



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**Améliorer la stratégie d'achat
dans les établissements de santé :
L'apport d'une cartographie des achats
au Centre Hospitalier de Bretagne Sud**

Muriel LAHAYE

Remerciements

Mon parcours d'élève directeur s'achève bientôt. La réalisation du mémoire s'intègre dans ce cursus de formation comme une étape essentielle. J'ai eu la chance d'être accompagnée tout au long de son élaboration. Je souhaite ainsi remercier ces quelques personnes qui ont fortement contribué à donner corps à ce mémoire.

Un grand merci à **Dominique Bénéteau**, Directeur Général du Centre Hospitalier de Bretagne Sud, pour son accueil chaleureux au sein de cet établissement dynamique. J'ai été, dès mon arrivée et durant tout mon stage, pleinement associée à l'ensemble des projets institutionnels et parfaitement intégrée à l'équipe.

Je remercie tout particulièrement **Samuel Froger**, Directeur des services économiques et excellent tuteur durant ces 11 mois, pour sa grande disponibilité, pour ses conseils et avis éclairés, qui ont largement contribué à faire de ce stage un enrichissement personnel et professionnel.

J'adresse également mes plus vifs remerciements aux « personnes ressources » de la première heure et durant toute la réalisation de cette cartographie, **Soizick Courtête**, attachée d'administration hospitalière, et **Pascal Herviou**, Ingénieur logisticien au sein de la DSE, pour leur patience et leur disponibilité. J'ai usé et abusé de leur expérience technique et de terrain !

Il y a certains cours qui vous donnent envie d'approfondir la matière... Je souhaite vivement remercier **Jean-François Taillard**, Directeur de l'ingénierie au CHU de Rennes, mon enseignant des achats publics puis encadrant mémoire, pour ses remarques et ses conseils précieux.

Je remercie **Monsieur Meyniel**, Directeur des achats au CHU de Saint Etienne, **Monsieur Mourier**, Directeur des services économiques au CHU de Nantes, **Madame Falco**, Contrôleur de gestion au CH d'Avignon, **Madame Vidal**, Directrice des services économiques au CH d'Avignon, **Madame Passetemps**, Chargée de mission à l'ARH de Bretagne, et **Madame Wattebled**, Chef de projet achat à la DHOS pour avoir répondu à mes questions, confié leurs avis précieux sur le sujet et témoigné sur leur expérience.

Enfin, une pensée toute particulière aux **membres de l'équipe de direction** ainsi qu'à **l'équipe de la direction des services économiques** pour leur soutien et leur convivialité.

Sommaire

Introduction	- 1 -
1.1 Qu'est-ce qu'un achat hospitalier ?	- 1 -
a) Un achat public soumis au code des marchés publics	- 1 -
b) Distinguer les achats et les approvisionnements	- 2 -
1.2 La spécificité des achats dans le secteur hospitalier	- 3 -
a) Les achats, une part importante des dépenses hospitalières appelée à croître	- 3 -
b) La dispersion de la fonction achat entre de multiples acteurs	- 3 -
c) Une confusion entre l'achat et l'approvisionnement	- 4 -
d) Des achats hospitaliers complexes et variés	- 4 -
e) Une hétérogénéité de la fonction achat et des prix des produits selon les établissements	- 5 -
f) Un caractère stratégique de la politique achat souvent sous-estimé	- 5 -
1 Acheter à l'hôpital, un enjeu stratégique	- 7 -
1.1 La politique d'achat comme levier d'amélioration des performances à l'hôpital	- 7 -
1.1.1 La politique d'achat, reflet de la politique de l'établissement	- 7 -
A) Les achats, vecteurs d'une certaine image de l'hôpital	- 7 -
B) Un impact fort sur la vie quotidienne de l'hôpital	- 9 -
1.1.2 Une amélioration des performances conditionnée à la connaissance fine de son activité	- 11 -
A) L'influence de la mise en place de la tarification à l'activité sur le développement des systèmes d'information	- 11 -
B) Une connaissance des achats aujourd'hui insuffisante	- 13 -
a) Connaître son volume et ses produits achetés	- 13 -
b) Connaître son marché fournisseur	- 13 -
c) Connaître les incidents survenus dans l'approvisionnement	- 14 -
d) Identifier des indicateurs de pilotage de la fonction achat	- 14 -
e) Etablir un coût de la fonction achat	- 15 -

1.2 Des initiatives nationales pour contribuer à l'optimisation de la fonction achat	- 15 -
1.2.1 L'optimisation des achats, axe fort de la modernisation de l'Etat.....	- 16 -
A) Améliorer l'efficience par la réorganisation des achats de l'Etat	- 16 -
a) Une démarche globale de réduction des dépenses publiques et de modernisation des politiques publiques.....	- 16 -
b) Les axes prioritaires de rénovation des achats	- 17 -
- La dématérialisation des procédures	- 17 -
- La mutualisation des achats	- 18 -
- La professionnalisation des acheteurs	- 18 -
c) L'achat public, promoteur des politiques publiques.....	- 19 -
B) L'assouplissement du cadre juridique au travers des réformes régulières du code des marchés publics	- 20 -
1.2.2 Des efforts spécifiques depuis quelques années dans le secteur hospitalier .	- 21 -
A) Le projet « OPERAH » relayé par la MEAH	- 22 -
B) Le renouveau des groupements nationaux et régionaux dans le domaine hospitalier	- 23 -
a) Un groupement national : UNIHA	- 24 -
b) Des groupements à vocation territoriale ou en fonction de l'activité	- 24 -
 2 La mise en place d'une cartographie des achats au CHBS, le préalable indispensable à la définition d'une politique d'achat prospective	- 26 -
 2.1 La cartographie des achats, un outil pour connaître et analyser son activité.....	- 26 -
2.1.1 Une démarche inscrite dans la dynamique du changement.....	- 26 -
A) La politique des achats largement impactée par les projets de l'établissement.....	- 26 -
a) Des projets immobiliers d'envergure	- 26 -
b) Le CHBS, un rôle assumé d'établissement de référence dans le territoire de santé.....	- 28 -
B) L'évolution progressive de la fonction achat dans l'établissement	- 29 -

2.1.2 La mise en place d'une cartographie des achats, une démarche nouvelle et ambitieuse	- 31 -
A) Dynamiser la fonction achat dans les établissements de santé : mettre en place sa cartographie des achats	- 31 -
a) Qu'est-ce qu'une cartographie des achats ?	- 31 -
b) Quels apports de la cartographie des achats ?	- 34 -
B) Une dynamique nouvelle encore relativement peu développée mais soutenue par la DHOS	- 36 -
2.2 La cartographie des achats, un outil au service de la définition d'une politique d'achat prospective	- 38 -
2.2.1 La définition d'une méthode rigoureuse pour garantir la pérennité de la cartographie.....	- 38 -
A) Surmonter les difficultés de construction de la base de données socles.....	- 38 -
a) S'entourer de compétences techniques dans la mise en place de la base de données	- 39 -
b) Impliquer les acteurs du processus achat et communiquer à chaque étape clé de la mise en place de la cartographie.....	- 40 -
c) Surmonter les inadaptations du système d'information	- 41 -
B) Des résultats prometteurs et des actions correctrices définies.....	- 44 -
a) La connaissance des fournisseurs, des acheteurs et du volume d'achat.....	- 44 -
b) La segmentation des achats	- 46 -
2.2.2 « Faire vivre la cartographie » pour bâtir une politique d'achat prospective et dynamique	- 47 -
A) Réussir à valoriser la segmentation arrêtée par l'analyse des contraintes et des profits potentiels	- 47 -
B) Intégrer la cartographie comme un élément clé de la valorisation de la fonction achat.....	- 50 -
Conclusion.....	- 53 -
Bibliographie	- 55 -
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A.A.P.C. : Avis d'Appel Public à la Concurrence
A.C.A. : Agence Centrale des Achats
A.N.A.P. : Agence Nationale d'Appui à la Performance
A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation
B.O. : Business Object
C.C.A.P. : Cahier des Clauses Administratives Particulières
C.H. : Centre Hospitalier
C.H.B.S. : Centre Hospitalier de Bretagne Sud
C.H.R. : Centre hospitalier Régional
C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire
C.L.C.C. : Centre de Lutte Contre le Cancer
C.M.P. : Code des Marchés Publics
D.A.S.R.I. : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux
D.C.E. : Dossier de Consultation des Entreprises
D.H.O.S. : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.R.H. : Direction des Ressources Humaines
E.P.I.C. : Etablissement Public Industriel et Commercial
E.P.R.D. : Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses
F.E.H.A.P. : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
F.H.F. : Fédération Hospitalière de France
G.C.S. : Groupement de Coopération Sanitaire
G.E.F. : Gestion Economique et Financière
G.I.E. C.A.C. : Groupement d'Intérêt Economique Consortium des Achats des CLCC
G.M.S.I.H. : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
H.A.C.C.P. : Hazard Analysis Critical Control Point
H.A.S. : Haute Autorité en Santé
H.P.S.T. : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
I.S.O. : International Standard Organisation
L.O.L.F. : Loi Organique Relative aux Lois de Finances
M.A.I.N.H. : Mission d'Aide à l'INvestissement Hospitalier
M.C.O. : Médecine Chirurgie Obstétrique
M.E.A.H. : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
M.I.F.A. : Mission Interministérielle France Achats
M.I.N.E.F.I. : MINistère de l'Economie et des Finances

O.P.E.R.A.H. : Optimisation de la PERformance des Achats Hospitaliers
O.T.H.E.L.O. : Organisation Technique, acHat, Et LOgistique
P.M.E. : Petite et Moyenne Entreprise
R.A.S.B. : Réseau Achats Santé Bretagne
R.E.S.A.H. I.D.F. : RESeau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile De France
R.G.P.P. : Revue Générale des Politiques Publiques
S.A.E. : Service des Achats de l'Etat
S.I.H. : Système d'Information Hospitalier
T.2.A. : Tarification A l'Activité
U.G.A.P. : Union des Groupements d'Achats Publics
U.N.I.H.A. : UNIon des Hôpitaux pour les Achats
U.R.S.S.A.F. : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et
d'Allocations Familiales

Introduction

1.1 Qu'est-ce qu'un achat hospitalier ?

a) *Un achat public soumis au code des marchés publics*

L'achat peut être défini comme le fait d'acquérir un bien ou un droit en échange d'une contrepartie financière. Pour autant, à l'hôpital, cette définition n'est pas suffisante. En effet, les hôpitaux, dénommés depuis la loi Evin¹ établissements publics de santé, sont, dans leur très grande majorité des établissements publics locaux² régis par les règles du droit public et soumis, pour l'ensemble de leurs achats, au code des marchés publics (C.M.P.)

Si le C.M.P. ne précise pas ce qu'est un achat, il en mentionne certaines caractéristiques en définissant le marché public. Il s'agit d'« un contrat à titre onéreux conclu par des pouvoirs adjudicateurs (Etat, établissements publics autres que les EPIC³, collectivités territoriales et leurs établissements publics ou leurs mandataires), avec des opérateurs économiques publiques ou privés pour répondre à leur besoins en matière de travaux, de fournitures, ou de services »⁴.

Les acheteurs publics doivent ainsi respecter certains principes fondamentaux énoncés à l'article 1 du C.M.P. que sont la liberté d'accès à la commande publique, l'égalité de traitement des candidats, et le principe de transparence. D'ailleurs, le code pénal⁵ a créé un délit spécifique, le délit de favoritisme pour sanctionner toute violation de ces principes fondamentaux.

¹ Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, www.legifrance.gouv

² Cas particulier des établissements départementaux, régionaux et nationaux

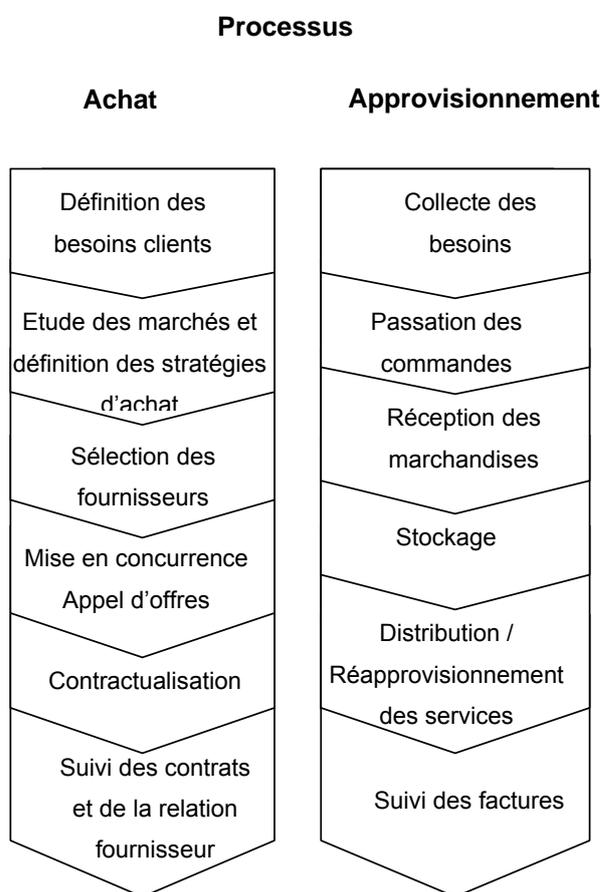
³ EPIC : Etablissement public industriel et commercial

⁴ Article 1 du Code des marchés publics

⁵ Article L 432-14 du Code pénal : « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ou investie d'un mandat électif public ou exerçant les fonctions de représentant, administrateur ou agent de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des sociétés d'économie mixte d'intérêt national chargées d'une mission de service public et des sociétés d'économie mixte locales ou par toute personne agissant pour le compte de l'une de celles susmentionnées de procurer ou de tenter de procurer à autrui un avantage injustifié par un acte contraire aux dispositions législatives ou réglementaires ayant pour objet de garantir la liberté d'accès et l'égalité des candidats dans les marchés publics et les délégations de service public », www.legifrance.gouv

b) *Distinguer les achats et les approvisionnements*

Les achats publics peuvent également être définis d'un point de vue procédural en distinguant alors l'achat proprement dit, de l'approvisionnement. En effet, l'achat public signifie l'ensemble de la procédure de passation d'un marché public, de la définition du besoin jusqu'au suivi de l'exécution du contrat. La fonction achat se situe donc en amont de la démarche tandis que la fonction approvisionnement, située en aval de l'achat, se centre sur le recensement des besoins des utilisateurs, la passation des commandes, la réception des livraisons, l'éventuel stockage et le suivi des factures. Cette distinction entre les fonctions achat et approvisionnement est importante car les compétences et l'expertise que ces deux fonctions requièrent sont différentes. Cependant, aujourd'hui encore, la distinction est encore peu ancrée à l'hôpital, les fonctions d'acheteur et d'approvisionneur étant souvent exercées par les mêmes personnes.



Processus achat et approvisionnement, Rapport d'étape MEAH, Optimisation des achats hospitaliers⁶.

⁶ MEAH, 2004, Rapport d'étape de fin de mission, AT KEARNEY, synthèse achats 1^{ère} phase, 1.3

1.2 La spécificité des achats dans le secteur hospitalier

a) *Les achats, une part importante des dépenses hospitalières appelée à croître*

Les dépenses hospitalières pèsent sur l'ensemble des dépenses de santé. En effet, les consommations hospitalières publiques et privées représentaient en 2007 72,7 milliards d'euros⁷, soit près de la moitié (44,4 %) de la totalité de la consommation de soins et de biens médicaux. A elle seule, les dépenses de l'hospitalisation publique représentent 65,4 milliards d'euros (77,6 % de la consommation hospitalière totale). La croissance des dépenses de ce secteur est significative, avec 3,9 % d'augmentation en valeur par rapport à 2006.

La maîtrise des achats hospitaliers constitue dans ce contexte un levier d'action important, d'autant plus que ces achats des établissements publics représentent environ 18 milliards d'euros (exploitation et investissement)⁸. Le chiffre de 18 milliards reste, en raison des lacunes du système d'information, une estimation. Au sein des établissements publics de santé, les achats hospitaliers se répartissent entre les achats d'exploitation et les achats d'investissement. Traditionnellement, les achats d'exploitation représentent près de 80 % du total des achats. Cependant, les plans « hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » ont contribué à relancer les programmes d'investissement immobiliers des établissements et à augmenter sensiblement la part de l'investissement dans le budget.

La maîtrise de ces achats apparaît d'autant plus stratégique que ceux-ci vont être amenés à croître avec le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, les innovations technologiques, la démarche d'amélioration continue de la qualité... L'hôpital doit ainsi adapter ses équipements au type de population accueillie (ex : augmentation du nombre de matelas de protection contre les escarres), développer les techniques les plus innovantes afin de soigner au mieux les patients tout en assurant une qualité et un confort optimaux.

b) *La dispersion de la fonction achat entre de multiples acteurs*

La fonction achat est aujourd'hui fragmentée entre les différents acheteurs de l'hôpital. Outre la pharmacie et la direction des services économiques qui constituent les

⁷ FENINA A., GEFFROY Y., DUEE M., septembre 2008, Les comptes nationaux de la santé en 2007, DREES, n°655, www.sante.gouv.fr/drees

⁸ LEGOUGE D., janvier 2008, les achats hospitaliers, vers une nouvelle gouvernance, Les indispensables, Berger Levrault, p16

acheteurs principaux, les services techniques, les services informatiques, le service de formation continue sont également acheteurs dans leur domaine. On dénombre ainsi entre 3 et 20 interlocuteurs dans les établissements de santé en fonction de leur taille, c'est-à-dire « 20 fois plus qu'un grand groupe sidérurgique comme Arcelor-Mittal, pour un montant d'achats équivalent »⁹. Les acheteurs occupent différentes fonctions et grades. Il peut ainsi s'agir des attachés d'administration hospitalière, des ingénieurs biomédicaux, des pharmaciens, des responsables de laboratoire... Cette diversité des acheteurs liée à la spécificité des achats entraîne une fragmentation de la fonction achat, propre au secteur hospitalier, et un manque de coordination historique entre les achats des différentes directions. On observe aujourd'hui une prise de conscience de la nécessité d'un réel dialogue stratégique entre les directions pour influencer les fournisseurs et optimiser les coûts.

c) *Une confusion entre l'achat et l'approvisionnement*

Les acheteurs de l'hôpital concentrent bien souvent les fonctions d'achat et d'approvisionnement. Il y a encore aujourd'hui peu de distinction entre la stratégie d'achats, la régularité de la procédure et le suivi du marché, bien que, sur le volet procédural, la création de « cellules des marchés » soit aujourd'hui en voie de développement ; celles-ci sont centrées sur les procédures des marchés publics, leur suivi, la veille juridique, ainsi que sur la promotion des bonnes pratiques d'achat, dégageant ainsi du temps aux acheteurs pour se concentrer sur la dimension stratégique des marchés. Au Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS), la cellule des marchés est en place depuis février 2009 mais ne concerne encore que les marchés passés par la Direction des services économiques et le Centre informatique. Le décloisonnement entre les acheteurs de l'hôpital reste un axe fort d'amélioration de la fonction achat. Sur le volet approvisionnement, la gestion des stocks est encore gérée au CHBS par les acheteurs et non par les magasiniers. Or, une gestion des stocks par les personnels des magasins serait plus pertinente et permettrait de libérer du temps aux acheteurs.

d) *Des achats hospitaliers complexes et variés*

Les achats réalisés à l'hôpital, dans le respect des dispositions du code des marchés publics, sont extrêmement divers, souvent techniques et très complexes. Une part importante de ces prestations est liée aux produits de santé : médicaments, achats

⁹ Ministère de la santé et des solidarités, 6 janvier 2006, Les enjeux de la fonction achat dans les établissements publics de santé, Dossier de presse, p 8

de matériel biomédical, équipements de soins... Les achats directement liés à la production de soins représentent ainsi plus de la moitié du portefeuille d'achat¹⁰. Le nombre de références utilisées est ainsi conséquent et se répercute sur le nombre de fournisseurs, qui jouissent parfois d'une situation de monopole, notamment dans le secteur des médicaments.

e) *Une hétérogénéité de la fonction achat et des prix des produits selon les établissements*

Les achats hospitaliers apparaissent également spécifiques au regard des disparités constatées entre les établissements sur l'organisation de la fonction achat et les variations de prix observées pour un même type de produit acheté. Ainsi, une étude menée par la MEAH en 2004 sur un panel de quinze établissements et cinquante deux biens et services courants montre des écarts de prix entre établissements très significatifs ainsi que des coûts de fonctionnement très contrastés. L'écart de prix constaté sur les dix produits pour lesquels l'écart est le plus important varie de 44 % à 91 %¹¹ ! Ces écarts de prix ont conduit le Ministère de la santé à soutenir la création de groupements d'achats nationaux (UNIHA) ou régionaux (RESAH IDF, Réseau achat santé Bretagne...) et à inciter les établissements à y adhérer¹². Cependant, en 2006, le Ministère de la santé et des solidarités faisait remarquer que « les groupements d'achat ne produisent pas en l'état actuel tous les bénéfices attendus d'un groupement¹³ ».

f) *Un caractère stratégique de la politique achat souvent sous-estimé*

Le développement de la fonction achat va de pair avec une réelle volonté du chef d'établissement de considérer l'amélioration de la fonction achat comme un axe majeur de la politique de l'établissement. Trop souvent encore, la dimension achat est négligée dans la recherche de la performance. D'ailleurs, le système d'information existant repose aujourd'hui sur une logique uniquement comptable (Titre 2 et Titre 3 de l'état des prévisions de recettes et de dépenses). Les établissements ne connaissent pas suffisamment leurs fournisseurs. Il est ainsi important de se détacher de cette logique

¹⁰ LEGOUGE D., Les achats hospitaliers, vers une nouvelle gouvernance, Les indispensables, Berger Levrault, janvier 2008, p53

¹¹ MEAH, Rapport d'étape de fin de mission, 2004, AT KEARNEY, synthèse achats 1^{ère} phase, 2.1.1

¹² Création du groupement d'Union des Hôpitaux pour les Achats (UNIHA) début 2005, du RESeau des Acheteurs Hospitaliers d'Île De France (RESAH IDF) en 2006, du Réseau achat santé Bretagne en 2007

¹³ Ministère de la santé et des solidarités, 6 janvier 2006, Les enjeux de la fonction achat dans les établissements publics de santé, Dossier de presse, p 8

uniquement comptable qui ne reflète pas toujours la réalité de l'achat hospitalier pour développer un raisonnement « achat » qui repose sur les filières et segments d'achat. C'est là tout l'intérêt de la mise en place d'une cartographie des achats.

La mise en place de cette cartographie s'inscrit dans un contexte plus global de reconnaissance de la fonction achat à l'hôpital, comme étant un levier stratégique d'amélioration des performances (I). La cartographie des achats devient ainsi le premier pas vers la définition d'une politique des achats plus réfléchie et plus dynamique (II).

1 Acheter à l'hôpital, un enjeu stratégique

La réflexion sur la performance à l'hôpital s'est renforcée depuis la mise en place de la tarification à l'activité. Dans ce contexte, l'optimisation des achats devient un des leviers d'amélioration de la performance à l'hôpital (1.1). D'ailleurs, au plan national, plusieurs initiatives de natures différentes ont été engagées ces dernières années pour encourager les établissements à se pencher sur la question des achats ; des efforts spécifiques ont ainsi été réalisés dans le domaine hospitalier.

La mise en place d'une politique stratégique des achats nécessite au préalable une connaissance fine de son activité. La cartographie des achats répond à ce besoin. En effet, elle se définit comme la connaissance des fournisseurs, du volume d'achat par filière et segment homogène d'achat, ainsi que le classement de ces segments en fonction de la complexité et de la valeur des achats.

C'est pourquoi la cartographie des achats constitue un outil indispensable pour une gestion dynamique et prospective des achats (1.2).

1.1 La politique d'achat comme levier d'amélioration des performances à l'hôpital

Les achats jouent un rôle fondamental dans la dynamique hospitalière, de par leur dimension transversale. En effet, la politique d'achat reflète de manière pragmatique les choix opérés par l'établissement dans le cadre de ses projets, qu'ils soient médicaux, soignants, ou d'amélioration continue de la qualité (1.1.1). Les achats ont donc un impact fort sur la vie hospitalière et leur optimisation peut constituer en ce sens un levier d'amélioration des performances, à condition cependant d'en avoir la maîtrise. Cette connaissance de l'activité, renforcée par la mise en place de la tarification à l'activité, est aujourd'hui encore insuffisamment développée dans le domaine des achats hospitaliers (1.1.2).

1.1.1 La politique d'achat, reflet de la politique de l'établissement

A) Les achats, vecteurs d'une certaine image de l'hôpital

Les achats ont un poids très important dans le budget de l'hôpital. Ils représentent ainsi la quasi-totalité des dépenses du Titre 2 (charges à caractère médical) et du Titre 3 (charges à caractère hôtelier et général) de l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD). De même, ils représentent une part conséquente des emplois du tableau de financement au travers de son titre 2 (Immobilisations).

L'achat ne doit cependant pas être regardé uniquement au travers d'un prisme financier. En effet, certains achats coûteux peuvent contribuer à dynamiser l'image de l'hôpital et influencer l'activité. A titre d'exemple, l'achat de vidéo-capsules est significatif. En effet, le projet médical indique qu'« en matière de pathologies digestives, l'objectif est d'éviter aux patients du territoire un déplacement sur un CHU pour bénéficier de la technique diagnostique dite "capsule digestive". Il s'agit d'exploration non invasive, notamment dans les territoires digestifs inaccessibles à l'endoscopie classique »¹⁴. Des rencontres entre les médecins et le service économique acheteur ont ainsi été organisées afin d'évaluer le coût et d'en identifier le bénéfice pour le patient et pour l'établissement. En l'espèce, l'étude médico-économique n'était pas réellement favorable au développement de cette pratique ; cependant, aujourd'hui, cette technique permet aux patients du territoire de bénéficier d'une technologie très pointue au plus près de leur domicile en leur évitant une opération chirurgicale. L'achat de ces vidéo-capsules conforte ainsi la position de l'hôpital de référence dans son territoire de santé tout en renforçant l'image de service en pointe sur les nouvelles technologies. La publicité que pourront faire ces patients du service de gastro-entérologie et plus généralement de l'hôpital est difficilement mesurable mais a un impact bien réel sur l'activité de l'établissement.

Les achats ont un caractère transversal puisqu'ils concernent sans exception l'ensemble des services de l'hôpital et sont ainsi garants de leur bon fonctionnement. Ils acquièrent dès lors une dimension stratégique puisque le développement de tout nouveau projet de création d'activité intègre un volet équipements / consommables. Ce volet achat fait l'objet d'un arbitrage entre les coûts estimés et l'intérêt de la nouvelle acquisition. Les intérêts sont nombreux : technologie nouvelle, confort, sécurité, garantie d'une continuité des soins... Dans tous les cas, les achats impactent directement l'image de l'établissement aussi bien en interne qu'en externe.

C'est pourquoi la fonction achat à l'hôpital, considérée comme non prioritaire pendant des années, doit aujourd'hui être reconsidérée dans sa dimension stratégique. Certains facteurs vont en effet renforcer encore sa dimension centrale. Le vieillissement de la population ainsi que le développement des pathologies chroniques entraînent un accroissement des coûts à l'hôpital. A titre d'exemple, le secteur de la pharmacie est au CHBS le plus gros acheteur de l'hôpital avec un volume d'achat en 2008 représentant 37,33 % du total des achats¹⁵. Ce chiffre est notamment dû au fait que l'hôpital réalise

¹⁴ Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Bretagne Sud, 2008-2012, p 32

¹⁵ Cf. graphique en annexe 4 p VIII

une activité importante d'oncologie avec des médicaments anticancéreux augmentant de manière significative les coûts d'achat de la pharmacie.

Enfin, certaines préoccupations, notamment environnementales, sont aujourd'hui intégrées par les établissements de santé pour revaloriser l'image de l'hôpital soucieux de son environnement. Outre la réglementation qui impose le respect de certaines dispositions (conteneurs Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux DASRI, enlèvements spéciaux des déchets radioactifs...), les établissements se soucient de plus en plus de la dimension « qualité » et des préoccupations environnementales. Là encore, les achats jouent un rôle prépondérant dans le souci de développement durable. D'ailleurs, le code des marchés publics privilégie aujourd'hui « l'offre économiquement la plus avantageuse » et prévoit l'intégration possible d'un critère relatif au développement durable dans les marchés intitulé « performances en matière de protection de l'environnement »¹⁶. De la même manière, le projet de construction de la nouvelle cuisine interhospitalière entre le CHBS et un autre établissement du territoire sera construite selon les cibles « Haute Qualité Environnementale » et aura le label « haute performance énergétique ». Les certifications se développent également dans les établissements de santé au travers de la normalisation (Norme ISO, HACCP...).

B) Un impact fort sur la vie quotidienne de l'hôpital

Au sein même de l'hôpital, les achats ont une influence à la fois sur le patient et sur le personnel.

La politique des achats a tout d'abord des répercussions sur la prise en charge du patient. En effet, les achats conditionnent largement l'accueil et le confort du patient. D'ailleurs, lors du concours d'architectes réalisé en vue de la construction du nouvel hôpital, le confort du patient figurait comme un des critères de choix. Ainsi, la conception des chambres a été adaptée à la pathologie des patients et à leur âge. De même, 80 % des chambres seront des chambres individuelles avec des fonctions qui pourront être commandées du lit...

L'évaluation de la prestation repas servis au patient constitue aussi un élément pris en compte dans le questionnaire de satisfaction. La qualité des produits achetés doit ainsi faire l'objet d'une attention particulière lors de la passation des marchés alimentaires.

¹⁶ Code des marchés publics, article 53

Au-delà de l'accueil, les achats réalisés doivent permettre de garantir la qualité des soins et la sécurité du patient. Il est donc important que les professionnels de santé qui utilisent une grande partie des produits et des prestations à destination du patient soient associés au choix du produit. En effet, les personnels soignants sont, dans leur travail quotidien, au plus près du patient et de ses attentes. Parallèlement, l'expertise technique est également indispensable pour évaluer la pertinence du besoin exprimé par l'utilisateur et garantir une réponse adaptée à ces besoins. Une collaboration étroite doit être instaurée au moment de la définition du besoin ainsi que lors de la passation des commandes.

Les achats impactent également directement les conditions de travail du personnel et conditionnent en partie la qualité du travail quotidien ainsi que la motivation des agents. Le manuel d'auto-évaluation de la Version 2 de la Haute Autorité de Santé (HAS) a introduit une référence sur l'organisation et la maîtrise de la qualité des fonctions hôtelières et logistiques avec un élément d'appréciation relatif à « l'association des personnels utilisateurs aux achats les concernant »¹⁷.

La politique des achats ayant une influence réelle sur le fonctionnement quotidien de l'hôpital, il paraît indispensable de ne pas négliger la relation avec les fournisseurs. En effet, en vendant à l'hôpital des produits et des prestations, ceux-ci contribuent directement à la bonne marche de l'hôpital. C'est pourquoi Dominique Legouge évoque l'application aux fournisseurs de l'hôpital du concept emprunté à l'industrie automobile « d'entreprise étendue à ses fournisseurs »¹⁸. A travers l'application de ce concept, il s'agit de renforcer les liens entre l'établissement et les fournisseurs, en associant sur certains produits ciblés les acheteurs à l'ensemble du cycle de vie des produits, et notamment à leur phase de recherche et développement. Ce nouveau type de partenariat n'est pas véritablement développé dans le secteur public mais pourrait avoir un intérêt réel, pour développer des produits parfaitement adaptés à la spécificité des besoins hospitaliers. Pour Véronique Chasse, responsable projets achats à la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), « le lien qui caractérise la relation acheteur-fournisseur n'est pas seulement d'ordre juridique. Il en existe un quasiment invisible mais omniprésent : l'interdépendance »¹⁹.

¹⁷ Rapport d'auto-évaluation du Centre Hospitalier de Bretagne Sud, Chapitre 1 : Politique et qualité du management, référence n°9, p 16

¹⁸ LEGOUGE D., janvier 2008, Les achats hospitaliers, vers une nouvelle gouvernance, Les indispensables, Berger Levrault, p 50

¹⁹ CHASSE V., n°6 avril 2009, La relation fournisseur, condition pour un achat performant, HA, Le mensuel de l'acheteur public, p 42

Aujourd'hui largement développé dans le secteur privé, le développement de relations privilégiées avec les fournisseurs dans le secteur public est très récent, notamment en raison de l'idée persistante selon laquelle les acheteurs ne peuvent, dans le cadre du CMP, rencontrer les fournisseurs.

Cette interdiction se limite en réalité à la période de la procédure. Cependant, le développement d'éventuels partenariats avec les fournisseurs va de pair avec la connaissance du portefeuille d'achat couvert par ces fournisseurs pour une négociation optimale. Cela nécessite au préalable une réflexion en interne permettant une connaissance fine de l'activité achat (1.1.2).

1.1.2 Une amélioration des performances conditionnée à la connaissance fine de son activité

La réflexion sur la performance à l'hôpital a été renforcée avec la mise en place en 2002 du plan Hôpital 2007 introduisant la tarification à l'activité (T2A) pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. L'instauration de la T2A a nécessité une plus grande connaissance de l'activité réalisée. Aujourd'hui, l'analyse de l'activité, si elle a été largement impulsée par le mode de financement, devient le point d'entrée de l'amélioration des performances, y compris pour les achats hospitaliers. Mais cette connaissance des achats est aujourd'hui encore insuffisante.

A) L'influence de la mise en place de la tarification à l'activité sur le développement des systèmes d'information

La mise en place de la tarification à l'activité a conduit les établissements hospitaliers à développer leur système d'information. En effet, la T2A remplaçant pour les activités MCO la dotation globale, c'est toute une logique qui est inversée. On ne raisonne plus aujourd'hui en termes de dépenses réalisées mais bien à partir des recettes ; ces recettes créent de l'activité qui elle-même fournit des moyens et détermine les dépenses possibles. Dès lors, la connaissance de l'activité devient un élément essentiel dans ce circuit.

Le système d'information s'est donc progressivement étoffé pour affiner la connaissance de l'activité. Le rôle du contrôleur de gestion s'est ainsi enrichi au sein des établissements de santé. Chaque projet de développement d'activité nécessite au préalable la réalisation d'une étude médico-économique. De même, les tableaux de bord d'activité mensuels sont portés à la connaissance des pôles.

La comptabilité analytique, permettant d'établir les coûts constatés des activités, s'est également développée. Elle devient un outil essentiel de gestion et de pilotage aussi

bien au niveau de l'établissement que des pôles d'activité. Elle permet notamment de décomposer les processus de formation des coûts ainsi que d'expliquer les écarts entre les réalisations et les prévisions et de déterminer les contributions de l'activité du pôle au résultat de l'établissement.

De plus, la comptabilité analytique encourage à raisonner en terme de coût global. Cette approche des achats en fonction de leur coût global est encore très peu développée aujourd'hui. Ainsi, un achat comprend plusieurs types de coût²⁰, qu'il s'agisse :

- Du prix d'achat proprement dit,
- Du coût d'acquisition (traitement des commandes, relance des fournisseurs),
- Du coût de possession intégrant tous les coûts avant utilisation (notamment le stockage),
- Du coût de mise en service,
- Des coûts périphériques induits par l'utilisation (main d'œuvre, énergie, consommable, maintenance...),
- Des coûts de remise à niveau voire de remplacement parfois,
- Du coût d'élimination.

La distinction entre ces différents coûts n'est pas analysée dans les établissements de santé. A l'inverse, dans le secteur industriel, la réduction de ces coûts constitue un levier aujourd'hui classique d'amélioration des performances de l'entreprise.

Pour autant, ce raisonnement en terme de coût global est essentiel et nécessite de travailler l'ensemble de la chaîne logistique, achat, approvisionnement et gestion des magasins. La mise en place d'un système d'information performant ne dispense pas d'une réflexion sur les organisations. Une analyse des coûts complets permet d'orienter la politique achat et de réajuster la gestion interne de la fonction achat.

Si les outils sont aujourd'hui en place pour mesurer et évaluer efficacement sur un plan comptable l'activité réalisée, la prochaine étape doit être la mise en place d'outils performants pour la connaissance des achats. L'information des établissements sur leurs achats est orientée uniquement sur la gestion budgétaire et le suivi des consommations. Le système d'information est ainsi sous-utilisé dans les activités d'achat. C'est pourquoi la réalisation d'une cartographie des achats nécessite du temps. En effet, le système d'information n'est pas conçu pour intégrer cette logique achat. Des retraitements sont donc nécessaires afin de se détacher de la logique uniquement comptable.

²⁰ LEGOUGE D., janvier 2008, Les achats hospitaliers, vers une nouvelle gouvernance, Les indispensables, Berger Levraut, p 196

B) Une connaissance des achats aujourd'hui insuffisante

C'est un constat partagé par la plupart des établissements hospitaliers aujourd'hui. Le système d'information doit être adapté et exploité pour permettre une connaissance des volumes et produits achetés, du marché fournisseur, des incidents. Une évaluation doit pouvoir être réalisée également grâce à la définition d'indicateurs de pilotage de la fonction achat (nombre de fournisseurs, volume d'achat par segment...), qui font aujourd'hui défaut.

a) Connaître son volume et ses produits achetés

Connaître le volume d'achat et l'ensemble des produits achetés peut paraître une évidence. Or, il semble²¹ que les établissements de santé ne connaissent pas le montant des dépenses d'achat autrement que par une connaissance comptable (titre 2 et 3 de l'EPRD, titre 2 du tableau de financement). Il paraît donc indispensable de déterminer chaque année un volume d'achat global et par segment d'achat. On pourra ainsi identifier des produits appartenant au même segment d'achat et achetés par différents services acheteurs. Cette connaissance affinée des produits qui ont été commandés permettra d'influer ensuite sur la politique achat en confiant par exemple un segment d'achat à un ou deux acheteurs bien spécifiques au lieu de le disperser entre de multiples secteurs d'achat. On pourra ainsi mettre en place un réel pilotage du portefeuille fournisseur.

b) Connaître son marché fournisseur

Lorsque l'on interroge les acheteurs, ils affirment souvent connaître leurs fournisseurs. Effectivement, ceux-ci ont souvent une grande expérience dans leur domaine d'achat et de fait connaissent souvent les principaux fournisseurs de produits ou prestations relevant de leur catégorie. Pourtant cette connaissance est souvent partielle car elle ne concerne que le secteur d'achat de l'acheteur et mérite d'être objectivée. En effet, au delà de la perception des acheteurs, il paraît important d'établir un panel de l'ensemble des fournisseurs de l'établissement, un palmarès des plus gros fournisseurs ainsi qu'une répartition des fournisseurs par acheteur²². Ce recensement, qui doit être réalisé annuellement, permet de faire émerger les fournisseurs clés de l'hôpital, les monopoles ainsi que des fournisseurs qui pourraient intervenir sur différents segments d'achat. Cette connaissance pointue de la base fournisseur constitue un atout important pour la négociation des marchés futurs.

²¹ Aucune étude sur le sujet n'a cependant pu être recensée à l'heure actuelle.

²² Cf. résultats de la cartographie en annexes 1, 2, 3, 4 et 7

D'ailleurs, pour Olivier Bruel, « Dans une approche Achats moderne, [...], il ne peut être question de travailler avec des fournisseurs dont la liste s'est constituée progressivement, au « hasard » des choix historiques réalisés sur les appels d'offres passés. Une approche maîtrisée consiste à cibler des profils fournisseurs nécessaires aux objectifs de performances visés par les achats et tenant compte de la segmentation préalable du portefeuille achat. »²³

Certaines formations relatives à l'élaboration d'une cartographie des achats proposent d'aller encore plus loin en identifiant pour chaque fournisseur son chiffre d'affaire global annuel ainsi que la part de l'hôpital dans son chiffre d'affaire global, et ce, pour peser d'autant plus dans la négociation²⁴.

c) *Connaître les incidents survenus dans l'approvisionnement*

L'analyse réalisée par la MEAH dans son chantier relatif à l'optimisation des achats²⁵ sur quinze établissements hospitaliers volontaires relève que « pour la plupart, les établissements du groupe n'organisent pas de reporting systématique des incidents pouvant survenir avec les produits achetés et les fournisseurs ». Or, de même qu'il existe des fiches d'évènements indésirables dans les services de soins pour identifier les incidents survenus, le suivi des incidents relatifs aux commandes et aux approvisionnements devrait être tracé. Dans la plupart des établissements hospitaliers, les erreurs sont signalées au fournisseur mais sont corrigées au cas par cas sans être tracées et enregistrées pour analyse. Or, la mise en place d'une réelle politique achat avec un volet qualité impose ce suivi des incidents et peut permettre de peser dans la négociation de futurs marchés.

d) *Identifier des indicateurs de pilotage de la fonction achat*

Au delà de la cartographie des achats, il convient de mettre en place des outils de suivi et d'évaluation. En effet, toute optimisation de la fonction achat doit en principe s'accompagner d'outils de mesure objectifs de cette performance. L'étude MEAH a ainsi montré que sur les établissements du panel, 63 % n'avaient pas d'outils de pilotage ni de

²³ Bruel O., 2007, *Management des achats, décisions stratégiques, structurelles et opérationnelles*, Coll. Gestion, Ed. Economica, p. 91, 92

²⁴ COLOMBUS CONSULTING, Formation à la cartographie Achat des Directeurs et Chefs de projet Achat, p 27

²⁵ BEAU E., Juillet - Août 2004, Améliorer la performance achat des hôpitaux et cliniques, Revue hospitalière de France, n°499, p 12

tableau de bord et seulement 6 % disposaient de ces outils et l'utilisaient pour définir et mesurer des objectifs d'amélioration²⁶.

e) *Etablir un coût de la fonction achat*

Cette démarche a été lancée au sein du CHBS en parallèle de la cartographie des achats. Tous les secteurs d'achat (pharmacie, services économiques, services techniques, centre de traitement informatique, et formation) ont ainsi été mobilisés pour déterminer le nombre d'acheteurs en valeur et en équivalent temps plein, leur grade, ainsi que le volume de leur portefeuille d'achat. A ainsi été mis en balance le coût que représentent les acheteurs face au coût total des achats dans l'année²⁷. Finalement, le coût de la fonction achat reste modéré (autour de 2%). Mais ce coût de la fonction achat ayant également été réalisé dans l'étude MEAH, la comparaison entre les établissements fait apparaître des écarts significatifs avec un « éventail allant de 0,5 % à 5,3 % et une médiane à 2,2 % ».

Cette connaissance globale des achats passe donc nécessairement par la réalisation d'une cartographie des achats. Cette cartographie des achats a ainsi vocation à se développer dans les établissements de santé et plus généralement dans la fonction publique où de nombreuses initiatives nationales ont été recensées depuis quelques années afin de contribuer à l'optimisation de la fonction achat (1.2).

1.2 Des initiatives nationales pour contribuer à l'optimisation de la fonction achat

On constate en effet depuis les années 2000 et la mise en place de la Loi Organique relative à la Loi de Finances (LOLF) en août 2001, la recherche d'une gestion plus performante de l'Etat. L'optimisation de la fonction achat a ainsi été un axe fort de cette recherche de performance et de modernisation de l'Etat (1.2.1). Mais si l'ensemble de la fonction publique a été visée par des objectifs d'efficience, des efforts spécifiques ont cependant été menés dans le secteur hospitalier (1.2.2).

²⁶ MEAH, AT KEARNEY, 2004, Rapport d'étape de fin de mission, Optimisation des achats hospitaliers, 1^{ère} phase, 2.2.5

²⁷ Cf. Annexe 10 p XV, Modèle de tableau utilisé pour le calcul du coût de la fonction achat issu du CHU de Nantes (réalisation : Alain Mourier, Directeur des services économiques au CHU de Nantes).

1.2.1 L'optimisation des achats, axe fort de la modernisation de l'Etat

A) Améliorer l'efficience par la réorganisation des achats de l'Etat

Les réformes qui se sont engagées depuis les années 2000 visent d'une part à réduire les dépenses publiques et à moderniser les politiques publiques, et d'autre part à rénover la fonction achat.

a) *Une démarche globale de réduction des dépenses publiques et de modernisation des politiques publiques*

Une démarche volontariste de changement a été impulsée en 2001 avec la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF). Passant d'une logique de moyens à une logique de résultats, la LOLF s'inscrit dans un objectif visant à « dépenser mieux » en optimisant l'utilisation des crédits pour atteindre les objectifs fixés dans les programmes. Dans la droite ligne de la LOLF, la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) a été lancée en juillet 2007. Il s'agit d'identifier les réformes qui permettront de réduire les dépenses de l'Etat tout en améliorant l'efficacité des politiques publiques. Cette RGPP s'est concrétisée par un important programme d'audits (plus de 150 audits couvrant un périmètre de près de 150 milliards d'euros de dépenses²⁸).

Sur ces 150 audits, certains ont porté sur la modernisation des achats de l'Etat et ont été pilotés par la direction générale de la modernisation de l'Etat de juin à septembre 2006 dans l'ensemble des Ministères. Les achats de l'Etat ont ainsi été estimés à près de 13 milliards d'euros hors équipements militaires, les gains potentiels ayant été évalués à un milliard d'euros. Pour atteindre ce résultat, deux types de travaux ont été engagés. Il s'agit tout d'abord d'établir « une cartographie des achats et de l'organisation ». Celle-ci a été lancée dans huit ministères avec la description des organisations achats existantes des Ministères ainsi que l'évaluation des gains économiques et de la qualité de service par Ministère et par grands segments d'achats. Il s'agit ensuite de « lancer des audits de modernisation sur des thèmes spécifiques »²⁹ (notamment les achats d'assurance).

La Mission Interministérielle France Achats (MIFA) est ainsi née de ces audits en 2006 pour piloter le plan de modernisation des achats de l'Etat et travailler sur certains thèmes transversaux comme la mutualisation ou la dématérialisation.

Parallèlement, l'Agence Centrale des Achats (ACA), service à compétence nationale rattaché au Ministère de l'Economie et des Finances (MINEFI), a été créée en

²⁸ Les audits de modernisation, une volonté politique de modernisation de l'Etat, Forum de la performance, www.performance-publique.gouv.fr

²⁹ Audits de modernisation sur l'optimisation des achats de l'Etat, Modernisation de l'Etat le 13/04/06, www.audits.performance-publique.gouv.fr

novembre 2004 afin de réorganiser la fonction achat du Ministère. L'agence centrale des achats a désormais disparu pour être remplacée par le tout récent Service des Achats de l'Etat (SAE). Ce service à compétence nationale a été créé par le décret du 17 mars 2009 dont la mission principale est de définir la stratégie d'achat pour chaque segment des achats courants de l'Etat ainsi que de veiller à sa mise en œuvre³⁰. Le champ couvert est très large puisqu'il va des fournitures et mobiliers de bureau aux services de transports de biens et de personnes en passant par les énergies et les fluides... Le service est relayé au niveau local par les préfets de région. Le SAE travaille sur plusieurs axes prioritaires qui sont aujourd'hui développés dans les trois fonctions publiques.

b) Les axes prioritaires de rénovation des achats

L'accent a été porté essentiellement sur trois chantiers d'envergure que sont la dématérialisation des procédures, la mutualisation des achats ainsi que la professionnalisation des acheteurs. Ces axes prioritaires concernent l'ensemble des acheteurs publics qu'il s'agisse des collectivités territoriales, des établissements publics administratifs ou des établissements de santé.

- La dématérialisation des procédures

Le code des marchés publics prévoit dans son article 56 la dématérialisation des procédures de passation des marchés publics. Cette dématérialisation répond à une volonté de l'Etat de simplifier et de moderniser la procédure de passation des marchés publics. Elle peut concrètement permettre notamment de réduire les coûts de transaction liés aux formalités de passation des marchés. Cependant, cette réforme ambitieuse n'est pas si simple à mettre en œuvre et des délais ont ainsi été définis afin de pallier les difficultés et réticences des entreprises et des acheteurs publics. A compter du 1^{er} janvier 2010, les acheteurs devront publier les avis d'appel public à la concurrence et les documents de la consultation relatifs aux marchés de plus de 90 000 € HT sur leur profil d'acheteur (site Internet dédié à la passation des marchés par exemple). Toujours au 1^{er} janvier 2010, l'acheteur pourra imposer la transmission des candidatures et offres par voie électronique. Cette transmission dématérialisée est même rendue obligatoire pour les achats de prestations informatiques d'un montant supérieur à 90 000 € HT. A l'inverse, à partir du 1^{er} janvier 2012, les personnes publiques ne pourront refuser une réponse électronique pour les marchés supérieurs au seuil de 90 000 €.

La dématérialisation concerne d'une part la publicité de l'offre (l'avis d'appel public à la concurrence (AAPC) et les dossiers de consultation des entreprises (DCE)). Elle

³⁰ Décret n°2009-300 du 17 mars 2009 portant création du service des achats de l'Etat, www.legifrance.gouv.fr

concerne d'autre part le dépôt des candidatures des entreprises. La réponse électronique à l'offre nécessite cependant la mise en place d'une plateforme dématérialisée pour permettre le dépôt des candidatures et des offres des entreprises. L'entreprise doit quant à elle acquérir un certificat de signature électronique auprès d'une autorité de certification.

- La mutualisation des achats

La mutualisation constitue également un axe fort d'évolution de la politique des achats. L'acheteur ne passe plus seul ses marchés mais se réfère à un groupement d'acheteurs ou une centrale pour l'ensemble de sa procédure. Le service des achats de l'Etat a déjà un rôle de mutualisation, permettant une massification des achats sur certains segments et parfois des économies d'échelle. Outre la massification, c'est la simplification des procédures d'achat lourdes et complexes qui est recherchée pour ainsi libérer du temps aux acheteurs. Il s'agit également de réduire les écarts de prix sur le même type de produit entre les différents acheteurs. Différents types de mutualisation des achats existent. Des groupements de commande peuvent être constitués selon les modalités définies par l'article 8 du code des marchés publics. Les acheteurs peuvent également avoir recours à une centrale d'achat telle que l'Union des Groupements d'Achats Publics (UGAP) qui « acquiert des fournitures ou des services destinés à des pouvoirs adjudicateurs ou passe des marchés publics ou conclut des accords-cadres de travaux, fournitures ou de services destinés à des pouvoirs adjudicateurs »³¹.

- La professionnalisation des acheteurs

La fonction achat évolue depuis quelques années, elle ne se limite plus à la gestion logistique quotidienne de l'établissement. Ainsi, on ne peut plus considérer aujourd'hui que « l'intendance suivra et que seules certaines fonctions considérées comme stratégiques nécessitent des politiques »³². La mutation de la fonction achat entraîne une évolution du rôle de l'acheteur. « On a trop souvent confié la fonction achat à des agents administratifs qui n'y avaient pas été formés et dont le grade ne correspondait pas à l'importance des enjeux. »³³ Aujourd'hui, la nature des produits est très variée et les procédures sont techniques, notamment avec les exigences futures de dématérialisation.

³¹ Article 8 du code des marchés publics

³² DUBOIS N., PHILIBERT C., RENAUD JP., sous la coordination de RAZER J., Août 1997, La maîtrise des achats hospitaliers, Les Guides de l'AP-HP, p 3

³³ Ministère de la santé et des solidarités, 6 janvier 2006, Les enjeux de la fonction achat dans les établissements de santé et le pilotage du projet, Dossier de presse, p 8

De plus, la définition du besoin et la négociation requièrent des compétences et des qualités spécifiques. Aujourd'hui, la réforme met l'accent sur la reconnaissance et la valorisation d'un métier d'acheteur au profil bien déterminé. Les agents qui travaillent au sein des collectivités et des établissements publics sont cependant des personnes motivées qui connaissent souvent très bien leur portefeuille d'achat. Ainsi, le recours à des acheteurs du privé, s'il peut être un des axes du changement, ne doit pas s'imposer comme une évidence à condition d'assurer une formation adaptée aux acheteurs publics. La MEAH relève dans son rapport d'étape que « la part des établissements offrant des formations à leurs acheteurs reste faible (à peine plus d'un établissement sur deux - 58 %). [...] D'autre part, dès lors qu'elles sont proposées, ces formations restent trop focalisées sur les procédures du code des marchés publics. En effet, seulement 2 % d'entre elles portent sur la maîtrise d'un ou plusieurs domaines d'achat, et aucune n'est véritablement consacrée au développement des compétences intrinsèques d'acheteur (formation au métier et aux techniques de l'achat) »³⁴. La professionnalisation passe donc par une formation accrue et adaptée aux exigences de l'achat public actuelles. Les « acheteurs de demain, au delà des compétences techniques, [doivent être] de véritables investigateurs, capables de faire preuve d'une grande adaptabilité, notamment dans leur environnement fournisseur»³⁵.

c) *L'achat public, promoteur des politiques publiques*

La révision générale des politiques publiques (RGPP) s'attache à prendre en compte des objectifs de développement durable et de responsabilité sociale au travers de l'insertion des personnes éloignées dans l'emploi. Une circulaire du 1^{er} Ministre du 3 décembre 2008 ayant pour objet l'exemplarité de l'Etat en matière de développement durable, rappelle ainsi que « les achats publics socialement responsables doivent représenter au minimum 10 % des achats courants de l'Etat et de ses établissements publics d'ici à 2012, dans les secteurs comportant au moins 50 % de main-d'œuvre »³⁶. L'Etat souhaite ainsi que les administrations, les collectivités ou les établissements de santé, puissent être, au travers de leurs achats, un relai de ces politiques.

³⁴ MEAH, Rapport d'étape de fin de mission, 2004, AT KEARNEY, synthèse achats 1^{ère} phase, 2.2.3

³⁵ L'acheteur de demain fait salle comble à Lyon, Mai 2009, Décision achats, Citation de Sylvie Tricard, chargée de projet RH et formation au sein d'UNIHA

³⁶ Circulaire du 2 décembre 2008, n°5351/SG relative à l'exemplarité de l'Etat au regard du développement durable dans le fonctionnement de ses services et de ses établissements publics, p 3, www.developpement-durable.gouv.fr

B) L'assouplissement du cadre juridique au travers des réformes régulières du code des marchés publics

Le code des marchés publics a connu des réformes à répétition qui ont conduit à un assouplissement progressif de ses dispositions, notamment grâce aux décrets de décembre 2008.

Les réformes du code des marchés publics se sont succédées à un rythme soutenu : 2001, 2004, 2006, 2008, témoignant ainsi de la technicité de la matière et de son évolution permanente. L'intégration de ces changements répétitifs n'est pas aisée pour l'acheteur public qui doit sans cesse s'adapter. Pour autant, ces réformes visent à assouplir peu à peu le cadre juridique, dans le sens insufflé par la réglementation européenne.

Ainsi, les décrets du 17 et 19 décembre 2008³⁷ introduisent des changements de pratiques importantes notamment pour les établissements publics de santé.

En effet, des échéances sont définies pour inciter les acheteurs et les entreprises à adapter leur système d'information aux exigences prochaines de la dématérialisation des procédures³⁸. Certaines dispositions précises du code ont également été clarifiées telles que la possibilité de se dispenser de pondérer les critères de choix dans la procédure de concours, la précision concernant les marchés à bons de commande pouvant ne comporter qu'un minimum et/ou un maximum voire aucun des deux. Enfin, certaines mesures visent à participer à la relance de l'économie. La double enveloppe obligatoire pour les appels d'offres ouverts a également été supprimée mais l'acheteur doit cependant continuer à respecter deux étapes : celle de l'analyse des candidats préalablement à celle de l'analyse des offres.

Enfin, les seuils de procédures ont été relevés à deux niveaux. Pour les marchés de travaux, un marché à procédure adaptée peut être passé pour les marchés inférieurs à un seuil de 5 150 000 € HT contre 206 000 € auparavant. L'intérêt réside dans le fait que « les modalités sont librement fixées par le pouvoir adjudicateur en fonction de la nature et des caractéristiques du besoin à satisfaire, du nombre ou de la localisation des opérateurs économiques susceptibles d'y répondre ainsi que des circonstances de

³⁷ Décret n°2008-1334 du 17 décembre 2008, modifiant diverses dispositions régissant les marchés soumis au CMP et aux décrets pris pour l'application de l'ordonnance n°2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au CMP (JO du 18 décembre 2008), Décret n°2008-1355 du 19 décembre 2008 de mise en œuvre du plan de relance économique dans les marchés publics (JO du 20 décembre 2008), Décret n° 2008-1356 du 19 décembre 2008 relatif au relèvement de certains seuils du CMP (JO du 20 décembre), www.legifrance.gouv.fr

³⁸ Cf. supra p 17, 1.2.1, A, b) La dématérialisation des procédures.

l'achat »³⁹. Le décret précise également que pour ce type de marché, « le pouvoir adjudicateur peut négocier avec les candidats ayant présenté une offre, [cette négociation pouvant porter] sur tous les éléments de l'offre, notamment sur le prix »⁴⁰. Cette disposition ne change en réalité rien puisque cette négociation était déjà possible auparavant. Cependant, elle témoigne de la volonté de l'Etat d'encourager les acheteurs publics à négocier avec les fournisseurs, en l'inscrivant expressément dans le Code.



Les seuils de procédures ont également été relevés pour les marchés pouvant être passés sans publicité ni mise en concurrence préalables. Ce relèvement du seuil n'est pas négligeable puisqu'il passe de 4 000 € à 20 000 € HT pour les marchés de travaux, de fournitures, et de services. Cet assouplissement s'applique cependant dans le cadre des principes fondamentaux que sont l'égalité de traitement des candidats, la liberté d'accès à la commande publique ainsi que le principe de transparence.

Si la modernisation de la fonction achat concerne l'ensemble de la fonction publique, des efforts spécifiques ont cependant été menés depuis quelques années dans le secteur hospitalier (1.2.2).

1.2.2 Des efforts spécifiques depuis quelques années dans le secteur hospitalier

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a ainsi lancé un projet dénommé « OPERAH » relayé par la MEAH (A). La mutualisation a également été relancée grâce au développement des groupements nationaux et régionaux dans le domaine hospitalier public et privé (B).

³⁹ Article 28 CMP § 1, www.legifrance.gouv.fr

⁴⁰ Article 28 CMP § 2, www.legifrance.gouv.fr

A) Le projet « OPERAH » relayé par la MEAH

Le projet dénommé « Optimisation de la PERFORMANCE des Achats Hospitaliers dit OPERAH » a été lancé suite aux constats enregistrés par la MEAH sur un chantier d'optimisation des achats mené en 2003 auprès de quinze établissements volontaires. Ce constat avait été prolongé avec la mise en place d'un accompagnement de ces établissements pilotes par des cabinets de conseils spécialisés en achats sélectionnés par la MEAH⁴¹. Les résultats de cette dynamique de changement instaurée ayant été positifs, le projet OPERAH a été lancé en 2005.

Ce projet, étendu à 95 établissements, visait à diffuser les bonnes pratiques d'achats, à renforcer la fonction au sein de ces établissements en favorisant l'échange d'informations, ainsi qu'à contribuer à dégager pour chaque établissement des marges de manœuvre économiques.

Ce projet comportait trois volets : « formation, accompagnement et capitalisation ». La formation s'adressait ainsi aux différents acteurs intervenant dans le processus achat tels que les chefs de projet, les acheteurs et les directeurs d'établissement et représentants du corps médical et soignant. Les établissements participants ont été rassemblés en groupes régionaux pour des ateliers de travail et la formation. Le volet accompagnement terrain avait pour but de transférer la méthodologie utilisée et capitalisée sur les établissements pilotes, diffuser les résultats obtenus avec ces établissements, fixer un plan d'actions détaillé pour chacun d'eux ainsi que partager les travaux réalisés et les résultats obtenus. Enfin, les travaux et les résultats sont aujourd'hui capitalisés sur le site de la MEAH et accessibles à tous.

Quatre axes de progrès ont ainsi été dégagés suite à ce projet OPERAH :

- « Développer la politique achat au sein de chaque établissement » : la politique achat doit ainsi être reconnue par la Direction, qui la fait apparaître dans la politique globale de l'établissement. Des objectifs précis sont définis pour mener la politique achat.
- « Augmenter la reconnaissance de la fonction achat » en redéfinissant au sein des établissements son périmètre et en identifiant les rôles, responsabilités et interfaces entre les acteurs.
- « Mettre en place des outils nécessaires à la mise en œuvre de la politique achat. » Il s'agit là de définir des objectifs individualisés et d'automatiser les

⁴¹ MEAH, Rapport d'étape de fin de mission, 2004, AT KEARNEY, synthèse achats 1^{ère} phase

indicateurs ainsi que d'adapter les différents systèmes d'informations existants aux besoins de la fonction achat.

- « Développer les compétences clés de la fonction Achat » par une utilisation exhaustive de l'ensemble des leviers d'achat pertinents et par un renforcement des compétences de négociations dans le cadre du code des marchés publics.

Ces quatre axes sont aujourd'hui toujours d'actualité. Il semble que, si la fonction achat est désormais reconnue dans les établissements comme étant un enjeu stratégique important, les outils essentiels à l'élaboration d'une politique achat pertinente restent encore à développer.

B) Le renouveau des groupements nationaux et régionaux dans le domaine hospitalier

La politique de mutualisation par les groupements n'est pas nouvelle dans le domaine hospitalier. Pour autant, la création de plusieurs groupements en quelques années montre la volonté de relancer cette politique de groupements, notamment dans le secteur des achats hospitaliers. Les initiatives hospitalières se multiplient notamment avec le soutien financier de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Une enquête de la Fédération Hospitalière de France (FHF) évalue ainsi le nombre de groupements d'achats à 341⁴². Les groupements peuvent avoir une approche territoriale (nationale, régionale...) ou une approche par type d'établissement (Centres hospitaliers universitaires CHU, Centres régionaux de lutte contre le cancer CRLC). Ainsi, au niveau régional, on recense 145 initiatives dans 22 régions avec l'appui de correspondants achat au sein des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)⁴³.

Au sein du groupement, le coordonnateur nommé est chargé d'effectuer pour le compte de ses membres, tout ou partie d'un processus achat. La mise en commun réalisée dans le cadre d'un groupement de commandes peut concerner soit uniquement le choix des fournisseurs (chaque membre du groupement gérant par la suite directement le contrat d'achat passé pour son compte), soit le choix du fournisseur et l'exécution du contrat d'achat (passation des commandes et paiement délégué).

⁴² Vers une nouvelle organisation des achats hospitaliers, décembre 2008, Visite actuelle, p 2, www.uniha.fr

⁴³ Les achats hospitaliers : Un enjeu organisationnel stratégique, Mars 2009, Décision santé Hors Série, www.uniha.fr

L'intérêt est ainsi d'atteindre la masse critique suffisante pour mettre en œuvre de manière optimale tous les leviers d'optimisation des achats. Pour autant, la massification des achats obtenue ne conduit pas systématiquement à des économies d'échelle. L'acheteur public, s'il a tout de même un grand intérêt à adhérer à un groupement, doit tout de même étudier de manière fine ses segments d'achat car une PME locale peut parfois être plus compétitive que l'achat par le biais du groupement⁴⁴.

a) *Un groupement national : UNIHA*

Créée sous la forme juridique d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) en janvier 2005, l'union des hôpitaux pour les achats est née à l'initiative des CHU / CHR. Le groupement comprend aujourd'hui 52 établissements dont 20 centres hospitaliers, soit 45 % du marché hospitalier public national. Le réseau repose sur une entité centrale basée à Lyon et des structures opérationnelles coordonnées par les établissements membres. Il est structuré autour de 18 filières d'achats rassemblées en quatre groupes de filières que sont les soins, les ressources humaines, l'ingénierie et l'hôtellerie-services. La segmentation des achats a été réfléchiée pour répondre au mieux au besoin de ses utilisateurs. En 2006, 46 segments d'achats ont ainsi été traités et une soixantaine est prévue pour 2009. Le GCS a aujourd'hui atteint une masse critique qui le fait entrer dans le « top 10 des acheteurs européens »⁴⁵. Il déclare avoir traité pour l'année 2008 quelques 600 millions d'euros d'achats »⁴⁶.

b) *Des groupements à vocation territoriale ou en fonction de l'activité*

Plusieurs exemples intéressants peuvent être exposés. Le RESeau des Achats Hospitaliers d'Île De France (RESAH IDF) a été créé en 2006. Il rassemble aujourd'hui 116 établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux. Il est cependant ouvert à tous les établissements franciliens qu'ils soient publics ou privés participant au service public hospitalier. Son volume d'achat annuel représente plus d'un milliard d'euros.

Le réseau achat santé Bretagne (RASB) est quant à lui relativement récent puisque sa création date d'avril 2007. Le réseau trouve son origine dans les résultats du projet OPERAH pour l'inter-région Bretagne, Pays de Loire, Poitou Charente en décembre 2005. Le portefeuille d'achat reste cependant plus modeste avec 200 millions d'euros pour 28 établissements adhérents.

⁴⁴ Cas du papier dans la filière bureautique au CHBS : Le recours à une PME est financièrement plus intéressant que le recours à UNIHA.

⁴⁵ Les achats hospitaliers : Un enjeu organisationnel stratégique, Mars 2009, Décision santé Hors Série, www.uniha.fr

⁴⁶ Cf. supra note 38, Vers une nouvelle organisation des achats hospitaliers

D'autres initiatives ont aujourd'hui vu le jour avec la création du « GIE-CAC » pour les centres de lutte contre le cancer et le projet FEHAP initié en septembre 2007.

Au-delà des initiatives nationales, c'est à l'établissement de définir et d'impulser sa politique d'achat. Or, la mise en œuvre d'une politique d'achat prospective et dynamique nécessite au préalable la connaissance fine de son portefeuille d'achat et donc de réaliser une cartographie des achats (II).

2 La mise en place d'une cartographie des achats au CHBS, le préalable indispensable à la définition d'une politique d'achat prospective

Le Centre hospitalier de Bretagne Sud a décidé de mettre en place une cartographie afin de disposer d'un outil dynamique de connaissance et d'analyse précise de son activité (2.1). L'outil commence tout juste à se développer, laissant ainsi une grande liberté d'action à l'établissement tout en nécessitant du temps et une grande rigueur. Mais la cartographie ne prend tout son sens que lorsqu'elle permet, de par son analyse, de mettre en place une politique d'achat dynamique et prospective (2.2).

2.1 La cartographie des achats, un outil pour connaître et analyser son activité

La décision de mettre en place une cartographie des achats s'inscrit au Centre Hospitalier de Bretagne Sud dans une démarche plus large de dynamique du changement (2.2.1). Elle nécessite donc l'implication des différents acteurs du processus achat, d'autant que ce projet ambitieux est encore peu développé dans les établissements publics de santé (2.2.2).

2.1.1 Une démarche inscrite dans la dynamique du changement

Les projets sont nombreux au CHBS et influencent de manière importante la politique des achats. Parallèlement, la fonction achat tend à se moderniser.

A) La politique des achats largement impactée par les projets de l'établissement

a) Des projets immobiliers d'envergure

Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud est riche de projets immobiliers d'envergure. Etablissement de référence sur le territoire de santé comprenant 1 105 lits et places, il réalise des activités de médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, ainsi que des soins de longue durée.

Le plus important chantier d'investissement est aujourd'hui la construction d'un hôpital entièrement neuf, permettant le regroupement des activités de médecine, chirurgie

et obstétrique, ainsi que le plateau technique sur un site unique (l'ensemble des activités étant aujourd'hui dispersées sur huit sites et trois communes). L'ouverture de la première tranche constituée du pôle femme-mère-enfant a ainsi été inaugurée en octobre 2007 tandis que la seconde tranche, comprenant le reste des activités, est en cours de construction et devrait être achevée pour la fin de l'année 2012. La réalisation de ce nouvel hôpital intègre cependant des problématiques liées à la gestion de la phase transitoire avec un redéploiement des activités sur le site actuel ainsi que des liaisons renforcées entre le nouveau pôle et les activités de court séjour (transport inter-site mis en place pour les prélèvements notamment).

Le plan Hôpital 2012 a également permis de lancer un autre chantier immobilier d'envergure avec la construction d'un nouvel hôpital gériatrique. Cette structure rassemblera l'ensemble des activités de la filière gériatrique ; la réalisation architecturale prend en compte la spécificité des pathologies du vieillissement et a été conçue de manière à être un lieu d'accueil, de résidence et de vie. L'établissement compte 200 lits dont de 20 lits de médecine générale gériatrique, 60 lits de soins de suite et de réadaptation polyvalents, 30 lits de soins de suite gériatrique et 90 lits de soins de longue durée. Le début de la construction est programmé pour la fin de l'année 2009.

Enfin, la cuisine de l'établissement ne répondant plus aux normes d'hygiène actuelles, la décision a été prise de construire avec un établissement voisin une cuisine inter-hospitalière de 2 500 m², achevée en principe à la fin de l'année 2010.

La réalisation de ces chantiers immobiliers se traduit par un programme d'achat d'investissement très conséquent. La part des achats réalisés par les services techniques au CHBS est donc bien supérieure à ce qu'elle pourrait être dans d'autres établissements⁴⁷. Parallèlement, les achats d'investissement sont finement étudiés au travers des plans d'équipement pendant cette phase transitoire, le renouvellement de nombreux équipements étant prévu avec le déménagement sur le nouvel hôpital.



Façade du futur hôpital Scorff

⁴⁷ Cf. Annexe 4, « Répartition du volume total d'achat par acheteur » p VIII

b) *Le CHBS, un rôle assumé d'établissement de référence dans le territoire de santé*

L'activité de gynécologie obstétrique est ainsi révélatrice du rôle de l'établissement dans le territoire de santé. En effet, en 2007, la fermeture de la maternité du Centre hospitalier voisin de Quimperlé a entraîné un report de l'activité sur le CHBS. La construction de la première tranche correspondant au pôle femme-mère-enfant de l'hôpital a permis ainsi d'adapter les locaux à l'activité réalisée, en garantissant un confort et une sécurité aux femmes enceintes. Fin 2008, une clinique privée à but lucratif voisine a annoncé la fermeture brutale de sa maternité, alors que celle-ci réalisait près de 700 accouchements par an. Dès lors, le CHBS devient le seul établissement de santé du territoire possédant une maternité. Ce surcroît d'activité a entraîné notamment la réalisation de nouveaux travaux dans les bâtiments neufs pour pouvoir répondre aux prises en charge supplémentaires. La garantie d'une permanence des soins en gynécologie obstétrique repose désormais sur le seul établissement de référence dans le territoire mais a un impact important en termes de coût et d'achat.

De plus, son statut d'établissement de référence de territoire conduit l'hôpital à jouer un rôle prépondérant dans les filières de soins. Ainsi, la création d'une filière neuro-vasculaire repose, pour la prise en charge aiguë des patients, sur les services spécialisés du CHBS. Au delà de la phase aiguë, l'établissement se charge également d'orienter les patients vers des soins adaptés. La mise en place de cette filière neuro-vasculaire a nécessité des aménagements spécifiques.

Les achats de l'établissement sont donc largement dépendants du dynamisme de l'établissement ainsi que de son rôle dans la permanence des soins, que les projets soient définis dans le projet de l'établissement ou bien dictés par la nécessité de garantir un égal accès à tous à des soins de qualité. D'ailleurs, la gestion des crises sanitaires ont également un coût important en termes de prévention ou de gestion (cas de la grippe A). Les achats de masques ou de denrées alimentaires stockées entraînent des achats supplémentaires imprévus.

Dans ce contexte, il paraît indispensable d'identifier, au delà de la connaissance comptable, le poids des achats de l'établissement. C'est pourquoi la mise en place d'une cartographie des achats s'intègre dans cette dynamique du changement. Cette démarche ambitieuse n'est cependant pas généralisée à l'ensemble des établissements et reste donc, à l'échelle de l'hôpital, une construction.

B) L'évolution progressive de la fonction achat dans l'établissement

La prise de conscience de l'importance des achats est bien réelle à l'hôpital. Cependant, les changements sont aujourd'hui essentiellement concentrés autour des services économiques et logistiques. Sa direction joue ainsi un rôle d'impulsion, notamment envers les autres acheteurs de l'hôpital. Plusieurs évolutions structurelles ont ainsi vu le jour.

- Un groupe des acheteurs a été créé, à l'initiative de la direction des services économiques, permettant une réunion régulière de l'ensemble des acheteurs de l'établissement. Son directeur anime le groupe des acheteurs qui se réunit environ une fois par trimestre. L'objectif visé est ainsi de rapprocher les acheteurs de l'hôpital en s'enrichissant des spécificités de chacun. Le groupe acheteur amorce donc une nouvelle façon de travailler, en partageant les outils et en définissant des objectifs stratégiques de la politique d'achat. Le groupe représente à la fois un lieu de débat et d'échanges ainsi qu'une instance de validation de certains éléments de la politique d'achat. Cependant, la culture est nouvelle et le décloisonnement n'est pas simple à mettre en œuvre, certains acheteurs n'adhérant pas totalement à ce partage des idées et des expériences.
- Une cellule des marchés a également été instituée en février 2009. Cette cellule a pour rôle le volet procédural des marchés et notamment l'envoi de la publicité et la réception des offres. Cette cellule s'investit aujourd'hui sur la dématérialisation des procédures, qui va devenir prochainement une obligation. Enfin, la cellule des marchés exerce une veille juridique, permettant ainsi de libérer du temps aux acheteurs qui peuvent se concentrer sur la dimension stratégique de l'achat, tout en assurant une sécurité juridique dans la passation des marchés⁴⁸. Cependant, au CHBS, la démarche est nouvelle et n'a pas encore été adoptée par l'ensemble des acheteurs. Elle se limite aujourd'hui aux marchés passés par la direction des services économiques et du centre de traitement informatique. Or, pour atteindre sa pleine efficacité, la cellule des marchés devrait s'appliquer à tous les marchés passés dans l'établissement et ne pas se cantonner aux marchés précités. Il serait donc souhaitable d'étendre le champ d'action de celle-ci. En effet, cela permettrait un décloisonnement total entre les acheteurs sur un plan procédural tout en libérant à chacun du temps pour la réflexion stratégique et la négociation de

⁴⁸ Cf. Annexe 9, Répartition des missions entre les acheteurs et la cellule des marchés à la direction des services économiques p XIV

l'achat. Cependant, cela suppose au préalable de vaincre les résistances persistantes des acheteurs, ceux-ci estimant qu'il s'agirait d'une perte d'une partie de leurs prérogatives. Cela est sans doute dû au fait que la cellule des marchés a été impulsée par la direction des services économiques aujourd'hui très majoritairement porteuse de la modernisation de la fonction achat. La cellule des marchés est également située en son sein, et composée de personnels y travaillant auparavant. Il faut donc aujourd'hui convaincre les acteurs du processus achat de l'intérêt d'une cellule des marchés élargie à l'ensemble des acheteurs. Celle-ci doit donc parallèlement affirmer progressivement son autonomie, en s'intégrant pourquoi pas à l'avenir au sein d'une direction des achats.

- Le guide des bonnes pratiques d'achats a également été revu et adapté en 2009 pour tenir compte de la réforme du code des marchés publics intervenue en décembre 2008 et septembre 2009. Initié là encore par la direction des services économiques, il vise à aider l'ensemble des acheteurs dans la passation des marchés publics. Il s'agit donc d'un outil pédagogique validé par le groupe des acheteurs et diffusé sur l'Intranet de l'établissement. Il détaille donc les procédures décrites dans le code des marchés publics ainsi que les seuils définis. De plus, la réforme de la fin de l'année 2008 ayant supprimé la commission d'appel d'offres pour les établissements de santé, le guide définit ainsi la procédure mise en place au CHBS (Tableau des offres et procès verbal de la commission de choix).
- Enfin, le processus achat-approvisionnement est en cours de révision dans le cadre de la délégation de gestion aux pôles cliniques. Les cadres ont ainsi suivi une formation aux processus et participent à la mise en œuvre de la délégation de gestion. Le pôle administratif de soutien Organisation Technique, acHat Et Logistique (OTHELO) doit également rédiger, au même titre que les autres pôles, sa « carte d'identité ». La réflexion sur cette carte d'identité et sur les processus contribue, de par les questionnements qu'elle entraîne et les changements opérés par la délégation, à réfléchir sur la rénovation de la fonction achat. La délégation de gestion a cependant essentiellement un impact centré sur l'approvisionnement plus que sur la fonction achat.

L'évolution de la fonction achat n'est donc pas simple ; elle est aujourd'hui portée par la direction des services économiques qui, de par sa fonction, joue un rôle moteur dans la modernisation des achats hospitaliers. Cependant, pour susciter l'adhésion de tous, la politique des achats doit être portée au plus haut niveau et faire partie intégrante

du projet d'établissement. La cartographie des achats doit s'intégrer dans ce contexte plus global de réorganisation et de modernisation de la fonction achat.

2.1.2 La mise en place d'une cartographie des achats, une démarche nouvelle et ambitieuse

A) Dynamiser la fonction achat dans les établissements de santé : mettre en place sa cartographie des achats

a) Qu'est-ce qu'une cartographie des achats ?

« Cartographier ses achats, c'est tout d'abord identifier des groupes homogènes de besoins, de produits et de services ainsi que de fournisseurs en vue de construire une organisation permettant de concrétiser les potentiels de création de valeur »⁴⁹. La création de valeur peut se concrétiser par des économies, une amélioration de la qualité des produits, une meilleure couverture des besoins, ou encore une amélioration des conditions de travail du personnel...

La cartographie des achats se distingue donc clairement d'une affectation des familles d'achat issues de la comptabilité d'établissement aux ressources disponibles pour assurer les approvisionnements. Elle vise plutôt à identifier des filières, segments et sous-segments d'achat auxquels il est possible de rattacher un certain nombre de données telles que le nombre de fournisseurs, le volume d'achat, ou le nombre d'acheteurs⁵⁰.

La réalisation d'une cartographie des achats permet donc de répondre à quatre questions :

- Qu'est-ce que j'achète ?

Il s'agit au travers de cette première question d'identifier l'ensemble des produits et services que l'établissement achète ainsi que leurs caractéristiques. En effet, il peut paraître étonnant à l'heure de la tarification à l'activité de poser une telle question mais la réponse est loin d'être évidente pour la plupart des établissements publics de santé. Aujourd'hui, seule une connaissance comptable est identifiable, sans référence à une logique de segment d'achat.

⁴⁹ Formation à la cartographie des achats des Directeurs et Chefs de projets achat, UNIHA, Columbus Consulting, p 10

⁵⁰ Cf. Annexe 6 p X: Exemple de la filière Consommables et équipements de soins

- A qui ?

Les fournisseurs doivent également être identifiés. Il faut d'une part connaître le nombre de fournisseurs de l'établissement, le montant des achats qui leur ont été faits dans l'année, ainsi que les acheteurs qui ont passé ces commandes. Cela permet de faire apparaître les fournisseurs clés en terme de volume, de les classer au travers d'un palmarès des premiers fournisseurs, ainsi que de mettre en évidence les monopoles ou les oligopoles. Il paraît d'autre part intéressant de faire émerger le chiffre d'affaire global du fournisseur ainsi que la part de l'hôpital dans ce chiffre d'affaire.

A ces deux premières questions, les réponses nécessitent la réalisation de requêtes dans le système d'information de l'établissement. Il faut extraire ces données à partir de la gestion économique et financière (GEF) ainsi que du système d'extraction et de mise en forme des données (Business Object pour le Centre Hospitalier de Bretagne Sud).

- Pourquoi ?

C'est ici la deuxième phase de la cartographie des achats. Après la réalisation des requêtes afin d'extraire les données du système d'information, il faut analyser ces données en en identifiant les contraintes. Ces contraintes peuvent être de différents ordres, internes ou externes, techniques ou commerciaux. C'est aux acheteurs de définir leurs principales contraintes. En effet, c'est la capacité à diminuer ces contraintes qui constituera, au moment de la détermination de la politique d'achat, la principale marge de manœuvre.

Exemples de contraintes auxquelles peuvent être confrontés les établissements publics de santé⁵¹ :

	Contraintes externes	Contraintes internes
Contraintes commerciales	<ul style="list-style-type: none">- Faible nombre de fournisseurs concurrents- Législation contraignante	<ul style="list-style-type: none">- Délai d'approvisionnement imposé- Manque d'évaluation des fournisseurs
Contraintes techniques	<ul style="list-style-type: none">- Technologie à évolution rapide- Maîtrise de la technologie par très peu de fournisseurs	<ul style="list-style-type: none">- Rigidité du cahier des charges- Produit nouveau (sans historique d'achat)

⁵¹ Formation à la cartographie des achats des Directeurs et Chefs de projets achat, UNIHA, Columbus Consulting, p 22

Pour autant, cette méthode théorique a ses revers. En effet, il se révèle souvent très difficile en réalité de classer ces segments d'achats. En effet, sur un plan pratique, cette identification des contraintes suppose d'avoir défini l'ensemble des segments d'achats de l'établissement et d'identifier pour chacun d'eux les contraintes internes et externes, commerciales et techniques. Cela prend un temps considérable et se révèle d'autant plus difficile qu'un segment d'achat peut comprendre différents types d'achat dont les contraintes peuvent varier d'un produit à un autre. Par exemple, un segment d'achat peut contenir un produit nouveau dont la définition du besoin sera une contrainte interne technique. Mais ce segment d'achat peut également contenir des achats courants qui n'ont pas cette contrainte.

Enfin, la définition des contraintes contient une part inévitable de subjectivité, puisque ce sont les acheteurs qui déterminent, en fonction de leur sensibilité, leurs contraintes, celles-ci pouvant donc varier d'un acheteur à un autre.

- Comment ?

Cette quatrième question a pour objectif d'insérer la cartographie dans la démarche plus globale d'amélioration de la fonction d'achat. En effet, la réalisation d'une cartographie des achats s'intègre dans un mouvement plus vaste de modernisation de la chaîne des achats⁵². Les processus achat doivent donc être réétudiés parallèlement à l'analyse des achats. Le processus achat régit les interactions entre un ensemble d'acteurs que sont le prescripteur ou l'initiateur de la demande, l'utilisateur, le demandeur, l'acheteur, le responsable budgétaire, l'approvisionneur, la comptabilité et les experts. La réalisation de la cartographie et les résultats mis en avant doivent permettre de revoir et d'améliorer les interactions entre les acteurs et ainsi d'optimiser le processus achat (une des conséquences pourra être la réduction du coût de la fonction achat). La cartographie doit également permettre de mettre en avant certains risques, en fonction des constats observés.

⁵² Cf. Annexe 8 p XII pour identifier de manière synthétique le processus achat au CHBS.

Exemples issus d'une formation à la cartographie⁵³ :

Déductions issues de la cartographie	Risques
Pas de distinction entre le rôle d'administratif et l'acheteur Pas de cahier des charges formalisé et précisément renseigné	Inefficacité
Pas de contractualisation avec le demandeur	Non satisfaction du demandeur
Pas de suivi budgétaire	Risques financiers
Pas de recherche de nouveaux fournisseurs	Risque de surcoût Politique achat non efficiente

Finalement, réaliser une cartographie des achats, c'est être capable de connaître le volume d'achat annuel par domaine et famille d'achat, pour en déduire les principaux axes de la stratégie d'achat. La cartographie a donc un but final essentiel, celui d'objectiver et donc de justifier l'ensemble des orientations de la politique d'achat.

b) Quels apports de la cartographie des achats ?

La mise en place d'une cartographie des achats constitue une réelle opportunité pour les établissements qui estiment que la fonction achat peut constituer un levier d'amélioration des performances. En effet, la cartographie est à la fois un outil d'aide à la décision, un outil de communication et un outil d'impulsion des changements.

1. La cartographie : un outil d'aide à la décision dans le cadre de la passation des marchés publics

Cet outil permet en effet de connaître de manière fine son activité, ses fournisseurs et son volume d'achat. Dès lors, il constitue une aide essentielle pour l'acheteur lors de la passation des marchés publics. Celui-ci pourra ainsi, en fonction des résultats obtenus par filières et segments d'achat, décider d'étendre le sourcing fournisseurs ou bien au contraire de restreindre la concurrence sur certains types de marchés (notamment les marchés à procédure adaptée dont le montant est inférieur à 20 000 € HT). De plus, la cartographie permet aux acheteurs de déterminer de manière

⁵³ Formation à la cartographie des achats des Directeurs et Chefs de projets achat, UNIHA, Columbus Consulting, p 34

prospective les marchés stratégiques sur lesquels il leur faudra concentrer leurs efforts. La politique achat ainsi déterminée sur des données objectives et reproductibles, permet une planification de l'activité d'achat.

2. La cartographie : un outil de communication pour valoriser l'activité

La cartographie ne doit pas se contenter d'être un outil d'aide à la décision. En effet, elle doit également constituer un outil important de communication, notamment en interne. En effet, les résultats bruts de la cartographie doivent être communiqués à l'ensemble des secteurs d'achat chaque année. Les acheteurs pourront ainsi voir l'évolution des segments d'achats en fonction des politiques déterminées. La diffusion de ces résultats constitue un élément de motivation pour l'ensemble des équipes (acheteurs et approvisionneurs). De plus, la présentation des résultats et des analyses permet de fédérer l'ensemble des équipes des différents secteurs d'achats, encore aujourd'hui trop isolées, autour d'objectifs communs. La présentation de la cartographie doit permettre de mesurer les efforts réalisés et constitue ainsi un élément objectif de mesure de la performance atteinte. La diffusion de ces résultats permet également un échange entre les différents acteurs et un décloisonnement entre des secteurs qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble. La présentation de la cartographie permet ainsi l'adoption d'objectifs communs et partagés pour l'année suivante.

3. La cartographie : un outil d'impulsion pour rénover la fonction achat

La cartographie témoigne d'une nouvelle manière de travailler à l'hôpital. En effet, la mise en place d'une cartographie est souvent une première étape d'amélioration de la fonction achat. La cartographie permet de corriger certaines pratiques des acheteurs (Cf. infra p 44). Elle permet de revoir le partage des rôles entre les différents acteurs de la fonction achat. Dès lors, l'acheteur doit se concentrer sur l'amont des achats et notamment sur la définition du besoin, l'étude des fournisseurs et la négociation des marchés. C'est à lui que revient donc la mission d'analyser les résultats de la cartographie des achats. En revanche, la création d'une cellule des marchés centrée sur l'aspect procédural et le suivi des marchés doit permettre de dégager du temps aux acheteurs. La cartographie constitue ainsi le socle de la rénovation du processus achat dans son ensemble ; elle peut être le point de départ d'une réorganisation interne des fonctions pour répondre aux évolutions législatives et réglementaires du code des marchés publics et à la dimension stratégique de l'achat.

B) Une dynamique nouvelle encore relativement peu développée mais soutenue par la DHOS

La cartographie des achats est un outil qui n'est pas encore généralisé dans les établissements de santé. Et même au sein des établissements précurseurs comme le CHU de Saint Etienne ou le CH d'Avignon, la cartographie a été créée mais n'est pas encore totalement exploitée par les établissements⁵⁴.

Dans ces deux établissements, la démarche a été lancée à partir d'un audit de la fonction achat. Cet audit a permis de rencontrer les différents acheteurs de l'établissement et de constater l'absence de connaissance du volume d'achat en fonction d'une logique achat. La seule connaissance du poids des achats était établie par un raisonnement comptable. Les audits préconisaient également dans les deux cas la nécessité de restructurer la fonction achat pour garantir une cohérence d'ensemble.

Cette phase de diagnostic a été suivie de la définition d'une méthode pour réaliser la segmentation des achats. La méthode a permis dans les deux cas de constituer des données sources exploitables. Ces données ont ensuite été rattachées à une segmentation des achats. Au CH d'Avignon, les segments d'achats sont créés en fonction de la nomenclature existante au centre hospitalier et le découpage réalisé par UNIHA. Au CHU de Saint Etienne, la segmentation adoptée est également celle réalisée par UNIHA.

Aujourd'hui, l'outil existe mais il est encore relativement neuf et demande à mûrir. Ainsi, ces deux établissements n'ont pas priorisé leurs segments en fonction des contraintes existantes, même si plusieurs actions opérationnelles ont été mises en place, notamment pour affiner la connaissance du volume d'achat et des fournisseurs. La cartographie n'est donc pas totalement aboutie, et nécessite un travail sur le long terme.

Or, pour Madame Wattebled, Chef de projet achat à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), la cartographie est et doit rester un outil au service de « la construction d'une stratégie d'achat »⁵⁵. En effet, la DHOS, qui entend promouvoir la reconnaissance de l'achat comme un métier à part entière, encourage les établissements à établir leur cartographie des achats comme outil de justification des orientations prises dans la politique des achats. Dans cette optique, la

⁵⁴ Cf. entretiens téléphoniques avec Madame Vidal, Directrice des services économiques du CH d'Avignon, Madame Falco, Contrôleur de gestion au CH d'Avignon et Monsieur Meyniel, Directeur des achats au CHU de Saint Etienne.

⁵⁵ Entretien téléphonique avec Madame Wattebled, Chef de projet achat, DHOS, entretien réalisé le 6 août 2009.

cartographie des achats n'est pas dissociable de la mise en œuvre d'une politique achat prospective. La DHOS s'appuie ainsi sur les groupements de commande et notamment le groupement de coopération sanitaire UNIHA qui est aujourd'hui moteur dans la modernisation de la fonction achat, de par les formations qu'il réalise⁵⁶ et le volume d'achat annuel qu'il représente. La DHOS s'appuie également sur la MEAH qui va très prochainement être intégrée à l'Agence Nationale pour l'appui à la Performance hospitalière (ANAP)⁵⁷ et qui a joué un rôle important dans le chantier piloté par la DHOS relatif à l'optimisation des achats hospitaliers⁵⁸.

Le Centre hospitalier de Bretagne Sud, qui est membre du GCS UNIHA, s'est inspiré des formations UNIHA réalisées pour lancer sa cartographie. Si chaque établissement établit sa propre méthode pour établir la cartographie, la méthode adoptée au CHBS rejoint sur bien des points celles réalisées au CHU de Saint Etienne et du CH d'Avignon, puisque le choix a été fait de réaliser la segmentation à partir de la segmentation nationale UNIHA, pertinente et permettant sans doute à terme des comparaisons entre établissements.

Aujourd'hui, les discussions avec les établissements « pilotes » et la propre expérience du CHBS montrent que la réalisation d'une cartographie ne peut être réussie que si trois paramètres sont réunis :

- Des compétences techniques (achats, système d'information, Excel),
- Des interlocuteurs réceptifs au changement et motivés,
- Un système d'information adapté.

Ces paramètres sont à la fois des freins et des facteurs du succès pour la réalisation de la cartographie. Le plus difficile n'est pas la réalisation de la cartographie en elle-même, mais bien de lui « donner corps ». Il faut lui consacrer un temps agent en terme de traitement des données. Il faut également nommer un pilote chargé d'analyser cette cartographie (en termes de contraintes et de profits potentiels) afin de la concrétiser dans une politique d'achat.

⁵⁶ UNIHA, Séminaire achat du 25 et 26 juin 2008 à Lyon animé par « Crop and Co », et Formation à la cartographie Achat des Directeurs et chefs de projet Achat, « Colombus consulting ».

⁵⁷ Loi n° 2009-879 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui décide de regrouper la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH), la Mission Nationale d'Expertises et d'Audits Hospitaliers (MEAH) et le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) au sein d'une nouvelle entité : l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

⁵⁸ Cf. supra p 21 et 22

2.2 La cartographie des achats, un outil au service de la définition d'une politique d'achat prospective

La réalisation d'une cartographie des achats a pour objectif de permettre la définition d'une politique d'achat réfléchie et assumée. La cartographie est donc une première étape intégrant une nouvelle logique achat, plus cohérente que la logique comptable. Mais pour que cette nouvelle logique achat se diffuse notamment auprès des acheteurs, il convient de définir une méthode rigoureuse permettant de garantir la pertinence des segments et leur pérennité (2.2.1). Au delà de la méthode, la deuxième étape consiste à faire exister les segments définis pour permettre la construction de la politique d'achat (2.2.2).

2.2.1 La définition d'une méthode rigoureuse pour garantir la pérennité de la cartographie

La mise en place d'une toute nouvelle logique achat ne se fait pas sans difficultés. Ces difficultés sont principalement liées aux paramètres de réussite définis précédemment⁵⁹. La construction de la base de données socles nécessite certaines parades, notamment pour contourner l'inadéquation du système d'information (A). La réalisation de la segmentation au CHBS fait apparaître des actions correctrices sur certaines pratiques et des résultats prometteurs (B).

A) Surmonter les difficultés de construction de la base de données socles

Les clés du succès pour construire cette base de données socles par segment d'achat résident dans les trois paramètres définis. La cartographie est irréalisable sans des compétences techniques pointues à la fois dans le domaine achat et dans le recueil et le retraitement de données issues du système d'information. De plus, la cartographie sera d'autant plus pertinente que les acheteurs spécialisés dans leur domaine auront coopéré dans le sens de la définition d'une segmentation réaliste et cohérente. Enfin, le système d'information n'étant pas aujourd'hui adapté à la mise en place d'une logique achat, il faut exploiter le système existant en définissant une méthode de retraitement des données.

⁵⁹ Cf. supra p 37

a) *S'entourer de compétences techniques dans la mise en place de la base de données*

La première étape est celle de la construction de la base de données. Le choix a été fait au CHBS de borner les requêtes aux données du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008. Les requêtes peuvent être réalisées grâce à deux outils : la gestion économique et financière - *CPAGE* au CHBS - ainsi que l'outil de construction des requêtes *Business Objects*. Le premier travail réalisé a concerné les fournisseurs et les acheteurs. Il a ainsi fallu dans un premier temps définir ce qu'est un fournisseur ainsi qu'un acheteur. En effet, au CHBS, nous avons fait le choix de retenir une notion large des fournisseurs comprenant :

- Les fournisseurs classiques sélectionnés par les procédures classiques du code des marchés publics,
- Les prestations à caractère médical réalisée dans les établissements de santé voisins ou dans des cabinets de ville,
- Les frais de location,
- Les examens de laboratoire particuliers (notamment les souches en bactériologie) réalisées gratuitement par un laboratoire extérieur mais néanmoins liquidés à 0,
- Les commandes d'ouvrages documentaires gratuits mais liquidés à 0.

Le choix de retenir comme fournisseur un prestataire fournissant à titre gratuit est un choix délibéré pour faire apparaître le poids de ces commandes à titre gratuit, celles-ci pouvant ensuite être facilement isolées.

De la même manière, on été retenus comme acheteurs la pharmacie, les différents secteurs d'achat des services économiques (bureautique, équipement, hôtelier, paramédical...), le laboratoire, les services techniques, le centre de traitement informatique et le service de documentation. Le choix d'isoler le laboratoire, pourtant rattaché à la direction des services économiques est là encore délibéré pour mettre en valeur la spécificité des achats de laboratoire. Chaque acheteur est représenté par un code composé d'une lettre et d'un chiffre.

Ce travail sur les acheteurs a été affiné au fil des requêtes ; en effet, la première requête réalisée faisait apparaître les liquidations pour ordre, les URSSAF, les emprunts réalisés auprès des banques, la caisse des dépôts et des consignations, de même que les remboursements de frais par la Direction des ressources humaines, c'est pourquoi seuls certains codes finances ont été retenus dans la requête afin de ne pas fausser le montant final. D'autres codes n'ont pas été retenus comme les codes de la DRH qui ne correspondaient pas à des achats au sens du code des marchés publics.

Une difficulté est également apparue dans le traitement des données avec des codes spécifiques « urgences » dénommés U1, U2, et U3. Il a fallu rattacher ces commandes liquidées en urgence à un secteur d'achat, en étudiant, pour chaque commande, le compte auquel celle-ci était rattachée. Ainsi, la réalisation de cette base de données nécessite des compétences techniques à la fois sur le plan comptable et sur le plan des achats.

Au CHBS, la réalisation de ces requêtes a été largement facilitée par l'implication forte d'une personne attachée d'administration hospitalière à la direction des services économiques, maîtrisant les logiciels d'achat et la passation des commandes sur la GEF et anciennement rattachée à la direction des finances, et à ce titre maîtrisant parfaitement la dimension comptable des achats. Si cette double compétence est rare et a largement facilité la mise en place de cette cartographie, il est cependant indispensable que le pilote du projet s'entoure de compétences techniques. En effet, les requêtes sont lourdes (plus de 5 000 lignes Excel pour la première, 30 000 lignes pour la seconde !) et nécessitent des vérifications via l'EPRD et la GEF pour que la cartographie soit la plus pertinente possible.

De plus, le retraitement des données sur Excel implique la réalisation de tris et de recoupements de données nécessitant une grande maîtrise du logiciel. Le retraitement des données a donc été réalisé par une personne ressource de la direction des services économiques qui a travaillé en complémentarité avec la personne réalisant les requêtes. S'est ainsi constitué un groupe de travail restreint indispensable à la constitution d'une base de données fiable.

Ces premières requêtes ont permis de mettre en évidence le nombre total de codes fournisseurs (1 430 au CHBS), le chiffre d'affaire total de ces fournisseurs (plus de 58 millions d'€), un palmarès des premiers fournisseurs, ainsi qu'une répartition du volume global d'achat par catégorie d'acheteur⁶⁰.

b) Impliquer les acteurs du processus achat et communiquer à chaque étape clé de la mise en place de la cartographie

La mise en place d'une cartographie des achats est un processus de long terme. En effet, l'établissement de requêtes fiables et exploitables a nécessité quelques mois de travail (établissement des requêtes, vérification, retraitement et mise en forme des données) d'autant plus que ce travail s'ajoute aux tâches quotidiennes. Si sa réalisation

⁶⁰ Cf. Annexes 1, 2, 3, 4, 5 et 7 exposant des résultats de la cartographie.

est due essentiellement à l'implication du groupe de travail, la cartographie ne peut cependant être constituée sans l'information, l'avis et l'aide de l'ensemble des acteurs du processus. Chaque acteur du processus doit s'approprier cette nouvelle logique achat et contribue, par son implication, à sa mise en place. Or, si certains acheteurs ont spontanément été intéressés par la nouvelle dynamique engendrée, d'autres ont été plus réticents au changement. En effet, l'établissement d'une cartographie remet les pratiques en question, d'autant que toutes les erreurs, les pratiques acquises et les achats réalisés apparaissent clairement suite aux requêtes. Certains acheteurs voient ainsi sans doute la mise en place de ce nouvel outil comme une immixtion dans leurs pratiques et la fin de cette « culture du secret » qui a longtemps isolé les différents acheteurs dans un même établissement.

C'est pourquoi il est essentiel de communiquer régulièrement sur les avancées réalisées. Ainsi, les premiers résultats aboutis de la cartographie ont été exposés à l'occasion d'une réunion du groupe des acheteurs. La méthode retenue a été expliquée, les résultats ont été diffusés et un document à compléter a été confié à chacun des acheteurs pour la réalisation de l'étape suivante, à savoir la définition de la segmentation. Cette réunion d'information et de concertation a suscité quelques interrogations ; mais l'instauration de cette nouvelle manière de réfléchir, la transparence devenant désormais la règle, nécessite très certainement pour la plupart des acheteurs un temps d'adaptation. Cependant, certains acteurs du processus achat n'ont pas envie de s'investir spontanément dans cette nouvelle logique. C'est pourquoi la cartographie doit être portée par un pilote dédié et soutenue par la direction de l'établissement. Ce changement de pratique nécessite du temps, de la pédagogie et de la persévérance.

c) *Surmonter les inadaptations du système d'information*

La mise en place d'une cartographie des achats repose sur les données qu'il est possible d'extraire du système d'information. Or, le système d'information se révèle aujourd'hui la principale source de difficultés dans la réalisation de l'outil. D'ailleurs, le CHU de Saint Etienne et le CH d'Avignon ont également fait part de cette inadaptation des logiciels informatiques⁶¹.

⁶¹ Cf. freins identifiés par le CH d'Avignon : « la difficulté à constituer une base de donnée fiable et pertinente (appropriation du SIH et des modalités d'extraction des données via BO, exploitation de la base elle-même : Comment la faire parler ?...), les modalités d'alimentation du système information achat (hétérogénéité du fichier produit, hétérogénéité des modes d'alimentation de la GEF par segment d'achat), le facteur temps », Séminaire achat du 25 et 26 juin 2008 à Lyon, Crop and co, expérience du CH d'Avignon, powerpoint, p 22.

En effet, la cartographie entend instaurer une nouvelle logique achat en créant une segmentation en filières, segments et sous-segment d'achat. Cette segmentation est une création car rien n'existe au niveau du système d'information pour intégrer cette nouvelle logique même si les filières et segments d'achat retenus sont ceux d'UNIHA. En effet, la segmentation réalisée par le GCS UNIHA a été travaillée par des acheteurs professionnels et est aujourd'hui tout à fait aboutie. De plus, se rattacher à la segmentation UNIHA permettra à l'avenir une comparaison intéressante entre les différents établissements. Mais pour l'instant, seules les données comptables existent à l'échelle de l'établissement ainsi que les données renseignées par les différents secteurs d'achat lors de la passation des commandes.

Une des solutions consiste à intégrer dans les commandes de produits ou de prestations le segment d'achat auquel se rattache ce produit ou cette prestation. Cependant, outre la pédagogie que cette méthode suscite pour que ce segment soit systématiquement renseigné, il n'existe pas aujourd'hui de possibilité d'intégrer dans le logiciel de Gestion économique et financière (CPAGE) le segment d'achat.

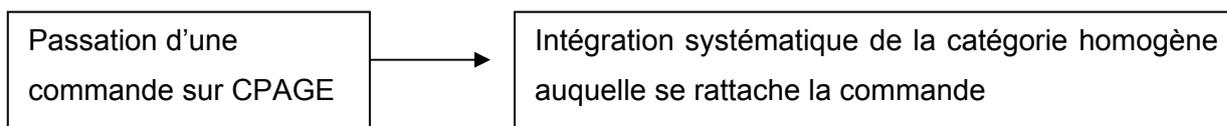
Or, il s'agit d'un obstacle de taille à l'intégration de la segmentation d'achat comme une nouvelle manière de fonctionner. Pour obtenir des données par segment d'achat, il a fallu recourir aux catégories homogènes.

En effet, tous les établissements publics de santé disposent d'une nomenclature répartissant les produits et prestations en catégories homogènes. Cette nomenclature permet d'apprécier les seuils de procédure déterminés par le code des marchés publics. Cette nomenclature spécifique aux marchés a été élaborée par la direction des affaires juridiques du MINEFI en 2001. Elle a dans un premier temps été rendue obligatoire pour faciliter le contrôle des seuils à partir desquels devaient être mises en œuvre les procédures de passation de marchés formalisés. Elle n'est plus obligatoire aujourd'hui. Pour autant, le CMP impose aux acheteurs de se fixer des règles de segmentation avec des catégories homogènes de leur choix (ou par opération d'achat).

Or, lors de la passation des commandes, les différents secteurs d'achat renseignent différents éléments lors de la passation de la commande dans CPAGE ; ils rattachent notamment systématiquement la commande à une catégorie homogène. Dès lors, après avoir identifié l'ensemble des catégories homogènes se rattachant à un segment d'achat, il faut extraire du système d'informatisation l'ensemble des catégories homogènes couplées aux fournisseurs et acheteurs qui leur sont rattachés.

Schématisation :

L'approvisionnement :



Réalisation de la cartographie des achats :

Filière d'achat	Segment d'achat	Sous-segment d'achat	Ensemble des catégories homogènes se rattachant au segment d'achat
Restauration	Denrées alimentaires	Viande, charcuterie, volaille	1007, 1008
		Epicerie	1014
		Boisson	1011
		Surgelés...	...

Extraction :



Retraitement des données issues du système d'information sur Excel en fonction de la logique achat :

Filière	Segment	Sous-segment	Catégories homogènes	Nombre de fournisseurs	Nombre d'acheteurs	Volume d'achat annuel
Restauration	Denrées	Viande				

Cette méthode paraît relativement simple à mettre en œuvre même si elle nécessite beaucoup de temps, faute d'un système informatique adéquat. Elle s'y prête en effet bien pour certains segments comme la restauration ou une catégorie homogène correspond à un et un seul segment. En revanche, parfois, les catégories homogènes correspondent à plusieurs segments de différentes filières. On ne peut donc rattacher totalement à un segment ou à un sous-segment une catégorie homogène complète. Il

convient dès lors de déterminer le volume d'achat correspondant à chaque segment, et cela complique largement la tâche.

Ainsi, à l'avenir, si la segmentation des achats devait se généraliser à l'ensemble des établissements, conformément à la nouvelle logique achat qu'entend promouvoir la DHOS et les groupements, il serait absolument nécessaire de modifier le système d'information. Celui-ci devra nécessairement intégrer à un moment de la procédure d'achat, la notion de segment d'achat, pour que l'analyse des données de la cartographie puisse être réalisée facilement chaque année. En effet, les établissements ne peuvent aujourd'hui décider seuls de modifier le logiciel CPAGE (ou MAGH 2...). Sur ce point, l'influence des groupements et des CHU doit pouvoir peser pour une modification du logiciel s'appliquant à tous les utilisateurs. L'intégration de ce changement est essentielle pour que la segmentation des achats ne reste pas une expérimentation d'un jour mais bien l'outil permettant de déterminer une vision prospective de l'achat public.

B) Des résultats prometteurs et des actions correctrices définies

a) La connaissance des fournisseurs, des acheteurs et du volume d'achat

Le premier volet de la cartographie a permis de mettre en évidence les fournisseurs de l'établissement, ainsi que le volume d'achat global, par fournisseur et par acheteur. Ces données étaient parfois ressenties mais jamais objectivées.

Quelques résultats concernant les fournisseurs⁶² :

- Nombre total de codes fournisseurs en 2008 : 1430
- Chiffre d'affaire total des fournisseurs en 2008 : 58 132 886,74 €
- Chiffre d'affaire le plus élevé en 2008 : ROCHE (produits) = 2 280 226 €
- Chiffre d'affaire le plus bas en 2008 : UNIVERSITE de TOULOUSE le Mirail = 4,90 €
- Moyenne du chiffre d'affaire : 40 681 €
- Parmi ces fournisseurs, 59 ont un chiffre d'affaire nul en 2008⁶³
- Les 20 premiers codes fournisseurs (soit 1,4 % de l'ensemble des codes fournisseurs) en 2008 représentent près de 38 % du volume total des achats.

⁶² Cf. Annexes 1 et 2 correspondant aux résultats de la cartographie

⁶³ Cf. supra liquidations à 0 p 39

La répartition des fournisseurs en fonction du montant de leur chiffre d'affaire est intéressante⁶⁴. Elle montre que 79 fournisseurs ont un chiffre d'affaire annuel au CHBS compris entre 1 et 50 €. Ce faible montant s'explique par les commandes passées par le service de documentation notamment auprès de certaines universités et maisons d'édition et correspondent le plus souvent à un abonnement annuel.

Quelques résultats concernant les acheteurs⁶⁵ :

Pour obtenir un volume d'achat par acheteur qui soit le plus pertinent possible, les codes acheteurs d'urgence (à savoir U1, U2 et U3) ont été analysés. Chaque dépense effectuée en urgence a été affiliée à un service acheteur selon le compte auquel elle se rattachait.

Ainsi 2 320 019 € de commandes ont été passées en urgence dont plus de 95 % par les services économiques.

Les dépenses d'investissement ont également été rattachées au service acheteur. Elles s'élèvent pour 2008 à 13 245 764,58 €.

La pharmacie représente le plus gros poste d'achat avec 21 696 265 €. Les services économiques suivent avec plus de 16 millions d'euros d'achats en 2008. Les services techniques ont également un volume d'achat important en 2008 correspondant notamment au début du chantier du nouvel hôpital (voir en annexes 3 et 4).

Plusieurs pistes d'action très concrètes concernant ce premier volet ont également été définies.

La révision des codes « urgence » U1, U2, U3 est en cours. Ainsi, en collaboration avec la direction des finances, les codes vont être précisés pour pouvoir identifier le secteur d'achat. Il n'est pas si facile de modifier des codes acheteurs notamment si des commandes ont été passées pour l'année en cours sur ces codes. Il faut donc rester prudent et supprimer de manière progressive les codes en interrompant leur alimentation. Ce changement progressif de codes « urgence » s'est accompagné d'une réunion d'information à l'ensemble des acheteurs.

La deuxième action pratique consiste à identifier les codes fournisseurs créés par erreur pour éviter les doublons. En effet, une distinction doit être faite entre les fournisseurs et les codes fournisseurs. En effet, si un code fournisseur correspond toujours à un seul fournisseur, un fournisseur peut en revanche avoir plusieurs codes

⁶⁴ Cf. tableau et graphique en annexe 2 p III

⁶⁵ Cf. résultats et graphiques en annexes 3 p V et 4 p VIII

fournisseurs. Cette pluralité de codes fournisseurs est parfois justifiée si l'entreprise comporte différents sièges sociaux. C'est le cas par exemple de l'entreprise ROCHE. Une distinction entre ROCHE « produits » et ROCHE « diagnostic » conduit à créer deux codes fournisseurs distincts, ces intitulés correspondant à des sièges sociaux différents. Dans ce cas, l'acheteur doit reprendre ces intitulés dans les points de commande et ne peut passer outre cette division particulière. Pour autant, on constate également des doublons non justifiés dans les codes fournisseurs, conséquence d'une mauvaise utilisation du fichier fournisseur. Ces codes fournisseurs, tout comme les codes « urgence » ne peuvent être supprimés immédiatement. Pour autant, la direction des finances a décidé de mentionner de manière claire la non utilisation pour l'avenir de ces codes redondants. Ceux-ci deviendront donc obsolètes d'eux-mêmes. Les règles de création seront également revues afin de ne plus aboutir à des créations de codes non justifiées.

Enfin, il a été décidé, pour assurer la reproduction des requêtes de manière périodique, que chaque personne en charge de l'approvisionnement devra, lorsqu'elle passe sa commande, identifier le secteur d'achat auquel elle se rattache. Cette identification est prévue dans le logiciel CPAGE mais n'était pas utilisée par les personnes en charge des commandes.

Ces actions sont très pragmatiques mais elles permettront d'améliorer et de faciliter chaque année la réalisation des requêtes, assurant ainsi la pérennité de la cartographie.

b) La segmentation des achats

La segmentation des achats est aujourd'hui déterminée à partir de la segmentation nationale UNIHA. Un volume d'achat, un nombre de fournisseurs et d'acheteurs lui sont ainsi rattachés et permettront d'engager l'analyse. D'ores et déjà, les premiers résultats font apparaître un nombre conséquent de lignes de commandes sur certaines filières spécifiques⁶⁶. De même, on constate parfois un nombre important d'acheteurs pour un segment défini. La question doit alors être posée du regroupement d'un segment entier d'achat, comprenant des groupes d'achat homogènes et cohérents, entre les mains d'un acheteur. En effet, la professionnalisation des acheteurs, souhaitée au niveau national et régional, ne s'oppose absolument pas à une spécialisation d'un acheteur sur des segments d'achat homogènes. D'ailleurs, le directeur des achats et de la logistique du

⁶⁶ Cf. Annexe 7 p.XI: Diagramme de Pareto relatif au nombre de lignes de commandes par filière d'achat.

CHU de Saint Etienne a réalisé ce type de regroupement⁶⁷. Les apports essentiels de la segmentation apparaissent cependant dans l'analyse et le classement des segments d'achat. C'est tout l'art de « faire vivre la cartographie » en ne s'arrêtant pas aux données acquises.

2.2.2 « Faire vivre la cartographie » pour bâtir une politique d'achat prospective et dynamique

La cartographie des achats est un outil qui n'est pas figé et qui doit évoluer parallèlement à l'évolution de la fonction achat. La segmentation définie constitue le socle de la politique d'achat. Dès lors, l'analyse des contraintes et des profits potentiels doit être la suite logique de la réalisation de la cartographie, même si cette étape se révèle délicate à mettre en pratique (A). Par ailleurs, la cartographie ne peut évoluer sans pilote. Elle doit ainsi être intégrée pleinement comme un élément clé de la valorisation du processus achat (B).

A) Réussir à valoriser la segmentation arrêtée par l'analyse des contraintes et des profits potentiels

Une cartographie bien déterminée doit permettre de bâtir une politique d'achat en fonction de l'analyse des contraintes d'achat et du poids financier de ces achats. La politique des achats doit permettre d'organiser son temps sur des achats sur lesquels il existe des leviers d'optimisation importants. Cela nécessite ainsi un classement de ces segments d'achat pour identifier ceux sur lesquels les volets d'optimisation sont les plus forts. Deux éléments sont essentiels à prendre en compte dans le cadre d'un classement des segments d'achat. Le volume d'achat constitue le premier axe dans l'analyse de la cartographie. Outre le volume d'achat, il faut identifier les contraintes à la fois internes et externes qui complexifient l'achat. La complexité de l'achat constitue ainsi le deuxième axe du classement des segments. Dès lors, les achats sont classés différemment en fonction de leur poids et de leur complexité.

- Les achats à faible volume et faible complexité sont des achats dits « standards » ou « non critiques ». Ils se caractérisent par un faible coût et un marché concurrentiel.

⁶⁷ Cf. entretien téléphonique avec Monsieur Meyniel, directeur des achats et de la logistique au CHU de Saint Etienne.

- Les achats à faible volume mais aux risques et contraintes élevés sont ceux qui sont « à risque » ou « goulot ». Il s'agit le plus souvent de produits spécifiques assez chronophages.
- Les achats qui représentent un poids important sans grandes contraintes sont des achats « à négocier » ou « levier » sur lesquels la recherche d'une baisse de coût peut être recherchée.
- Enfin, les achats qui concentrent un volume important d'achat et des contraintes fortes sont des achats « critiques » ou « stratégiques ». Ce sont le plus souvent des produits de haute technologie qu'il faut planifier.

Matrice marketing :

ENJEUX FINANCIERS	<u>LEVIER</u> / A NEGOCIER	<u>STRATEGIQUE</u> / CRITIQUE
	<u>STANDARD</u> / NON CRITIQUE	<u>GOULOT</u> / A RISQUE
	-	+
	COMPLEXITE	

L'intérêt de la cartographie est de réussir à classer les segments d'achat dans un de ces quatre types d'achat. Cela suppose auparavant de déterminer une grille de critères de contraintes et de risques pour pouvoir identifier le niveau de complexité de l'achat.

L'intensité d'une contrainte est définie comme étant le degré d'incidence sur la performance de l'achat. Pour chaque contrainte, l'acheteur doit ainsi se poser la question suivante : quel est l'impact ou l'intensité de la contrainte sur ma performance ? Sur mes achats ?

La formation UNIHA retrace un questionnaire relatif à l'évaluation des contraintes à l'achat réalisé au CHU de Nancy⁶⁸. Les contraintes identifiées peuvent ainsi aller de 0 à 5 :

Intensité 0 : Sans impact pour mes achats

Intensité 1 : C'est parfois un peu gênant

Intensité 2 : C'est gênant dans certains cas

Intensité 3 : C'est une gêne constante

Intensité 4 : C'est une source de difficultés majeures

Intensité 5 : C'est bloquant (risque majeur, rupture d'approvisionnement...)

Les contraintes qui ont récolté le plus de points sont ensuite classées par ordre d'importance. Au CHU de Nancy, les contraintes majeures recensées ont été :

1. Lourdeur des procédures d'achat
2. Délais trop courts
3. Fiabilité de la GEF
4. Absence de définition et d'analyse du besoin
5. Non maîtrise du produit ou de la technologie
6. Méconnaissance du marché
7. Absence de documentation
8. Non maîtrise des coûts (indices, dérives...)
9. Rigidité de la réglementation et des normes
10. Absence de système d'évaluation des fournisseurs

Les segments d'achat peuvent, selon cette méthode, être classés en fonction des contraintes déterminées et de leur volume d'achat. Cette analyse permet de déterminer les axes prioritaires de la politique d'achat. Cette dernière d'achat est ainsi réalisée sur des bases objectives et peut être à tout moment justifiée. Cela permet également à l'acheteur de planifier sa politique d'achat et de gérer sa charge de travail, en consacrant plus de temps aux achats leviers et en évitant de se focaliser sur les achats banals. La planification est essentielle pour Michel Madar, directeur du département achat public de la société de conseil d'achat *Crop and Co*, qui estime ainsi que « si on achète en urgence, on achète mal. [La cartographie] donne le temps aux acheteurs d'étudier les marchés avant de passer à la rédaction du cahier des charges »⁶⁹. Enfin, elle permet d'évaluer sa politique d'achat au travers de la réduction des contraintes possibles, notamment des

⁶⁸ Formation UNIHA, Columbus consulting, PowerPoint, p 25

⁶⁹ Enquête « Quand le cost-killing débarque dans le secteur public », Avril 2009, HA, le Mensuel de l'acheteur public, p 28

contraintes internes. La cartographie devient ainsi un réel outil d'optimisation de la performance.

Pour autant, cette méthode reste très lourde à mettre en œuvre sur un plan pratique. Elle nécessite en effet beaucoup de temps pour déterminer dans un premier temps les principales contraintes à l'achat et dans un deuxième temps le classement des segments d'achat en fonction de ces contraintes et de leur volume d'achat. En outre, cette analyse nécessite de consulter l'ensemble des acheteurs pour recenser leurs contraintes. Celles-ci peuvent ainsi varier d'un acheteur à l'autre. Enfin, il peut être très difficile de classer un segment d'achat dans cette matrice étant donné que les achats au sein d'un même segment peuvent répondre à des contraintes différentes.

C'est pourquoi cette matrice est encore très peu développée dans les établissements qui se concentrent sur la segmentation. Pour autant, si cette matrice reste relativement théorique et mérite ainsi d'être appropriée par les directeurs des achats et les acheteurs, elle est cependant la finalité de la cartographie. La première phase constituant la réalisation de la segmentation permet aux acteurs du processus achat de prendre conscience d'une nouvelle logique d'achat plus cohérente et correspondant à la réalité des achats. Mais la matrice d'analyse de ces segments constitue le point clé de la cartographie qui conduit les acteurs à réfléchir au pourquoi de leurs achats. Cette introspection des achats bouleverse les habitudes mais permet aux acheteurs d'objectiver leurs choix. La cartographie devient ainsi un guide dans la détermination d'une politique d'achat prospective.

B) Intégrer la cartographie comme un élément clé de la valorisation de la fonction achat

« Loin est désormais le temps où l'acheteur hospitalier, sorte de magasinier amélioré et pas toujours très qualifié, survivait à l'ombre de métiers beaucoup mieux valorisés et forcément plus prestigieux. Aujourd'hui acteur essentiel de l'organisation hospitalière, il ne lui suffit pas, toutefois, pour être efficace, d'être un acheteur confirmé et compétent pour être efficace. Intégrer l'évolution des pratiques, de manière solidaire, au sein d'une organisation adaptée, est indispensable »⁷⁰. Cette citation de Claude Storper, Directeur des équipements et de la logistique au CHU de Montpellier résume à elle seule très bien les enjeux qui entourent aujourd'hui la fonction achat. La réalisation d'une

⁷⁰ STORPER C., Mai-Juin 2001, « Pour une nouvelle organisation de l'achat hospitalier », *Revue hospitalière de France*, n°480, p 13-18

cartographie des achats s'inscrit donc à part entière dans l'évolution des pratiques d'achat, aujourd'hui indispensable.

Pour autant, cette cartographie des achats s'intègre dans un mouvement plus large de réorganisation du processus achat. Cette rénovation des achats doit intégrer de nouveaux outils comme la cartographie, un pilotage rénové fondé sur la coopération entre les acheteurs, et une politique affichée et prospective.

C'est pourquoi la réalisation d'une cartographie des achats ne peut être le fruit d'un « coup de tête ». C'est un outil qu'il faut faire évoluer pour l'adapter aux besoins de l'établissement et participer à la performance de l'achat hospitalier.

Elle nécessite donc un pilote identifié pour encadrer sa réalisation. La définition des requêtes doit également être automatisée et déléguée. En revanche, l'analyse de la cartographie et les enjeux qui en découlent doivent être intégrés à la fiche de poste d'un cadre. Ce pilotage de la cartographie est indispensable pour que la cartographie prenne tout son sens. Ce pilote devra, dans le cadre de l'analyse des segments, s'assurer de la coopération de l'ensemble des acheteurs. Enfin, il sera chargé d'évaluer la mise en place des actions instaurées pour améliorer la réalisation de cette cartographie auprès des différents acteurs du processus achat.

Ce pilote identifié, sans doute un acheteur confirmé, doit faire preuve d'une grande motivation, et doit se voir garantir des formations régulières pour répondre à la professionnalisation croissante du métier d'acheteur.

Au delà du pilote de la cartographie, c'est l'ensemble de la fonction achat qui doit être l'objet de toutes les attentions. L'étude du poids des achats et leur caractère stratégique doit prévaloir sur l'éparpillement des acheteurs, la confusion entre les différentes étapes du processus achat et la « culture du secret » entre les différents portefeuilles d'achat. Dès lors, à terme, il semble pertinent de mettre en place une direction des achats, comprenant en son sein, une cellule des marchés unique à l'établissement, un processus achat avec un rôle des différents acteurs clairement identifié, et un pilotage de l'ensemble de la fonction achat par un directeur des achats. La vision traditionnelle de l'achat hospitalier doit être revue dans son ensemble, à savoir son processus, ses interactions, ses outils et son management pour contribuer efficacement à l'amélioration des performances de l'hôpital.

Conclusion

La mise en place, en tant que chef de projet, d'une cartographie des achats a constitué un dossier passionnant durant les huit mois du stage. En effet, la création de cette cartographie revêt des dimensions à la fois stratégiques et pragmatiques.

D'un point de vue stratégique, la cartographie des achats constitue un **outil nouveau, introduisant une logique achat plus pertinente** en définissant des filières et des segments d'achat. Sa réalisation nécessite au préalable une appréhension globale des fonctions achat - approvisionnement ainsi que des différentes phases de passation d'un marché public. A terme, la cartographie doit permettre d'orienter les décisions des acheteurs, et d'introduire une autre vision des achats, fondée non plus sur la seule logique comptable, mais sur des achats regroupés en fonction de leur homogénéité. La mise en place de la cartographie contribue ainsi à faire de la fonction achat un des leviers de la performance de l'établissement.

D'un point de vue pragmatique, l'objectif est de **créer un outil fiable, facile d'utilisation et reproductible d'une année sur l'autre**. Cet outil est encore peu développé aujourd'hui même si sa création est encouragée à tous les niveaux. Dès lors, le pilote du projet et son équipe disposent d'une **marge importante d'initiative et d'imagination** sur la forme, le contenu et le dimensionnement de la cartographie. Parallèlement, **une grande motivation est nécessaire pour pallier les inadaptations du système d'information et convaincre les acteurs de la démarche de changement instaurée**.

Les fondations de la cartographie sont aujourd'hui posées. Il convient désormais de permettre aux acheteurs de s'approprier l'outil et de garantir sa pérennisation en travaillant la segmentation avec les acteurs de terrain pour qu'elle soit la plus fidèle possible aux achats de l'établissement. Il s'agit également de faciliter la réalisation et l'analyse annuelle des requêtes et d'en **confier le pilotage à une personne dédiée en mesure de promouvoir cette nouvelle logique achat auprès de l'ensemble des acheteurs de l'établissement**.

La création de la cartographie des achats constitue donc un processus de longue haleine, nécessitant une large **communication** aux différentes phases d'avancement du projet. L'**implication** de l'ensemble des acteurs du processus achat au sein de l'établissement est indispensable pour affiner la cartographie, pour fédérer les équipes autour d'objectifs communs et pour partager les résultats et les actions à définir. La

cartographie étant un **outil évolutif**, sa présentation aux partenaires externes, ainsi que le partage d'expérience avec les établissements précurseurs dans la démarche, constitue également une source importante d'enrichissement.

Enfin, la réalisation de cet outil s'intègre nécessairement dans un **cadre plus global d'amélioration continue de la fonction achat**. La mise en place de la cartographie des achats coïncide donc souvent avec l'engagement d'une réflexion sur les processus achat - approvisionnement et sur les organisations existantes (cellule des marchés, direction des achats...). **La démarche lancée doit permettre de renforcer le rôle stratégique de l'acheteur public** notamment en amont de l'achat, dans l'analyse du besoin et dans la connaissance des fournisseurs. L'importance des achats et de leur impact au sein de la structure d'une part, les enjeux d'efficacité et de rationalisation d'autre part, conduisent aujourd'hui à un renforcement du rôle clé que l'acheteur doit jouer au sein de l'hôpital.

Bibliographie

ETUDES ET RAPPORTS

FENINA A., GEFFROY Y., DUEE M., septembre 2008, *Les comptes nationaux de la santé en 2007*, DREES, n°655, www.sante.gouv.fr/drees

Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH), octobre 2003, *Les achats dans les hôpitaux et cliniques*, Rapport d'étape

Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 2004, AT KEARNEY, dossier *Optimisation des achats hospitaliers*, Rapport d'étape de fin de mission

OUVRAGES

AFNOR, novembre 2004, *Outils de management, Lignes directrices pour le processus achat et approvisionnement*, 25 p.

BRUEL O., 2007, *Management des achats, décisions stratégiques, structurelles et opérationnelles*, Coll. Gestion, Ed. Economica, 652 p.

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., novembre 2005, *Droit hospitalier*, Ed. Dalloz, 5^{ème} édition, 824 p.

KOURIM N., GIRARD F., 2006, *Nous, les acheteurs*, Edité par N. Kourim et F. Girard, 205 p.

LEGOUGE D., janvier 2008, *Les achats hospitaliers, vers une nouvelle gouvernance*, Coll. Les indispensables, Ed. Berger-Levrault, 295 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 6 janvier 2006, *Les enjeux de la fonction achat dans les établissements de santé et le pilotage du projet*, Dossier de presse, 17 p.

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, 2001, *Les achats hospitaliers et leur impact*, Coll. Etude, CNEH, 82 p.

TAILLARD J.F., LE ROUX J.P., RAULT B., septembre 2008, *L'achat public*, EHESP, 130 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES (support papier)

BANGA B., novembre 2008, « Achats hospitaliers, nouvelle organisation, nouveaux outils », *Décision Santé*, n°249, p 26-29

BARATTE Jean-Marc, « Penser global, acheter collectif », *Techniques hospitalières*, Janvier / Février 2009

BEAU E., juillet-août 2004, « Améliorer la performance achats des hôpitaux et cliniques », *Revue hospitalière de France*, n°499, p 8-13

CHASSE V., avril 2009, « La relation fournisseurs, condition pour un achat performant », *HA, le mensuel de l'acheteur public*, n°6, p 42

LEGOUGE D., 2007, « Le processus achat : Modalités et facteurs de réussite dans les hôpitaux français à financement public », *Hygiènes*, Vol 15 n°4, p 260-263

LEHALLE D., janvier 2005, « Achats hospitaliers, comment faire des économies ? », Dossier Economies à l'hôpital : réaccorder nos violons, *Décision Santé*, n°211, p 8-12

MAILLET F., avril 2009, « Achats publics, un acheteur du privé pour diriger le service achat de l'Etat », *Décision Achats*

MARZOUG S., février 2009, « Code des marchés publics, Les points clés de la réforme », *Gestions hospitalières*, p 81-82

SIDDAHCHETTY V., avril 2009, « Enquête : Quand le *cost-killing* débarque dans le secteur public », *HA, le mensuel de l'acheteur public*, n°6, p 28-31

STORPER C., mai-juin 2001, « Pour une nouvelle organisation de l'achat hospitalier », *Revue hospitalière de France*, n°480, p 13-18

UGAP, « Les nouveaux enjeux de l'achat public », *l'achat publik*, n°24, Numéro spécial juin 2009.

UNIHA, « Vers une nouvelle organisation des achats hospitaliers », *Visite actuelle*, décembre 2008.

UNIHA, « Les achats hospitaliers : Un enjeu organisationnel stratégique », *Décision santé* hors série, mars 2009.

ARTICLES DE PERIODIQUES (support électronique)

DELUZ D'AUZON S., 19 mars 2009, « Le service des achats de l'Etat est né », *Le Moniteur*, www.lemoniteur.fr

IBM, « Fonction achats : Un levier de modernisation pour les administrations publiques », <http://www-935.ibm.com>

LEGOUGE D., avril 2009, Editorial « HPST : une occasion de repenser la fonction achat », *Finances hospitalières*, n°24, www.finances-hospitalieres.fr

MOORE D., 1^{er} avril 2008, « Mettre en place un réseau d'acheteurs publics », *Décision Achats* n°113, www.decision-achats.fr

RIVIERE R., 1^{er} février 2009, « Nous avons beaucoup à apprendre de nos fournisseurs » par Dominique Huet, directeur général du GIE du groupe caisse d'épargne achats, *Décision Achats* n°121, www.decision-achats.fr

« Audits de modernisation sur l'optimisation des achats de l'Etat », 13 avril 2006, www.audits.performance-publique.gouv.fr

« Des relations fournisseurs perfectibles selon l'observatoire des achats », Etude, *Décision Achats* n°117, 1^{er} septembre 2008, www.decision-achats.fr

« L'acheteur de demain fait salle comble à Lyon », Mai 2009, *Décision Achats*, www.decision-achats.fr

« Sourcing manager, mode d'emploi », 1^{er} octobre 2008, *Décision Achats* n°118, www.decision-achats.fr

SUPPORTS DE FORMATION

UNIHA Formation à la cartographie Achat des Directeurs et Chefs de Projet Achat, Columbus consulting

UNIHA, Séminaire achats des 25 et 26 juin 2008 à Lyon, Crop and co

SUPPORTS JURIDIQUES

Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (JORF n°179 du 2 août 1991), www.legifrance.gouv.fr

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°167 du 22 juillet 2009), www.legifrance.gouv.fr

Décret n°2009-300 du 17 mars 2009 portant création du service des achats de l'Etat (JORF n°66 du 19 mars 2009), www.legifrance.gouv.fr

Décret n°2008-1334 du 17 décembre 2008, portant diverses modifications régissant les marchés soumis au CMP et aux décrets pris pour l'application de l'ordonnance n°2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au CMP (JORF n°294 du 18 décembre 2008), www.legifrance.gouv.fr

Décret n°2008-1355 du 19 décembre 2008 de mise en œuvre du plan de relance économique dans les marchés publics (JORF n°296 du 20 décembre 2008), www.legifrance.gouv.fr

Décret n°2008-1356 du 19 décembre 2008 relatif au relèvement de certains seuils du CMP (JORF n°296 du 20 décembre 2008), www.legifrance.gouv.fr

Décret n°2009-1086 du 2 septembre 2009 tendant à assurer l'effet utile des directives 89/665/CEE et 92/13/CEE et modifiant certaines dispositions applicables aux marchés publics (JORF n°204 du 4 septembre 2009), www.legifrance.gouv.fr

SUPPORTS INTERNES

EPRD 2008

Guide des bonnes pratiques de l'achat au CHBS en application du code des marchés publics, 2009

Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Bretagne Sud 2008-2012

Plan global de financement pluriannuel 2008-2018

Rapport d'auto-évaluation du Centre Hospitalier de Bretagne Sud, Chapitres 1 à 4

SITES INTERNET

www.audits.performance-publique.gouv.fr

www.decision-achats.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.lemoniteur.fr

www.meah.sante.gouv.fr

www.minefi.gouv.fr

www.performance-publique.gouv.fr

www.sante-sports.gouv.fr

www.uniha.org

RENCONTRES ET ENTRETIENS TELEPHONIQUES

C. FALCO, Contrôleur de gestion, CH d'Avignon

N. MEYNIEL, Directeur des achats, CHU de saint Etienne

A. MOURIER, Directeur des services économiques, CHU de Nantes

M.J. PASSETEMPS, Chargée de mission, ARH de Bretagne

J. VIDAL, Directrice des services économiques, CH d'Avignon

M. WATTEBLED, Chef de projet achat, DHOS

Liste des annexes

ANNEXE 1 : PALMARES DES FOURNISSEURS AU CHBS	II
ANNEXE 2 : REPARTITION DU CHIFFRE D’AFFAIRE FOURNISSEURS.....	III
ANNEXE 3 : VOLUME D’ACHAT PAR SECTEUR D’ACHAT	V
ANNEXE 4 : REPARTITION DU VOLUME TOTAL D’ACHAT PAR ACHETEUR.....	VIII
ANNEXE 5 : REPARTITION DES MARCHES ACTIFS EN 2008 A LA DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES	IX
ANNEXE 6 : PRESENTATION DES FILIERES, SEGMENTS D’ACHAT ET CATEGORIES HOMOGENES CORRESPONDANTES	X
ANNEXE 7 : NOMBRE DE LIGNES DE COMMANDES PAR FILIERE D’ACHAT.....	XI
ANNEXE 8 : PROCESSUS ACHAT - APPROVISIONNEMENT	XII
ANNEXE 9 : REPARTITION DES MISSIONS ENTRE LES ACHETEURS ET LA CELLULE DES MARCHES	XIV
ANNEXE 10 : MODELE DE TABLEAU (CHU NANTES) : CALCUL DU COÛT DE LA FONCTION ACHAT	XV

ANNEXE 1 : PALMARES DES FOURNISSEURS AU CHBS

Résultats issus de la cartographie des achats (données 2008)

NOM DU FOURNISSEUR	MONTANT TOTAL (€)	% / TOTAL GENERAL
ROCHE (PRODUITS)	2 280 226,22	3,92 %
EFS BRETAGNE RENNES	2 057 593,35	3,54 %
SYNDICAT INTERHOSPITALIER	1 984 844,64	3,41 %
SPAC	1 909 988,30	3,29 %
SANOVI AVENTIS FRANCE	1 652 787,90	2,84 %
DEPOLABO	1 169 831,03	2,01 %
SIEMENS SAS	1 140 056,53	1,96 %
CHARCOT (C.H.S.)	1 033 344,79	1,78 %
U.G.A.P. (AGENCE OUEST) BRETAGNE	956 697,66	1,65 %
GTB CONSTRUCTION	933 777,83	1,61 %
CSL BEHRING SA	931 168,34	1,60 %
BAXTER S.A.	892 176,42	1,53 %
SCHERING PLOUGH (LABO)	874 702,68	1,50 %
GAZ DE FRANCE	862 446,30	1,48 %
LILLY FRANCE	719 593,00	1,24 %
SHAM	698 127,17	1,20 %
AIR LIQUIDE SANTE	687 997,31	1,18 %
JANSSEN-CILAG	646 932,08	1,11 %
ELECTRICITE DE FRANCE	646 334,60	1,11 %
TOTAL	22 078 626,15	37,98 %

ANNEXE 2 : REPARTITION DU CHIFFRE D'AFFAIRE FOURNISSEURS

Résultats issus de la cartographie des achats (données 2008)

Chiffre d'affaire	Nombre de codes fournisseurs	%
A 0 €	59	4,13 %
Entre 1 et 50 €	79	5,52 %
Entre 51 et 500 €	285	19,93 %
Entre 501 et 5 000 €	424	29,65 %
Entre 5001 et 50 000 €	403	28,18 %
Entre 50 001 et 500 000 €	156	10,91 %
Entre 500 001 et 5 000 000 €	24	1,68 %
TOTAL	1430	100,00 %

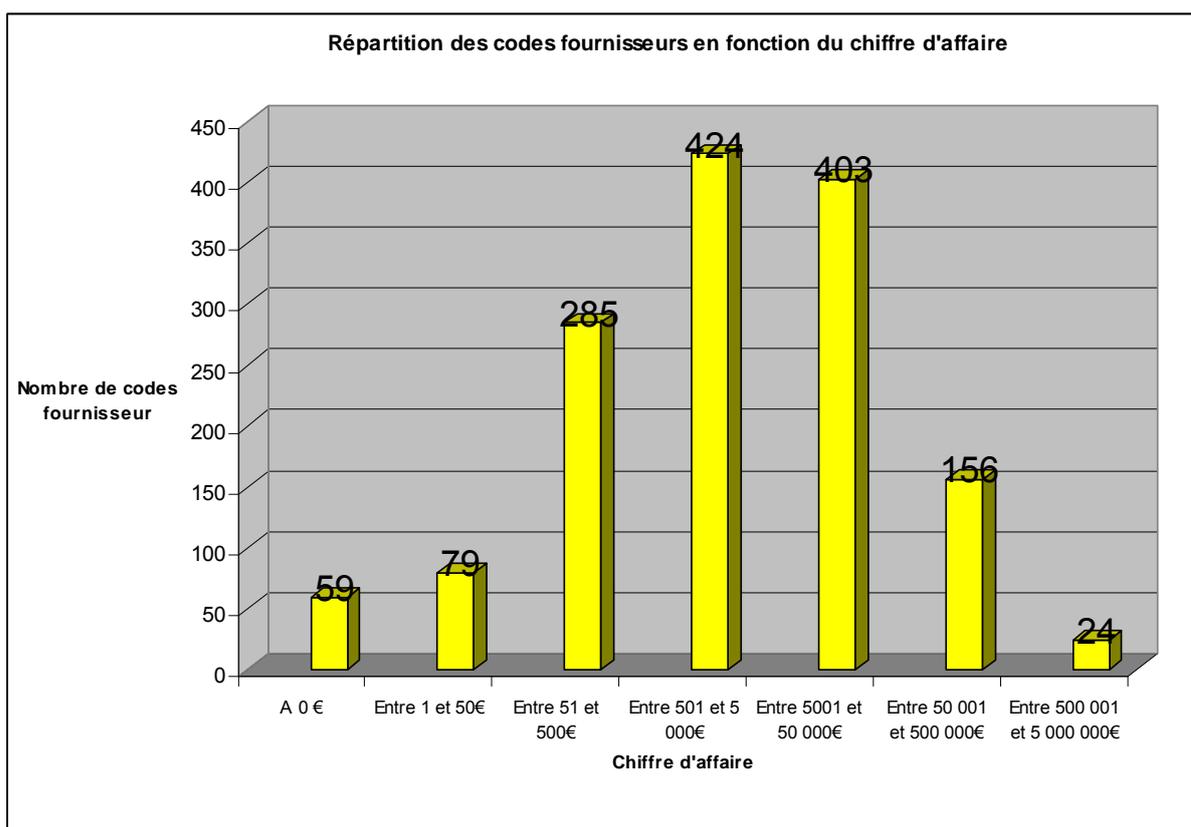
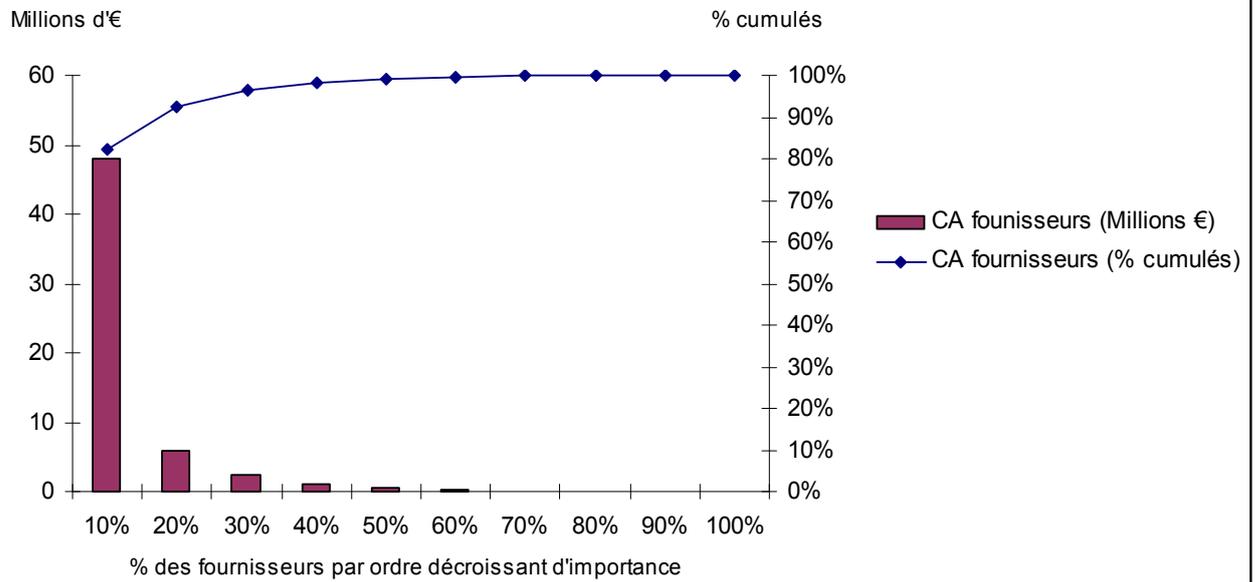


Diagramme de Pareto du volume d'achat des fournisseurs



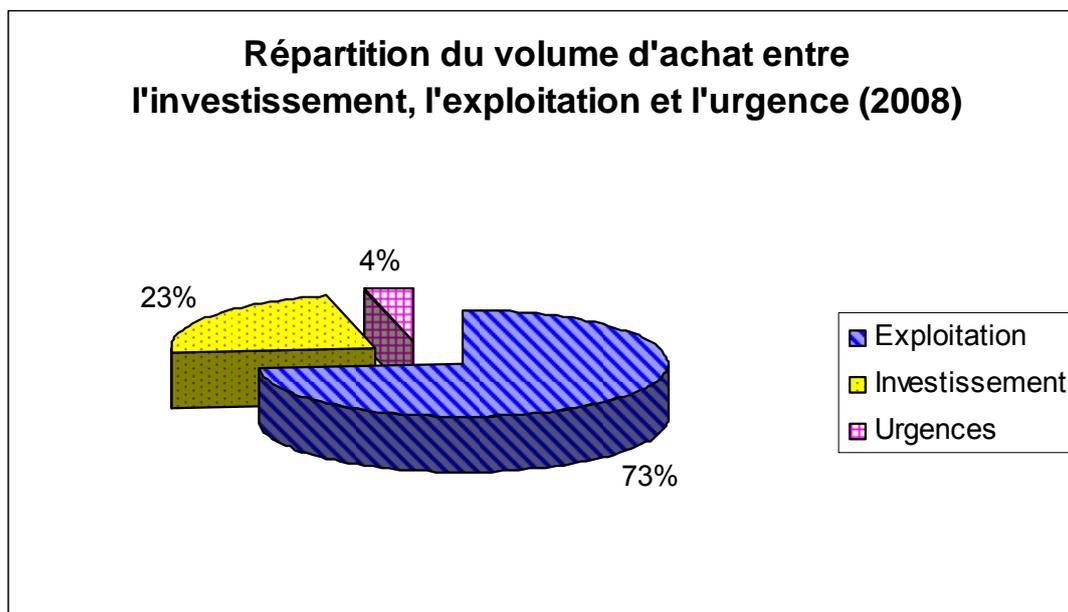
ANNEXE 3 : VOLUME D'ACHAT PAR SECTEUR D'ACHAT

Résultats issus de la cartographie des achats (données 2008)

Services	Décomposition des achats	Montant en €
Laboratoire	Exploitation	1 797 410
TOTAL LABO		1 797 410
Services économiques	Exploitation	10 725 525
	Equipements	3 847 215
	Urgences	2 212 566
TOTAL SERV ECO		16 785 306
Centre de traitement informatique	Exploitation	1 971 214
	Equipements	165 311
	Urgences	1 045
TOTAL CTI		2 137 570
Documentation	Exploitation	91 386
TOTAL DOCUMENTATION		91 386
Pharmacie	Exploitation	21 663 791
	Urgences	34 474
TOTAL PHARMACIE		21 698 265
Services techniques	Exploitation	5 895 305
	Biomédical	422 471
	Equipements	9 233 239
	Urgences	71 934
TOTAL SERVICES TECHNIQUES		15 622 949
TOTAL GENERAL		58 132 886

Répartition du volume d'achat entre l'investissement, l'exploitation et l'urgence en 2008 :

Résultats issus de la cartographie des achats (données 2008)

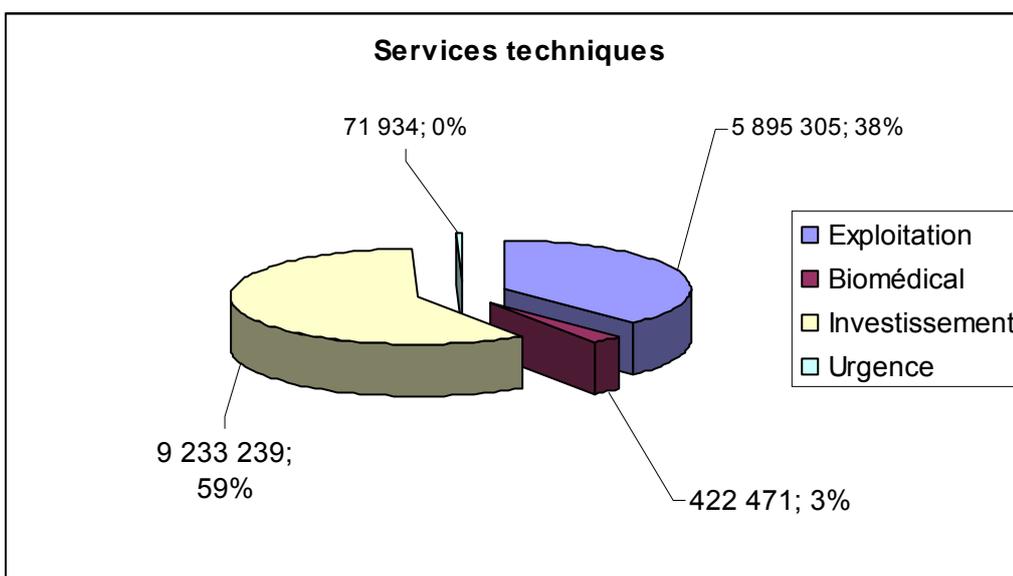
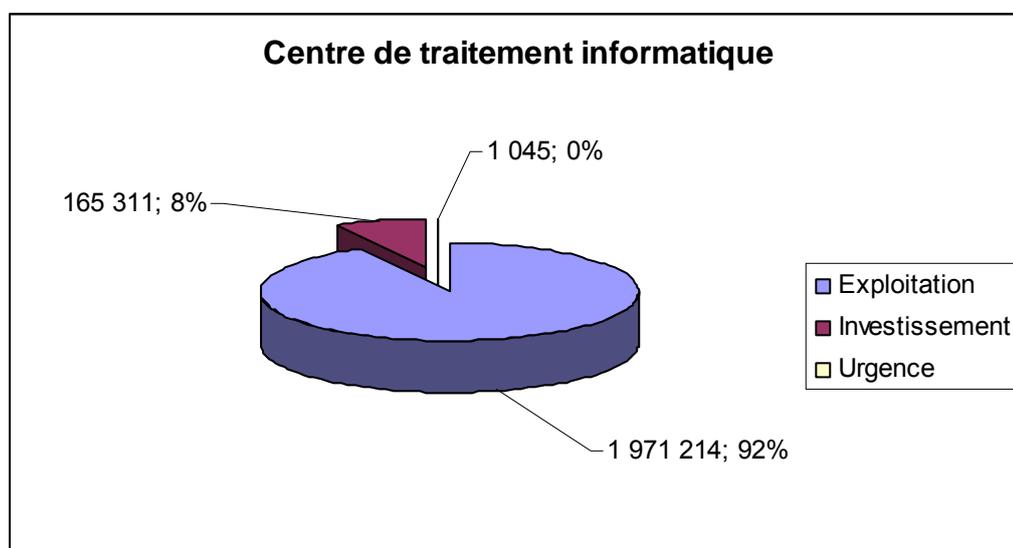
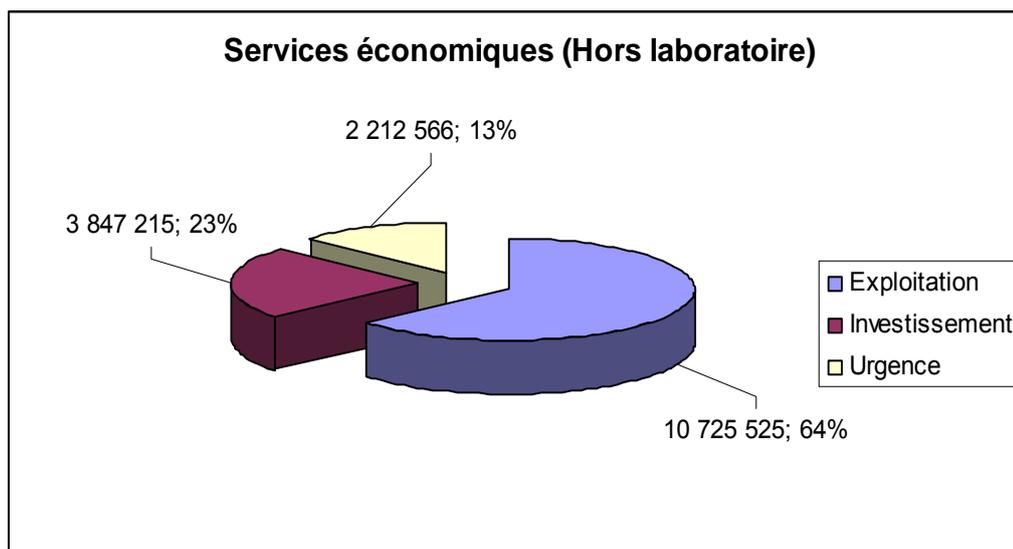


Zoom sur l'investissement au CHBS en 2008 :

Investissement en 2008 (€)	
Services techniques	9 233 239
Services économiques	3 847 215
CTI	165 311
TOTAL	13 245 764

Volumes d'achat sur 3 secteurs d'achats spécifiques :

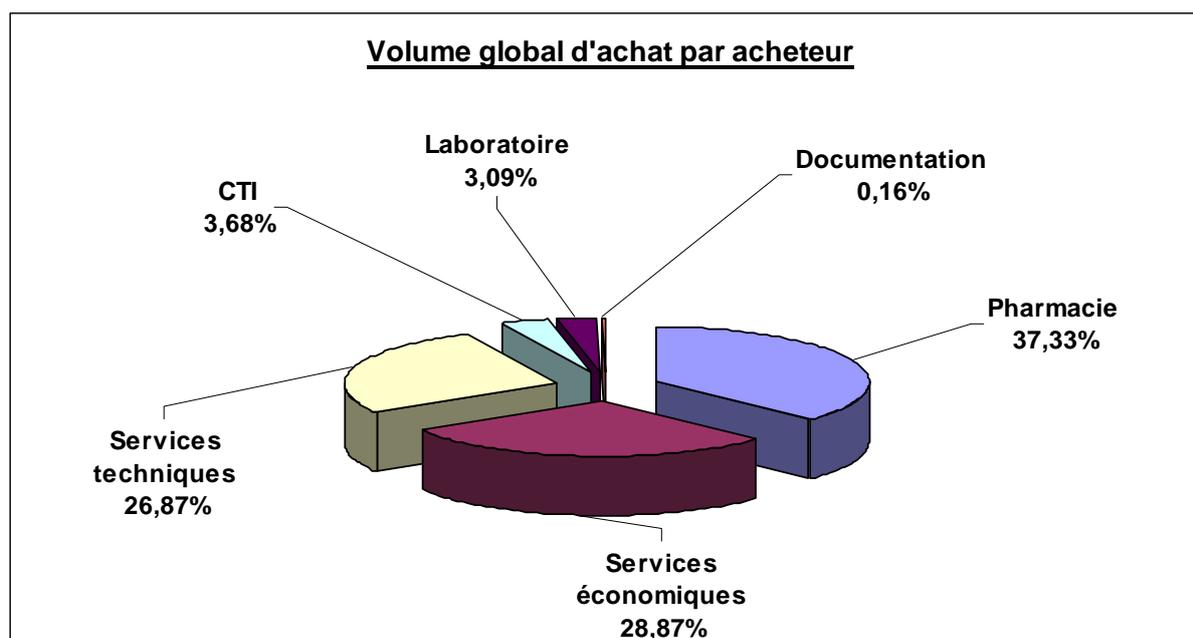
Résultats issus de la cartographie des achats (données 2008)



ANNEXE 4 : REPARTITION DU VOLUME TOTAL D'ACHAT PAR ACHETEUR

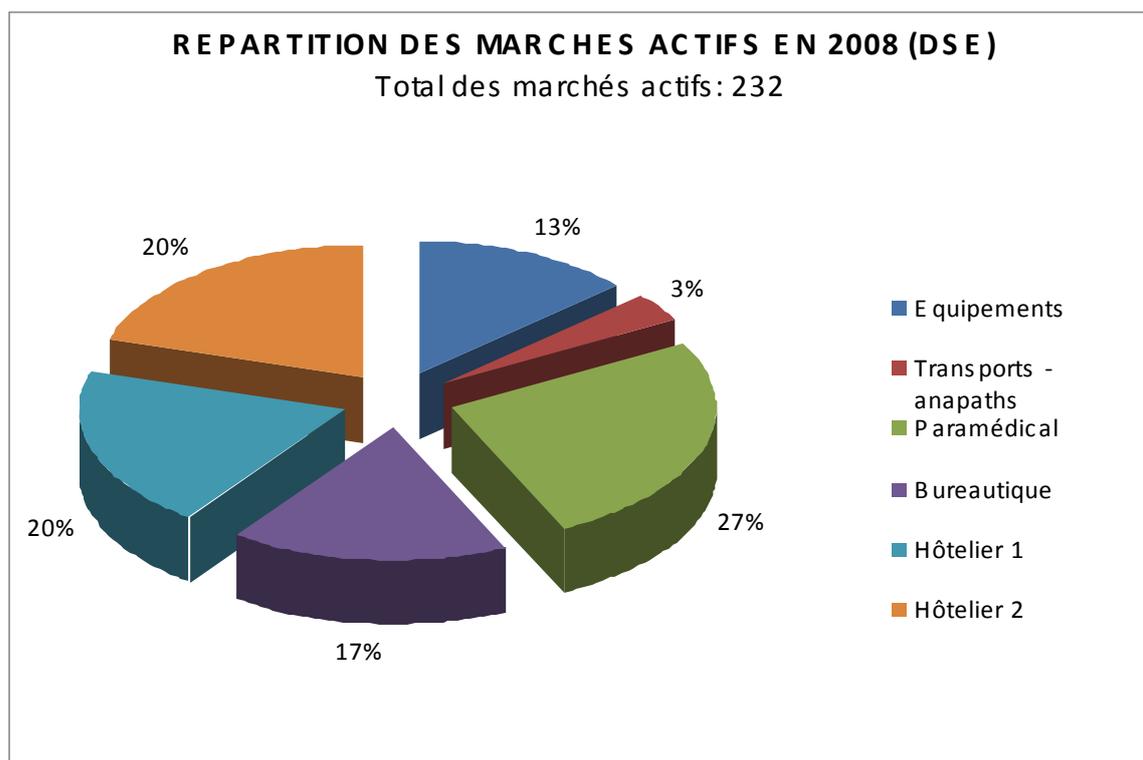
Résultats issus de la cartographie des achats (données 2008)

Volume global des achats par acheteur (en €)	
1 - Pharmacie	21 698 265
2 - Services économiques	18 582 716
dont laboratoire	1 797 410
3 - Services techniques	15 622 949
4 - CTI	2 137 570
5 - Documentation	91 386
TOTAL	58 132 886



ANNEXE 5 : REPARTITION DES MARCHES ACTIFS EN 2008 A LA DIRECTION DES SERVICES ECONOMIQUES

Résultats issus de la cartographie des achats (données 2008)

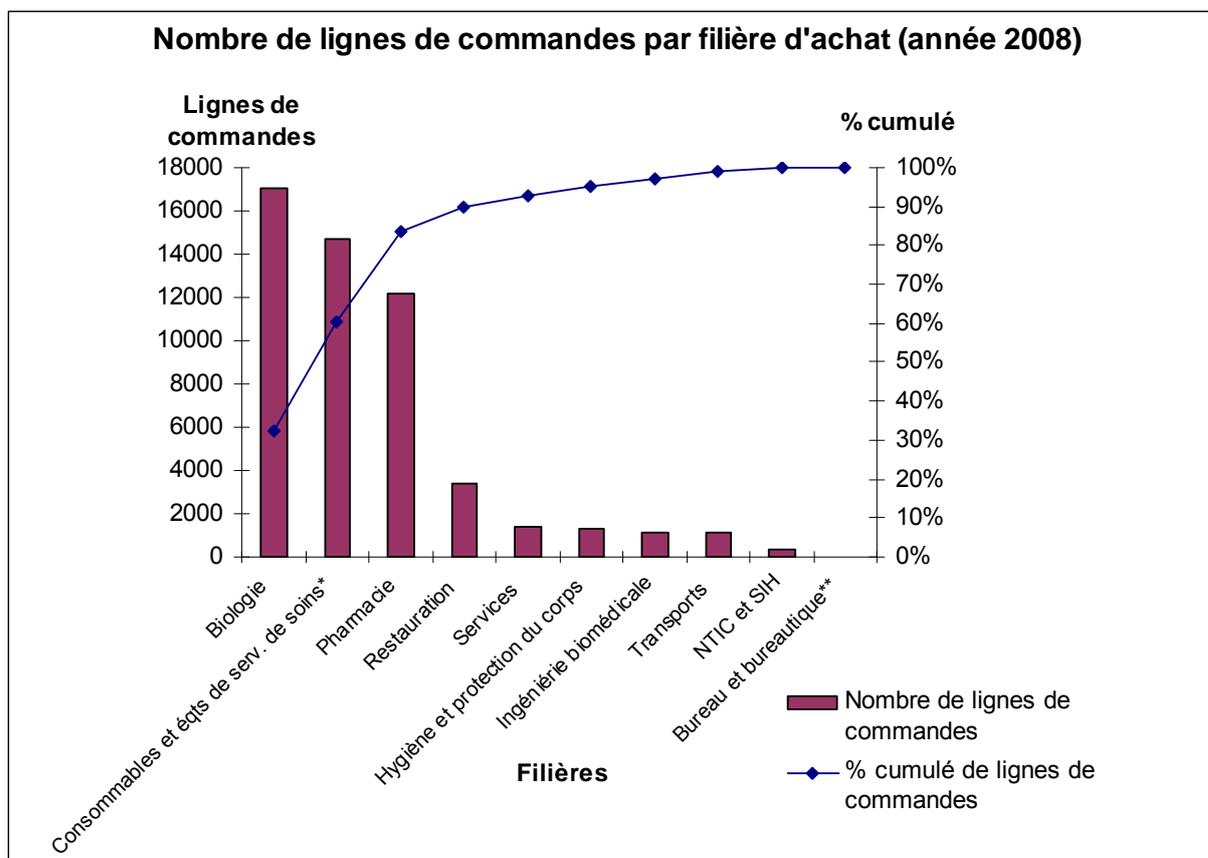


ANNEXE 6 : PRESENTATION DES FILIERES, SEGMENTS D'ACHAT ET CATEGORIES HOMOGENES CORRESPONDANTES

Exemple de la filière « Consommables et équipements des services de soins »

Segmentation des achats CHBS - Détail par Sous-segment			
Segmentation CHBS			Filière/catégories homogènes
Filière	Segment	Sous-Segment	
Consommables et équipements des services de soins	Equipements d'unités de soin	Literie	1402
		Equipements pour la chambre	18701-18702-18707-2501
		Equipements de transfert	18708
		Equipements logistiques	18703-18705-2505-2506-2507-2701-2702-2802-35082-3509
		Equipements de soins	18313-18345-18706
	Petit matériel de soin et instruments	Matériel de diagnostic	
		Petit matériel pour unité de soin	18181-18182-18191-18192-18193-18201-18202-18311-18333-18348-18311-18313-18341
		Instruments et consommables de bloc opératoire	18204-1821-18411-18221-18222-1823-1828-1829-1830-18312-1833
		Consommables pour équipements d'exploration fonctionnelle et endoscopie	18480-2309-18241-1826-1827
	Consommables de réanimation	Aspiration – Drainage	18342
		Consommables liés aux fluides	18242-18351-18352-18353
		Anesthésie – Réanimation	18341
	Contention / escarres	Contention – Immobilisation	18347-18461
		Matériel de prévention des escarres	18344-18701-7612
		Rééducation	18704-
	Equipements de protection individuelle	Gants UU	18313
		Autres	1832
	Matériels spécialisés	Puériculture	18346-3702
		Dentaire	18203-7605-
		Consommables d'imagerie	1839-1508-1825
	Hygiène & stérilisation	Sacs	18343
		sous-traitance services stérilisation	7602-81241-81243
		Matériel de désinfection / stérilisation	18,501-18,502-18,503-18507-81241

ANNEXE 7 : NOMBRE DE LIGNES DE COMMANDES PAR FILIERE D'ACHAT



* La filière « consommables et équipements de services de soins » comprend notamment :

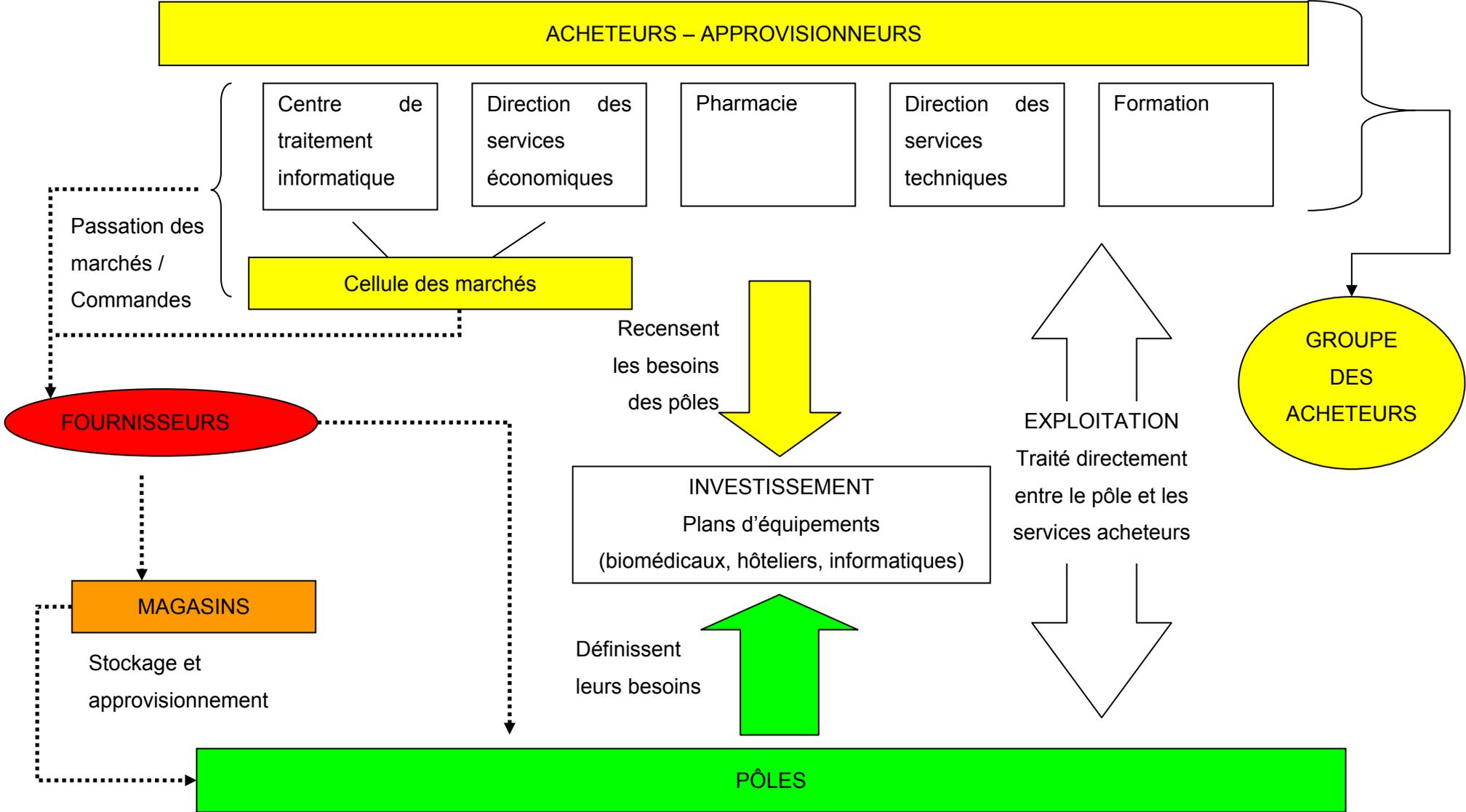
- Les équipements d'unités de soins,
- Le petit matériel de soins et instruments chirurgicaux,
- Les consommables de réanimation,
- Le matériel de contention et de prévention des escarres,
- Les gants à usage unique,
- Le matériel de désinfection et de stérilisation...

** Le faible nombre de lignes de commandes de la filière « Bureau et bureautique » (41) s'explique par le fait que les achats sont réalisés en ligne par les services (et contrôlés par le secteur bureautique) sans commande préalable.

ANNEXE 8 : PROCESSUS ACHAT - APPROVISIONNEMENT

Processus achat - approvisionnement au CHBS		
	Acteurs	Actions
ACHAT	Acheteur / Pôle / Commissions d'équipement	Définition et recensement du besoin avec le pôle et les services demandeurs
	Acheteur / Cellule des marchés	Choix de la procédure (non formalisée, MAPA, AO...)
	Acheteur / Cellule des marchés	Publicité (cas d'une procédure de marché), et mise en concurrence
	Acheteur / Cellule des marchés	Réception des offres
	Acheteur	Négociation avec les fournisseurs
	Acheteur + utilisateur	Essais
	Acheteur / Commission de choix	Choix du fournisseur
	Acheteur	Notification (cas d'une procédure de marché)
	Acheteur / Cellule des marchés	Publication et signature du marché (cas d'une procédure de marché)
APPROVISIONNEMENT	Secteurs d'achat	Passation des commandes
	Magasin	Réception des livraisons
	Magasin	Stockage
	Magasiniers / fournisseurs	Distribution aux services

Les acteurs du processus achat - approvisionnement au CHBS



ANNEXE 9 : REPARTITION DES MISSIONS ENTRE LES ACHETEURS ET LA CELLULE DES MARCHES

<u>Suivi d'un marché à la direction des services économiques</u>	
<u>Missions de l'acheteur :</u>	<u>Missions de la cellule des marchés :</u>
→ Recensement / analyse des besoins	
→ Choix de la procédure	→ Aide à la décision dans le choix de la procédure
→ Préparation de l'allotissement sur EPICURE	
→ Rédaction du CCTP	→ Elaboration du Règlement et du CCAP
	→ Publicité, y compris sur la plateforme du CHBS
	→ Réception des demandes / envoi de DCE
	→ Réception des offres / enregistrement sur le registre des dépôts
	→ Ouverture de l'enveloppe et contrôle des pièces administratives
→ Rédaction du PV de la Commission de choix	
→ Rédaction du rapport de présentation	
	→ Envoi courriers aux non retenus
	→ Demande n° de marché / fiche de recensement des marchés
→ Elaboration de l'Acte d'Engagement - partie « offre acceptée » au cas par cas	
	→ Notifications
	→ Envoi dossier à la Trésorerie pour suivi financier
	→ Publication d'un avis d'attribution de marché
→ Exécution du marché (bon de commande)	
	→ Veille sur règles des marchés publics
→ Conservation des dossiers de marchés publics	
→ Création des marchés dans CPAGE	

ANNEXE 10 : MODELE DE TABLEAU (CHU NANTES) : CALCUL DU COÛT DE LA FONCTION ACHAT

Ressources affectées aux achats

secteurs d'achat	nbre d'acheteurs	E.T.P	grades	porte-feuille d'achats (principaux domaines)	nbre de marchés	nbre de procédures annuelles	nbre de fournisseurs	montant annuel du porte-feuille €
DSE Achats Hôteliers, Restauration, Bureautique, Paramédical, Biomédical CTI								
DST								
Pharmacie:								
Formation								
Total acheteurs								

Principaux ratios		Coût de la fonction achat	
montant d'achats par acheteur		coût acheteurs	
nbre marchés (lots) par acheteur		coût bureau des marchés	
montant moyen annuel par marché (lot)		Total acheteurs	
nbre de lignes de commande / gest. Achat		acheteurs / montant achats	
montant portefeuille / nbre factures		coût agents d'achat	
nbre de factures / gest. Achat		Total personnels achats	
		personnel / montant achats	
		Autres coûts (estimés)	

Source : Alain Mourier, Directeur des Services économiques, CHU Nantes