET AU CENTRE HOSPITALIER PIERRE LE DAMANY

Le Centre Hospitalier Pierre Le Damany décide, dans ce contexte, de lancer une réflexion sur ses achats. La problématique d'optimisation émerge, en effet, sous la contrainte financière. Puis, la réflexion s'amplifie dans le cadre de l'engagement dans la procédure d'accréditation. Dès lors, ce projet devient un objectif clairement affiché dans le projet d'établissement.

1.2.1 un problème émergent sous la contrainte financière, puis relayé par la Direction des services économiques

Les achats représentent une part importante (environ 20.9% en 2000) du budget du Centre Hospitalier. Leur montant s'élève, en effet, à 78 501 198.83 F en 2000 sur un budget total de 375 284 803.83 F (on note d'ailleurs une augmentation globale de 8.43 %, par rapport à 1999, cf tableau en **annexe 1**).

Or, dans le contexte budgétaire actuel, la maîtrise des dépenses devient un élément stratégique essentiel, étant donné notamment les différents transferts de charges que le Centre Hospitalier est régulièrement obligé d'effectuer. Dès lors, le Centre Hospitalier se fixe comme objectif de contrôler ses dépenses. Néanmoins, cette régulation ne peut se faire au détriment de la qualité. La Direction des services économiques relaie donc cette réflexion en proposant une dynamique d'optimisation du processus d'achat approvisionnement.

Cette dynamique sera amplifiée dans le cadre de la démarche d'accréditation.

1.2.2 une réflexion amplifiée dans le cadre de la démarche d'accréditation

Le Centre Hospitalier PIERRE LE DAMANY s'est très tôt engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ainsi, l'établissement lance ces premières réflexions en octobre 1998 et envoie officiellement sa demande d'engagement à l'ANAES le 23 octobre 2000, le passage des visiteurs dans

l'établissement étant fixé du 3 au 7 décembre 2001. Le processus achat est concerné par l'accréditation à plusieurs titres.

1.2.2.1 rappel des différents items relatifs aux achats

Le manuel d'accréditation, dans le référentiel Gestion des Fonctions Logistiques, consacre quatre critères à la fonction achat - approvisionnement. En effet, la référence 1 dispose « l'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés à son activité ».

Cette référence se décline en 4 critères :

- les besoins sont évalués sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif
- les personnels utilisateurs sont associés aux procédures d'achat
- les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie
- une procédure d'approvisionnement en urgence est en place

L'ANAES s'intéresse donc au processus d'achat approvisionnement dans sa globalité, privilégiant une démarche transversale et non par métier. Elle met, à ce titre, en exergue les points stratégiques de la démarche :

- la définition des besoins, pierre angulaire d'un achat de qualité
- l'association des utilisateurs au processus
- l'efficacité de la phase d'approvisionnement

Or, la situation n'apparaît pas tout à fait satisfaisante à LANNION

1.2.2.2 les constat d'un audit et des groupes d'auto évaluation

Le Centre Hospitalier lance la dynamique d'accréditation en organisant en juin 1999 un audit sur l'ensemble de l'établissement.

Or, la société chargée de cet audit remarque globalement l'absence de définition d'une politique d'achat dans l'établissement et note le manque de formalisation des procédures dans ce domaine, constat général d'ailleurs repris par le groupe d'auto évaluation chargé de l'étude de ces critères.

Eu égard à ces différentes pistes de réflexion, le projet d'optimisation de la fonction achat s'institutionnalise.

1.2.3 un objectif repris dans le projet d'établissement

Un nouveau projet d'établissement définissant les grandes orientations stratégiques pour les années 2001-2005 a été présenté aux instances en février 2001. Approuvé par la Commission Exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation le 5 juin 2001, ce projet se fixe comme objectif, en matière d'achat, l'optimisation de la politique menée dans l'établissement.

Il propose donc sur les cinq années à venir :

- de développer « *une véritable politique d'achat* »,
- d'adopter des « *mesures concrètes d'organisation* » : « *l'organisation d'une cellule marché* » et une « *meilleure connaissance des besoins* ».

Cette inscription dans le projet d'établissement démontre donc la volonté affichée de l'hôpital de travailler sur cette problématique.

BILAN

La démarche d'optimisation de la fonction achat du Centre Hospitalier s'inscrit donc incontestablement dans un contexte favorable au changement.

Néanmoins, toute dynamique de changement nécessite en préalable une étude de l'état des lieux, un « audit » précis de la fonction achat du Centre Hospitalier, soulignant à la fois, les forces et les dysfonctionnements du système.

2 - SI LA FONCTION ACHAT DU CENTRE HOSPITALIER REPOSE SUR DES BASES INTERESSANTES QU'IL INCOMBE DE VALORISER, LA GESTION DU PROCESSUS ACHAT RESTE PERFECTIBLE

Pour analyser le processus achat du Centre Hospitalier dans sa globalité, une méthode « d'audit » a été utilisée. Elle a reposé sur différents outils, dont notamment :

- des entretiens, avec les principaux acteurs en matière d'achat de l'établissement selon un questionnaire, relativement ouvert, qui visait à recueillir non seulement les informations relatives aux dysfonctionnements et aux réussites en matière d'achat, mais aussi leurs avis sur la situation ainsi que leurs attentes (**cf annexe 2**)
- des visites in situ (des différents magasins, de la pharmacie, de TRESTEL...)
- Un recensement des données chiffrées relatives à l'achat

Une deuxième phase d'analyse a, par suite, permis d'établir un état des lieux relativement précis de la situation, qui met en exergue les principaux problèmes posés dans ce cadre au Centre Hospitalier, mais qui souligne également les atouts de l'établissement dans ce domaine.

2.1 UNE GESTION PERFECTIBLE DU PROCESSUS ACHAT-APPROVISIONNEMENT

La fonction achat rencontre a priori des difficultés à trois niveaux :

- au niveau de l'organisation
- au niveau de la définition et de la formalisation de la politique d'achat
- au niveau de l'évaluation encore balbutiante du processus

2.1.1 Les dysfonctionnements de l'organisation

Ces dysfonctionnements sont liés à

- l'organigramme stricto sensu
- l'insuffisance de la formation aux techniques d'achat des acteurs
- la carence en outils de gestion, aujourd'hui insuffisamment développés

2.1.1.1 L'organigramme : une fonction achat dispersée qui souffre d'un manque de coordination

La fonction achat du Centre Hospitalier apparaît, dans son organisation, extrêmement dispersée. En effet, on recense quatre acteurs principaux responsables en matière d'achat au Centre Hospitalier : le schéma en **annexe 3** illustre ainsi en % la répartition des achats en 2000 entre les différents acheteurs de l'établissement) :

- **les services économiques (55%)**, chargé de l'achat des différents équipements de la classe 2 (matériel-outillage, matériel de transport, matériel de bureau informatique, mobilier, installations techniques en cours) et des achats de la section d'exploitation (petit matériel hospitalier, fournitures médicales, entretien, réparation, matériel de bureau, assurances, abonnements, vignette, alimentation, radiologie, prothèses, fluides et gaz médicaux,
- **la pharmacie (29%)**, chargée de l'achat des produits pharmaceutiques et produits à usage médical, des fournitures, des produits finis, du petit matériel médical et médico- techniques, et des produits diététiques.
- **les services techniques (9%)**, responsable de l'achat du petit matériel et outillage,
- **le Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles de TRESTEL (7%)**, qui achète de façon autonome l'ensemble des produits et services dont la structure a besoin.

Or, cette organisation décentralisée reste problématique. Cet éclatement des services acheteurs devrait être, en effet, compensé par une coordination adéquate au niveau central, actuellement très faible dans l'établissement. Or, l'absence de formalisme des échanges et des obligations réciproques des agents impliqués dans l'achat constitue, sans aucun doute, l'un des problèmes caractéristiques de l'organisation.

□ Tout d'abord, le manque de formalisation de la répartition des compétences entre les différents services apparaît fort regrettable.

Par exemple, un conflit oppose la pharmacie et les services économiques sur l'achat de prothèses. En effet, les services économiques commandaient jusqu'alors les prothèses. Or, la pharmacie, relevant que ce dispositif était régi par la loi du 8 décembre 1992, a demandé

que lui soit attribuée cette compétence, eu égard aux contraintes notamment de traçabilité qu'elle représente.

Cet exemple illustre l'absence d'étude globale sur la répartition des achats au Centre Hospitalier, qui relève plus du fruit de l'histoire que d'une stratégie d'achat définie globalement.

□ En outre, cet éclatement des services acheteurs est source de nombreuses difficultés en termes de coordination des actions des différents acheteurs.

D'une part, des délais d'attente paralysent parfois le processus d'achat : la pharmacie relève ainsi certains retards, qui ont notamment bloqué la notification de certains marchés, ce qui a constitué une source de dysfonctionnements non négligeable dans la passation de marchés pourtant stratégiques pour l'établissement.

De même, des avis d'appel public à concurrence ont été lancés par les services économiques, alors que les services techniques n'avaient pas finalisé leurs cahiers des charges, comptant sur les délais de publication pour les rédiger. Par suite, lorsque les entreprises ont effectué leurs demandes de dossiers, le Centre Hospitalier n'a pas pu répondre immédiatement à leur demande.

D'autre part, il est à noter que des seuils de marché ont fréquemment été dépassés du fait de la multiplicité des bons de commandes, émis par les différents services, les sommes n'ayant pas pu être intégralement contrôlées en central.

□ Enfin, la dispersion des compétences en matière d'achat, d'émission de bons de commandes, de mandatement et de liquidation rend la lecture de l'organigramme relativement opaque, dans la mesure où les tâches effectuées par les services, ainsi que leurs compétences en matière d'achat n'apparaissent pas de façon très nette. Par exemple, les responsabilités dans le cadre de la gestion des aspects administratifs dans la passation de marchés font l'objet d'un partage de compétences non formalisé qui reste difficile à saisir.

De façon plus générale, on note incontestablement un manque de communication entre les différents acheteurs. Deux exemples illustrent ce constat :

- le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles de TRESTEL ne reçoit pas la copie des documents de Marchés Publics passés à LANNION, alors que ses achats sont intégrés dans lesdits marchés, ce qui rend problématique le suivi des achats par le Centre.

- le recensement des données relatives aux marchés publics passés par le Centre Hospitalier s'est révélé extrêmement difficile : en effet, les dossiers sont éclatés dans les différents services (services économiques, biomédical, services techniques) sans qu'aucune centralisation des données ne soit effectuée. Certes, un registre des marchés est tenu par les services économiques. Néanmoins, les informations qu'il contient restent très parcellaires et les fiches relativement incomplètes pour les marchés ne relevant pas de leur ressort, notamment pour les marchés de maintenance : absence du montant global, de l'imputation budgétaire...

L'éclatement de la fonction achat au Centre Hospitalier fait donc apparaître certaines difficultés dans la mesure où la coordination entre les différents acheteurs se révèle parfois défaillante. Les tâches de chacun des services ne sont pas correctement définies ni formalisées, ce qui est la source de nombreux dysfonctionnements, en partie liés au manque de formation des agents dans ce domaine.

2.1.1.2 des acteurs peu formés aux techniques d'achat

Il incombe, en second lieu, d'analyser les ressources humaines dont dispose la fonction achat du Centre Hospitalier, c'est-à-dire les agents qui présentent une compétence particulière en matière d'achat, de marchés publics.

Dans ce contexte d'éclatement de la fonction achat, ces « acheteurs » exercent leurs activités dans les différents services précités. Il est à noter qu'il apparaît extrêmement difficile de mesurer exactement le temps qu'ils consacrent à l'achat dans la mesure où il n'existe pas de profil de poste « d'acheteur » stricto sensu dans l'établissement. En effet, l'étude des différentes fiches de postes démontre que les « achats » ne représentent qu'une partie des missions d'un agent, à qui il a été systématiquement attribué d'autres missions. En outre, le temps partiel complexifie les calculs. Néanmoins, un bilan peut être dressé.

⇒ *La direction des services économiques et des équipements*

Le service dispose de 6,5 ETP. Néanmoins, 4 agents assurent exclusivement la liquidation et le mandatement des factures, chacun étant responsable du suivi budgétaire de comptes spécifiques : par exemple, un agent est chargé de la gestion du compte de radiologie, des prothèses, du sang, des fluides et gaz médicaux et assure la liquidation des factures de pharmacie, médicaments et fournitures médicales.

Certaines compétences relatives à l'achat se retrouvent, toutefois, dans différentes fiches de poste :

- *le chef de bureau* supervise les achats de la classe 2, étudie les dossiers pour certains comptes d'exploitation et assure le suivi du groupement d'achats. Néanmoins, son rôle strictement «comptable » est resté extrêmement important (« élaboration du compte administratif anticipé », « suivi des comptes de la section d'exploitation », « participation à la clôture d'exercice »),
- *un adjoint administratif principal* est responsable entre autre du «secrétariat » des marchés publics,
- *un agent administratif* est chargé de préparer les dossiers de mise en concurrence (recensement des besoins pour l'année en lien avec les responsables, saisie dans SIS-MARCHE) mais assure, par ailleurs, d'autres tâches comme la liquidation de facture, la saisie de bons de commandes....

⇒ **la pharmacie :**

Le chef de service assure la supervision des marchés. Par ailleurs, un préparateur en pharmacie travaille quasiment à temps plein sur les achats. Enfin, un mi-temps de secrétariat est consacré aux commandes. La pharmacie dénonce néanmoins la faiblesse des effectifs attribués, la mise en place de procédures de marchés pour les achats pharmaceutiques exigeant, selon le service, un travail supplémentaire non négligeable. La consultation dans le cadre du dernier marché de dispositifs médicaux a, par exemple, demandé 253 heures de préparateur et 194 heures de secrétariat. Le paiement d'heures supplémentaires s'est ainsi révélé nécessaire.

⇒ **Le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles de TRESTEL**

Le chef de bureau supervise les achats du Centre. En outre, un poste d'agent (1 ETP) est consacré uniquement à la passation des commandes pour le Centre.

⇒ **les services techniques :**

L'ingénieur est chargé des achats en général du magasin, de certains équipements et des marchés de maintenance. Si les marchés de travaux sont préparés par les services techniques, les procédures sont, en revanche, gérées par les services économiques

Deux agents (0.5 et 0.75 ETP) assurent la passation des commandes et la liquidation des factures.

Or, si on analyse le profil professionnel des agents, on remarque que leur formation sur les achats est extrêmement sommaire et exclusivement juridique. Seule une formation sur les marchés publics, demandée de manière pressante par l'ensemble des intervenants, a été assurée sur 2 jours en 1998, complétée en juin 2001, par une matinée d'information sur le nouveau Code des Marchés. Néanmoins, il est à noter l'absence du corps médical et soignants à ces formations, alors que leur rôle est considérable en matière d'achat.

Les agents apparaissent donc incontestablement marqués par une « *certaine culture juridique* » (expression utilisée par l'IGAS). Aucune formation commerciale et technique sur l'achat n'a été dispensée (sur les méthodes de négociation, la tenue de tableaux de bord en matière d'achats...). En l'absence de vision économique, la fonction est assimilée à la procédure formelle de passation des marchés, de commandes, et de réception des commandes.

Diverses conséquences en découlent :

- les agents ne s'inscrivent que difficilement dans une dynamique d'achat et ne se comportent pas en « acheteur ». Ils conçoivent leur responsabilité comme exclusivement comptable. Ainsi, l'organisation des services économiques, basée sur une logique purement comptable, démontre tout à fait cette logique. L'intérêt est, en fait, surtout porté sur le mandatement et le suivi budgétaire. La courte formation sur les marchés a néanmoins permis aux agents de mieux comprendre les mécanismes des procédures de marchés. Toutefois, elle ne les a pas familiarisés avec les différentes techniques d'achat.
- Dès lors, leur activité est peu valorisée. L'image traditionnelle de « l'économat », est, de façon tout à fait surprenante, restée très prégnante dans les services, de soins comme administratifs.

L'établissement confie donc les responsabilités d'achat à des agents de formation juridique ou administrative, en majorité de faible qualification, qui présentent tous une certaine ancienneté dans leur fonction. De fait, l'acte d'achat n'est pas maîtrisé dans toute ses dimensions.

D'ailleurs, leur faible technicité pose la question de leur légitimité par rapport aux autres composantes de l'hôpital, notamment les médecins qui s'arrogent, dès lors, un pouvoir important dans les décisions d'achats, notamment pour les équipements, dans la mesure où ils ont le plus souvent connaissance de l'évolution, notamment technologique, des produits.

Néanmoins, il est à noter que cette situation à Lannion est loin d'être atypique. En effet, elle est tout à fait identique dans les autres hôpitaux de la région. La déléguée régionale ANFH note ainsi que la formation sur l'achat n'a jamais été définie comme une priorité au niveau régional. Sur les cinq dernières années, il apparaît qu'une seule formation sur l'achat, qui a réuni une dizaine de personnes, essentiellement des directeurs de services économiques ainsi que des chefs de bureau, a été dispensée dans ce cadre, en 1997, par un cabinet de juristes. Le programme était, par conséquent, essentiellement juridique, et portait sur les règles relatives au Code des Marchés Publics.

Mais, la déléguée remarque que cette carence en formation sur les techniques d'achat s'explique non pas par un déficit de l'offre en la matière, (de nombreux organismes proposent ainsi des formations sur ce thème) mais par l'absence problématique de la demande des établissements, jugeant ces actions comme non prioritaires.

Cet état global des qualifications contraste avec les évolutions qu'a connu le secteur privé où l'informatisation et la reconfiguration des processus ont réduit le poids des tâches administratives mais accru celle de conception.

Cette absence de formation est à l'origine du faible développement d'outils de gestion adaptés aux nouvelles exigences de la fonction achat.

2.1.1.3 des outils de gestion insuffisamment développés

① une connaissance très parcellaire des achats

La connaissance des achats du Centre Hospitalier est très parcellaire. En effet, outre que les données soient éclatées dans les différents services, sans être coordonnées et/ou centralisées à un échelon global, la typologie des achats reste exclusivement comptable et le suivi uniquement budgétaire.

De façon générale, la connaissance des produits se révèle le plus souvent empirique, basée uniquement sur des données comptables. Par exemple, il est à noter que le listing produits de MAGH II, logiciel utilisé par le Centre Hospitalier en matière d'achat, est rarement mis à jour. Seule la liste des produits par fournisseur fait l'objet d'une attention particulière dans la mesure où elle permettait, jusqu'à présent, de déterminer les seuils de procédures.

De plus, les services ne disposent pas de tableaux mis à jour des marchés en cours d'exécution, avec leur ancienneté, l'imputation budgétaire et le montant global. Seul un registre manuel recense de façon imparfaite l'ensemble des marchés passés dans l'établissement. Se pose, d'ailleurs, également le problème de la régularité de sa mise à jour.

Par conséquent, les achats du Centre Hospitalier ne sont pas ou peu étudiés. On peut ainsi remarquer l'absence d'analyse de leur poids budgétaire et de son évolution, des procédures d'acquisition (par exemple, pas de suivi systématique de l'évolution des achats effectués en groupements, des achats hors marché⁶...). La difficulté de recenser les données explique certainement en grande partie cette absence.

Si les achats sont essentiellement connus de façon parcellaire, la connaissance des fournisseurs restent, de même, tout à fait incomplète .

② Une connaissance incomplète des fournisseurs avec qui le Centre Hospitalier entretient des relations relativement assainies mais non formalisées.

⇒ *la connaissance des fournisseurs*

☐ La gestion du fichier fournisseur est, de même, symptomatique de la faiblesse de l'approche commerciale des achats au Centre Hospitalier. En effet, le fichier fournisseur se réduit au listing géré par le logiciel MAGH II.

Ne sont enregistrées dans ce listing que des données extrêmement partielles : n° du fournisseur, adresse, n° de téléphone, compte bancaire). Le logiciel propose, certes, d'autres

⁶ On utilisera, dans le cadre de cette étude, par abus de langage le terme d'achats « hors marché », souvent usité dans les Centres Hospitaliers, mais néanmoins aujourd'hui inexact, dans la mesure où le nouveau Code des marchés considère que toute commande, dès le premier franc constitue un marché .

rubriques (Chiffre d'affaires, type de marché, délai de règlement) mais elles ne sont pas utilisées. En outre, la remise à jour du fichier est loin d'être systématique : si les nouveaux fournisseurs sont enregistrés, en revanche, les fournisseurs avec qui le CH n'entretient plus de relations commerciales ne sont pas supprimés. Ce fichier est donc réduit à sa plus simple expression.

Incomplet, il ne peut par conséquent être étudié de façon rigoureuse et utilisé dans un objectif d'optimisation de la fonction achat (étude de la concentration des fournisseurs évaluation des prestations etc.). Seul le service biomédical fait remonter les dysfonctionnements constatés chez certains fournisseurs par le biais de son propre système d'information mis en place dès 1997 (la GMAO), ce qui constitue un embryon d'évaluation des fournisseurs.

Cet outil de gestion reste donc très frustré.

□ En termes de connaissance du marché fournisseur, on peut noter, par ailleurs, la relative absence de veille économique et technologique au sein des services acheteurs. Il convient de remarquer d'ailleurs que cette connaissance des marchés est souvent plus présente chez les services demandeurs que ceux chargés des procédures d'achat, excepté dans le service biomédical. Cette information se fait, certes, par le biais des passages des commerciaux dans les services. Elle reste néanmoins très informelle et éclatée.

Etant donné cette absence, la position des acheteurs en résulte incontestablement diminuée à l'égard des demandes formulées par les utilisateurs. De plus, les risques de dépendance sont accrûs : ainsi, presque quotidiennement, le CRRF de TRESTEL effectue ses achats dans les grandes surfaces voisines, achetant par conséquent au prix « grand public », divers matériels et outillages.

⇒ *la gestion des relations avec les fournisseurs*

Les contacts avec les fournisseurs, en revanche, semblent tout à fait assainis. La tendance semble être actuellement au « *benchmarking* », c'est-à-dire au partenariat dans le cadre d'un strict respect des règles d'égalité imposées par le Code des Marchés. Néanmoins, divers problèmes ont pu être soulevés comme :

- la difficulté de contrôle des passages des commerciaux dans les services
- certains problèmes de déontologie : par exemple, il est arrivé qu'une surveillante ou même un chef de service s'arroge le droit de demander, en l'absence de toute

information à la Direction des services économiques (ou en l'informant a posteriori), des devis à une entreprise. Une sensibilisation à cette problématique apparaît donc nécessaire.

Enfin, il faut rappeler que l'analyse toute relative du marché fournisseur évoquée précédemment affaiblit incontestablement la position de l'acheteur, lors des procédures d'achats.

Les outils de gestion et de pilotage de la fonction achat du Centre Hospitalier semblent donc tout à fait perfectibles, dans l'objectif d'améliorer la définition de la politique d'achat.

2.1.2 Une politique d'achat insuffisamment définie et formalisée

Si des dysfonctionnements ont pu apparaître dans l'organisation de la fonction achat, il semble qu'en outre, le processus d'achat, c'est-à-dire la chaîne qui va de la définition des besoins à l'approvisionnement, présente quelques imperfections qu'il incombe d'analyser au niveau de :

- la programmation des achats
- des étapes de l'achat stricto sensu
- du paiement
- de la gestion des stocks et plus généralement de la phase approvisionnement.

2.1.2.1 un manque de planification et de programmation

Certaines lacunes apparaissent dans la planification des achats, tant au niveau de la programmation des investissements de l'hôpital, que dans le cadre plus spécifique de la passation et du renouvellement des marchés publics.

□ Au niveau de la programmation des investissements

Les services essaient généralement de programmer leurs achats. Néanmoins, cette programmation n'est parfois que peu suivie. En témoigne l'évolution des taux d'exécution des programmes d'investissements du Centre Hospitalier.

TAUX D'EXECUTION DES DIFFERENTS PROGRAMMES DU CENTRE HOSPITALIER (crédits exécutés rapportés aux crédits disponibles)

	1998	1999	2000
total section d'investissement (travaux compris)	60,22%	56,20%	53,90%
total section d'investissement hors travaux	65,95%	62,32%	74,34%
meublier	89,19%	64%	89%
matériel de bureau et matériel informatique	77,92%	60,73%	91,25%
matériel et outillage	85,54%	33,57%	53,73%

Tableau N°1

On peut ainsi regretter la faiblesse de certains taux, comme l'écart notable entre crédits prévisionnels et dépenses exécutées en matière de matériel et d'outillage, notamment en 1999 où le taux est extrêmement faible : le Centre hospitalier avait, en effet, budgété 4 991 0001.27 F mais n'a réalisé que pour 1 675 600.45 F d'équipements.

Cependant, on note une incontestable progression de l'ensemble de ces taux en 2000, ce qui démontre une certaine amélioration de la planification, nette notamment en matière de mobilier de bureau et en matériel informatique.

Certes, l'exercice de la programmation est extrêmement difficile, étant donné, d'une part, la multiplicité des acteurs intervenant dans le processus dans un Centre Hospitalier (administratifs, corps médical, soignants..) et la diversité des contraintes à prendre en compte (budgétaires, techniques, juridiques..). Les procédures de marchés publics imposent, d'autre part, des délais qu'il incombe de respecter : on peut estimer ainsi que 3 mois de procédures sont nécessaires dans le cadre d'un marché négocié, 6 mois pour un appel d'offres.

□ *Il est intéressant d'illustrer cette problématique par l'observation de la programmation de l'achat d'un équipement inter hospitalier, emblématique des difficultés, ici exacerbées du fait qu'il concerne plusieurs établissements, d'établir et de tenir un calendrier d'achat. Les établissements de LANNION, MORLAIX et GUINGAMP se sont, en effet, réunis pour*

acheter une **IRM mobile**, opération d'achat complexe s'il en est, partagée entre les trois établissements.

Si, dès 1998, le corps médical et la direction du Centre Hospitalier de LANNION avaient fait part de leur intérêt de cette installation pour les patients du Trégor, l'idée de partager un équipement avec les établissements ayant la même problématique a véritablement émergé au début de l'année 2000, les textes de juin imposant de présenter un dossier impérativement avant le 31 août. Le dossier a été adopté par les instances de chaque établissement à la fin du mois d'août 2000. Puis, avoir été instruit par l'ARH, il a été transmis au Comité National de l'Organisation Sanitaire qui a émis un avis favorable le 7 décembre 2000.

La décision officielle du ministre n'est parue que le 26 février 2001. Le 17 avril 2001, le syndicat inter hospitalier est créé par arrêté de la directrice de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Dès lors, les discussions relatives à l'appel d'offres sont lancées en mai 2001. Un calendrier prévisionnel est établi :

- 1^{er} juillet 2001 : lancement de l'avis d'appel public à concurrence
- 1^{er} octobre 2001: réception des offres
- décembre 2001 : notification
- 1^{er} juin 2002 : installation

Or, les premières notes avaient envisagé l'installation en fin 2001. Mais, se sont ajoutées quelques difficultés, comme par exemple le retard de la réunion du Conseil d'administration du syndicat avant le lancement de l'Avis Public d'Appel à Concurrence, lié aux contraintes de calendrier de chaque établissement... De plus, les discussions relatives aux cahiers des charges sont, par nature, étant donné l'importance du projet, longues et difficiles, car nécessitant la collaboration des utilisateurs, techniciens et administratifs des trois établissements concernés, aux méthodes de travail et aux pratiques professionnelles souvent différentes.

Ainsi, il apparaît, alors qu'il est incontestable que le dossier a été particulièrement bien et rapidement géré par les trois établissements, que plus de deux ans seront nécessaires pour mener à bien cet achat, soumis pourtant à des évolutions technologiques rapides. Cet exemple, certes particulièrement complexe mais intéressant, illustre bien les difficultés multiples et inhérentes à la programmation en matière d'achat.

❑ **au niveau de la programmation des marchés publics**

Certaines lacunes apparaissent, dans le cadre de la programmation des différents marchés publics passés par le Centre Hospitalier.

En effet, eu égard à l'absence des outils de gestion susvisés, la planification des achats se révèle extrêmement difficile. Par exemple, du fait de l'absence du recensement des marchés en cours d'exécution, leur date de renouvellement n'est pas systématiquement suivie, restant inscrite de façon informelle « dans les mémoires ».

Par conséquent, il en résulte des oublis de relance ou du moins des retards de lancement, des échéances quelques fois non respectées, des changements dans la programmation des Commission d'appels d'offres, des tranches dans le cadre de marchés fractionnés non honorées...

Si des améliorations pourraient être envisagées au niveau de la planification, il apparaît, en outre, que le processus d'achat, stricto sensu, mis en oeuvre reste perfectible.

2.1.2.2 un processus d'achat perfectible

Le processus d'achat du Centre Hospitalier apparaît perfectible dans la mesure où la définition du besoin se révèle parfois insuffisante. En outre, le choix des procédures reste souvent trop peu lié à une véritable stratégie d'achat.

① Une définition insuffisante du besoin

Le besoin est, selon **la norme NF X 50- 150** (qui expose un certain nombre de recommandations pour obtenir et assurer la qualité en matière d'achat-approvisionnement dans une entreprise) « *une nécessité ou un désir éprouvé par un utilisateur qui peut- être exprimé ou implicite, avoué ou inavoué, latent ou potentiel* »

Le besoin est donc un concept complexe car il présente une part de subjectivité. Dès lors, définir des modalités de recensement des besoins n'est pas chose aisée. Néanmoins, les procédures utilisées à LANNION restent perfectibles.

⇒ ***Tout d'abord, il apparaît que certaines procédures utilisées à LANNION dans le cadre du recensement des besoins pourraient être améliorées.***

☐ **En matière d'équipements**, la méthode utilisée est la suivante :

Des rencontres sont organisées, par Centre de Responsabilité, chaque année, en avril-mai, entre la direction et le corps médical qui transmet, à cette occasion, ses demandes d'équipements pour l'année N+1.

En septembre, est arrêtée, pour le budget N+1, la répartition par compte budgétaire, sur la base d'un taux moyen d'évolution.

Les arbitrages sont effectués en aval, en concertation avec les médecins, au début de l'année N+1, sur la base du chiffrage des équipements demandés.

Cette procédure apparaît, à bien des égards, problématique.

✓ En premier lieu, il apparaît que le recensement effectué n'est pas, la plupart du temps, exhaustif. Ainsi, certains équipements non prévus en début d'année sont par la suite demandés, « en urgences » par les services.

✓ En second lieu, il apparaît dommageable de déconnecter le recensement des besoins de l'évaluation des crédits qui seront inscrits au budget. La programmation pluriannuelle apparaît, en outre, encore balbutiante.

✓ Enfin, les rencontres individuelles nuisent à l'harmonisation et à la standardisation des demandes. Elles semblent légitimer les choix individuels des chefs de services, qui ont souvent déjà envisagé, voire sélectionné, le fournisseur exact qu'il désire, sans s'être nécessairement concerté avec d'autres confrères qui seraient susceptibles d'être intéressés par le même type d'équipements.

☐ **En matière de « consommables » courants**, des difficultés peuvent également apparaître dans le recensement des besoins, exercice certes périlleux et extrêmement difficile.

✓ En témoignent, tout d'abord, certains avenants dans les marchés de consommations courantes, qui démontrent la nécessité structurelle d'adapter le marché au fur et à mesure de l'évolution des besoins.

✓ En outre, certains marchés ne sont parfois qu'exclusivement basés sur les consommations de l'année N-1, ce qui peut poser problème pour les produits dont la consommation connaît des évolutions parfois marquées.

□ Néanmoins, le problème le plus important du Centre Hospitalier reste l'achat « au coup par coup ». En témoignent les taux importants d'achats « Hors marché ».

Ainsi, en 2000, ils s'établissent ainsi qu'il suit.

⇒ *Le total des achats effectués par les services économiques s'élèvent à 18 163 807.45 F. Le montant des achats passés hors marché est de 7 720 173.37F, soit 43 % du montant. Ce chiffre est notamment lié à l'achat hors marché de certaines prestations : ainsi, le téléphone représente 13% des achats passés hors marché, les fournitures de bureau 10%, le petit matériel médical 8%, les consultations spécialisées 8%, le transport usager 8% .*

Ce taux important d'achat hors marché sera néanmoins certainement en baisse en 2001, des marchés ayant été passés pour les fournitures de bureau ainsi que le téléphone.

⇒ *En ce qui concerne la pharmacie, les taux calculés dans le cadre de cette étude sont présentés dans l'annexe n°4*

Le taux hors marché de la pharmacie est incontestablement très élevé (**60% au total**). L'achat des « produits pharmaceutiques », qui y contribue pour presque 60%, en est essentiellement la cause.

Une réflexion sur la politique d'achat de la pharmacie apparaît donc nécessaire (intégration de nouveaux produits en Appel d'Offres ? renforcement de l'achat en groupement ?)

Si certaines procédures utilisées peuvent parfois apparaître problématiques, les quelques dysfonctionnements remarqués proviennent, en outre, du déficit d'analyse fonctionnelle lors de la phase de définition des besoins.

⇒ ***En second lieu, se pose un problème d'analyse fonctionnelle des besoins.***

□ Tout d'abord, il n'existe pas au Centre Hospitalier **de fiches de demande d'achat ponctuel**. Dès lors, les différents services demandent, parfois de façon anarchique, aux services économiques de commander, souvent dans l'urgence, des biens afin de satisfaire leurs besoins immédiats.

Ces commandes sont passées par téléphone, ou sont parfois transmises sur une simple feuille de papier, où sont à peine indiqués le nom du produit et le service demandeur.

Par conséquent, le besoin ne peut absolument pas être analysé.

Il en résulte d'une part, qu'il est difficile pour l'acheteur de savoir si la demande est légitime ou non, et de commander, par suite, le produit qui pourra satisfaire son utilisateur. Or, Il est incontestable que parfois, la demande ne correspond pas (ou partiellement) aux besoins.

D'autre part, l'utilisateur n'est absolument pas sensibilisé à la démarche d'achat et ne prend pas conscience du coût qu'il représente pour le budget de l'hôpital.

□ Néanmoins, la Direction des Services Economiques, constatant certaines dérives, a mis en place **une fiche de demande en matière d'équipement** afin de rationaliser la demande et d'améliorer le dialogue, notamment avec le corps médical, dans ce domaine. Ces fiches constituent un progrès indéniable. Cependant, on peut remarquer quelques défauts dans leur utilisation :

- tout d'abord, les services économiques ont pu remarquer que l'ensemble des rubriques n'étaient pas correctement remplies par les demandeurs.
- en outre, ces fiches d'équipement ne sont pas utilisées, de façon étonnante, par l'ensemble de l'établissement. Le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles de TRESTEL dispose, par exemple, de ces propres fiches de demandes en interne, qui ne sont pas d'ailleurs sans poser problème dans la mesure où sont demandées, pour chaque achat, des références de fournisseurs, sans qu'il soit précisé que le service acheteur devra mettre en concurrence les fournisseurs potentiels, et ce, dès le premier franc comme l'exige le nouveau Code des Marchés Publics, ce qui n'est pas sans nuire au principe fondamental d'égalité des candidats devant la commande publique.
- Enfin, ces fiches, malgré le progrès tout à fait notable qu'elles représentent, ne prennent pas en compte les coûts de possession, élément pourtant incontournable de la gestion du patrimoine mobilier de l'hôpital.

□ Enfin, l'établissement n'a pas défini, en concertation avec les services, **la notion d'urgence**. Par conséquent, les services de soins, par exemple, ne sont que peu enclins à programmer leurs besoins sur l'année dans la mesure où ils sont souvent satisfaits dans l'immédiat, du fait de l' « urgence », considérée comme légitime, de leurs besoins.

Or, des dérives sont régulièrement constatées. Ainsi, l'achat d'un congélateur pour un service a été considéré comme « urgent » par la surveillante, alors qu'il n'avait pas été programmé.

Ces habitudes nuisent à la standardisation des biens sur l'ensemble de l'établissement car les biens de même nature ne sont pas regroupés pour être achetés chez un même fournisseur, alors que cette stratégie pourrait être une source d'économies potentielles non négligeable. Cet achat en « urgence » constitue incontestablement une des causes du taux d'achats « hors marché » important de l'établissement. Or, il est, par nature, onéreux car les entreprises facturent ces commandes urgentes aux prix les plus élevés.

La situation apparaît notamment particulièrement problématique au magasin des services techniques, où les stocks sont souvent renouvelés au « coup par coup » (d'où la multiplicité de petites commandes, des petits fournisseurs)..

Le besoin devrait donc être formalisé de façon beaucoup plus rigoureuse pour qu'en aval un « bon achat », du point de vue financier comme de celui de la qualité, soit effectué.

□ BILAN : UNE RATIONNALISATION PARCELLAIRE DES ACHATS

□ D'une part, si on reprend les trois items consacrés par l'IGAS dans son rapport annuel en 1997, il apparaît que les trois types d'actions qui permettent de regrouper les achats sont, certes, parfois menés sur l'hôpital de Lannion-Trestel mais pas de façon systématique :

- **l'agrégation de l'achat**, c'est-à-dire son regroupement dans le temps : par exemple, différents échographes ont été achetés ponctuellement, sous la pression du corps médical, chez des fournisseurs différents.
- **la coordination de l'achat**, c'est-à-dire le regroupement des achats émanant de l'ensemble des services de l'établissement .
- **La standardisation**, c'est-à-dire le regroupement des achats de biens similaires : ces lacunes sont notables pour certains biens comme les pousse-seringue, chaque médecin exigeant « sa » propre marque...

Or, cette politique a pour conséquence :

✓ *la multiplication des petits fournisseurs* . A titre d'exemple, l'étude financière étant facilitée dans la mesure où il s'agit d'une petite structure, le CCRF de TRESTEL a fait

appel en 1999 à 9 fournisseurs différents pour l'achat de mobilier pour un montant total de 42 578F et à 4 fournisseurs différents en 2000 pour un montant de 22 840F.

✓ *des différences nettes de prix* : ainsi, le CRRF a acheté en 1999 et en 2000 deux pompes d'alimentation entérale chez deux fournisseurs différents avec une différence de prix de 4620F, ainsi que deux aspirateurs de mucosité présentant un différentiel de prix de 3840F.

Cet état de fait apparaît problématique dans la mesure où il est synonyme :

- ***de coûts plus élevés*** :
 - o d'une part, les entreprises sont moins pas enclines à accorder des remises importantes dans le cadre d'achats parcellaires.
 - o D'autre part, la multiplication de petites commandes pose problème. Elle consomme beaucoup de temps administratif d'agents, qui pourrait d'ailleurs être éventuellement redéployé pour effectuer d'autres tâches plus valorisantes (tenue de tableaux de bord ...etc). En outre, il est à noter que le coût moyen d'une commande pour un établissement de la taille de LANNION est estimé à 250 F, ce qui rend intéressant financièrement toute stratégie de regroupements.

- ***d'une maintenance plus difficile*** de fait de l'hétérogénéité du parc, ce qui mobilise plus de temps, en termes de réparation, pour les services techniques.

- ***de difficulté de prêt entre les utilisateurs***

Cette définition du besoin, point d'achoppement majeur, du processus d'achat apparaît d'autant plus perfectible, dans la mesure où elle engage, par la suite, les procédures utilisées.

② Un choix des procédures trop peu lié à une stratégie globale d'achat

⇒ *analyse des procédures choisies*

☐ Tout d'abord, on peut regretter **la faiblesse voire l'absence de l'utilisation de certaines procédures qui pourraient parfois être mises en œuvre.**

Ainsi, sur les 3 années étudiées (1998, 1999, 2000), il est à noter que la procédure de marché de définition⁷ n'a jamais été utilisée. En outre, la technique du marché sur performances⁸ n'a été mise en œuvre qu'une seule fois.

Néanmoins, il est incontestable que la difficulté de mener de telles procédures explique certainement leur faible présence. De plus, elles ne sont pas toujours adaptées aux achats de biens dits « courants ». Toutefois, elles pourraient peut-être parfois participer à l'amélioration de la définition du besoin dans l'établissement.

□ En outre, **certaines procédures d'achat** sont utilisées sans que ce choix soit lié à une politique d'achat particulière. L'exemple des achats effectués par le biais des groupements d'achat est, à bien des égards, tout à fait révélateur.

Le Centre Hospitalier est membre du **groupement d'achat** des Côtes-d'armor pour les produits suivants :

- produits pharmaceutiques
- produits stables
- fournitures médicales (fournitures non stériles, stériles et pansements)
- fournitures radiologiques
- produits diététiques
- alimentation
- textile
- linge à usage unique

Cependant, cette liste éparsse semble plus liée à l'histoire qu'à une réelle analyse stratégique. En effet, il a été extrêmement difficile de recenser les données relatives à l'évolution de ces achats.

Les chiffres suivant permettent néanmoins d'apprécier l'évolution en 1999 et en 2000.

⁷ article 73 du nouveau Code des Marchés

⁸ article 68 du nouveau Code des Marchés

Evolution des achats du Centre Hospitalier au Groupements d'Achat des Côtes- D'Armor

NATURE DU PRODUITS	MONTANT 99	MONTANT 2000	EVOLUTION
TEXTILE	258 937,64 F	309 484,33 F	16,33%
LINGE A USAGE UNIQUE	688 554,36 F	373 158,61 F	-84,52%
RADIOLOGIE	350 521,46 F	370 953,54 F	5,51%
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	3 924 037,52 F	4 098 061,51 F	4,25%
PRODUITS STABLES	2 584 983,11 F	3 269 813,10 F	20,94%
FOURNITURES MEDICALES	1 376 448,02 F	1 147 305,37 F	-19,97%
PRODUITS DIETETIQUES	16 407,36 F	0,00 F	
ALIMENTATION	1 224 685,53 F	2 389 955,64 F	48,76%
TOTAL	10 424 575,00 F	11 958 732,10 F	12,83%

Tableau n°2

Une rapide analyse de l'évolution permet d'éventuellement d'émettre des hypothèses quant à la stratégie d'achat à envisager :

- suppression de l'achat du linge à usage unique ?
- possibilité de développer l'achat alimentaire en groupement ?.....

Il est à noter que le nouveau Code des Marchés Publics encourage et facilite les groupements d'achat, le cadre départemental ayant notamment disparu. Dès lors, une étude prospective sur les biens et services qu'il serait intéressant d'acheter en groupement pourrait être menée.

⇒ *Analyse du choix des fournisseurs*

Il apparaît tout à fait intéressant dans le cadre de cette étude de se pencher sur les choix des fournisseurs effectués par le Centre Hospitalier.

☐ Certes, comme pour l'ensemble des Centres Hospitaliers, on peut déplorer à LANNION la **faiblesse de l'analyse des critères d'appréciation des garanties financières et**

professionnelles des entreprises. La Commission d'appel d'offres se contente parfois de s'assurer de la présence des divers documents administratifs obligatoires contenus dans la première enveloppe, alors que les références d'une entreprise, son engagement dans une démarche qualité constituent autant de garanties pour effectuer un bon achat.

Cet état des lieux contraste avec la situation existant dans le secteur concurrentiel où se mettent en place des systèmes d'évaluation de la performance des fournisseurs, des systèmes de « rating » afin de sélectionner les fournisseurs acceptables, sur la base de cette évaluation préalable. Cependant, il convient de rappeler que les règles du Code des Marchés Publics imposent certaines réserves à cette démarche dans la mesure où l'égalité de traitement des candidats doit être strictement respectée.

□ En outre, les critères de sélection des offres se révèlent parfois assez sommaires. Sont, en effet, évoqués presque systématiquement dans l'ordre suivant :

- 1- la valeur technique
- 2- le prix

Simple reprise de l'ancien Code des marchés, ils ne sont donc que très peu adaptés aux consultations. Généraux, ils laissent une large place à l'appréciation des utilisateurs.

L'absence de la définition précise des critères amène souvent à entériner des choix effectués en amont par les utilisateurs. Elle ne facilite pas, par ailleurs, pour les entreprises la compréhension de la décision d'attribution.

Soulevé à maintes reprises par diverses instances, ce problème n'est pas bien sûr spécifique au Centre Hospitalier de LANNION.

Toutefois, le nouveau Code des Marchés a pris en considération ces difficultés, en supprimant le nombre de critères (précédemment au nombre de quatre : prix des prestations, coût d'entretien, valeur technique, délai d'exécution) obligatoirement utilisés pour attribuer un marché sur appel d'offres car servant à détecter au minimum l'offre « la plus avantageuse » et à désigner le candidat « le mieux disant ».

A présent, le choix de l'entreprise s'appuiera sur une pluralité de critères

- coût d'utilisation
- valeur technique

- délai d'exécution
- qualités esthétiques et fonctionnelles
- rentabilité
- service après-vente
- assistance technique
- délai de livraison
- prix des prestations

La liste n'étant qu'indicative, d'autres critères pourront, par ailleurs, être proposés en fonction du marché.

L'enjeu principal se situera donc, désormais, dans l'application de critères directement liés à l'objet du marché⁹, de façon à détecter l'offre la plus avantageuse d'un point de vue économique.

Si des améliorations peuvent être apportées aux procédures d'achat stricto sensu, il apparaît, en outre, que les étapes suivantes du processus restent également perfectibles.

2.1.3 Une phase de paiement relativement maîtrisée

Etudier la phase du paiement n'est pas chose aisée dans la mesure où le Centre Hospitalier n'est pas le seul acteur intervenant dans le processus. En effet, l'efficacité de la procédure repose sur une coopération satisfaisante entre l'ordonnateur et le comptable.

Après étude, il apparaît que le délai brut de rotation des dettes sur fournisseurs ordinaires de l'établissement ressort à 11 jours au 31 décembre 2000. A titre de comparaison, le ratio national était de 48.30 jours en 1998. Pour les créanciers d'immobilisations, à la même date, ce délai est de un jour. A l'issue de la journée complémentaire, les fournisseurs étaient intégralement payés.

Néanmoins, si pour l'immense majorité des mandaterments, les délais sont tout à fait acceptables (délai moyen de paiement inférieur à 10 jours), il n'en est pas de même pour quelques opérations d'investissements pour lesquelles les services de la Trésorerie n'obtiennent pas, a priori, dans des délais satisfaisants, les réponses aux questions posées.

⁹ article 53 du nouveau Code des Marchés Publics

Cette situation est problématique, par exemple, dans le cas de la libération des retenues de garantie.

La Trésorerie remarque, également, que la suspension du paiement de mandats n'aboutit pas toujours à une réponse rapide et peut entraîner des retards importants pour certains fournisseurs (par exemple pour les factures France Télécom). Le problème est particulièrement vrai en matière d'avenants.

D'ailleurs, dans le cadre des Marchés Publics stricto sensu, il semble que la Trésorerie soit régulièrement amenée à formuler des observations sur le non-respect de certaines clauses des cahiers des charges.

Mais, si cette étape du processus d'achat reste globalement satisfaisante, la gestion logistique reste, quant à elle, nettement plus problématique.

2.1.4 Une gestion des stocks problématique

On peut, à présent, s'intéresser aux modalités d'approvisionnement de l'établissement, c'est-à-dire aux phases de commandes, de réception, de stockage, de préparation de la demande interne et de la livraison des biens.

① les magasins

Le Centre Hospitalier dispose de 5 magasins :

- le magasin dit « général »
- le magasin des services techniques
- le magasin alimentaire
- le magasin de la pharmacie
- le magasin des services de TRESTEL

Or, cet éclatement de l'organisation de la logistique, malgré ces avantages (notamment la proximité), pose problème à bien des égards. En effet, il est souvent synonyme d'un fonctionnement autonome de chaque structure, qui a pour conséquence le défaut d'harmonisation des procédures, le plus souvent non formalisées, source de dysfonctionnements du processus d'approvisionnement.

Néanmoins, avant d'étudier de façon spécifique le fonctionnement de chaque magasin, quelques remarques liminaires s'imposent.

En effet, il convient de remarquer que l'audit des magasins a permis de comprendre le processus d'achat dans son ensemble. La gestion des stocks cristallise incontestablement l'ensemble des problèmes qu'il a été possible de mettre en exergue en amont (difficultés de programmation, taux important d'achats « hors marché »...) et a des conséquences sur les étapes suivantes en aval. La maîtrise des produits stockés est donc loin d'être une question marginale dans une problématique d'optimisation.

Toute négligence au niveau de la gestion des stocks a, en fait, inévitablement des répercussions in fine sur le coût net de la prestation demandée, même si une politique efficace de maîtrise des coûts a été menée en amont, ce qui explique pourquoi les directeurs des achats des grandes entreprises accordent en général une extrême importance au contrôle des coûts liés à la détention des produits et matériels, à leur transport et au système de distribution interne.

L'analyse des différents magasins de LANNION s'est donc révélée tout à fait intéressante dans le cadre de l'audit mené.

☐ Le Magasin général

✓ Le Magasin Général a fait l'objet d'une restructuration globale en 1997.

Il est responsable, de façon générale du stockage, des produits suivants :

- produits d'entretien
- petit matériel hôtelier
- lingerie
- petit matériel médical
- fournitures de bureau
- mobilier

✓ L'étude de ce magasin a permis de mettre en exergue certains de ses atouts.

En effet, l'encombrement apparaît tout à fait limité dans la mesure où la place ne manque absolument pas : les locaux sont grands, le rayonnage est correct. La proximité des quais de déchargement constitue incontestablement un avantage. La sécurité est assurée par un système tout à fait efficace.

Néanmoins, quelques insuffisances dommageables apparaissent dans l'organisation :

⇒ *Tout d'abord, le morcellement des espaces de stockage apparaît problématique.*

Certes, les produits sont classés par famille, par catégorie de produits : papiers, fournitures de bureau, produits d'entretien....

Toutefois, il est regrettable que les contraintes logistiques n'aient pas plus guidées le rangement des produits et que l'organisation du magasin n'ait pas été mieux définie et formalisée : « *quelqu'un qui n'est pas habitué aurait du mal à s'y retrouver* » témoigne ainsi le responsable.

En outre, il est problématique que certains biens soient éclatés en plusieurs endroits :

- en interne : ainsi, une partie du matériel médical est située à la fois à l'étage et une autre au rez-de-chaussée
- en externe : par exemple, le petit matériel hôtelier est stocké à la fois au magasin alimentaire et au magasin général. De même, la lingerie est éparpillée entre le service responsable de la lingerie et le magasin général. Le petit matériel médical est éclaté entre le magasin général et la pharmacie, du fait du manque de place.

Les lieux de stockage sont donc variables selon le volume de la commande.

De plus, il est tout à fait surprenant de découvrir que le service de radiologie ainsi que celui des urgences disposent de leurs « propres réserves » dans les sous-sol de l'hôpital (produits de développement, enveloppes, plâtre...) La situation apparaît d'autant plus problématique que les produits sont déposés dans des petites salles exiguës, sales, et stockés avec du matériel ancien (vieilles machines à écrire, tables, archives) ou périmé (par exemple des gilets orthopédiques usagés).

⇒ *Les plate-formes de déchargement et les monte-charges*

Etudiés en 1998, ils ont, certes, été adaptés aux contraintes d'ergonomie, importantes dans ce secteur. Toutefois, il est à noter que la largeur du passage a été mal calculée. Par conséquent, les camions ont quelques difficultés à décharger leurs marchandises.

⇒ *L'organisation du service*

Deux agents travaillent à temps plein au magasin. Ils assurent à la fois la gestion des stocks et la distribution dans les services. Il est à noter que la plage horaires des livraisons est extrêmement étalée (8H à 16H), ce qui oblige les deux agents à assurer une présence sur ces heures, alors qu'il serait possible de concentrer les arrivées, en ajoutant cette clause dans les cahiers des charges.

⇒ *Le manque de réflexion sur le conditionnement pose, de plus, certains problèmes.*

Par exemple, en l'absence de réflexion sur cette question, les agents sont très souvent contraints de dépalettiser les produits lors de la réception, tâche consommatrice de temps, qu'il serait possible de redéployer sur d'autres activités, si certaines exigences étaient posées dans le cahier des charges.

⇒ *Toutefois, il apparaît que les difficultés résident essentiellement dans la gestion des stocks.*

✓ **L'inventaire**

Il est, certes, programmé de façon annuelle. Cependant, il semble qu'il n'a pas été fait « *depuis longtemps* », par manque de temps, même si des inventaires sont menés ponctuellement sur les produits les plus utilisés.

✓ **Les entrées**

- les commandes s'effectuent par des bons de commandes manuels transmis aux services économiques, qui ont la responsabilité de les expédier chez le fournisseur.
- Par suite, lors de la livraison, les quantités reçues sont enregistrées sur MAGH II

✓ **Les sorties**

Le magasinier reçoit les bons des services. Il récapitule manuellement, de façon quotidienne, les produits distribués (les distributions suivent une fréquence hebdomadaire). Une fois par mois, il enregistre les sorties sur MAGH II .

Incontestablement, cette méthode de gestion manuelle n'est pas optimale : elle constitue non seulement une source d'erreurs non négligeable (notamment lors de la retranscription manuelle des données) mais elle ne permet pas, en outre, d'assurer un suivi logistique performant.

Les commandes ne sont pas, de fait, rationalisées. Les besoins sont mesurés « *au coup d'œil* », quand les agents passent dans les rayons.

Dès lors, il n'est pas étonnant que ce fonctionnement donne parfois lieu à des ruptures de stocks .

La gestion du magasin reste donc perfectible. D'ailleurs, il est à noter que la connaissance imparfaite des stocks et l'absence d'inventaire systématique ne permettent pas de mesurer le coulage (vols, pertes et gaspillages).

⇒ *L'hétérogénéité de la réception*

Il a été décidé que le magasin était responsable de la réception de l'ensemble des produits. Néanmoins, l'hétérogénéité des pratiques demeure : ainsi, le biomédical demande parfois à être livré directement. Or, ce dernier n'est pas forcément détenteur du bon de commande, conservé par les services économiques. La coordination des acteurs reste donc, parfois, problématique.

Les difficultés de gestion du magasin général semblent accentuées dans d'autres lieux de stockage.

□ Les magasins des services techniques (LANNION/TRESTEL)

Ces magasins posent incontestablement problème.

D'une part, les locaux semblent exigus et mal agencés. Le rangement des produits reste très relatif. Aucune surveillance du magasin n'a été organisée, ce qui rend les conditions de sécurité très précaires.

D'autre part, la gestion des stocks y est tout à fait partielle.

Ainsi, à LANNION, l'inventaire du magasin n'est jamais effectué. De plus, le suivi informatique des entrées et des sorties du magasin n'est pas assuré, malgré la présence d'un logiciel à la disposition des agents. La détermination des besoins, qui se fait, dès lors, au « *coup d'œil* », reste nécessairement approximative.

De fait, les ruptures de stocks sont fréquentes et l'achat en urgence, courant, alors qu'il engendre des coûts non négligeables, les entreprises facturant au prix fort l'achat réalisé dans ces circonstances.

La planification des besoins est, de fait, inexistante. Les achats sont effectués au « *coup par coup* », ce qui nuit à l'agrégation des demandes, alors que le regroupement serait synonyme d'économies et d'une maintenance facilitée dans la mesure où les pièces commandées

seraient identiques (par exemple, pour les pièces sur des équipements comme les soulèvements-malades).

Il apparaît également que la régulation des achats comme les piles électriques ou les tubes fluorescents permettrait de réduire certains coûts (10 à 15% d'économies seraient envisageables), ces produits étant le plus souvent achetés dans les grandes surfaces à proximité de l'hôpital (comme ponctuellement, de façon plus surprenante, les micro-ondes).

On peut, enfin, ajouter que la multiplication de ces achats et de ces commandes de faible montant nuit à l'efficacité de la structure : non seulement elle paralyse le fonctionnement du service car elle mobilise du temps agents (déplacement jusqu'à la grande surface etc...) qui pourrait être économisé ou dédié à d'autres tâches, mais elle pèse, en outre, in fine, sur le budget de la collectivité dans la mesure où le coût n'est pas maîtrisé.

Le magasin de la pharmacie présente une gestion plus rigoureuse, mais néanmoins également perfectible, des stocks.

□ Le magasin de la pharmacie

⇒ L'organisation

Les stocks de la pharmacie sont éclatés sur 4 salles :

- une première salle où on retrouve les diverses étagères de médicaments
- une salle de stockage des dispositifs médicaux
- une salle d'entreposage de diverses fournitures
- une salle de stockage des produits de très gros volumes

Cet éclatement de l'organisation n'est pas optimal. En effet, c'est le volume des produits qui détermine le plus souvent leur rangement.

Le rangement de certaines salles apparaît, d'ailleurs, à bien des égards, problématique. A ce titre, il est à noter que des produits lourds ou volumineux sont disposés sur des palettes dont beaucoup encombrant les couloirs de circulation. De même, aucune réflexion sur les modes de conditionnement n'a été entreprise.

Par ailleurs, à côté de ces stocks de médicaments ou dispositifs médicaux, ont été déposés dans la même salle de vieilles armoires, des échantillons, archives et bacs divers....

Il est, de plus, surprenant de découvrir que, en l'absence de chambre froides, les produits nécessitant ce type de conditions de conservation sont stockés dans 4 réfrigérateurs, dont 2 vides, en état de marche, dispatchés dans les différentes salles.

La propreté de certaines salles reste, de plus, parfois tout à fait relative. Ainsi, la salle des préparations est, à plus d'un titre, problématique : poussiéreuse, son état contraste avec les exigences attendues en matière de pharmacie, (présence d'un micro-ondes servant aux agents). De même, certains dispositifs médicaux se retrouvent à l'air libre dans des cartons ouverts alors que la salle de stockage ne présente pas toutes les garanties d'hygiène nécessaires (par exemple, les collecteurs d'urine).

Enfin, il apparaît dommageable que les zones de réception, de stockage et de distribution ne soient pas distinguées (certains colis arrivant au guichet de distribution). Il est à noter qu'aucune mesure n'a été mise en place pour assurer la sécurité du magasin, seul le coffre des stupéfiants étant protégé par une alarme.

⇒ La gestion des stocks

La pharmacie apparaît comme le magasin le plus avancé dans ce domaine.

✓ l'inventaire

L'inventaire est réalisé systématiquement une fois par an. Il est actuellement en cours de valorisation.

✓ l'enregistrement des entrées et des sorties

- La pharmacie dispose d'un lecteur qui enregistre notamment pour chaque sortie la quantité utilisée, l'UF demandeuse. Ces données sont transmises à une unité centrale, qui met à jour le logiciel de gestion MAGH II. Néanmoins, il apparaît fort regrettable que cet outil ne soit pas utilisé, par suite, pour générer les commandes, alors même qu'il dispose d'une fonction « préconisations de commandes » qui repose, certes, sur un paramétrage précis mais qui permettrait d'optimiser le processus. En effet, la gestion des commandes est restée manuelle, par le biais de petites fiches déposées devant les rayons qui sont ramenées au bureau quand un préparateur juge « au coup d'œil » nécessaire la commande, ce qui engendre parfois des ruptures de stocks (oublis de fiches ou mauvaise évaluation des stocks...). Toutefois, les préparateurs essaient de regrouper au maximum les commandes par fournisseur.

Il est à noter que les dates de péremption sont surveillées par un agent qui repère, en passant dans les rayons, les produits périmés, ou ceux pour lesquels il faudrait surveiller la date de péremption. Néanmoins, l'agent travaillant essentiellement au « *coup d'œil* » les source d'erreurs ne sont pas négligeables, même si la méthode FIFO (« First In, First Out ») est utilisée.

⇒ les modalités de distribution

Les circuits de distribution des médicaments sont restés traditionnels, reposant sur des *bons de commandes manuels des services*. (la fréquence de distribution est quotidienne pour les médicaments, le matériel médico-chirurgical, les solutés, les produits de nutrition, les fournitures de laboratoire le lundi et le jeudi).

Néanmoins, il est à noter que la Maison de retraite utilise *le système des armoires à double dotations*, système efficient de gestion permettant incontestablement de limiter les stocks et, par conséquent, les coûts inhérents au stockage. En revanche, il apparaît, dès lors, tout à fait dommageable de retrouver dans les sous-sol une armoire à double dotations, neuve mais non utilisée, achetée depuis deux ans.

De même, des bacs de distribution ont été achetés l'année dernière mais ne sont pas actuellement utilisés et sont donc stockés inutilement au sous-sol.

② l'état des stocks dans les services

Les stocks dans les services restent relativement importants. Culturelle, cette réticence des services à travailler avec un stock minimal est souvent liée à la perception des délais de livraison parfois jugés trop longs, et aux erreurs expliquées par la gestion manuelle du circuit.

En effet, il apparaît que la priorité est d'améliorer le retour d'information dans les services, notamment pour les solutés et les dispositifs médicaux.

Ainsi, au niveau des médicaments, les résultats d'une étude démontrent qu' en 2001 :

- la valeur des périmés dans l'ensemble des services s'établit à 28 629 F
- la valeur du sur stock s'élève à 32 599 F- le coût total des périmés et du sur stocks étant, au total, égal à 61 228 F.

La gestion de la logistique doit donc également devenir une préoccupation de l'acheteur afin d'optimiser le processus global d'achat, qui doit être parallèlement soumis à l'évaluation.

2.1.5 une évaluation encore balbutiante du processus d'achat

2.1.5.1 l'absence d'évaluation des achats et des fournisseurs

Le concept d'évaluation est encore, à l'instar des autres établissements du secteur public, encore très peu développé, à Lannion, en matière d'achat.

Les produits achetés ainsi que les fournisseurs ne sont pas ou peu évalués, quantitativement comme qualitativement. Il convient néanmoins de nuancer ces propos en soulignant que cette évaluation existe de façon souvent informelle (« dans les mémoires » comme le constatent les agents). A noter, néanmoins, que le service biomédical fait remonter les différents incidents par le biais de la GMAO. La maximisation de ce système repose néanmoins sur sa généralisation pour l'ensemble des équipements et installations.

La satisfaction des utilisateurs n'est, en revanche, que peu mesurée ou elle reste encore, du moins, très informelle.

2.1.5.2 l'absence d'évaluation de la politique d'achat

Le suivi de la politique d'achat est resté très lié à une logique comptable : ainsi, seul un suivi budgétaire est assuré mensuellement. Le rapport des services donne, certes, quelques indications chiffrées. Toutefois, il demeure très synthétique.

BILAN

Par conséquent, la nécessité de définir une véritable politique d'achat apparaît clairement, afin d'homogénéiser les pratiques. D'une part, toutes les procédures sont à formaliser dans un souci de responsabilisation et d'uniformisation. D'autre part, les outils de pilotage, actuellement très embryonnaires, sont à mettre en place.

Leur absence est, en effet, regrettable dans la mesure où ils permettraient de valoriser les atouts du Centre Hospitalier dans ce domaine.

2.2 DES BASES INTERESSANTES QU'IL INCOMBE DE VALORISER

2.2.1 Une passation de marchés animée par un réel souci de régularité juridique

☐ La Direction des services économiques a incontestablement, depuis 98, la très forte volonté de passer des marchés pour de nombreuses opérations : ainsi, le 1^{er} appel d'offres pour la pharmacie a été lancé le 10 mai 1999 sur la base d'un montant annuel de 934 823.84 F, pour une durée de 3 ans, ainsi que notamment pour les réactifs de laboratoires en février 1999, sur la base d'un montant annuel de 1 212 142.51 F, également pour une durée de trois ans.

⇒ Le montant total des marchés (hors groupements de commandes et achats hors marchés) passés par le Centre Hospitalier connaît, ainsi, depuis 1998, une progression tout à fait remarquable :

- 18 marchés passés en 1998 pour un montant total annuel de 11 231 827 F
- 23 marchés en 1999 pour un montant total annuel de 13 934 010 F
- 26 marchés en 2000 pour un montant total annuel de 9 674 989.51F

Leur répartition par procédure s'est établi en 2000, ainsi qu'il suit **(tableau n°3)**:

PROCEDURES UTILISEES	MONTANT 2000	% /TOTAL MARCHES 2000
AO ouvert	3 962 240,57	40,95%
AO restreint	707 405,68	7,31%
marché négocié avec mise en concurrence	4 401 507,37	45,49%
marché négocié sans mise en concurrence	603 835,89	6,24%
TOTAL	9 674 989,51	100%

La Commission Centrale des Marchés procédant, en 1996, à un classement des marchés publics passés par les établissements publics de santé selon leur mode de passation, avait établi qu'au plan national :

- 2% des marchés étaient passés sous la forme d'adjudication
- 38 % avaient fait l'objet d'un Appel d'offres ouvert
- 11% d'un appel d'offres restreint
- 49% d'un marché négocié

Si on compare ces chiffres avec les données calculées pour l'établissement, il apparaît que le Centre Hospitalier de LANNION rentre tout à fait dans cette moyenne.

⇒ Cette volonté se traduit, en outre, par la règle établie de passer en marché tout équipement supérieur à 200 000 F, règle plus contraignante que celle exigée par le Code des Marchés.

Cette stratégie générale adoptée par l'établissement présente des avantages considérables à de multiples égards :

- tout d'abord, elle est conforme à la lettre et l'esprit du Code des marchés, notamment dans sa nouvelle configuration, qui recommande de raisonner en marchés formalisés le plus souvent possible.
- En outre, respectueuse des principes fondamentaux de l'achat public, la procédure de marché formalisé assure une mise en concurrence optimale et permet une plus grande transparence dans la passation.
- Elle est, par ailleurs, synonyme d'efficacité de l'achat dans la mesure où elle permet d'obtenir :
 - o des prix souvent inférieurs
 - o une qualité supérieure, conformément au cahier des charges défini en amont avec les utilisateurs.
- Enfin, elle permet d'économiser du temps administratif, dans la mesure où le temps passé à effectuer des petites commandes, à rechercher des fournisseurs et à comparer leurs prix est, dès lors, réduit.

□ Dans ce cadre, un réel souci de régularité juridique anime véritablement l'ensemble des acteurs.

Diverses données illustrent cet état d'esprit :

- En premier lieu, la faiblesse du nombre de remarques de la Trésorerie et du contrôle de légalité démontre que les procédures sont globalement respectées dans leurs aspects formels : seuils, publicité, délais, convocations des commissions
- En second lieu, la diminution du nombre de marchés de régularisation traduit la volonté politique de la direction des services économiques de ne plus utiliser cette procédure. On recense ainsi :
 - o 4 marchés de régularisation en 1998 pour un montant de 1 940 351 .69 F
 - o 1 marché en 1999 pour un montant de 522 952.94 F
 - o aucun marché en 2000.
- Enfin, un dispositif d'alerte dans MAGH II signalait automatiquement le dépassement du seuil de 300 000 F par fournisseur, ce qui permettait de respecter la réglementation en vigueur jusqu'à l'application du nouveau Code.¹⁰

La bonne tenue des dossiers de marchés par les services économiques, qui constitue un atout non négligeable, illustre bien la rigueur de cette gestion des marchés.

Ainsi, même s'il apparaît parfois difficile de promouvoir la culture juridique dans les mœurs et coutumes hospitalières, la direction du Centre Hospitalier fait donc preuve d'un solide attachement au respect du droit.

Néanmoins, la formalisation des règles à appliquer en matière de marchés publics (par le biais d'un manuel ou de fiches à diffuser) permettrait d'améliorer la compréhension de la philosophie du Code et des procédures à appliquer.

Non seulement le Centre Hospitalier affiche clairement son objectif de respect de la réglementation en vigueur, mais il dispose, en outre, d'outils intéressants à valoriser

2.2.2 des outils à exploiter

En matière d'achat, le CH peut s'appuyer sur des bases solides comme son système informatique, la réussite de certaines opérations de gestion, la mise en place embryonnaire d'indicateurs, son projet de cellule marché.

¹⁰ seuil relevé à 90 000 euros, article 27 du nouveau Code des Marchés Publics

2.2.2.1 un système d'information intéressant

Le Centre Hospitalier dispose de logiciels particulièrement performants en matière de gestion de la fonction achat - approvisionnement :

☐ Tout d'abord, SIS marché, constitue un outil efficace de gestion de la procédure de passation des marchés publics, de la définition du besoin jusqu'à la notification, pour tout type de marché (travaux, fournitures, services, assurances, transport...) et de procédure. Il permet :

- la production de tous les documents liés à la vie du marché,
- le pilotage de l'activité marché,
- la consultation de la réglementation et de la jurisprudence en vigueur au niveau national et européen.

Le Centre Hospitalier dispose de deux des modules du produit :

- SIS-MARCHES, qui gère la procédure de passation des marchés publics, du lancement de la procédure à la notification.
- SIS-REDAC qui permet d'optimiser la gestion et la production des pièces administratives telles que CCAP, CCP, RC, avenants...

Il est à noter que seuls 15 Etablissements Publics de Santé disposent de ce logiciel performant en matière d'achat. Le CH de LANNION est donc tout à fait à la pointe dans ce domaine.

☐ Par ailleurs, le logiciel **MAGH II** assure de multiples fonctions en matière d'achat comme la gestion du listing fournisseur, le fichier produit, la gestion des commandes, des liquidations, les mouvements de stocks, le mandatement, la situation budgétaire, le suivi des engagements, les dépenses et consommations, la valorisation des stocks, les amortissements...

Il constitue un outil tout à fait indispensable pour piloter le processus d'achat. Il propose, à cet égard, des fonctions très intéressantes comme le dispositif d'alerte en cas de dépassement de seuil susvisé, mais aussi le palmarès des consommations les plus importantes par famille d'achat, les produits consommés par UF, le palmarès des fournisseurs, le chiffre d'affaires par fournisseur, les préconisations de commandes...

☐ La GMAO est le système utilisé par le service biomédical pour établir l'inventaire et gérer les équipements (environ 1300 équipements sont recensés sur l'ensemble de l'établissement). Le fichier fournisseur est ici maximisé dans son utilisation dans la mesure où les fournisseurs font l'objet d'un classement par spécialité. De même, le système permet de faire remonter les dysfonctionnements, ce qui constitue un embryon d'évaluation en matière d'achat.

☐ Ce système informatique reste, néanmoins, perfectible.

✓ Tout d'abord, le CH doit faire face à deux types d'imperfections du système :

D'une part, Il est problématique qu'un certain nombre de fonctions soient toujours traitées manuellement à l'heure actuelle comme la demande de commande, l'enregistrement des sorties au magasin général, les préconisations de commandes à la pharmacie...

D'autre part, la sous-utilisation des capacités des logiciels reste dommageable, même si elle est liée, en grande partie, à la méconnaissance des agents de certaines fonctions.

✓ Par ailleurs, de nombreux problèmes d'interface font obstacle à l'optimisation de ces outils : Par exemple, MAGH II et SIS MARCHE ne sont pas interfacés, ce qui a pour conséquence une double saisie des produits par les agents, synonyme de perte de temps administratif. Ce problème ne peut pas, en revanche, être résolu au niveau du Centre Hospitalier.

Ce système informatique reste néanmoins un outil précieux pour mener des opérations de gestion pertinentes.

2.2.2.2 des opérations de gestion pertinentes

De nombreuses opérations pertinentes d'achat sont menées par le Centre Hospitalier.

Quatre exemples peuvent être mis en exergue.

☐ Tout d'abord, le Centre Hospitalier fait de plus en plus recours aux marchés pluriannuels pour les produits de consommation ; synonyme d'agrégation des achats, la procédure utilisée, le plus souvent sous la forme d'un marché fractionné à bons de commande, est

source d'économies non négligeables : par exemple, l'appel d'offres passé dans le cadre du marché concernant les fournitures de bureau a permis de gagner 13% sur les montants précédents (sur un montant prévisionnel du marché de 116 260.90 euros pour trois ans).

La généralisation de cette procédure, notamment pour le petit matériel médico-technique serait intéressante.

☐ En outre, des efforts ont été réalisés pour le mobilier, secteur où la compétence des services acheteurs est incontestablement reconnue.

Une opération a ainsi rassemblé les moyens financiers affectés en 1995, 1996, et les crédits prévus en 1997 pour renouveler le parc de mobilier hospitalier du Bloc Hôpital. L'opération totale, passée sous la forme d'un Appel d'offres (marché à bons de commandes) d'un montant total 2.8 millions annuels s'est déroulée sur trois ans, en coordination avec les trois acteurs fondamentaux en matière d'achat - les services de soins, utilisateurs, les techniciens et les administratifs – qui se sont mobilisés pour harmoniser et programmer leurs besoins.

Il est à noter que la définition du besoin a été particulièrement travaillée dans ce dossier. Ainsi, des fiches techniques pour les lits hospitaliers, ainsi que pour le mobilier (qui sont toujours actuellement utilisées) ont été remises aux différents services afin de préciser les exigences techniques relatives à l'achat de tels biens.

Des démonstrations et essais ont permis un jugement objectif de la qualité des produits achetés.

L'Hôpital a donc, dans ce cadre, mené un achat efficient, c'est-à-dire programmé, d'une qualité satisfaisante, et optimisé en termes de coûts.

Néanmoins, il convient de remarquer que la standardisation, malgré les avantages, évoqués précédemment, qu'elle présente, est beaucoup plus difficile à obtenir pour les équipements médicaux à haute valeur technologique, les médecins étant beaucoup plus réticents à harmoniser leurs pratiques. Comme le remarque un agent du service biomédical, la perception même de la qualité est souvent très différente selon les services (par exemple, pour les seringues électriques).

☐ En outre, le recours au groupement d'achat des Côtes d'Armor constitue incontestablement une opération de gestion pertinente. En effet, la liste susvisée témoigne de la volonté du Centre Hospitalier de fédérer ses achats les plus courants. Le montant global en 2000 s'élève ainsi à 11 958 732.10 F, soit une augmentation de 12.83% par rapport à 1999. Cette stratégie est tout à fait efficiente pour les produits concernés. Par

exemple, 55.63% des achats de médicaments de la pharmacie relevaient du groupement (dans le cadre du marché 1999-2001), ce qui représentait 143 lots sur les 164 proposés. De même, sur la période 2000- 2002, environ 10 millions de dispositifs médicaux ont été achetés en départemental (à titre de comparaison 2.1 millions en procédure interne à l'établissement). En revanche, il serait efficient, au sens économique du terme, de développer cette stratégie.

L'expérience tout à fait novatrice d'achats groupés concernant les défibrillateurs implantables, lancée à l'initiative de la Conférence des Directeurs Généraux de Centre Hospitaliers Universitaires, rassemblant 17 CHU, illustre, en effet, remarquablement l'évolution future de la politique d'achat dans les établissements de santé : face à la concentration des marchés fournisseurs, en effet, seule une alliance des acheteurs, créant ainsi une situation d'oligopsones, permettra de rééquilibrer le marché.

Or, il convient, de remarquer que le nouveau code des Marchés Publics facilite concrètement la mise en place de groupements d'achats, dans la mesure où ils pourront être formés ad hoc, sur la base des besoins communs des établissements.

□ Enfin, il convient de rappeler que la réorganisation du magasin central a été incontestablement une opération efficace, permettant un progrès indéniable en termes de logistique à bien des égards : sécurité accrue, rangement facilité dans des locaux adéquats, plates-formes de déchargement adaptées... Si on compare la situation de LANNION à d'autres établissements, il est incontestable que la logistique est, de fait, beaucoup plus performante. Néanmoins, elle reste, comme on l'a vu, perfectible.

2.2.2.3 les balbutiements de la mise en place d'indicateurs de pilotage de la fonction achat.

Certes, la politique d'évaluation de la performance de la fonction achat est actuellement très embryonnaire. Néanmoins, il incombe des souligner que des initiatives sont parfois prises pour tenter de lancer la dynamique. Ainsi, un palmarès des consommations de produits pharmaceutiques est édité trimestriellement. Chaque service reçoit également, de façon trimestrielle, un bilan sur leurs consommations de produits pharmaceutiques.

2.2.2.4 le projet de mettre en place une cellule marché

L'optimisation de la fonction achat pourra, enfin, reposer sur le projet, actuellement en gestation dans l'établissement, de création d'une cellule marché dont le rôle serait d'animer le processus d'achat à l'hôpital.

Ainsi, dès novembre 2000, le Centre Hospitalier lance des recherches pour recruter un responsable de cellule marchés, dont les missions seraient de « *participer à la définition des affaires en lien avec les utilisateurs, à l'animation des procédures de passation et de suivi de l'exécution des marchés* ».

Néanmoins, le poste étant proposé à mi-temps, les candidatures restent rares, ce qui freine donc la mise en place d'une telle structure. Toutefois, le projet reste d'actualité.

Il est, en effet, essentiel de mobiliser et de fédérer l'ensemble des acteurs participant à l'achat.

2.2.3 Une participation relativement satisfaisante des utilisateurs aux procédures d'achat

☐ Il apparaît qu'en effet, que le Centre Hospitalier a pour objectif d'associer, au maximum, en amont les services utilisateurs en matière d'achat. Divers exemples illustrent cette volonté :

- certains services sont régulièrement sollicités pour des essais, par exemple, de matériel pharmaceutique,
- l'hygiéniste interroge fréquemment les services pour évaluer les produits d'entretien,
- le service cuisine est invité à s'investir dans l'évaluation (néanmoins essentiellement quantitative) des produits,
- le service biomédical propose des fiches d'essai ou de comparaison du matériel.

De plus, la définition des critères de choix se fait souvent en concertation avec les acteurs concernés : ainsi, la préparation du marché des réactifs de laboratoire se fait en collaboration étroite avec le laboratoire.

Le travail apparaît donc correct avec les services (notamment à TRESTEL). Néanmoins, il reste perfectible, la concertation n'étant pas, naturellement, parfaitement organisée pour l'ensemble des procédures d'achat (par exemple, pour les équipements de ménage...)

De même, il reste regrettable que les professionnels impliqués dans l'achat ne soient que très peu formés à l'expression du besoin, ce qui rend plus difficile leur participation au processus.

☐ Par ailleurs, certaines instances de l'établissement sont régulièrement consultées en matière d'achat : par exemple, le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales intervient pour l'achat de certains produits (par exemple dans le cadre de plans de bio-nettoyage), même si cette consultation mériterait d'être élargie et développée.

Il est, par ailleurs, à noter que la création toute récente du Comité du Médicament et des Dispositifs médicaux (mai 2001) constituera, à l'avenir, un atout indéniable dans le cadre de l'optimisation de l'achat des médicaments et des dispositifs médicaux.

En effet, le décret n°2000- 1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le Code de la Santé Publique dispose, ainsi, dans son article R 5104-52 « *ce comité participe, par ses avis, à **la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles** à l'intérieur de chaque établissement de santé, notamment à **l'élaboration de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement** ainsi que des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.* ».

Il est donc non seulement synonyme de concertation entre les différents utilisateurs en amont de l'achat, mais il permet également de standardiser l'achat en harmonisant les choix : il doit, de ce fait, impulser une véritable stratégie d'achat dans ce domaine.

L'association des trois principaux acteurs, les utilisateurs, les techniciens et les administratifs est donc fondamentale pour améliorer le processus d'achat.

Néanmoins, toute stratégie globale d'optimisation de la fonction achat ne peut être mise en œuvre que si elle est relayée et coordonnée par un échelon central, la direction de l'hôpital.

2.2.4 le souhait de la direction de mettre en place une dynamique d'optimisation de la fonction achat

La Direction du Centre Hospitalier se mobilise actuellement sur la politique d'achat pour diverses raisons :

- ✓ En premier lieu, il convient de remarquer que la recherche d'économies potentielles est particulièrement stratégique dans un contexte où les budgets sont de plus en plus restreints. Les efforts en la matière doivent donc être importants.
- ✓ En second lieu, l'hôpital s'est très tôt engagé dans une politique d'amélioration continue de la qualité, la procédure d'accréditation constituant la première étape de ce processus. Or, il est indéniable que les achats participent au bon fonctionnement global de la structure.

Objectif affiché dans le projet d'établissement, ce projet a fait l'objet d'une approbation explicite par l'Agence Régionale d'Hospitalisation, qui souligne qu'il « *vise à optimiser l'organisation et le fonctionnement des services, en améliorant la qualité et la sécurité* ».

Or, la mobilisation de la direction constitue une force incontestable pour mettre en place une véritable stratégie d'achat.

BILAN

Le processus d'achat du Centre Hospitalier apparaît perfectible à bien des égards. Néanmoins, l'hôpital dispose d'un certain nombre d'atouts à valoriser.

Par conséquent, après avoir étudié les forces mais aussi les faiblesses du Centre Hospitalier en matière d'achat, il incombe, à présent, de réfléchir sur des propositions concrètes d'amélioration du processus d'achat - approvisionnement, en tenant compte des contraintes du Centre Hospitalier.

3 - LA MISE EN PLACE D'UNE STRATEGIE D'OPTIMISATION DE LA FONCTION ACHAT POURRAIT SE DECLINER EN TROIS ETAPES

Eu égard à l'état des lieux dressé précédemment, la mise en œuvre d'une véritable politique d'optimisation de la fonction-achat pourrait se décliner en trois étapes :

- la priorité est de travailler sur l'organisation de la fonction achat,
- la deuxième étape consisterait à travailler sur l'amélioration du processus d'achat stricto sensu,
- la troisième étape permettrait l'instauration d'un contrôle de gestion par le biais d'indicateurs d'évaluation adaptés au Centre Hospitalier.

3.1 UNE PREMIERE ETAPE ORGANISATIONNELLE

L'organisation de la fonction achat pourrait, en effet, être optimisée :

- en clarifiant l'organigramme,
- en améliorant la connaissance des achats et des fournisseurs,
- en définissant de manière objective une véritable politique d'achat.

3.1.1 la clarification de l'organigramme

☐ En premier lieu, étant donné qu'il est apparu, au cours de l'étude, que l'éclatement des différents services acheteurs posait incontestablement problème au sein de l'établissement, une réflexion sur une certaine « recentralisation » des tâches pourrait être menée.

La centralisation présente, en effet, de multiples avantages :

- la standardisation des produits au sein d'une même famille d'articles,
- la globalisation des besoins et la réduction du nombre de fournisseurs,
- un accroissement, de fait, du pouvoir de l'acheteur qui permet de réaliser des économies d'échelle par le regroupement des besoins
- la possibilité de faire bénéficier l'ensemble de l'hôpital du professionnalisme du service.

Ainsi, des Centres hospitaliers - comme l'hôpital FOCH à PARIS ou l'hôpital ERASME à BRUXELLES, ont, par exemple, récemment décidé de recentraliser leur service achat afin d'optimiser le processus.

Certes, l'établissement doit trouver une solution qui soit adaptée à son histoire. De plus, la fonction achat reste, par essence, partagée entre différents acteurs. La pharmacie est, par exemple, devenu un acheteur fondamental à l'hôpital. Elle assure ainsi 29% des achats à Lannion (chiffre d'ailleurs relativement faible si on le compare à d'autres structures : ainsi, il s'élève au CHU de Tours à 45%).

Néanmoins, il apparaît **qu'un certain degré de centralisation des tâches (notamment de la passation de commandes)** reste souhaitable, à moyen terme, afin de coordonner les actions des différents acheteurs, notamment lorsque les achats portent sur des produits identiques.

Toutefois, à court terme, diverses dispositions sont envisageables afin d'améliorer la coordination des différents acteurs.

⇒ Tout d'abord, il apparaît nécessaire de réunir plus fréquemment les différents acheteurs afin d'harmoniser les pratiques et d'impulser une politique globale. Ainsi, des réunions mensuelles pourraient être organisées entre les principaux services acheteurs de l'établissement afin de, notamment :

- faire le point sur les achats menés et les procédures utilisées,
- fixer des objectifs en matière d'achat : proposer, par exemple, à chacun des services acheteurs de réaliser 5 à 10% d'économies sur trois ans,
- recenser les données sur les achats : montant des marchés, nombre de commandes passées... afin de proposer, par la suite, des tableaux de bord pertinents,
- informer les acheteurs sur les évolutions juridiques et économiques en matière d'achat,
- diffuser les données relatives aux achats de l'établissement : projets en gestation, diffusion des données budgétaires....

⇒ La cellule marché animerait ce processus de coordination des procédures d'achat. En effet, son rôle peut se décliner en deux axes :

✓ D'une part, elle doit pouvoir apporter une *expertise et une aide juridique* à l'ensemble des acheteurs sur la préparation et la passation de tous les contrats, aide

fortement demandée par l'ensemble des acteurs, lors des différents entretiens. Cette fonction de conseil peut avoir, par exemple, comme corollaire le contrôle préalable et obligatoire de tous les contrats passés par la collectivité, voire même la responsabilité de la gestion et de la maîtrise du calendrier des commissions d'appel d'offres.

✓ D'autre part, elle pourrait assurer *le suivi de l'ensemble des marchés passés* par l'établissement en centralisant les données afin d'établir les tableaux de bord nécessaires au pilotage de la fonction achat.

✓ Enfin, elle pourrait assurer *la veille économique et technologique* nécessaire pour accroître la compétence technique des services acheteurs.

Certes, ce projet nécessite la création d'un poste à temps plein d'un cadre qui détiendrait une expertise à la fois juridique et économique sur les achats hospitaliers.

Il serait, par conséquent, intéressant que **plusieurs établissements du secteur mutualisent leurs moyens afin de mettre en place une cellule-marché qui leur serait commune**. En effet, les problématiques juridiques ou économiques des établissements en matière d'achats sont souvent identiques et requièrent les mêmes compétences d'une personnalité qualifiée dans ce domaine. Le coût d'un tel projet peut être estimé à environ 412 000F par an (en cas de recrutement d'un directeur d'hôpital, 3^{ème} classe, 1^{er} échelon, indice 452), qui serait ramené à 103 000F pour l'établissement si 4 hôpitaux participaient au projet. Il est à noter que le projet initial était de recruter un adjoint des cadres à mi-temps, soit une charge de 79 000 F environ (pour un premier échelon) pour l'hôpital de LANNION.

De plus, ce projet favoriserait sur le long terme le rapprochement des établissements, ce qui faciliterait peut-être à l'avenir la mise en place de groupements d'achats locaux par les Centres Hospitaliers du secteur, lorsque les besoins seront ressentis comme similaires.

☐ En second lieu, dans l'objectif de rendre plus lisible l'organigramme, il apparaît essentiel de clarifier les compétences des différents services intervenant en matière d'achat dans l'établissement.

Il serait intéressant, dans ce cadre, de formaliser, dans un tableau récapitulatif, l'ensemble des actions des différents services en matière d'achat, c'est à dire d'établir une véritable matrice de définition des tâches et des responsabilités.

Il pourrait clarifier, par exemple, les compétences sur les points suivants :

- la nature des produits achetés par les différents services
- leur responsabilité en matière d'achat, de la définition du besoin à la programmation et la gestion des procédures.

En cas de procédure de marchés formalisés, les responsabilités pourraient être fixées pour :

- l'établissement du cahier des charges
- le lancement « administratif » de la procédure : lancement de l'avis d'appel public à concurrence, convocation de la Commission d'appel d'offres
- la définition des critères de choix et les modalités d'analyse des offres
- le dépouillement et l'analyse technique des offres
- la notification
- le suivi de l'exécution des marchés

Il est à noter que les services économiques ont déjà mené une réflexion sur la formalisation des relations avec la pharmacie. Cette réflexion mériterait d'être généralisée pour l'ensemble des acteurs.

Ce schéma d'ensemble pourrait être, de plus, enrichi par des procédures qui apparaissent ponctuellement nécessaires à la coordination des acteurs dans un contexte particulier : par exemple, dans le cadre du passage à l'euro, un protocole définissant les étapes du processus et les responsabilités de chacun peut être proposé (**cf annexe 5**).

□ Enfin, il serait tout à fait souhaitable de diffuser à l'ensemble des acteurs intervenant dans le processus d'achat un « manuel des procédures », récapitulant :

- les principes fondamentaux à respecter en matière d'achat,
- les différentes procédures existant en matière d'achat : la publication du décret n°2000-210 du 9 mars 2001 portant réforme du Code des Marchés Publics constitue, à cet égard, une véritable opportunité afin d'expliquer et de diffuser les nouvelles normes en vigueur auprès des différents acheteurs,
- l'ensemble des tâches à accomplir pour effectuer un bon achat,
- l'organigramme,
- les objectifs en matière d'achat ¹¹de l'établissement,
- la charte de déontologie

¹¹ ces deux derniers thèmes seront plus particulièrement étudiés dans les points suivants

BILAN

L'optimisation de la fonction achat repose sur la mobilisation des acteurs de l'hôpital sur cette problématique. Dès lors, l'aspect « formation des acteurs » devient fondamental. En effet, la dynamique ne peut émerger que si, en amont, les acheteurs et, dans une certaine mesure, les utilisateurs, sont sensibilisés aux aspects économiques de la fonction achat. Cette formation pourrait s'inclure dans le plan pluriannuel de formation de l'établissement.

Cette compétence accrue des services acheteurs pourrait être mise au service d'une analyse plus complète des achats et des fournisseurs.

3.1.2 l'amélioration de la connaissance des achats et des fournisseurs

Avant de définir une stratégie d'achat cohérente, il est impératif, en effet, de connaître rigoureusement la situation de l'établissement en analysant les achats et les fournisseurs du Centre Hospitalier.

① la classification des achats

☐ Tout d'abord, il est à noter qu'il est important pour l'établissement de disposer d'un fichier article unique, commun à l'ensemble des utilisateurs, articulé autour d'une nomenclature qui doit présenter les qualités suivantes :

- elle doit être homogène à l'intérieur de l'hôpital
- elle doit être adaptée aux besoins actuels et futurs de l'établissement
- elle doit être simple mais suffisamment détaillée pour permettre des regroupements statistiques
- elle doit être gérée et supervisée par un service responsable, en l'occurrence les services économiques.

Le listing « produits » MAGH II constitue, certes, une base solide, mais à réactualiser.

Néanmoins, la nomenclature ne constitue pas un outil de gestion en tant que tel. En effet, tout fichier produit doit être analysé afin de définir une stratégie d'achat. Il serait donc intéressant de regrouper les biens et services achetés en classe homogène ou par famille d'achat (au sens d'un ensemble homogène de produits, d'activité, ou services représenté par

un marché fournisseur spécifique et pour lequel il est possible de définir une stratégie d'achat).

Différentes possibilités existent :

- par famille de produits
- par volume budgétaire
- par caractère stratégique
- par caractère des spécificités techniques de l'achat
- par critère propre aux modalités de traitement des approvisionnements...

Une classification par nature des achats apparaît tout à fait indiquée pour l'hôpital de LANNION.

Ainsi, il serait possible mener une analyse sur la répartition suivante :

- biens d'équipements médicaux ou non médicaux amortissables
- biens médicaux consommables : médicaments, dispositifs médicaux stériles et non stériles, réactifs de laboratoire, produits diététiques, produits sanguins labiles, gaz médicaux, désinfectants....
- achats alimentaires
- achats hôteliers
- prestations de services

Il est à noter que la parution de la future nomenclature dans le cadre du nouveau Code des Marchés Publics constituera un outil intéressant pour effectuer ce travail de classification.

Dès lors, il serait possible, sur cette base, de mettre en place des tableaux de bord pertinents sur l'évolution des achats dans l'établissement, en analysant, par exemple :

- le poids de ces achats dans le budget
- la répartition de ces achats selon leurs procédures administratives
- l'évolution du poids des services acheteurs

Il apparaît, d'ailleurs, que d'initier cette réflexion passe, tout d'abord, par un travail très simple de recensement des données, par exemple sur les trois dernières années, qui a été effectué lors de cette étude, base de tout tableau de bord rigoureux (**cf annexe 6**) . A terme, il serait intéressant, par le biais, par exemple, de la comptabilité analytique, de répartir les achats par service consommateur, comme il est actuellement fait pour les produits pharmaceutiques. Il apparaît opportun de généraliser cette pratique à l'ensemble des achats.

Outre cette connaissance des achats, il est nécessaire, parallèlement, de mieux connaître les fournisseurs de l'établissement.

② promouvoir la connaissance du marché fournisseur

La connaissance du marché fournisseur est fondamentale en matière d'achat.

Ainsi, les entreprises privées développent actuellement ce qu'on appelle le « marketing achat », c'est-à-dire que l'acheteur s'intéresse désormais fortement, en amont, à la politique des fournisseurs, en essayant d'établir en amont des actions de partenariat.

Ainsi, comme le souligne, O BRUEL¹², l'acheteur doit :

- s'assurer en priorité de la recherche des informations sur les marchés fournisseurs, nécessaires aux décisions d'achat
- orienter le système d'information sur les fournisseurs
- diriger le système d'évaluation et de sélection
- définir les politiques d'achat par une analyse stratégique des marchés
- pour diriger les négociations aboutissant à des engagements fermes.

Certes, l'acheteur public reste limité dans ce genre d'actions, dans la mesure où il doit respecter strictement le principe fondamental d'égalité des candidats devant la Commande Publique.

Il n'en demeure pas moins que la connaissance des fournisseurs existant sur le marché hospitalier est, d'une part, un atout considérable pour mener un achat de qualité. Définir une stratégie de communication dans ce cadre, apparaît, d'autre part, intéressant.

□ Améliorer la connaissance du marché fournisseur

Le Centre Hospitalier de LANNION-TRESTEL n'a qu'une connaissance approximative de ses fournisseurs. Or, le listing MAGH II pourrait être complété et analysé, devenant la base d'un véritable fichier fournisseur.

12

✓ En premier lieu, il incombe de le remettre à jour, faute de quoi toute analyse serait, par nature, faussée.

✓ En second lieu, Il serait opportun de stratifier ce fichier en repérant, par exemple, les fournisseurs les plus importants de l'établissement. Il convient de remarquer, à cet égard, que MAGH II possède une fonction « palmarès des fournisseurs » qui permettrait de mettre en place ce genre d'analyse. Cet audit du fichier fournisseur permettrait, par la suite, de concentrer les actions de connaissance et de suivi sur les fournisseurs qui ont un chiffre d'affaires important avec l'établissement.

Plus précisément, il est intéressant d'appliquer la règle des 80/20, couramment utilisée dans le secteur privé, c'est-à-dire de déterminer le petit nombre de fournisseurs qui représentent entre 50% et 80% des achats.

De même, le repérage des fournisseurs inactifs ou de faible montant permettrait de s'interroger sur l'agrégation des petites commandes, qui représentent un coût non négligeable, comme on l'a vu, pour l'établissement.

Enfin, il serait intéressant de compléter de façon exhaustive ce fichier en indiquant certaines données comme le Chiffre d'affaires de l'entreprise, les parts de marché.... De manière générale, l'information contenue dans les documents remis lors de la passation de marché pourrait être exploitée afin d'améliorer la maîtrise de ces données.

Cette gestion optimisée du fichier fournisseur doit s'accompagner d'une connaissance accrue des marchés au sens économique du terme. Cette stratégie se décline en plusieurs actions :

- repérer les fournisseurs potentiels en mutualisant les connaissances du marché, par exemple, avec les autres établissements du secteur ou de la région. Il est à noter que cette approche, qui peut être comparée à du « benchmarking », c'est-à-dire un échange de compétences et d'information, serait facilitée si la cellule marché était partagée entre plusieurs établissements.
- réaliser régulièrement des revues de presse sur l'évolution des différents marchés hospitaliers

- assurer une veille technologique efficace en recensant l'ensemble des évolutions touchant le secteur hospitalier, en travaillant plus précisément à partir des besoins potentiels de l'hôpital pour les années à venir. Il est incontestable que l'acheteur doit, ici, travailler en étroite collaboration avec les utilisateurs et les techniciens, en amont de l'achat.

Des questionnaires pourraient être dans ce cadre ponctuellement envoyés dans les services, des analyses de revues professionnelles effectuées..... Cette veille permettrait notamment de suivre plus précisément les cycles de vie, d'ailleurs de plus en plus courts, des produits stratégiques à l'hôpital, comme les équipements. Par exemple, en radiologie, l'autorisation pour l'IRM mobile a été donnée pour 7 ans. Il apparaîtrait tout à fait opportun de suivre le cycle de vie de ce bien afin d'éviter toute erreur stratégique au moment de son renouvellement.

Cette politique est d'autant plus importante que la majorité des biens et services achetés par l'hôpital est soumise à des évolutions extrêmement rapides.

Cette connaissance du marché doit s'accompagner d'une gestion plus rigoureuse des relations existant entre l'hôpital et ses fournisseurs.

□ La gestion des fournisseurs

⇒ Il apparaît stratégique, tout d'abord, de réfléchir, à une Charte de déontologie. En effet, tous les acteurs intervenant dans l'achat n'ont pas souvent conscience du risque encouru (délit de favoritisme et risque pénal)

Les Hospices Civils de Lyon ont, par exemple, mis en place un « Charte de déontologie de la Direction des Affaires Economiques » qui constitue un véritable engagement en matière de respect des principes fondamentaux en matière d'achat. Elle se décline en 3 lignes d'action :

- un savoir, reposant sur la connaissance et l'application des procédures de la commande publique
- un savoir-faire, mobilisant l'intelligence individuelle et collective, basé sur les méthodes modernes de choix des entreprises
- un savoir-être, garantissant l'indépendance de l'établissement et des agents dans l'acte d'achat.

Néanmoins, ce respect de la déontologie ne constitue aucunement une entrave à la mise en place d'un partenariat, très en amont de l'achat, avec les fournisseurs, qui repose essentiellement sur une bonne connaissance des marchés par les acheteurs. A cet égard, il

convient de remarquer que, si les services utilisateurs apprécient légitimement mieux les caractéristiques d'un produit, il n'en demeure pas moins, qu'il incombe à l'acheteur d'apprécier la position des entreprises sur le marché, leurs avantages comparatifs à assurer l'exécution du marché....

⇒ Par ailleurs, en s'inspirant des méthodes employées dans le secteur privé mais en les adaptant au cadre d'un Etablissement Public de Santé comme celui de LANNION, d'autres propositions peuvent être émises comme :

- rechercher une certaine forme de «collaboration technique » en généralisant les marchés fractionnés à bons de commandes sur plusieurs années,
- promouvoir les tests afin d'accroître l'adéquation de la qualité des produits avec les attentes des utilisateurs,
- optimiser les délais de paiement : il est à noter que le nouveau Code des Marché prend en compte cette exigence, en contractualisant les délais de paiement dans les marchés,
- organiser l'accueil des commerciaux en informant les services économiques de leurs passages.

C'est à partir de cette maîtrise des achats de l'établissement ainsi que des fournisseurs qu'il est possible de définir et d'impulser une véritable politique d'achat dans l'établissement.

3.1.3 proposition d' objectifs en matière d'achat

Toute politique d'achat repose, à partir d'un état des lieux déterminé, sur la fixation d'objectifs généraux et opérationnels.

Avant de proposer un certain nombre d'objectifs pour le Centre Hospitalier de LANNION, il est intéressant d'en étudier leur finalité.

❶ Tout d'abord, il convient de remarquer que ces objectifs d'achat devront s'intégrer dans un document général fixant les grandes orientations en matière d'achat.

En effet, étant donné les contraintes de sociologie administrative, seule une obligation de formalisation permet à la fois d'objectiver une politique et d'évaluer en aval ses résultats.

Ce document pourra se présenter sous la forme suivante :

- en premier lieu, seront définis des objectifs précis en matière d'achat. Ces objectifs, qui devront être quantifiés, seraient accompagnés d'un délai d'exécution ou d'un calendrier précis de mise en œuvre
- en second lieu, des indicateurs de gestion pourraient être associés afin de suivre l'évolution de l'exécution du projet.
 - enfin, des critères de succès devront être parallèlement définis, en amont.

Il est à noter que ces objectifs en matière d'achat pourraient être proposés et amendés par un groupe de travail réunissant les acheteurs du Centre Hospitalier, les techniciens, ainsi que des représentants des utilisateurs (médicaux, para-médicaux) afin que la démarche soit participative et consensuelle, et, par la suite, adoptée et mise en œuvre par les acteurs.

Il convient de souligner qu'il sera aussi important de s'assurer d'une certaine visibilité de ce document mais aussi de sa compréhension par l'ensemble des acteurs pour que sa mise en œuvre soit efficace. Il doit donc rester simple dans sa présentation. Un document général est, à ce titre, proposé en **annexe 7**.

② Un certain nombre d'objectifs généraux et transversaux, déclinés en objectifs opérationnels peuvent, dès lors, sur la base de l'ensemble des données analysées précédemment, être proposés pour la fonction achat du Centre Hospitalier de LANNION.

➔ **Les Objectifs généraux du Centre Hospitalier en matière d'achat**

Outre, la maximisation en termes de coûts, de délais, et de qualité, le Centre Hospitalier pourrait se fixer les objectifs suivants :

① adapter les achats du Centre Hospitalier aux besoins des services utilisateurs :

Cet objectif, certes, très général, doit néanmoins être considéré comme fondamental par l'ensemble des acteurs.

En effet, toute demande d'achat doit être légitime. L'achat doit avoir pour but de satisfaire quantitativement et qualitativement les besoins exprimés par les services.

Cet objectif suppose que soit menée une réflexion sur :

- les modalités de recensement des besoins
- les contrôles et les arbitrages qui peuvent être effectués par la suite par les services acheteurs
- la notion d'urgence

② rationaliser la demande d'achat

Il serait tout à fait opportun, ici, de reprendre le triptyque proposé par l'IGAS.

- agréger les achats, c'est-à-dire regrouper dans le temps les achats de même nature
- coordonner les achats : c'est-à-dire regrouper les achats même si les utilisateurs sont différents
- standardiser les achats pour obtenir des conditions plus satisfaisantes

Il est incontestable qu'afficher cet objectif nécessite d'améliorer, en amont, la planification des achats

③ Assurer une qualité optimale des prestations et des produits

Cet objectif nécessite de définir précisément, en amont, les exigences en terme de qualité de la collectivité. Il suppose dans ce cadre une collaboration efficace entre l'utilisateur, le technicien et l'acheteur, notamment lors de la rédaction du cahier des charges.

④ Rationaliser le coût du processus achat-appvisionnement

L'hôpital doit, en effet, se fixer des objectifs de productivité, qui, à terme, seront source d'économies .

Ainsi, il semblerait pertinent dans ce cadre de :

- réduire le nombre des fournisseurs, pour créer des « effets volumes »
- réduire le nombre de petites commandes. Il convient de rappeler que le coût de traitement d'une commande dans les centre hospitaliers de la taille de LANNION, est évalué à 250F. L'intérêt de globaliser les commandes est donc net. En outre, les économies se mesureront également en termes de temps administratif, ce qui permettra de dégager du temps agent sur d'autres tâches, nettement plus intéressantes, de conception (élaboration de tableaux de bord....)
- fixer à chaque service acheteur des objectifs de réduction de coûts, par exemple, à moyen terme, afin de mobiliser les agents sur ce thème.

⑤ maîtriser les délais

Les délais doivent être maîtrisés au stade de l'achat stricto sensu : temps entre l'expression de la demande et la satisfaction du besoin, mais aussi engagement réciproque de chaque acteur à respecter des délais (comme la notification des marchés...) . Ces délais pourront, par exemple, être contractualisés en interne.

A ces objectifs généraux correspondent donc des objectifs opérationnels qui pourraient se décliner ainsi qu'il suit pour l'hôpital de LANNION :

→ Des objectifs opérationnels

I-Respecter la réglementation

Le respect de la réglementation en matière d'achat est le corollaire du principe fondamental de légalité, c'est-à-dire de la soumission de l'administration au droit.

Le Centre Hospitalier doit donc veiller au respect du corpus de règles qui régit la Commande Publique, qu'elles soient d'origine européenne (directives..) ou nationale, réglementaire ou jurisprudentielle.

Ce respect permet, en effet, de mener une politique conforme aux principes fondamentaux en matière d'achat public qui sont de :

- favoriser la mise en concurrence
- respecter l'égalité de traitement des candidats
- assurer la transparence des procédures

II- Connaître ses achats

Deux actions peuvent être considérées aujourd'hui comme prioritaires :

- classer les achats par familles d'achat
- suivre l'évolution des différentes procédures utilisées en matière d'achat : achats hors marché, groupements d'achat....

III- Coordonner ses achats

Cet objectif peut se décliner en 3 axes :

- assurer la centralisation à moyen terme des commandes et des marchés
- respecter les délais en les contractualisant entre les différents services acheteurs de l'établissement
- maîtriser les coûts

IV- Prendre des décisions d'achat optimales

Il incombe, dans ce cadre, de :

- rechercher la rationalisation des achats par la mise en oeuvre des trois orientations stratégiques susvisées : agrégation, standardisation, coordination. Cette recherche devrait être menée prioritairement sur les produits générateurs de dépenses importantes.
- établir une définition de l'urgence

- planifier l'achat de façon optimale

Une fois ces objectifs déterminés, le Centre Hospitalier pourrait, alors, s'intéresser à la deuxième étape opérationnelle visant à améliorer le processus d'achat en tant que tel.

3.2 LA DEUXIEME ETAPE : L'AMELIORATION DU PROCESSUS D'ACHAT

Cette étape peut se décliner en trois axes de proposition :

- améliorer la définition du besoin
- améliorer la programmation des procédures
- maîtriser les étapes de l'achat

3.2.1 améliorer la définition du besoin et la planification des achats

① l'optimisation de la définition du besoin

L'optimisation du processus d'achat doit commencer très en amont, dès la définition du besoin. Or, l'expression du besoin, eu égard à sa complexité, doit être au maximum formalisée pour être maîtrisée dans le cadre des demandes d'achat, l'acheteur devant analyser rigoureusement ces demandes avant de leur apporter une réponse.

Ainsi, la norme NFX 50-128 dispose que la formulation du besoin doit tenir compte :

- des performances attendues
- du prix à payer
- des délais impartis

L'analyse fonctionnelle devra donc permettre de définir précisément les actions attendues du produit ou service, exprimées exclusivement en terme de finalités ou de fonctions, et de qualifier et de quantifier ces fonctions au moyen de critères d'appréciation objectifs.

Deux propositions, adaptées au Centre Hospitalier de LANNION peuvent être faites dans ce cadre.

- d'une part, il apparaît opportun de mettre en place des **fiches de demandes d'achat ponctuel**. Elle permettrait, pour chaque type de produit, de s'interroger sur les principaux utilisateurs, les performances requises, les modalités d'utilisation, les

quantités prévisionnelles... Dans un premier temps, une fiche d'achat ponctuel, très simple et dépouillée dans son énoncé (**cf annexe 8**) pourrait être soumise au groupe de travail évoqué précédemment

- d'autre part, **une réflexion sur la procédure spécifique d'achat des équipements** pourrait être proposée. Diverses problématiques seraient à discuter dans ce cadre : relatives à :
 - ✓ la pertinence de réfléchir plus précisément à une planification pluriannuelle des équipements,
 - ✓ l'opportunité de réviser la procédure :
- en créant une « commission des équipements médicaux » , associant la direction, des représentants du corps médical et un représentant de la Commission du Service de Soins Infirmiers, qui validerait un programme d'acquisition des équipements médicaux, établi à partir des besoins recensés, en tenant compte des crédits budgétaires disponibles et des priorités définies dans le projet d'établissement. Cette procédure favoriserait incontestablement la standardisation des demandes.
- en analysant les demandes d'équipement en prenant en compte les coûts de possession . Une fiche sur ce thème est proposée en **annexe 9**.

Par ailleurs, une réflexion **sur la notion d'urgence** pourrait être lancée par le groupe de travail.

Cette amélioration de la définition du besoin favoriserait la planification des procédures.

② **l'amélioration de la programmation des procédures**

Parallèlement, le besoin d'améliorer la programmation des procédures d'achat, notamment de marchés, est apparu lors de l'audit effectué. Dès lors, une proposition d'amélioration consiste, par exemple, à recenser l'ensemble des marchés en cours d'exécution avec leurs dates d'échéance. Ce recensement a été effectué dans le cadre de cette étude, et a d'ailleurs été exploité pour fournir les données exposées. A présent, grâce à l'outil informatique, il sera possible de recenser, par un simple tri des données, les marchés venant à échéance en N+1.

Un calendrier de relance des procédures, pourrait, dès lors, par exemple, être aisément déterminé en début de chaque année. Il pourrait être complété par la programmation des

projets connus qui se dérouleront dans l'année. Par conséquent, un calendrier prévisionnel des Commissions d'Appel d'offres pourra rapidement être défini en chaque début d'année.

L'amélioration en amont de la définition du besoin permettra d'optimiser les étapes suivantes du processus d'achat.

3.2.2 maîtriser les étapes de l'achat

Cette maîtrise peut s'analyser à trois niveaux :

⇒ Au niveau du choix des procédures

Le Centre Hospitalier pourrait, par exemple, suivre, de façon trimestrielle, l'évolution des différents modes de passation, afin d'adapter sa stratégie d'achat aux diverses évolutions.

Deux points pourront être particulièrement surveillés :

- l'achat « hors marché », synonyme, comme on l'a vu précédemment, de la multiplication de petites commandes et donc de coûts supplémentaires.

- l'achat en groupements d'achat. Etant donné les évolutions du marché, de plus en plus oligopolistique dans le secteur sanitaire, et la réglementation en vigueur, il est incontestable que cette modalité d'achat devra être privilégiée à l'avenir. **Ce sujet pourrait donc être travaillé, par exemple, dans le cadre de la Communauté d'Etablissements du Secteur N°7.**

⇒ Au niveau du choix des fournisseurs

Il serait intéressant que le Centre hospitalier :

- exploite, de façon plus formalisée, les données relatives aux garanties financières et professionnelles afin de créer un véritable fichier fournisseur
- systématise la méthode d'analyse des offres pondérées. La pondération des critères en amont permet, en effet, lors du dépouillement des offres de juger les entreprises avec plus de pertinence¹³ comme l'exige le nouveau Code des Marchés Publics.

¹³ Article 53 du nouveau Code des Marchés Publics

Cette démarche d'optimisation de l'achat stricto sensu doit, néanmoins, intégrer les contraintes de l'ensemble d'un processus qui comporte, par ailleurs, l'étape fondamentale d'approvisionnement.

3.2.3 le contrôle de l'approvisionnement

Il est incontestable que l'approvisionnement du Centre Hospitalier doit être rationalisé.

Diverses propositions peuvent être émises :

- d'une part, systématiser les inventaires et l'enregistrement informatique des entrées et des sorties dans les différents magasins de l'établissement. Il est tout à fait important que cet état des lieux soit effectué, sans quoi toute stratégie d'optimisation serait faussée. Cette mesure ne présente qu'un coût tout à fait limité sauf à calculer le temps passé par les agents à effectuer cette tâche. Néanmoins, il est à noter que l'acquisition d'un lecteur d'enregistrement des sorties pour le magasin général serait tout à fait souhaitable (coût estimé à 7500F, prix 2001).

- d'autre part, revoir, plus précisément, selon les contraintes logistiques l'organisation des magasins, en centralisant au maximum les lieux de stockage. La modernisation des processus d'approvisionnement intègre d'ailleurs souvent cette logique.

A cet égard, il convient de remarquer, à titre d'exemple, que les Centres Hospitaliers qui ont restructuré leurs plate-formes d'approvisionnement sur la base de concepts comme la « supply chain », permettant une gestion optimale des flux physiques et d'information sur la totalité de la chaîne d'approvisionnement (comme le CHU de Montpellier et sa plate-forme Euro-Médecine, le CHU de Tours et son logipôle) ont mis en place avec succès de véritables process de logistique industrielle. Certes, le Centre Hospitalier de LANNION ne peut reproduire à l'identique les projets mis en oeuvre par de tels CHU. Néanmoins, il reste tout à fait possible de s'inspirer des méthodes employées afin de rationaliser l'approvisionnement du Centre Hospitalier.

Néanmoins, en terme d'achat stricto sensu ou d'approvisionnement, se pose, incontestablement, en filigrane, en ultime étape, la question de l'évaluation de la performance du projet d'optimisation.

3.3 LA TROISIEME ETAPE : L'INSTAURATION D'UN CONTROLE DE GESTION PAR LE BIAIS D'INDICATEURS D'EVALUATION. «IL N'Y A POINT DE VENT FAVORABLE POUR CELUI QUI NE SAIT PAS OU IL VA » SENEQUE

L'évaluation de la performance d'une fonction achat peut être étudiée à travers la problématique du **contrôle de gestion des achats**, défini comme un système d'aide à la décision qui permet de s'assurer que les objectifs sont atteints dans un rapport optimal entre les moyens utilisés et les résultats constatés.

Le tableau de bord constitue un outil efficace de gestion, recensant des indicateurs hiérarchisés, centrés sur l'atteinte d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Les indicateurs doivent être limités (une dizaine) et portés sur des variables sur lesquelles le destinataire de l'information dispose d'une réelle marge de manœuvre pour influencer à court terme sur le cours des choses.

3.3.1 le suivi par des indicateurs quantitatifs

Une note relative aux indicateurs d'évaluation de la performance de la fonction achat propose, **en annexe 10**, différents indicateurs : il est à noter que, certains, certes les plus simples, ont été suivis dans le cadre de cette étude (taux d'achat hors marché, effet anticipation et globalisation, répartition des Marchés).

Ces indicateurs pourront porter autant sur les produits que sur les fournisseurs (délai de livraison, nombre de retards, nombre d'erreurs de livraison..). Il est à noter que les indicateurs choisis pourront être intégrés dans la deuxième partie du document fixant les grandes orientations stratégiques de la politique d'achat dans l'établissement (**Cf annexe n°7**).

Cet aspect quantitatif doit, néanmoins, s'accompagner d'un suivi plus qualitatif des achats

3.3.2 le suivi qualitatif de la fonction achat

Des mesures doivent être prises pour permettre l'évaluation qualitative de l'achat.

Ce projet peut se décliner en plusieurs propositions :

- à court terme, lancer une enquête d'évaluation de la satisfaction des utilisateurs en matière d'achat dans l'hôpital, afin de lancer la dynamique et de recueillir des propositions,
- puis, promouvoir le lancement de fiches d'évaluation lors de l'achat, par exemple, d'équipements neufs, sur des critères comme : l'aisance d'utilisation, la fonctionnalité...ou par exemple des fiches d'évaluation des appareils biomédicaux.

Une évaluation qualitative des fournisseurs peut, également, être proposée : ainsi, la pharmacie centrale du CHU de Nancy a envisagé en 1999 la mise en place d'un système d'évaluation des performances des fournisseurs, visant à quantifier l'indice de Qualité des fournisseurs, qui sera par suite utilisé par l'acheteur en amont.

Ces indicateurs pourront ainsi structurellement servir à l'amélioration continue du processus d'achat, redynamisé par les trois acteurs au rôle fondamental en matière d'achat : les acheteurs, techniciens et utilisateurs.

CONCLUSION

A terme, la mise en place d'une véritable stratégie d'optimisation de la fonction achat pourrait se traduire par le lancement d'une dynamique de certification, selon les normes ISO 9002, du service achat du Centre Hospitalier, dessein entrepris par certains établissements, comme le Centre Hospitalier Intercommunal de TOULON/LA SEYNE SUR MER ou le service Achat Hôtelier de l'AP-HP.

Néanmoins, il apparaît incontestable que ce vaste projet d'optimisation repose essentiellement sur la valorisation de la fonction d'acheteur, métier d'avenir s'il en est, en milieu hospitalier.

Cette profession, au service in fine du patient, se place, en effet, sous le signe du progrès, qui n'est, comme le souligne **Oscar WILDE** que « *l'accomplissement des utopies* ».

Bibliographie

I- DOCUMENTS RELATIF A LA FONCTION ACHAT – APPROVISIONNEMENT

□ ARTICLES

- ANDERMAHR N, Gestion financière : les achats, un immense gisement d'économie. *Problèmes Economiques*, Mars 1999, n° 2606, pp 12-14
- BELLORINI, CAIETTA, DELANGRE, DONATI, GARBEZ, LALANNE, PELLISSIER, PERRIER, RAKOTOVAO, REALIN, SANTANGELO. Développement et informatisation d'un groupement d'achat hospitalier. *Gestions hospitalières*, Décembre 1999, n°311 pp 920 à 922
- BONHOMME C. Le partenariat Hôpitaux- Fournisseurs. *Revue Hospitalière de France*, mars-avril 1996, n°2, pp 247-249.
- COUCHARD-GUIGNARD M.H. Nomenclature des produits, le cas des produits de santé. *Revue Hospitalière de France*, mai-juin 2001, n°480, pp 10 à 13
- CETTOUR A. BARRON G. A propos de la qualité dans les achats hospitaliers. *Gestions hospitalières*, mai 2000, pp373-383
- CHEVALIER J. Les meilleures pratiques du processus achats-fournisseurs. *Revue Française de comptabilité*, Juin 1998, n° 301, pp 15-29
- DAUDE F. La maintenance des équipements médicaux. *Gestions Hospitalières*, Avril 2001, pp 278-281
- DEMANGE C., LAFFONT C. Groupement d'achats pharmaceutiques dans le département des Vosges, l'informatique appliquée à la pharmacie hospitalière. *Gestions Hospitalières*, décembre 1992, n° 321, pp 803-819
- DEROUBAIX D, MARTIN G.P. Nouvelle organisation des achats à l'ap-hp. *DH Magazine*, Juin-Juillet 2001, n° 77 pp 9-11
- DOUET M-C, STORPER C. Rationaliser vos approvisionnements par la mise en œuvre d'une plate-forme logistique de type industriel. *Gestions Hospitalières*, Avril 2001, pp 237-243
- GRENON A., RAZER J., DUBOIS N., RAVIER C., RENAUD JP. Votre fonction achat est-elle maîtrisée ?. *Gestions Hospitalières*, Novembre 1996, n°360, pp 699-708
- GRUNWALD N, LABRUNE M., SIMON J.M., HOFFMAN M. Une évaluation des fournisseurs en pharmacie hospitalière. *Gestions Hospitalières*, Avril 2001, pp 251-255

HILDENE M.B, POILLEVEY M.R, BOUVIER M.R, BIGOT M.D., MASTALERZ M.J.J., CHAMPIGNY M.D., MOUCHARD . M.J.D, MOCZADLOC. J, MORIN A. La fonction achat dans les établissements d'hospitalisation privée. *Hospitalisations privée*, Septembre – Octobre 1997, n° 338, pp 8-40

LUTAUD L. L'achat public en France. *Service Public*, Février 1995, n° 28

MARAVAL P. Places de marché électroniques et achats hospitaliers. *Revue Hospitalière de France*, Mai-Juin 2001, n°480, pp 21-26

MICHEL A. Un forum achats hospitaliers au sein d'Hôpital expo 2002. *Revue Hospitalière de France*, Mai-Juin 2001, n°480, pp 27

SIMONNET C. Le projet carte d'achat. *Revue Hospitalière de France*, Mai-Juin 2001, n°480, pp 18-21

SIMONNET C. Le projet carte d'achat. *Gestions Hospitalières*, Avril 2001, pp 257-258

STORPER C. Acheteur à l'Hôpital, un métier d'Actualité. *Gestions Hospitalières*, Octobre 1998, pp 608-612

STORPER C. Pour une nouvelle organisation de l'achat hospitalier. *Revue Hospitalière de France*. Mai-Juin 2001, n°480, pp 13-18

TERRASSEY Y, DALPE R. Les politiques d'achat en France. *Politiques et management public*, juin 1992, n°2, p 100

VIVIAN JL., BRUCHER J. L'achat Public, pour une meilleure stratégie des achats à l'hôpital. *Le nouvel Hospitalier*, Mars 1998, n°48, pp 12-14

Professionnaliser la fonction achat. *Décision santé*, Mars 1998, n°48, pp 20-25

Des idées pour réduire le coût des achats. *L'usine Nouvelle*, 20 juin 1996, n°1554

□ OUVRAGES

BENICHOU J. *Système d'approvisionnement et gestion des stocks*. Editions d'organisation, 1991

BRUEL O. *Politique d'achat et gestion des approvisionnements*. DUNOD, 1998. 298 p

DUBOIS N., PHILIBERT C.,RENAUD J.P. (Dir RAZER J.). *La maîtrise des achats à l'hôpital* Doins éditeurs, Paris ; 1997. 46 p

JONCOUR Y., PENAUD P. *L'achat Public : optimiser la fonction achat – approvisionnement dans le secteur public*. Editions d'organisation, 2000. 308 p

LEGOUGE D. *La meilleure offre dans les marchés publics*. Editions d'organisations. 1997

LEGOUGE D. *Le guide de la qualité dans les achats publics*. Editions d'organisation, Paris, 1998. 211 p

PERROTIN R. *Le marketing achat*. Editions d'organisation. 1998

PERSON H. *Guide pratique de la fonction achat-approvisionnement en PME-PMI*. Maxima (Laurent du Mesnil). 2000

PREVOST R., VERVAET A. *Gestion des approvisionnements et gestions des stocks*. Editions d'organisation. 1991

SALIN E. *Gestion des stocks*. Editions d'organisation. 1987

□ SEMINAIRE

Optimiser votre fonction achat. Séminaire Development Institute International, 1997, Paris

□ RAPPORTS

Rapport annuel IGAS 1997. *Les achats hospitaliers, une préoccupation injustement négligée*
CNEH- DIGITIP. *Les achats hospitaliers et leur impact*, juin 2000. disponible sur <http://www.industrie.gouv.fr>

□ SITES INTERNET

site du ministère de la santé <http://www.santé.gouv.fr> . Rubrique *Points sur l'achat hospitalier*

II- DOCUMENTS RELATIFS A LA REFORME DU CODE DES MARCHES PUBLICS

□ ARTICLES

ARGACHA, DAUBOS. La réforme des marchés publics commentée. *Techniques Hospitalières*, juin 2001, n° 657, p 50-53

BUDET JM. Le nouveau code des marchés publics. *Cahiers Hospitaliers*, Avril 2001, n° 167, p 16-18

DUCHENE J. La réforme du code des marchés publics. *Revue Hospitalière de France*, mai-juin 2001, n° 480, pp 5-10

GRATIEUX L. Les hôpitaux et la réforme du code des marchés publics. *Gestions Hospitalières*, Avril 2001, p 244-250

GUIBAL M. Un nouveau code des marchés publics ? *AJDA*, 20 avril 2001, pp 360-366

PEYRICAL JM. Marchés Publics, une réforme à poursuivre. *La gazette des communes*, 23 avril 2001, n° 366, pp 48-63

PIGNON S, BANDET D. Le nouveau code des marchés publics, quelques éclairages pratiques. *AJDA*, 20 avril 2001, n° 367, p 367-375

DOSSIER SPECIAL MARCHES PUBLICS. *La revue de l'achat public*, n°1, 2001.

□ AUTRES DOCUMENTS

Fiches Pédagogiques, *Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie*

Cahier spécial. Maîtriser le nouveau droit de la commande publique. *Le moniteur des travaux publics et du bâtiment*. 22 Juin 2001, n° 5091

Liste des annexes

ANNEXE N° 1 : Présentation du Centre Hospitalier Pierre Le Damany

ANNEXE N°2 : Analyse de l'évolution des achats du Centre Hospitalier Pierre Le DAMANY
(non fournie)

ANNEXE N°3 : Questionnaire relatif à l'optimisation de la fonction achat au Centre Hospitalier de LANNION

ANNEXE N°4 : Répartition des achats par service acheteur en 2000 **(non fournie)**

ANNEXE N°5 : Analyse du taux d'achat Hors Marché Pharmacie

ANNEXE N°6 : Procédure relative à la coordination des services économiques et de la pharmacie dans le cadre du passage à l'euro

ANNEXE N°7 : Tableau de bord suivi des marchés 2000 **(non fournie)**

ANNEXE N°8 : Orientations stratégiques en matière d'achat du Centre Hospitalier en 2001

ANNEXE N°9 :Fiche technique pour demande d'achat ponctuelle

ANNEXE N°10 : Fiche de demande d'équipement

ANNEXE N°11 : Note relative aux indicateurs d'évaluation de la performance de la fonction Achat

ANNEXE 1 : PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE LE DAMANY

1- Les données géographiques et architecturales :

L'établissement comporte deux sites éloignés de 20 kms :

☛ le site de Lannion :

Etablissement de type pavillonnaire composé de 3 bâtiments principaux.

- Le bloc hôpital qui regroupe l'administration générale, hors DRH, DSSI et Services Techniques, les services MCO, médico-techniques, l'activité d'UMPJ
- Le pavillon Joseph Lefèvre qui regroupe les unités de Long Séjour et Soins de Suite Gériatriques, la DRH et la DSSI
- La maison de retraite Kergomar avec l'unité d'admissions commune à la Maison de Retraite et au Long Séjour

et bâtiments annexes :

- HAD
- CCAA
- Services Techniques
- CAMSP, Médecine du travail
- IFSI

☛ le site de TRESTEL :

Il est composé :

- d'un bâtiment monobloc qui regroupe l'administration du site, les secteurs d'hospitalisation adultes et enfants, le plateau technique de rééducation et balnéothérapie et le SESSAD.
- **D'UN BATIMENT ANNEXE DESTINE AUX SERVICES GENERAUX.**

2- L'activité :

Site de LANNION

Activité MCO	249 lits et places
Soins de suite et Réadaptation Gériatrique	37 lits
Activité de Soins de Longue durée	80 lits
Maison de Retraite	136 lits
CAMSP	15 places
TOTAL ACTIVITE Lits et Places	517 lits et places

Services médico-techniques	Imagerie Médicale
	Laboratoire d'analyse Bloc opératoire Pharmacie – stérilisation Anesthésie Urgences SMUR Rééducation DIM Réseau de soins palliatifs Hémovigilance 3.3.3 Hygiène - CLIN - CLUD
Enseignement	IFSI : 110 élèves IDE et 15 élèves AS

Secteur Administratif	Direction générale Direction des Finances Direction des Ressources Humaines Direction du Service de Soins Infirmiers Direction des Services Economiques Direction Clientèle Communication Qualité Admissions (6 antennes) Standard Vaguemestre
Secteur Technique	Direction des Services Techniques - Ateliers Service Informatique Reprographie Magasin central Salubrité - Manutention Transport patients Archives médicales Service Restauration et diététique Lingerie
Autres	Service Social Psychologue Médecine du Travail

3.3.3.1.1 Site de Trestel

Rééducation Fonctionnelle Adultes-Enfants	122 lits et places
SESSAD	15 places
TOTAL ACTIVITE Lits et Places	137 lits et places

Services médico-techniques	Plateau technique de Rééducation + balnéo 1 salle de radiologie conventionnelle
Secteur Administratif	Direction de Site
	Admissions Standard
Secteur Technique	Ateliers Salubrité - Manutention - Service Restauration et diététique
Autres	Service Social Psychologue Secteur animation Secteur Educatif

Il est à noter que le point ISA de l'établissement s'est élevé en 2000 à 11.79.

3- les données financières

a- dépenses section d'exploitation en 2000 (données du Budget général)

☐ **GROUPE 1** : dépenses du personnel : 237 196 051.63 F

☐ **GROUPE 2** : Dépenses médicales : 32 174 192.56 F

☐ **GROUPE 3** : Dépenses hôtelières : 29 536 143.14 F

☐ **GROUPE 4** : Amortissement, provisions, charges financières et exceptionnelles : 25 705 613.01 F

TOTAL : 324 612 000.34 F

b- dépenses section d'investissement

☐ **TOTAL** : 45 933 262.42 F

4- les données concernant le personnel

- Le Centre Hospitalier a rémunéré en personnel non médical **927.34 ETP** en 2000.*
- En matière de personnel médical, l'effectif moyen rémunéré s'élève à **70.83 ETP** en 2000.*

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'OPTIMISATION DE LA FONCTION ACHAT AU CENTRE HOSPITALIER DE LANNION

I-L'ORGANISATION DE LA FONCTION ACHAT

3.4 L'ORGANIGRAMME

1-la structure

1-Comment la Fonction achat s'inscrit-elle dans l'organigramme général de l'établissement?

2-Existe-t-il une Centrale d'achat ? Comment est-elle organisée ?

3-Existe-t-il une « cellule Marchés » : rôle, fonctionnement ?

2-les acteurs

1-Quel est le nombre d'agents (notamment acheteurs) affectés à l'achat ?

2- Quel est leur profil professionnel (formation initiale, continue) ?

3-Comment les différents portefeuilles d'achats ont-t-il été répartis dans l'Etablissement ?

B-LES OUTILS DE LA FONCTION ACHAT

1-La connaissance des achats

1-Existe-t-il une typologie des achats autre que comptable (par familles de produits, achats stratégiques) ?

2-Le service dispose-t-il de tableaux de bord analysant les données relatives aux achats ? (analyse des achats selon leur poids budgétaire ? suivi des marchés en cours d'exécution ?...)

2-La connaissance et la gestion des fournisseurs

La connaissance des fournisseurs

1-Existe-t-il un fichier fournisseur ? si oui, comment se présente-t-il ?

2-Des démarches sont-elles été entreprises pour mieux connaître le marché fournisseur ? (benchmarking ? veille économique ?)

La gestion des fournisseurs

1-Comment s'organisent les contacts avec les fournisseurs ? des démarches de partenariat ont-elle été entreprises ?

2-Existe-t-il au sein de l'établissement une charte de déontologie formalisant les obligations des agents en contact avec les fournisseurs ?

3-Le système d'information

1-Quelles sont les différents outils informatiques dont dispose l'Etablissement en matière d'achats ?

II-LA POLITIQUE D'ACHAT

A-LA DEFINITION DE LA POLITIQUE D'ACHAT

1-Une politique d'achat a-t-elle été définie, formalisée ?

2-Comment s'organisent la planification et la programmation des achats?

B-LES ETAPES DE LA PROCEDURE D'ACHAT

1-La définition des besoins

1-Existe-il des fiches de demande d'achats ? Quelles informations contiennent-elles ?

2-Comment les utilisateurs sont-ils associés aux procédures?

3-Comment sont gérées les demandes urgentes d'achats ?

4-Existe-il une dynamique de standardisation, d'agrégation, de coordination des achats ?

2-le choix des procédures

L'utilisation du Code des Marchés Publics

1-Quel est le % d'achats hors marché ? sans mise en concurrence ?

2-Dans quels cas l'hôpital fait-il appel à des groupements d'achats?

3-Existe-il des documents de formation/informations relatifs aux différentes procédures d'achats?

Choix du fournisseur

1-Comment les offres des différents fournisseurs sont-elles analysées ?

3-le paiement

Pour le paiement, des procédures de règlement accéléré (Convention avec la Trésorerie, escomptes, avances) sont-elle utilisées ?

4-la logistique

La gestion des stocks a-t-elle été analysée ? (recherche du stock 0 ?...)

III-L'EVALUATION DE LA FONCTION ACHAT

1-L'Etablissement dispose-t-il d'indicateurs relatifs au contrôle de gestion de la Fonction Achat ?

IV-LES ATTENTES DES ETABLISSEMENTS EN MATIERE D'ACHAT

1-De quels outils auriez-vous besoin actuellement afin d'optimiser votre fonction achat ? (modèle de tableaux de bord ? informations sur l'actualité dans ce domaine ? formations ?....)

2-Selon vous, comment les hôpitaux pourraient-ils mutualiser leurs compétences en matière d'achats ?

3.4.1 BILAN

L'image de la Fonction Achat a -t-elle évolué au sein de l'établissement ? si oui comment a-t-elle été valorisée ?

ANNEXE N° 5 : ANALYSE DU TAUX D'ACHATS HORS MARCHÉ PHARMACIE

compte budgétaire	nature	montant des achats effectués	montant achats hors marché	% / total hors marché
602 1	produits pharmaceutiques et produits à usage médical	9 078 248,41	3 083 576,70	57,29%
602,15	convention sang	1 821 993,20	0,00	0,00%
602,16	gaz médicaux	406 640,80	0,00	0,00%
602,18	autres produits pharmaceutiques et produits à usage médical	3 936 396,22	248 124,64	0,00%
602 21/602 22/602 23/602 27	fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	3 779 038,70	1 121 509,22	20,84%
602 25	fournitures d'imagerie médicale	513 826,98	142 873	2,65%
602 26	prothèses et stimulateurs cardiaques	3 218 773,24	786 377,06	14,61%
602 36	produits diététiques	365 922,95	147 185 ,71	0,27%
TOTAL		8 921 735,58	5 382 460,62	100,00%
% hors marché/total des achats			60%	

ANNEXE 6

PROCEDURE RELATIVE A LA COORDINATION DES SERVICES ECONOMIQUES ET DE LA PHARMACIE DANS LE CADRE DU PASSAGE A L'EURO.

I-CONTEXTE

Dans le cadre du passage à l'euro, des constats de conversion ont été transmis aux différents laboratoires, fournisseurs de l'établissement, afin d'établir les prix qui seront appliqués dans la nouvelle monnaie.

L'article 2 de ces constats dispose que les prix du marché sont convertis en euros par application des articles 4 et 5 du Règlement CE N° 1103/97 du 17 juin 1997 avec 5 décimales. Ces règles de conversion et d'arrondis s'appliquent individuellement à chaque prix. Cette conversion s'applique sur tous les prix auxquels le marché fait référence.

Néanmoins, la situation apparaît problématique du fait de l'hétérogénéité des réponses des laboratoires, certains proposant spontanément des conversions, mais avec 3 décimales, d'autres utilisant les conversions susvisées.....

Dès lors, la direction des services économiques et la pharmacie doivent coordonner de façon efficace leurs actions dans un souci d'harmonisation des procédures.

II-PROCEDURES

Dans le cadre de cet objectif, les procédures suivantes sont établies :

La responsabilité de l'envoi de l'ensemble des constats de conversion est assurée par XXX.

☐ **La réception** de l'ensemble des constats de conversion, ainsi que des différentes réponses des laboratoires est centralisée par le service XXXX, sous l'égide de M XXXXX.

☐ **L'enregistrement** des nouveaux prix dans le logiciel MAG II est assuré par Mme JULOU, du service pharmacie et Mme GOASAMPIS des services économiques.

☐ **En cas de réponse non conforme** d'un laboratoire (nombre incorrect de décimales...), une lettre type de rappel est envoyée (cf annexe) :

⇒ M XXX assure la responsabilité de cet envoi et accuse réception de la réponse.

⇒ Il transmet les nouvelles données à Mme JULOU et GOASAMPIS afin de les enregistrer.

☐ Mr XXXX est chargé de vérifier l'intégralité des conversions ainsi que leur conformité aux règles établies précitées.

☐ Il informe Mr RAULT ainsi que Mme COUTURIER en cas de dysfonctionnements ou de refus d'obtempérer d'un laboratoire.

A LANNION, le 13 juillet 2001,

Mr RAULT,
Directeur des services économiques,

Mme COUTURIER
Chef de service pharmacie

ANNEXE 8

STRATEGIE D'ACHAT DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE LE DAMANY A LANNION

L'optimisation de la fonction achat du Centre Hospitalier Pierre le Damany repose sur la fixation d'objectifs, discutés par le groupe de travail « achat » et validés par la direction des services économiques.

Le suivi de ces objectifs, à la fois généraux et opérationnels, pourra être assuré la mise en place d'indicateurs d'évaluation de la performance de la fonction achat adaptés au contexte du Centre Hospitalier.

I- LES OBJECTIFS D'ACHAT DU CENTRE HOSPITALIER DE LANNION –TRESTEL EN 2001

3.5 LES OBJECTIFS GENERAUX ET TRANSVERSAUX

Outre, la maximisation en termes de coûts, de délais, et de qualité, le Centre Hospitalier pourrait se fixer les objectifs suivants :

① adapter les achats du Centre Hospitalier aux besoins des services utilisateurs :

Cet objectif, certes, très général, doit néanmoins être considéré comme fondamental par l'ensemble des acteurs.

En effet, toute demande d'achat doit être légitime. L'achat doit avoir pour but de satisfaire quantitativement et qualitativement les besoins exprimés par les services.

Cet objectif suppose que soit menée une réflexion sur :

- les modalités de recensement des besoins
- les contrôles et les arbitrages qui peuvent être effectués par la suite par les services acheteurs
- la notion d'urgence

② rationaliser la demande d'achat

cet objectif nécessite de mener des actions en faveur de :

- l'agrégation des achats, c'est-à-dire regrouper dans le temps les achats de même nature
- la coordination des achats : c'est-à-dire regrouper les achats même si les utilisateurs sont différents
- la standardisation des achats pour obtenir des conditions plus satisfaisantes

Il est incontestable qu'afficher cet objectif nécessite d'améliorer, en amont, la planification des achats

③ Assurer une qualité optimale des prestations et des produits

Cet objectif nécessite de définir précisément, en amont, les exigences en terme de qualité de la collectivité. Il suppose dans ce cadre une collaboration efficace entre l'utilisateur, le technicien et l'acheteur, notamment lors de la rédaction du cahier des charges.

④ Rationaliser le coût du processus achat-approvisionnement

L'hôpital doit, en effet, se fixer des objectifs de productivité, qui, à terme, seront source d'économies .

Ainsi, il semblerait pertinent dans ce cadre de :

- réduire le nombre des fournisseurs, pour créer des « effets volumes »
- réduire le nombre de petites commandes. Il convient de rappeler que le coût de traitement d'une commande dans les centre hospitaliers de la taille de LANNION, est évalué à 250F. L'intérêt de globaliser les commandes est donc net. En outre, les économies se mesureront également en termes de temps administratif, ce qui permettra de dégager du temps agent sur d'autres tâches, nettement plus intéressantes, de conception (élaboration de tableaux de bord...)
- fixer à chaque service acheteur des objectif de réduction des coûts, par exemple, à moyen terme, afin de mobiliser les agents sur ce thème.

⑤ maîtriser les délais

Les délais doivent être maîtrisés au stade de l'achat stricto sensu : temps entre l'expression de la demande et la satisfaction du besoin, mais aussi engagement réciproque de chaque acteur à respecter des délais (comme la notification des marchés...) . Ces délais pourront, par exemple, être contractualisés en interne.

A ces objectifs généraux correspondent donc des objectifs opérationnels qui pourraient se décliner ainsi qu'il suit pour l'hôpital de LANNION :

B- DES OBJECTIFS OPERATIONNELS

1-Respecter la réglementation

Le respect de la réglementation en matière d'achat est le corollaire du principe fondamental de légalité, c'est-à-dire de la soumission de l'administration au droit.

Le Centre Hospitalier doit donc veiller au respect du corpus de règles qui régit la Commande Publique, qu'elles soient d'origine européenne (directives..) ou nationale, réglementaire ou jurisprudentielle.

Ce respect permet, en effet, de mener une politique conforme aux principes fondamentaux en matière d'achat public qui sont de :

- favoriser la mise en concurrence
- respecter l'égalité de traitement des candidats
- assurer la transparence des procédures

2- Connaître ses achats

Deux actions peuvent être considérées aujourd'hui comme prioritaires :

- classer les achats par familles d'achat
- suivre l'évolution des différentes procédures utilisées en matière d'achat : achats hors marché, groupements d'achat....

3- Coordonner ses achats

Cet objectif peut se décliner en 3 axes :

- assurer la centralisation à moyen terme des commandes et des marchés
- respecter les délais en les contractualisant entre les différents services acheteurs de l'établissement
- maîtriser les coûts

4- Prendre des décisions d'achat optimales

Il incombe, dans ce cadre, de :

- rechercher la rationalisation des achats par la mise en oeuvre des trois orientations stratégiques susvisées : agrégation, standardisation, coordination. Cette recherche devrait être menée prioritairement sur les produits générateurs de dépenses importantes.
- établir une définition de l'urgence
- planifier l'achat de façon optimale

A ces objectifs doivent correspondre des indicateurs de pilotage.

II- LES INDICATEURS DE PILOTAGE MIS EN OEUVRE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNION (A DISCUTER PAR LE GROUPE DE TRAVAIL)

Chaque service acheteur s'engage à suivre les indicateurs d'évaluation suivants et à transmettre ces informations à la cellule marché : *(il est à noter qu'il serait pertinent d'en retenir entre 5 et 10)*

1-Le taux d'achat Hors Marché : part des commandes Hors Marché/montant total des achats par famille d'achat (informatique, mobilier, véhicule, maintenance, prestations de services divers..)

2- La répartition des Marchés :

- montant des marchés en cours d'exécution
- évolution du nombre de marchés par mode de passation

3-Tendance des consommations : tendance d'évolution des volumes d'achats sur 3 ans par service et par famille d'achat les plus sensibles

4-Risque de dépassement du seuil des marchés publics : nombre et détail des fournisseurs ayant bénéficié d'un montant de commande Hors Marché compris entre 250 et 300KF au cours des 12 derniers mois

5-Taux de concentration des achats selon la loi des 80/20 : répartition des achats par fournisseurs selon une typologie de type A/B/C

6-Effet "saucissonage" : nombre de fournisseurs différents et de commandes passées pour un même type d'achat sensible ou stratégique

7-Taux d'audience : nombre de candidatures et de réponses formelles aux différentes consultations lancées au cours de l'exercice budgétaire

8-Effet sélectivité : nombre moyen d'offres examinées dans le cadre d'appels d'offres restreints ou de marchés négociés

9-Taux d'allotissement : nombre et nature des achats et marchés ayant fait l'objet d'allotissement

10- Taux de standardisation : montant des achats réalisés sur la base de catalogue et de la nomenclature interne établie par la direction

11- Effet veille et innovation : nombre de nouveaux produits et fournisseurs référencés suite à une consultation

12-Taux d'urgence : nombre et montant des demandes d'achat en urgence (par cause invoquée), acceptées et/ ou différées par rapport aux achats planifiés

13- effet anticipation et globalisation : nombre et nature des consultations à lancer dans les cinq prochains mois

14-Détection des superflus : % des nomenclatures de produits référencés n'ayant fait l'objet d'aucune commande ou demande d'achat depuis 12 mois

15- Délais de passation des commandes : délais moyens entre la demande d'achat, son acceptation, la signature du contrat et la certification du service fait

16- Montant des intérêts moratoires payés en fonction des retards de mandatement

17-Taux d'imprécision : montant, nature et nombre de modifications et avenants aux contrats passés

18- taux de refus : nombre et raisons de refus d'acceptation du service fait par les services ou la direction

19-Taux de contentieux : **nombre, nature des litiges et contentieux en cours et réglés avec des fournisseurs**

20- Effet défaillance : nombre et incidence budgétaire des défaillances des fournisseurs

ANNEXE 9

FICHE TECHNIQUE POUR DEMANDE D'ACHAT PONCTUELLE

I- SERVICE :

II- DESCRIPTION PRECISE DU PRODUIT OU DE LA PRESTATION

3.6 III- JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

- fonctionnement quotidien
- développement du service
- projet particulier : lequel ?

IV- JUSTIFICATION DE L'URGENCE DE LA DEMANDE

- croissance de l'activité
- progrès technique
- bris
- autres : à préciser :

V- SPECIFICATION EVENTUELLE D'UNE MARQUE OU D'UN FOURNISSEUR (cette rubrique ne préjuge en rien d'une mise en concurrence formelle ultérieure respectant les principes de transparence et d'égalité des candidats)

--

VI- QUANTITES DEMANDEES (conditionnement, volume)

--

3.6.1 VII- MONTANT ESTIME DE L'ACHAT : PRIX UNITAIRE, PRIX FORFAITAIRE

--

VIII- DELAI D'OBTENTION SOUHAITE

--

3.6.2 VIII- SIGNATURE ET DATE

ANNEXE 10

LA PRISE EN COMPTE DES COÛTS DE POSSESSION DANS LES PROCEDURES D'ACHAT

Le questionnaire ci-après est proposé comme **outil d'évaluation des coûts de possession des équipements**.

Il est destiné à être utilisé par **les directions, avec les responsables des services utilisateurs** pour :

- estimer les coûts de possession dès l'étape de la demande d'investissement,
- comparer les coûts de possession prévisionnels associés aux différentes offres des fournisseurs lors de l'achat
- évaluer le coût de possession de l'équipement en fonctionnement

D'une part, **l'objectif** est de susciter et de développer la prise de conscience du coût, parmi les critères de décision explicités, pour la programmation des équipements, leurs choix, et leur gestion de fonctionnement.

D'autre part, il vise à susciter la recherche des solutions matérielles et organisationnelles les plus efficaces pour satisfaire une demande d'activité diagnostique, thérapeutique, hôtelière ou logistique.

Cette outil contribue , enfin, à une **démarche contractuelle** entre la direction et le service demandeur.

FICHE SYNTHETIQUE DE DEMANDE D'EQUIPEMENT

3.7 IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

⇒ Nom du responsable du service : _____

⇒ Discipline : _____

3.8 DESCRIPTION DE L'EQUIPEMENT DEMANDE

⇒ Désignation du matériel : _____

⇒ Nombre de matériel : _____

⇒ Description synthétique du matériel :

⇒ Estimation du coût unitaire du matériel : _____

⇒ Estimation du coût global de l'opération : _____

3.8.1 III-EN CAS DE RENOUVELLEMENT OU DE COMPLEMENT

⇒ Nature du matériel renouvelé ou complété :

⇒ Désignation : _____

⇒ Marque : _____

⇒ Type : _____

⇒ Numéro de série : _____

⇒ Date de mise en service : _____

IV- VISUALISATION DES COUTS DE POSSESSION

3.8.1.1 L'ACTIVITE

1-Quantité d'actes effectués (en nombre d'actes prévisionnels par nature et par an) :

- Activité 1 : _____ Nombre : _____ Valeur : _____

- Activité 2 : _____ Nombre : _____ Valeur : _____

- Activité 3 : _____ Nombre : _____ Valeur : _____

2- Liste des actes par nature, réalisés ou dont la réalisation est possible sur le matériel envisagé :

3- Quels sont les services pour lesquels l'activité annoncée est produite ?

- _____

- _____

- _____

4- L'exploitation de cet équipement est-elle partagée avec d'autres services demandeurs ?

OUI NON

Si oui, quels sont les services concernés ? (indiquer l'activité prévisionnelle moyenne par service)

5- L'activité amenée à être traitée sur cet équipement se substitue-t-elle à d'autres activités existantes ?

OUI NON

Si oui, quelles sont alors les activités concernées ?

6- Analyse sur le plan médical et technique

- **Sur le plan médical** cet équipement nécessite-t-il le recours à d'autres activités associées (ex : anesthésie, stérilisation)

OUI

NON

Si oui, quelles sont alors les activités concernées ?

- **Sur le plan technique**, ce matériel nécessite-t-il le recours à d'autres équipements connexes (ex : informatique, onduleur, transformateur d'isolement...)?

OUI

NON

Si oui, quels sont les équipements concernés ?

7- D'après vous, l'appareil en question relève-t-il ?

- de l'innovation technologique ?

OUI

NON

- d'une technique en fin de cycle de vie ?

OUI

NON

- d'une technique stabilisée ?

OUI

NON

3.8.1.2 MODALITES DE FONCTIONNEMENT

8- L'utilisation de cet équipement est-elle à prévoir ?

- dans une situation d'urgence : OUI NON

- en routine : OUI NON

- au coup par coup : OUI NON

C- AMORTISSEMENTS ET FRAIS FINANCIERS

9- Dans le cadre de l'acquisition de cet équipement, la durée d'amortissement qui est susceptible d'être retenue est de :

- nombre d'années :

- annuité d'amortissement :

10- Des travaux d'installation sont-ils nécessaires ?

OUI NON

Si oui, précisez alors :

⇒ Durée des travaux : _____

Gestion des déchets : (quantité annuelle prévisionnelle)

⇒ Déchets Domestiques :

⇒ Déchets à risques :

⇒ Déchets liquides :

Assurance spécifique :

OUI NON

Si oui, coût annuel du contrat ?

Maintenance :

⇒ **Nature des prestations**

- Prévisionnelle : -Constatée :

⇒ **Maintenance préventive :**

OUI NON

Si oui, fréquence ? _____

- Pour les réparations :

◆ jours et horaires d'appel _____

◆ délai d'intervention : _____

⇒ **Maintenance interne :**

OUI NON

Si oui, nombre de personnel formés ?

⇒ **Maintenance externe : une tierce maintenance est-elle envisageable ?**

OUI NON

Si oui, coût annuel du contrat ?

Type de contrat à envisager ?

1- maintenance préventive seule

2- contrat forfaitaire type « tout risque »

3- interventions sur bons de commandes

4- Autres _____

12- Des contrôles sont-ils à prévoir ?

⇒ **Contrôle périodique :**

OUI NON

Si oui, préciser : _____

Coût moyen : _____

⇒ **Contrôle réglementaire**

OUI NON

Si oui, précisez : _____

Coût moyen :

⇒ **Contrôle qualité :**

OUI NON

nombre annuel : _____

coût moyen : _____

3.8.1.3 LES MOYENS EN PERSONNEL

nombre d'utilisateurs :

compétences nécessaires pour :

- utilisation directe :

- maintenance :

Qualification disponible ?

- existe déjà : OUI NON

- à acquérir OUI NON

- Formation complémentaire à dispenser : OUI NON

Si oui, préciser :

ANNEXE 11

NOTE RELATIVE AUX INDICATEURS D'EVALUATION DE LA PERFORMANCE DE LA FONCTION ACHAT

L'évaluation de la performance de la Fonction Achat peut être étudiée à travers la problématique du **contrôle de gestion des achats**, défini comme un système d'aide à la décision qui permet de s'assurer que les objectifs sont atteints dans un rapport optimal entre les moyens utilisés et les résultats constatés.

Le tableau de bord constitue, dans ce cadre, un outil efficace de gestion, recensant des indicateurs hiérarchisés, centrés sur l'atteinte d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Les indicateurs doivent être limités (une dizaine) et portés sur des variables sur lesquelles le destinataire de l'information dispose d'une réelle marge de manœuvre pour influencer à court terme sur le cours des choses.

Les différents auteurs préconisent de préciser **des objectifs à la fois généraux et opérationnels** avant d'établir des indicateurs pertinents. Ainsi, une structure hospitalière peut déterminer les objectifs suivants :

- 1-connaître ses achats
- 2-respecter la réglementation
- 3-prendre des décisions d'achat optimales
- 4-coordonner ses achats

Dans ce cadre, il sera possible, par la suite, de définir des indicateurs adaptés.

I LES INDICATEURS RECOMMANDES DANS LE CADRE DE L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE D'UNE STRUCTURE D'ACHAT PUBLIQUE

1-Le taux d'achat Hors Marché : part des commandes Hors Marché/montant total des achats par famille d'achat (informatique, mobilier, véhicule, maintenance, prestations de services divers..)

2- La répartition des Marchés :

- montant des marchés en cours d'exécution
- évolution du nombre de marchés par mode de passation

3-Tendance des consommations : tendance d'évolution des volumes d'achats sur 3 ans par service et par famille d'achat les plus sensibles

4-Risque de dépassement du seuil des marchés publics : nombre et détail des fournisseurs ayant bénéficié d'un montant de commande Hors Marché compris entre 250 et 300KF au cours des 12 derniers mois

5-Taux de concentration des achats selon la loi des 80/20 : répartition des achats par fournisseurs selon une typologie de type A/B/C

6-Effet "saucissonage" : nombre de fournisseurs différents et de commandes passées pour un même type d'achat sensible ou stratégique

7-Taux d'audience : nombre de candidatures et de réponses formelles aux différentes consultations lancées au cours de l'exercice budgétaire

8-Effet sélectivité : nombre moyen d'offres examinées dans le cadre d'appels d'offres restreints ou de marchés négociés

9-Taux d'allotissement : nombre et nature des achats et marchés ayant fait l'objet d'allotissement

10- Taux de standardisation : montant des achats réalisés sur la base de catalogue et de la nomenclature interne établie par la direction

11- Effet veille et innovation : nombre de nouveaux produits et fournisseurs référencés suite à une consultation

12-Taux d'urgence : nombre et montant des demandes d'achat en urgence (par cause invoquée), acceptées et/ ou différées par rapport aux achats planifiés

13- effet anticipation et globalisation : nombre et nature des consultations à lancer dans les cinq prochains mois

14-Détection des superflus : % des nomenclatures de produits référencés n'ayant fait l'objet d'aucune commande ou demande d'achat depuis 12 mois

15- Délais de passation des commandes : délais moyens entre la demande d'achat, son acceptation, la signature du contrat et la certification du service fait

16- Montant des intérêts moratoires payés en fonction des retards de mandatement

17-Taux d'imprécision : montant, nature et nombre de modifications et avenants aux contrats passés

18- taux de refus : nombre et raisons de refus d'acceptation du service fait par les services ou la direction

19-Taux de contentieux : nombre, nature des litiges et contentieux en cours et réglés avec des fournisseurs

20- Effet défaillance : nombre et incidence budgétaire des défaillances des fournisseurs

4 - IL EST A NOTER ENFIN QUE LES INDICATEURS RELATIFS AUX COUTS REPOSENT SUR DES CHOIX DE COMPTABILITE ANALYTIQUE (ANALYSE EN COUTS COMPLETS...).

II QUELQUES INDICATEURS SUPPLEMENTAIRES UTILISES DANS LES ENTREPRISES PRIVEES

Certains auteurs préconisent d'organiser **les tableaux de bords en trois blocs** :

- une série d'indicateurs *par objectif*- la mesure des écarts se faisant par rapport aux standards (coûts), aux indicateurs professionnels ou aux objectifs négociés,
- des indicateurs relatifs *aux variables d'action*,
- des informations liées *au niveau d'activité* ou à l'utilisation des moyens (productivité).

Les indicateurs utilisés dans le privé peuvent être classés en 3 catégories :

1-Le fonctionnement des services concernés

le niveau d'activité :

- demandes d'achat traitées
- nombre de commandes
- visites de/aux fournisseurs...

les coûts

- charges réelles et écarts sur budget par nature
- éléments techniques : effectifs, nombres d'heures

travaillées

- productivité : ratio Unité d'œuvre /total des heures de travail; coût d'une commande...

2-les fournisseurs

le niveau d'activité :

- nombre de fournisseurs consultés
- classement des fournisseurs ABC
- fournisseurs sans affaire depuis x exercices
- nouveaux fournisseurs consultés, acceptés...

les coûts

- amélioration du coût par changement de fournisseurs
- % de commandes passées à prix ferme, révisable....

la qualité du service : nombre de litiges en cours ..

3- aspects financiers : répartition des commandes en nombre et en valeur..