



EHESP

**Elèves Directrices et Directeurs
d'hôpital**

Promotion : **2018 – 2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

**« Faire, faire faire ou faire avec » : la
stratégie en matière d'achat
confrontée à la réalité, l'exemple du
marché des transports sanitaires au
Groupe Hospitalier du Havre**

Arthur COFFIGNIER

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Jean-Pierre Babonneau, Directeur Achats, Hôtellerie et Logistique et maître de stage, pour sa disponibilité et son précieux soutien tout au long de cette année de stage.

Mes remerciements vont également à Monsieur Régis Chapon, responsable des transports sanitaires au Groupe Hospitalier du Havre, et à toute l'équipe des transports, pour m'avoir apporté l'aide et les éléments dont j'avais besoin pour construire ce mémoire.

Je remercie également Monsieur Martin Trelcat, chef d'établissement, pour m'avoir accueilli dans l'équipe de direction et m'avoir permis de prendre part à de nombreux projets ainsi que toute l'équipe de direction pour sa bienveillance.

Enfin, je remercie Monsieur Olivier Gérolimon pour son aide dans la construction de ce travail et ses conseils avisés.

Sommaire

Introduction	1
1 Le marché comme opportunité : la stratégie en matière d'achat à travers l'exemple du futur marché de transport sanitaire	7
1.1 Les aspects théoriques de la stratégie en matière d'achat hospitalier et son application au domaine des transports sanitaires suite à ses évolutions récentes	7
1.1.1 La doctrine institutionnelle en matière d'achat hospitalier	7
1.1.2 Les motivations de la réforme de l'article 80 et les apports de la stratégie en matière d'achat.....	8
1.2 L'inclusion du marché des transports sanitaires dans la stratégie d'achat	10
1.2.1 L'analyse des précédents marchés de transport sanitaire du Groupe Hospitalier du Havre.....	10
1.2.2 La description de l'environnement havrais en matière de transport sanitaire	11
2 La définition d'un marché cible à travers l'analyse de l'organisation de la fonction transport sanitaire.....	15
2.1 Le bouleversement des transports sanitaires et l'identification d'une nouvelle orientation stratégique pour le marché des transports sanitaires.....	15
2.1.1 L'orientation stratégique du marché : d'un achat critique à un achat simple	15
2.1.2 Le diagnostic de la répartition des rôles entre équipe interne et prestataire extérieur grâce aux apports de l'analyse de données.....	18
2.2 Le recueil des besoins et des objectifs en matière de transport sanitaire.....	21
2.2.1 Une nouvelle répartition des rôles et des tâches aux bénéfices des deux partenaires	21
2.2.2 L'esquisse du futur marché	24
3 Le marché et ses contraintes : garantir la pertinence d'une stratégie quand les conditions d'un marché évoluent, la réponse organisationnelle aux difficultés relationnelles avec les entreprises de transport sanitaire	28
3.1 Prendre en compte les aléas et les difficultés dans la relation de marché et anticiper sur les réponses et les difficultés attendues.....	28
3.1.1 L'échec prévisible de la négociation et des objectifs assignés au marché de transport sanitaire.....	28

3.1.2	Les obstacles internes à l'hôpital et leurs répercussions sur la poursuite des objectifs du marché.....	31
3.2	Redéfinir des objectifs de marché et apporter une réponse organisationnelle aux difficultés en matière de transport sanitaire	35
3.2.1	La réorientation des objectifs assignés au marché, préalable à une réorganisation interne	35
3.2.2	Les propositions pour réorganiser et améliorer la qualité de la fonction transport en s'appuyant sur le redéploiement des ressources internes	36
	Conclusion.....	39
	Bibliographie.....	41
	Bibliographie.....	41
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
CCAP : Cahier des Clauses Administratives Particulières
CCTP : Cahier des Clauses techniques Particulières
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
EI : Evènements Indésirables
GHH : Groupe Hospitalier du Havre
GHS : Groupe Homogène de Séjour
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
MCO : Médecine - Chirurgie- Obstétrique
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PHARE : Performance hospitalière pour des achats responsables
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TDE : Transport Définitif (supplément)
TES : Transports sanitaires à charge des Établissements de Santé
TPMR : Transport des Personnes de Mobilité Réduite
TSE : Transport Séance (supplément)

Introduction

« Changer ainsi à propos, c'est ce que les hommes, même les plus prudents ne savent point faire, soit parce qu'on ne peut agir contre son caractère, soit parce que, lorsqu'on a longtemps prospéré en suivant une certaine route, on ne peut se persuader qu'il soit bon d'en prendre une autre. Ainsi l'homme circonspect, ne sachant point être impétueux quand il le faudrait, est lui-même l'artisan de sa propre ruine. Si nous pouvions changer de caractère selon le temps et les circonstances, la fortune ne changerait jamais. »

Nicolas Machiavel, *Le Prince* (1532), trad. Gohory, Folio Classique, 2015.

Les achats hospitaliers représentent plus de 18 milliards d'euros, soit un montant supérieur aux achats de l'Etat (hors armement)¹. Les autorités de tutelle des hôpitaux ont donc cherché à piloter ce poste de dépense, le deuxième plus important à l'échelle des établissements après celui de la masse salariale². Pour aider à la structuration de la fonction achats au sein des hôpitaux, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé début octobre 2011 le programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE). Ce programme, comportant plusieurs éléments dont le plus connu est le projet ARMEN, dispositif lancé par vagues successives s'étalant de mars 2012 pour la « vague 1 » à mars 2019 pour la plus récente, la « vague 6 ». L'objectif des différentes vagues ARMEN est à la fois d'assister les établissements dans la mise en œuvre concrète d'une réforme et de les aider à mieux maîtriser leurs dépenses en matière d'achat.

Le principe de ces différentes vagues repose sur l'identification de sujets d'actualité liés aux achats ou sur le ciblage de postes de dépenses particuliers au sein des hôpitaux puis d'établir à travers eux des actions prioritaires à mettre en œuvre dans les établissements hospitaliers. Cela peut passer par plusieurs modalités, comme la diffusion de bonnes pratiques, la publicité d'exemples d'actions à forte valeur ajoutée mis en œuvre dans tel ou tel établissement lié à des secteurs d'achat précis et identifiés comme prioritaires, ou la transmission de doctrine en matière d'achat³. Le public visé à travers ce programme est assez large puisqu'il ne concerne pas que les directeurs des achats en poste mais aussi leurs collaborateurs directs au sein de leur direction, du responsable des achats à l'acheteur en passant par le contrôleur de gestion achat. Il intéresse aussi les ingénieurs biomédicaux, des responsables logistiques, des pharmaciens, des administrateurs de centrale d'achat etc. Nous essayerons d'utiliser ces différentes ressources et de les appliquer à un exemple concret qui constitue le fil rouge de mémoire.

¹ Plaquette PHARE - <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/achats-hospitaliers-10860/phare>

² Ibidem

³ Voir pour des exemples de « livrables » le site : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/achats-hospitaliers-10860/article/le-projet-armen#ARMEN-la-vague-6>

Si la fonction achat des hôpitaux publics a récemment intégré une mutualisation de ses ressources au sein des GHT et une nouvelle codification du droit de la commande publique, ses principes de fonctionnement et ses objectifs sont, eux, restés les mêmes.

Les procédures d'achat doivent garantir la satisfaction des besoins des utilisateurs et la prise en compte d'objectifs de qualité, dans un souci global d'efficacité et d'efficience économique. Elles permettent aussi aux hôpitaux d'accéder aux dernières innovations technologiques tout en assurant la continuité de leur activité. C'est la poursuite de tous ces objectifs qui définit la stratégie en matière d'achat laquelle, *in fine*, doit chercher à dégager le maximum de valeur pour chaque opération ou chaque marché mené par l'hôpital. En matière d'achats hospitaliers, les autorités régulation œuvrent auprès des établissements pour le renforcement de leur fonction achat pour inscrire leurs actions dans un cadre national unifié et en cohérence avec les dynamiques territoriales. Ces incitations et ces recommandations s'appuient sur un cadre théorique dense qui permet d'enrichir la réflexion et l'analyse des relations entre les offreurs et les demandeurs qui, ici, prennent les traits d'un hôpital et de ses fournisseurs.

L'activité d'un hôpital public est en effet influencée par ses relations contractuelles avec l'extérieur, notamment avec des entreprises privées, qui interviennent régulièrement dans les *process* internes, du domaine médical au domaine logistique. Cette interdépendance public/privé nourrit la réflexion stratégique en matière d'achat puisqu'elle soulève fréquemment la question de l'externalisation/internalisation de certaines fonctions. Elle oriente ainsi une partie de la commande publique et des formes que peut prendre la coopération avec le privé.

Pour chaque fonction exercée par l'hôpital, le triptyque « faire », au sens faire soi-même, « faire faire », au sens de déléguer, ou « faire avec » au sens de répartir le travail entre plusieurs entités, peut ainsi s'appliquer. Seules les activités dites « cœur de métier » ne seraient pas externalisables, sans que pour autant leur identification soient aisées, tout dogmatisme en la matière étant à proscrire⁴.

A cet égard, la réforme du financement des transports sanitaires de 2018 constitue un moment charnière intéressant d'un point de vue de la stratégie en matière d'achat.

Cette réforme transfère la charge de certaines dépenses de transports de l'assurance-maladie aux hôpitaux. Ce transfert de charges oblige les hôpitaux, d'une part à chercher à

⁴ Voir à cet égard le Numéro 586 de Gestions Hospitalières de mai 2019

contenir cette augmentation de leurs dépenses *via* les futurs marchés de transports sanitaires et d'autre part à revoir l'organisation de leur fonction transport. Les conclusions de la « mission flash » de l'IGAS de février 2019 concernant la mise en œuvre de la réforme de l'article 80 évoquent en effet la nécessité « *révolution copernicienne* » à mener pour les établissements concernant leurs prestations de transport. Certains d'entre eux ont par exemple envisagé d'internaliser cette prestation pour faire face à l'augmentation des dépenses induites par la réforme. Ce qui était auparavant, pour beaucoup d'établissements, largement dévolu au privé pourrait être, dès lors, intégré à l'activité interne de l'hôpital.

A ce premier bouleversement s'ajoute aussi l'édification progressive d'une fonction achat au niveau du GHT, auquel chaque marché doit désormais s'intégrer, non sans difficulté. La fonction achat d'un établissement support, comme celui du Havre, doit alors être en mesure d'apprécier les enjeux territoriaux de chaque marché pour proposer une méthodologie et des outils maximisant les gains achats à l'ensemble du GHT. Les différents marchés de transports sanitaires à l'échelle des GHT peuvent offrir un exemple de réussite, ou non, sur ce point.

C'est dans ce contexte que la question du futur marché des transports sanitaires s'est posée au Groupe Hospitalier du Havre tout au long de ma période de stage. L'actuel marché arrivant à échéance en février 2020, l'année 2019 est l'occasion de mener une réflexion sur le futur de l'organisation des transports sanitaires et la répartition des rôles entre l'hôpital et les prestataires extérieurs, un an après la mise en œuvre de la réforme. Si la situation peut être très différente d'un établissement à l'autre (présence ou non d'une équipe interne de transport de patient ou de biens, tissu des entreprises privées de transports sanitaires, relations avec ces prestataires, établissement partie ou support de GHT), la temporalité de la réforme et celle du marché sur mon lieu de stage donnent le temps d'élaborer une stratégie en matière d'achat et de tracer l'avenir de cette fonction au sein de l'hôpital du Havre.

Mon mémoire explore ces enjeux. En effet, un de mes dossiers de stage concernait l'évaluation de l'impact de la réforme de l'article 80 et ses conséquences en matière organisationnelle. Ce dossier « au long cours » a été l'occasion de se glisser dans la peau d'un directeur des achats et de la logistique et d'essayer d'apporter une réponse à un bouleversement important de l'économie générale d'une fonction logistique essentielle. Par ailleurs, d'autres dossiers qui m'ont été soumis ont concerné de près ou de loin des questions relatives à l'externalisation ou au périmètre dévolue à l'intervention d'entreprises privées. Ces autres dossiers concernaient une grande variété de sujets, allant de l'externalisation du bionettoyage à la téléradiologie en passant par la conciergerie. Les

difficultés et interrogations soulevées lors de la conduite de ces dossiers m'ont permis d'apprécier la diversité des situations en matière d'achat comme d'organisation interne de certaines fonctions.

Ce mémoire est construit autour de trois axes, dont le fil rouge sera une interrogation sur les frontières mouvantes de l'externalisation, examinées principalement à travers l'exemple de la fonction transport sanitaire.

En effet, les appels au recentrage des hôpitaux sur leur « cœur de métier » se multiplient, essentiellement pour des raisons financières mais aussi pour des raisons qualitatives, qui supposent qu'il vaut mieux externaliser une fonction lorsque la plus-value de sa gestion en interne est incertaine. C'est dans ce cadre que ce mémoire entend proposer une analyse de la manière dont pourrait s'opérer ce partage des rôles en matière de transports sanitaires dans un établissement tel que le Groupe Hospitalier du Havre.

Ce mémoire s'appuie sur un de mes dossiers de stage. Ce dernier a été l'occasion d'éprouver une méthode en matière de stratégie d'achat, de l'appliquer au marché des transports sanitaires, et d'essayer de la faire opérer. Néanmoins, les complications liées à ce marché en pleine mutation ont rendu impossibles à court terme le partage des rôles et les objectifs prévus et fixés initialement.

Ce dossier a cependant été riche d'enseignements sur l'exercice de la fonction de directeur des achats et de la logistique. S'il est possible « faire avec » un prestataire, en matière d'achat, il convient aussi de « faire avec » les circonstances et les événements. En l'espèce, bien qu'une stratégie d'achat et un marché cible, fondés sur les besoins des utilisateurs et les données produites par l'hôpital, aient pu être établis, les difficultés relationnelles avec les prestataires de transport sanitaire et les problématiques internes à l'établissement ont exigé de revoir les ambitions du marché et l'organisation de la fonction transport.

Dès lors le plus important en matière de stratégie d'achat est de savoir ajuster en permanence la réponse aux événements et aux péripéties communes aux établissements hospitaliers. *In fine*, si les formes aussi bien que les frontières de la coopération public/privé peuvent toujours changer, cela ne doit pas empêcher de viser, en permanence, la meilleure satisfaction des besoins d'un hôpital au moindre coût.

Aussi et de façon plus générale, comment bien définir une stratégie en matière d'achat ? A quelles conditions garantir sa pertinence ? Et comment permettre son adaptation aux

conditions changeantes et au contexte local du marché fournisseurs et de l'établissement client ?

Le mémoire entend répondre à ces questions en s'organisant autour de trois grands axes :

- Le premier dessine le marché des fournisseurs comme une opportunité à inscrire dans une stratégie en matière d'achat (I)
- Le second définit un marché cible qui permettrait de répartir les rôles en matière de transports sanitaires en poursuivant des objectifs d'optimisation financière et d'amélioration de la qualité (II)
- Le troisième prend en compte les contraintes inhérentes à l'environnement et aux circonstances dans lesquels évoluent un établissement hospitalier et propose une réponse organisationnelle aux difficultés prévisibles de l'édification du marché (III)

Présentation du Groupe Hospitalier du Havre

Il est important de comprendre le positionnement du GHH pour saisir les flux de transports de patients qui irriguent son activité.

Le GHH est un établissement sanitaire de 1545 lits, répartis sur trois sites :

- Le site principal est le site « Jacques Monod ». Il contient les services d'hospitalisation, les urgences et la maternité.

- Le site « Flaubert » est en centre-ville. C'est un site dédié au SSR et à l'USLD. C'est par ailleurs un site de consultation de spécialistes. Il possède par ailleurs un plateau technique de radiologie et de biologie.

- Le site Pierre Janet est lui aussi situé en centre-ville. C'est le siège de l'hôpital psychiatrique. L'importance de l'activité psychiatrique fait qu'il existe en outre de nombreux petits sites dédiés aux consultations.

Le GG est support du GHT « estuaire de la Seine » avec les établissements de Fécamp, de Lillebonne, de Pont-Audemer et de Saint-Romain-de-Colbosc.

Il est le deuxième plus grand établissement de la Haute-Normandie après le CHU de Rouen.

Point de méthodologie :

En termes de calendrier, le mémoire suit l'évolution du dossier qui m'a été confié en stage. De janvier à fin mars, je réalise l'étude de l'impact de l'article 80. De mars à juin, j'élabore une proposition en matière d'évolution souhaitable du marché. De juin à août, face aux difficultés avec les prestataires je me concentre sur la réponse à y apporter.

Par ailleurs, si je n'ai pas réalisé d'entretiens conformes à la méthode en matière de recherche, j'ai assisté à des réunions et recueilli témoignages et avis relevant davantage du partage d'expérience professionnel. J'utiliserai donc ces derniers dans ce mémoire sans leur donner la solidité d'un entretien sociologique.

Enfin, je voulais éviter de faire une monographie. Ainsi j'ai cherché à l'enrichir le plus possible d'autres dossiers que j'ai pu traiter en parallèle de celui-ci afin d'effectuer des analyses complémentaires pour pouvoir mieux orienter mon travail et mes recommandations. C'est la raison pour laquelle je fais des points ou des focus sur des sujets éloignés en apparence des transports sanitaires, mais comparables dans les réflexions qu'ils suscitent le positionnement de la fonction achat et des marchés.

1 Le marché comme opportunité : la stratégie en matière d'achat à travers l'exemple du futur marché de transport sanitaire

1.1 Les aspects théoriques de la stratégie en matière d'achat hospitalier et son application au domaine des transports sanitaires suite à ses évolutions récentes

1.1.1 La doctrine institutionnelle en matière d'achat hospitalier

Plusieurs vagues d'ARMEN concernent la stratégie en matière d'achat et le sujet des transports sanitaires.

En matière de stratégie, le dispositif ARMEN a permis de diffuser dans les établissements hospitaliers des techniques, des connaissances et des outils relatifs aux achats, prenant souvent leur source dans des pratiques existantes au sein des entreprises privées, en les adaptant ensuite aux procédures de marchés publics. En particulier, la « vague 6 » concentre un grand nombre de ses sujets prioritaires à la stratégie en matière d'achat. Parmi ces sujets, le dispositif cible des éléments sur l'analyse en coût complet⁵, de la réflexion sur les décisions « *make it or buy* »⁶ (« *le faire ou l'acheter* ») ou sur « *les techniques métier de l'acheteur en amont* »⁷, à l'intérieur desquelles on trouve des focus sur les analyses de Porter, la matrice de Kraljic, la matrice BCG etc. Tous ces éléments permettent de mieux orienter leurs décisions en matière d'achat car ils offrent aux établissements des moyens de mieux se positionner sur un marché donné ou sur une fonction particulière. Nous les définirons et les utiliserons au fur et à mesure dans ce mémoire, car ils nous permettront de nourrir notre analyse sur le marché des transports sanitaires et sur les évolutions souhaitables de la fonction transport au sein du Groupe Hospitalier du Havre (GHH).

Le cadre législatif et financier des transports sanitaires a été récemment bouleversé rendant plus pressant encore les recommandations ARMEN sur ce sujet. En effet, dès 2014 la « vague 4 » ARMEN avait identifié le secteur des transports sanitaires comme un segment d'achat spécifique à fort enjeux en y associant des actions à mettre en place dans les établissements. A cette date, les dépenses de transports sanitaires à la charge des

⁵ ARMEN vague 6 - Les bonnes pratiques d'achat en coût complet

⁶ ARMEN 6 Recentrage des achats sur leur coeur de métier *make or buy* Livrable long

⁷ ARMEN vague 6 « Techniques métier de l'acheteur en amont » Livrable Long

établissements représentaient alors près de 250 millions d'euros sur près de 4 milliards au niveau national⁸.

1.1.2 Les motivations de la réforme de l'article 80 et les apports de la stratégie en matière d'achat

Depuis 2016, suivant les conclusions de la revue de dépenses relatives aux transports sanitaires⁹, l'orientation générale prise par les pouvoirs publics est bien de « *transférer l'enveloppe budgétaire de l'assurance maladie aux établissements de soins* »¹⁰. Les transports sanitaires étaient en 2016 le deuxième poste de dépenses de Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville, après les médicaments d'officine¹¹. Or, si les établissements hospitaliers sont de forts prescripteurs de transports sanitaires (60 % des trajets et 63% des dépenses de transport remboursables par l'assurance maladie ont comme origine une prescription hospitalière¹²), ils ne payaient directement que 10% du montant total des PHEV de transports (250 millions d'euros sur les 2,7 milliards de dépenses de transport de l'enveloppe de soins de ville¹³).

C'est sur la base de ce diagnostic et de cette contradiction que le gouvernement a mis en œuvre la réforme du financement des transports pour patients via l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, laquelle transfère la charge de certains transports de l'assurance-maladie aux établissements hospitaliers¹⁴. La réforme de « l'article 80 » a donc rendu encore plus pressante la mise en œuvre des actions et orientations recommandées dans la « *vague 4* » ARMEN puisqu'elle a fait doubler les dépenses de transport sanitaires en faisant porter leur montant à 15% des dépenses placées sous la responsabilité financière des établissements contre 7% précédemment¹⁵, soit environ 700 millions d'euros.

Nous pouvons nous appuyer sur tous ces éléments pour mener notre analyse stratégique du marché des transports sanitaires en l'appliquant au Groupe Hospitalier du Havre. En

⁸ ARMEN vague 4 « Transports sanitaires » Livrable long

⁹ Les transports sanitaires - Revue de dépenses 2016 - P.Lesteven et E.Robert (IGAS) –T.Wahl (IGF) – P-E.Grimonprez (IGA)

¹⁰ ibidem

¹¹ Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016 et les évolutions depuis 2004. Points de repère n° 49, février 2018 – Assurance maladie

¹² Les transports sanitaires – Revue de dépenses, p35

¹³ Ibid, p34

¹⁴ Pour plus de précisions sur le périmètre et le transfert de charges induit par la réforme nous renvoyons à la Note d'information N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017

¹⁵ Note d'information N° DSS/SD1A/DGOS/R2/2018/259 du 13 novembre 2018 relative à la mise en œuvre de la réforme du financement des transports pour patients (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017).

particulier, l'utilisation de la matrice de Kraljic peut révéler les transformations de la fonction transport et pourquoi elle revêt une importance qu'elle avait moins auparavant. La matrice de Kraljic¹⁶ est un outil de cartographie d'un portefeuille d'achats utilisé en entreprise pour classer leurs achats dans quatre catégories générales : les achats leviers, simples, stratégiques et critiques.

Synthétiquement, une matrice de Kraljic s'organise de cette façon :

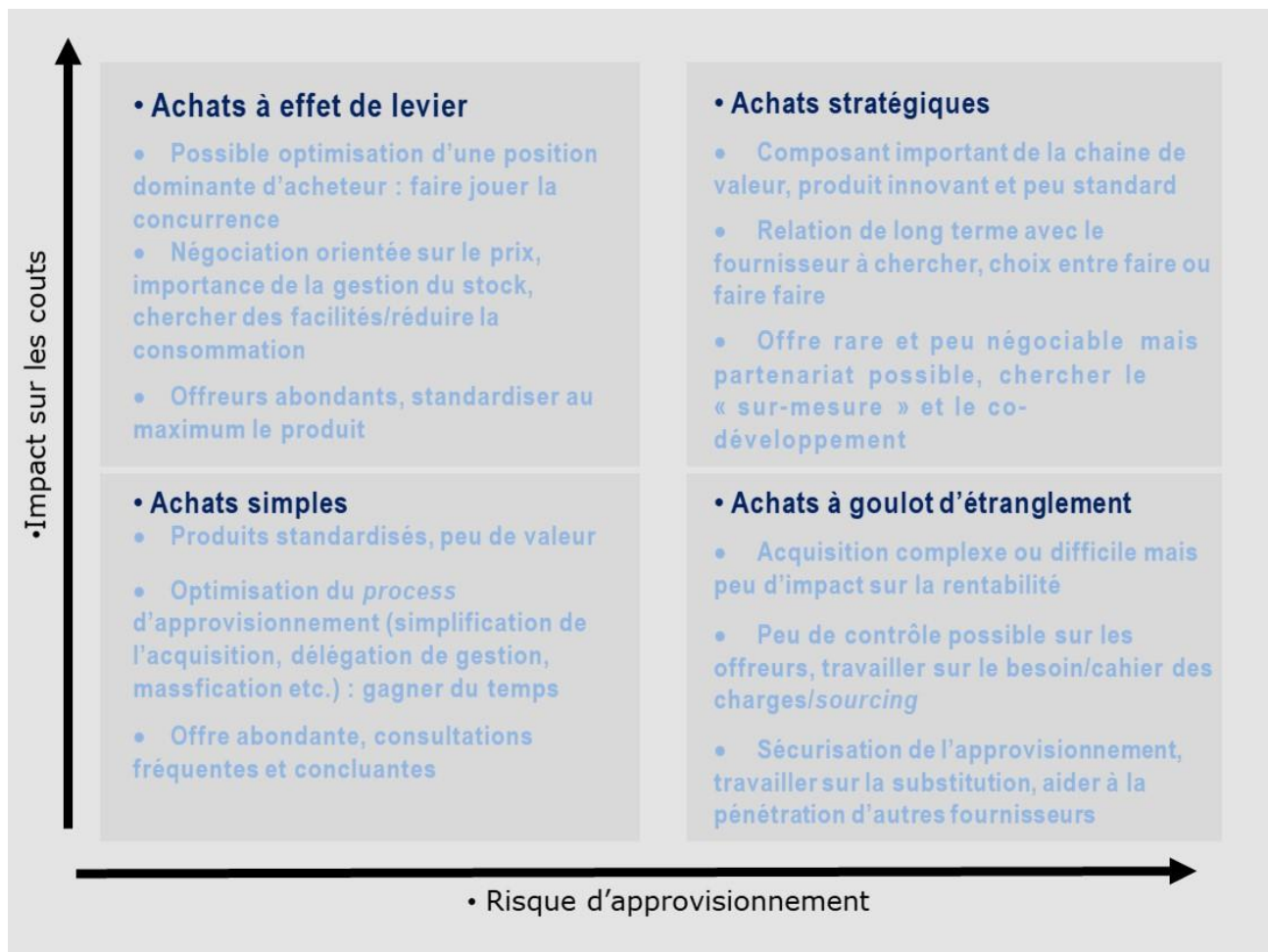


Figure 1- Matrice de Kraljic

Ces catégories se répartissent en fonction, d'une part du risque d'approvisionnement de tel produit ou de la complexité du marché et d'autre part du poids de ce produit les coûts/recettes de l'entreprise. A chacun de ces types de marché est associé des recommandations et des enjeux en termes de stratégie de négociation, de relation avec les offreurs ou de manière d'appréhender la ressource à acheter, qui prend en compte les caractéristiques du produit dont il est question. Cette matrice de Kraljic est assez peu connue et peu utilisée au sein du monde hospitalier (Kraljic, Porter et BCG ne sont jamais utilisés par +50-60%, et non connus par 20-25% des répondants à l'enquête réalisé durant

¹⁶ Voir annexe 1 pour plus de précision sur la matrice de Kraljic

la vague 6 ARMEN¹⁷). Elle est pourtant bien utile car elle permet à l'établissement de se positionner dans sa stratégie d'achat et de faire le lien entre ce qu'il est possible d'obtenir d'un fournisseur et comment s'organiser pour l'obtenir, y compris en révisant certains *process* internes.

1.2 L'inclusion du marché des transports sanitaires dans la stratégie d'achat

1.2.1 L'analyse des précédents marchés de transport sanitaire du Groupe Hospitalier du Havre

Le marché des transports sanitaires pourrait être placé dans les achats à goulot d'étranglement au sens de la matrice de Kraljic, comme nous allons le voir à travers l'analyse de l'actuel marché et de l'environnement havrais en matière de transport.

L'établissement est d'abord structurellement placé dans une situation de dépendance vis-à-vis de ses fournisseurs. L'équipe de transport sanitaire interne au GHH ne se consacre qu'aux transports à la charge de l'établissement, c'est-à-dire, sous le régime d'avant l'article 80, qu'aux transports inter établissements non définitifs et non pris en charge par l'Assurance-maladie. En revanche, les équipes ne prennent pas en charge les retours à domicile par exemple, composante majoritaire des transports sanitaires commandés par un hôpital. L'équipe interne ne peut pas non plus s'occuper de l'ensemble des transports à la charge de l'établissement car elle n'est pas suffisamment dimensionnée pour couvrir ce besoin à elle seule. Dès lors, l'établissement est obligé de traiter avec des partenaires extérieurs pour assurer la fonction transport.

L'historique des marchés traduit bien par ailleurs cette situation de dépendance et le peu de contrôle que l'établissement a sur les sociétés avec lesquelles il traite.

Les précédents marchés couvrent les périodes 2012-2016 et 2016-2020. Tous deux sont des appels d'offre à bons de commande dont l'allotissement distingue trois lots : le transport sanitaire de patient, le transport par taxi et le transport d'analyses biologiques.

Les lots ont été attribués aux mêmes prestataires, cinq sociétés d'ambulance (Ambulances de l'Estuaire, Centrale Ambulance, Harfleur Ambulances, Ambulances Havraises, Sainte-Adresse Ambulances) regroupée en un groupement l'ATSH-TSU qui a répondu au nom de toutes ces sociétés. Il faut par ailleurs souligner que trois de ces sociétés (Centrale

¹⁷ ARMEN vague 6 « Techniques métier de l'acheteur en amont » Livrable Long, p23

Ambulance, Ambulances Havraises et Sainte-Adresse Ambulances) sont dirigées par une même personne. Concernant les lots de transports par taxi et les transports d'analyses biologiques, ils ont été tous les deux attribués à une même société de taxi locale : Radio Taxi. En matière de marché de transports sanitaires, les prestataires n'ont donc pas changé entre ces deux marchés.

En revanche, les conditions tarifaires se sont dégradées entre les deux marchés au détriment du GHH. L'historique du premier marché faisait déjà ressortir des négociations compliquées entre le GHH et les sociétés d'ambulances, au point d'avoir abouti à une rupture des négociations de marché avant de parvenir finalement à un accord. *In fine*, le marché s'était conclu sur un accord remise de prix de 3% octroyé par Harfleur Ambulances, 4% pour Ambulances de l'Estuaire et 5% pour les autres sociétés en référence aux tarifs préfectoraux en vigueur. Le dernier marché s'est en revanche soldé par une remise de seulement 1% sur ces mêmes tarifs. Aucune remise n'a été concédée concernant les VSL. En ce qui concerne les tarifs concédés pour les autres lots par la société de taxis, ils sont forfaitisés en fonction d'un trajet type (exemple : de tel site à tel site) et ont augmenté d'environ 5% entre les deux marchés. Les prestataires ont donc gagné en pouvoir de marché entre les deux marchés.

L'équilibre et l'historique des marchés traduit donc une situation de dépendance de l'établissements vis-à-vis de ses fournisseurs dont il ne peut se passer. Cette situation trouve en grande partie son origine dans la rareté de la ressource en matière de transport sur le territoire du GHH.

1.2.2 La description de l'environnement havrais en matière de transport sanitaire

Le paysage havrais en matière de transport est en effet peu dense et cette tension rend la ressource rare et chère. Le département de la Seine-Maritime est marqué par des disparités dans la répartition des entreprises d'ambulances en particulier sur le territoire havrais. De l'aveu même des interlocuteurs interrogés sur mon lieu de stage (responsable des transports et responsable logistique), si les autorisations et agréments d'ambulances, octroyées et consolidées au niveau départemental par l'ARS et la préfecture sont assez nombreuses pour couvrir le besoin du département, elles sont mal réparties entre les deux grandes agglomérations de Seine-Maritime : Rouen et Le Havre.

Le nombre d'entreprises de transports sanitaires est ainsi deux fois plus élevé sur le territoire du GHT « Rouen Cœur de Seine » avec 45 entreprises contre 14 sur le territoire

du GHT « Estuaire de la Seine » avec Le Havre comme établissement support¹⁸ pour un total de 95 entreprises en Seine-Maritime. Pourtant, en termes de population, le territoire du GHT de Rouen regroupe environ 500 000 habitants contre 400 000 pour celui du Havre¹⁹. Le différentiel en termes d'entreprises locales de transport est donc important.

Ce problème se rajoute à celui de la fragmentation importante des entreprises de transport. Cela se reflète dans la rentabilité moyenne des entreprises du département : alors que la Seine-Maritime est le 15^{ème} département en termes de nombre d'entreprises de transports sanitaires et que leur chiffre d'affaire cumulé place la Seine-Maritime en 10^{ème} position en France, leur rentabilité est plus faible que la moyenne des entreprises du secteur et davantage encore si on compare la Seine-Maritime aux départements les plus denses en entreprises de transport²⁰. *A contrario*, les entreprises taxi de Seine-Maritime sont les plus rentables de France²¹ de près de 13 points supérieurs à la moyenne nationale. Nous verrons par ailleurs que contrairement à un grand nombre d'établissements hospitaliers, le GHT n'est pas contraint par un manque réel de VSL au niveau local : les entreprises locales de taxi comptant dans leurs flottes un grand nombre de VSL assurant les transports de patients assis. Il y a donc un problème d'allocation de ressources en particulier pour les ambulances, au détriment de l'établissement mais aussi des entreprises elles-mêmes.

Pour synthétiser, comme dans la partie précédente, nous pouvons utiliser une analyse des forces concurrentielles de Porter²². Ce modèle est souvent utilisé par les entreprises pour les aider à se positionner sur leur marché. Il permet de mesurer l'influence de cinq forces (ou six selon les sources) qui déterminent les rapports de force sur un marché et permet ainsi à ces firmes de prévoir la part de profit qu'elles peuvent espérer tirer de l'équilibre du marché.

¹⁸ Calcul issu des données publiques d'immatriculations d'entreprises

¹⁹ Source Insee et le site de cartographie : <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=home>

²⁰ Revue de dépenses - Les transports sanitaires – 2016 citée précédemment p194

²¹ Ibidem p197

²² How Competitive Forces Shape Strategy - Michael E. Porter

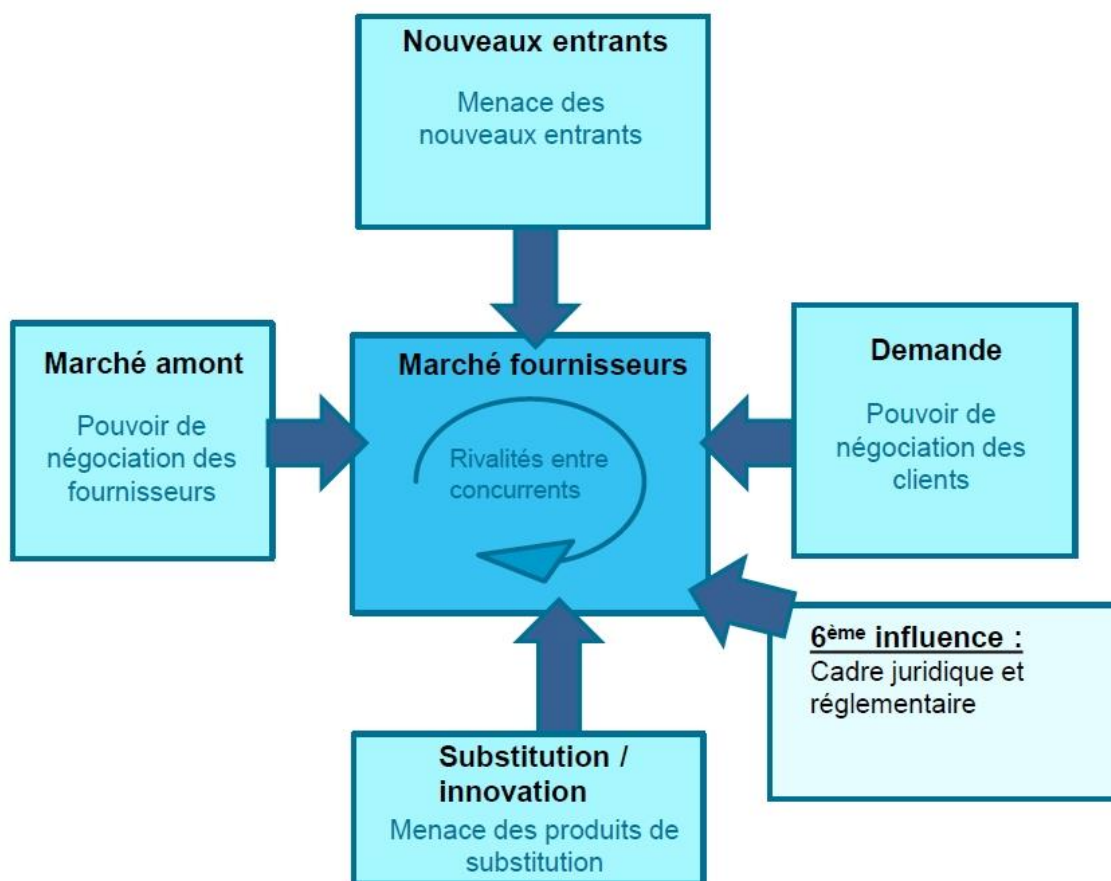


Figure 2 - Les forces concurrentielles de Porter

En adoptant le point de vue des entreprises du secteur des transports sanitaires on peut ainsi montrer qu'elles sont dans un environnement favorable, pas nécessairement à leur croissance mais du moins à la préservation de leur part de marché :

- Les nouveaux entrants : ils sont peu nombreux. Le secteur des transports sanitaires est un secteur administré et régulé par les autorités publiques. Il faut obtenir un agrément délivré par l'ARS et une autorisation de circulation auprès de la préfecture pour pouvoir exploiter une ambulance. Les obligations sont moins lourdes en matière de transport par VSL mais ce type de véhicule est aussi moins rentable pour les entreprises. Par ailleurs, le métier d'ambulancier est une profession réglementée sanctionnée par un diplôme d'Etat et par une formation elle-même soumise à quotas et à des conditions spécifiques (durée de permis, formation premier secours, coût entre 4000 et 5000 euros). Du fait de la contrainte des agréments et des autorisations les entreprises sont limitées structurellement dans leur croissance. Les nouveaux entrants sur le marché local seraient plutôt des grands groupes de transport qui chercheraient à s'étendre en rachetant des entreprises locales (Keolis

santé, Carius, Jussieu etc.) et les marges seraient à trouver dans la maximalisation de la rentabilité de leur véhicule et de leurs courses.

- Substitution/innovation : par définition, il n'y a pas de réelle substitution au transport de patients. Quant à la marge d'innovation, elle est peut-être de réduire ces transports grâce au développement de la télémédecine ou des téléconsultations. Mais il serait hasardeux compter sur leur développement pour réduire les transports.
- Le pouvoir de négociation des fournisseurs. Il existe un grand fournisseur en France l'entreprise « Les Dauphins » qui représente 56% du marché national²³. De manière générale, un véhicule armé et préparé pour le transport sanitaire peut coûter jusqu'à trois fois plus cher que le même véhicule vendu tel quel à des particuliers (une ambulance de type B neuve peut coûter jusqu'à 100 000 euros par exemple). Cependant, la plupart des entreprises de transport achètent des véhicules d'occasion pour constituer leurs flottes. Les investissements à faire peuvent donc être plus ou moins importants selon le positionnement de gamme de l'entreprise de transport.
- Le pouvoir de négociation des clients. Comme nous l'avons vu plus haut, elle est réduite : les prix étaient jusqu'à récemment réglementés, la demande peu élastique et les incitations à rationaliser les prescriptions assez faibles étant donné la complexité et l'éclatement de la régulation de ce secteur. Les hôpitaux sont en outre très souvent dépendants des entreprises locales de transport, y compris pour les transports passés sous leur responsabilité depuis l'article 80.
- Le cadre juridique et réglementaire : il est changeant depuis 2016 et risque de l'être encore pour les prochaines années. Ce cadre mouvant est propice à la défense d'un *statu quo* pour les entreprises de transport et à une méfiance envers la montée en puissance de la responsabilité des hôpitaux, partenaires moins fiables selon elles que l'assurance-maladie et ses délais de paiement plus courts par exemple.
- La concurrence intra-sectorielle : elle est souvent peu développée car les entreprises de transports ont tendance à se réunir pour répondre à des marchés publics par ensemble ou à se fédérer dans des groupes plus larges. C'est le cas au Havre comme nous l'avons vu plus haut. L'article 80 a encore accentué cette tendance en nourrissant des réflexes protectionnistes.

En tout, les entreprises locales ayant contracté avec le GHH disposent de 19 véhicules (10 ambulances, 2 mulets et 7 VSL) et 42 agents contre 9 véhicules pour l'équipe interne de l'établissement (4 ambulances, 5 VSL) et 14 agents.

²³ Chelles. Les Dauphins, des ambulances plus confortables pour les malades - https://actu.fr/ile-de-france/chelles_77108/chelles-dauphins-ambulances-plus-confortables-malades_16799707.html

Tous ces éléments font de la ressource en transport une ressource rare et indispensable au fonctionnement d'un établissement hospitalier. C'est la définition même d'un « achat à goulot d'étranglement » dont l'objectif principal, pour l'acquéreur, est de sécuriser au maximum son approvisionnement et d'éviter de se froisser avec son fournisseur. C'est la pire situation possible pour un acheteur dans la mesure où elle réduit fortement ses marges de manœuvre. Nous allons maintenant voir ce qu'il est possible de faire lorsqu'un tel type d'achat se présente à un établissement et essayer de dessiner un marché cible qui permet de faire face à cette difficulté dans le cadre d'une stratégie d'achat.

2 La définition d'un marché cible à travers l'analyse de l'organisation de la fonction transport sanitaire

2.1 Le bouleversement des transports sanitaires et l'identification d'une nouvelle orientation stratégique pour le marché des transports sanitaires

2.1.1 L'orientation stratégique du marché : d'un achat critique à un achat simple

Les conditions et l'équilibre du marché de transports sanitaires, nous l'avons vu, permettent de ranger ce dernier dans la catégorie des achats à goulot d'étranglement. La réforme de l'article 80 a par ailleurs augmenté la criticité de ce marché puisqu'elle a abouti à un transfert de charges de la CPAM au GHH. Si l'on suit la matrice de Kraljic, ce type d'achat pourrait basculer dans la catégorie des achats stratégiques, catégorie qui, en matière de stratégie d'achat, suppose de nouer un partenariat au long cours et de rechercher le co-développement d'une solution avec le fournisseur.

Mais considérer trop facilement qu'un achat soit étiqueté « stratégique », dès lors qu'il comporte des enjeux financiers importants, comporte le risque de diluer une grande partie des achats dans un « tout » stratégique et d'occulter certains objectifs plus précis qui pourraient être assignés à leur stratégie d'approvisionnement.

Une comparaison avec d'autres types d'achats permet de mesurer l'écart entre un achat réellement stratégique et un marché tel que celui des transports. L'externalisation de l'hébergement des données d'un établissement, par exemple, peut avoir d'importantes conséquences pour un établissement : forte réduction des investissements nécessaires au maintien aux normes des infrastructures, diminution des effectifs dédié à la maintenance informatique lourde, passage à une DSI prestataire de service, lien avec les éditeurs à

redéfinir (car beaucoup ont des partenariats avec des hébergeurs ou sont eux-mêmes hébergeurs) et migration logiciel à anticiper. De même, l'externalisation du bionettoyage a un impact lourd en termes de ressource humaines avec de nombreux mouvements de personnel à prévoir (fins de contrat, reclassements, suppression de postes etc.), un dialogue social conflictuel, un cahier des charges très précis quant à la prestation attendue et un contrôle qualité lourd à mettre en place. Ces enjeux sont largement plus complexes qu'une évolution de périmètre et qu'un glissement des dépenses, même s'ils ne sont évidemment pas à négliger.

En définitive, si l'article 80 a changé la nature des relations entre les établissements et les entreprises de transport sanitaires en opérant un transfert de responsabilité et en obligeant ces deux acteurs à collaborer plus directement, elle n'a pas changé fondamentalement la nature des prestations en question. Par conséquent l'enjeu de ce marché, dans le contexte actuel de bouleversement du secteur et eu égard à l'environnement local en matière d'entreprises de transport, serait plutôt de le faire passer de la catégorie des « achats à goulot d'étranglement » à celui des « achats simples », c'est-à-dire à le « normaliser » en réduisant son caractère contraint et en simplifiant au maximum ses procédures d'acquisition, pour l'intégrer au mieux dans l'activité de l'établissement.

Plusieurs autres éléments plaident pour cette orientation stratégique :

La relativisation des conséquences financières de la réforme de l'article 80. Cette dernière, comme nous l'avons souligné précédemment, a induit un transfert de charges de l'Assurance-maladie aux établissements hospitaliers. Mais celui-ci reste mesuré à l'heure actuelle. En ce qui concerne le GHH, les dépenses de transport ont fortement augmenté : elles sont passées d'une moyenne de 10 260 € par mois à une moyenne de 34 395 €²⁴. Mais cette augmentation des dépenses a été compensée par un transfert d'une enveloppe budgétaire des soins de ville aux établissements hospitaliers, qui, dans le cas du GHH, compense intégralement et même davantage l'impact de la réforme (+100 000 euros).

Cependant, bien que l'impact de la réforme ait été neutre, cette compensation ne couvre pas toutes les dépenses de transports car le delta entre dépenses et recettes associé est de – 30 000 euros en année pleine. Par ailleurs, les chiffres montrent que les dépenses de transport ont tendance à croître d'une année à l'autre et qu'elles risquent encore d'augmenter puisque les tarifs conventionnels ne constituent plus une référence juridique opposable et que les transporteurs protestent contre la non-revalorisation depuis plusieurs

²⁴ Ces chiffres sont issus de données internes à l'établissement et du suivi du compte 6243

années²⁵. Enfin, si les suppléments sont aujourd'hui suffisants, rien ne garantit qu'ils le soient encore dans le cadre de la prochaine campagne tarifaire. Mais le GHH ne sort pas finalement pas perdant de cette réforme, ce qui le place dans une position moins contrainte vis-à-vis de leurs fournisseurs. Il y a donc un espace pour activer le maximum de levier permettant de contenir et réguler cette dépense.

Le deuxième élément à prendre en compte est la complexification du marché. Indéniablement, la réforme de l'article 80, *via* le transfert de responsabilité financière entre l'assurance-maladie et les établissements hospitaliers, a élargi le spectre du marché de transport du point de vue des hôpitaux. Au GHH, alors que les deux précédents marchés avaient été conclus avec six entreprises différentes en tout, les demandes en matière de transport étaient parfois si importantes ou si particulières que les entreprises du marché n'étaient pas forcément capables d'y répondre. L'établissement était donc forcé à faire du hors-marché. Ce hors-marché est par ailleurs courant en matière de marché à bon de commandes. Mais celui-ci a fortement augmenté avec la réforme de l'article 80. Si l'on suit les données de facturation, 13 entreprises avaient adressé au moins une facture au GHH était de 13 en 2018 contre 30 en 2019. Le hors-marché place l'établissement dans une position délicate d'un point de vue financier, puisque les prestations hors marché ne sont pas remisées, et d'un point de vue juridique, avec le risque qu'un contrôle d'une Chambre Régionale des Comptes pointe le hors-marché comme un élément de mauvaise gestion. Au-delà du hors marché, se pose aussi la question de la multiplication des avenants, destinés précisément à le couvrir et dont la rédaction est chronophage pour le travail d'une cellule achat.

Enfin, dernier élément, l'édification de la fonction achat de GHT, rend nécessaire la centralisation et la consolidation des besoins à l'échelle d'un même territoire. La prochaine échéance de marché est l'occasion d'effectuer ce recensement et de couvrir juridiquement l'ensemble des établissements. Par ailleurs, porter un marché élargi offre aussi l'assurance pour un établissement d'être mieux positionner face aux fournisseurs en réduisant la fragmentation de la demande et en globalisant l'offre, ce qui peut rééquilibrer les relations de marché.

Il conviendrait donc de faire rentrer ce marché dans la normalité et de chercher une formule qui puisse permettre d'optimiser au mieux les dépenses de transport du GHH.

²⁵ Des ambulanciers mobilisés contre l'« ubérisation » de leur profession – lemonde.fr
Arthur COFFIGNIER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2019

2.1.2 Le diagnostic de la répartition des rôles entre équipe interne et prestataire extérieur grâce aux apports de l'analyse de données

Pour ce faire, il est d'abord nécessaire d'analyser finement les données d'activité et établir un diagnostic de l'organisation de la fonction transport à l'échelle de l'établissement. Les données utilisées sont issues d'une extraction de l'outil de commandes de transport du GHH. Cet outil centralise toutes les commandes de transport incluses dans le périmètre de l'article 80. Les transports à la charge de la CPAM (retour à domicile pour l'essentiel) sont encore commandés directement dans les services et ne seront donc pas analysés ici.

Nous présenterons les principaux éléments sur les données d'activité. Au lieu de ne présenter que des tableaux j'ai préféré utiliser des outils de data visualisation pour en faciliter la lecture²⁶.

Sur l'année, 65% des commandes de transport ont été prises en charge par l'équipe interne. Mais on peut voir qu'en octobre 2018, soit la date d'entrée en vigueur de l'article 80, le nombre de commandes prises en charge par les prestataires privés doublent et que la tendance serait à un partage des rôles équitables²⁷. Cependant il ne s'agit pas d'une croissance pure des commandes de transport mais bien d'un changement de périmètre : les transporteurs réalisaient déjà ces courses, mais elles étaient directement traitées par les services de soins et facturées à l'assurance-maladie.

Cette représentation permet de visualiser quels sont les trajets-types (de tel site à tel site) les plus fréquemment pris en charge par les deux différentes équipes. Les équipes internes du GHH ont un champ d'action plus large que les prestataires : si l'activité se concentre essentiellement autour des trois sites Monod, Flaubert et Janet, les équipes internes sont amenés à prendre des patients dans des sites plus divers que les prestataires privés comme en témoigne l'aire du rectangle plus large que celle des équipes externes.

²⁶ Les tableaux de données d'activité sont en annexe 2

²⁷ Voir annexe 2

Nombre de trajets par trajet-type - Equipe interne du GHH

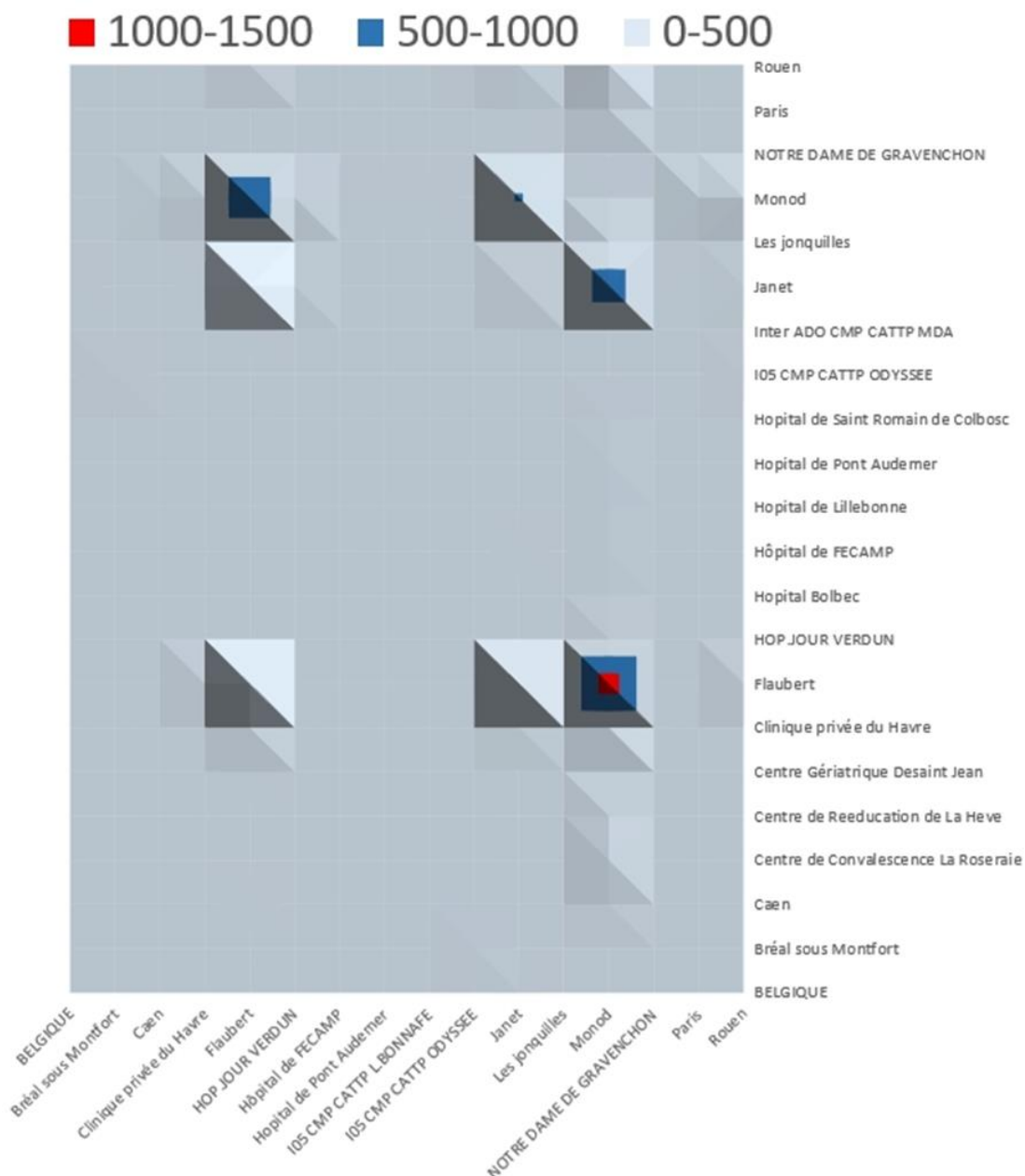


Figure 3 - Une visualisation des flux de transport en fonction des trajets

Nous pouvons analyser finement la façon dont se répartit concrètement le partage des rôles et la charge de travail des équipes depuis la mise en œuvre de l'article 80 et cibler des gisements d'optimisation pour construire le marché autour d'une cible d'organisation.

Les transports de patients ont ainsi majoritairement lieu à deux heures charnières, 10h et 14h, ce qui correspond aux heures de visite des médecins et de leurs prescriptions. L'équipe interne réalise cependant proportionnellement davantage de transport à 14h qu'à 10h, en raison du renfort d'une équipe d'ambulancier qui commence chaque jour à 12h pour finir à 19h. Par ailleurs, on remarque que les entreprises privées complètent l'absence de l'équipe interne aux horaires de nuit pour des transferts en grande partie liées à des

prises en charge dans des unités d'urgences (transferts des urgences adultes aux urgences psychiatriques par exemple).

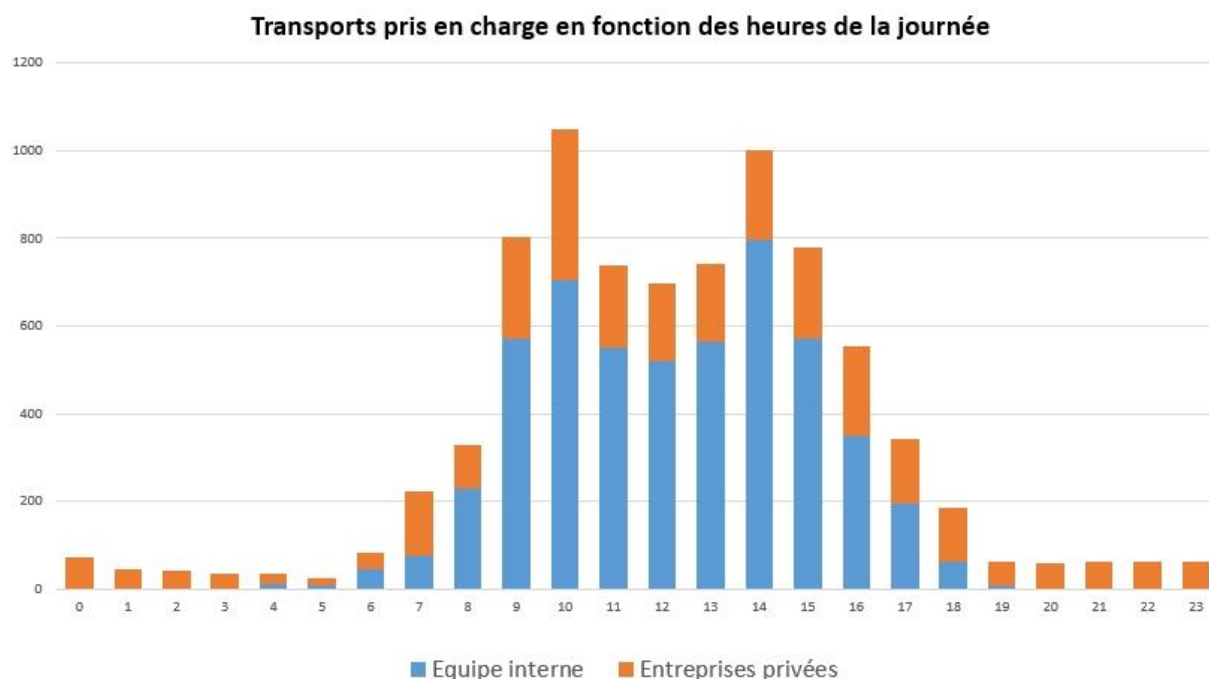


Figure 4 - Répartition des commandes de transport entre équipe interne et entreprises privées en fonction des heures de la journée

Concrètement les effets de la mise en œuvre de l'article 80 se reflète dans le partage des rôles²⁸. Le nombre de commandes de transport à attribuer par le régulateur a fortement augmenté puisqu'auparavant elles étaient gérées par les services. Si les commandes de VSL sont restées stables même après la réforme (environ 314 par mois), le nombre de commandes d'ambulance a lui fortement augmenté, de près de 200 commandes supplémentaires par mois depuis octobre. Mais la stabilité des commandes de VSL masque le fait qu'elles sont davantage octroyées aux prestataires privés comme le montre troisième graphique. C'est une bonne nouvelle puisque cela s'est accompagné d'un recentrage des équipes internes sur les commandes d'ambulance, comme le montre la croissance des commandes honorées par les équipes internes depuis octobre 2018. Ainsi, pour éviter une plus forte augmentation des dépenses de transport depuis l'article 80, les équipes du GHH ont pu faire évoluer leur activité et profiter de la bonne réactivité des entreprises de VSL pour se décharger d'une partie de l'activité moins rentable. L'enjeu du marché est donc davantage celui de la régulation prix/volume des ambulances.

²⁸ Pour ne pas alourdir le corps du mémoire de grands graphiques nous renvoyons à l'annexes page 4, 5, 6 et 7 pour la présentation des données en grand format.

Du côté des ambulances privées²⁹, nous pouvons remarquer que les transports aux horaires de nuit (20h/8h) restent stables sur l'année, ce qui tend à faire de ce type de prises en charges des prises presque programmées, en tout cas anticipables bien qu'elles proviennent souvent des services d'urgences comme nous l'avons souligné. Sachant que ces transports sont majorés (leurs tarifs sont augmentés de +75%), cela constitue une source de revenus importante pour les entreprises de transport. Mais en l'absence de gardes assurées par les équipes internes, cette dépense restera contrainte pour l'établissement, sans pour autant croire trop fortement étant donné les faibles volumes en question.

En revanche, la forte augmentation des commandes d'ambulance prises en charge par les entreprises privées pose question. C'est cette augmentation qui est à la source de l'augmentation des dépenses de transport car elle correspond à doublement voire à un triplement du volume certains mois par rapport aux volumes d'avant l'article 80. L'objectif concret du marché devrait dès lors d'essayer de réduire au maximum les prix de ce type de transport, sachant que les tarifs préfectoraux ne sont plus une référence pour la définition des tarifs du marché. Nous allons voir comment, en le conjuguant avec d'autres objectifs assignés au marché.

2.2 Le recueil des besoins et des objectifs en matière de transport sanitaire

2.2.1 Une nouvelle répartition des rôles et des tâches aux bénéficiaires des deux partenaires

Le marché pourrait offrir l'occasion de revoir une répartition des rôles au bénéfice de la rentabilité de l'activité de l'équipe interne du GHH. Plusieurs éléments plaident en ce sens. La réforme de l'article 80 associe un tarif censé couvrir le coût du transfert, les forfaits pour transfert définitif ou pour séance. Ce tarif est fixe et ne dépend pas du nombre de kilomètre parcouru, contrairement au coût d'un transport en ambulance qui lui est proportionnel à la distance, par référence aux tarifs conventionnels de l'assurance-maladie, qui régissent encore l'actuel marché. Un calcul simple permet de déterminer un « seuil de rentabilité kilométrique », c'est-à-dire un nombre de kilomètre parcouru au-delà duquel le forfait TDE/TSE ne couvre plus les tarifs conventionnels. S'agissant du GHH, il se situe à 36 km autour du site Jacques Monod³⁰. Les établissements partis du GHT se situent au-delà de cette limite. Ce qui signifie qu'un transport assuré par les entreprises privées au-delà de

²⁹ Annexe 2 – tableau 4

³⁰ Voir annexe 3 1) Etude sur les coûts comparés pour le détail de l'étude économique

cette limite sera nécessairement couteux pour l'établissement. *A contrario*, tout transport en deca de cette limite permet de générer un gain net (c'est ce qui explique le pourquoi des gains dans le périmètre de la réforme de l'article 80).

Il existe par ailleurs un cout caché à la course longue : celui des courses non faites et déléguées aux prestataires privés. Traditionnellement, d'après les témoignages du responsable logistique et du responsable des transports du GHH, l'équipe interne de l'établissement se concentre sur les trajets longs et « pénibles » d'une part en raison du coût important qu'ils peuvent représenter (un aller-retour Le Havre – Paris en ambulance coute entre 1000 et 1100 euros aller/retour) et d'autre part pour garantir une certaine qualité de prestation aux patients, ces trajets pouvant être refusés de nombreuses fois avant de trouver preneur dans le privé et donc faire attendre le patient et le service. Chaque course longue assurée par l'équipe interne empêche donc un équipage de réaliser des petites courses plus rapides et plus rentable. Comme le montre le graphique en boite à moustache³¹, plus le nombre de courses longues, c'est-à-dire de course au-delà de 35 km est important par jour, moins l'amplitude maximale de trajet est importante.

La réforme comme le marché appellent ainsi à reposer la question de la répartition des rôles et du travail entre les équipes internes et les prestataires extérieurs : faut-il que les équipes internes se concentrent sur les trajets courts, pour faire le maximum de courses par jour en déléguant les trajets longs aux entreprises privées, ou faut-il faire l'inverse ? Pour mener cette étude comparative il faut déterminer une règle de substitution entre trajets longs et trajets courts puis appliquer cette règle avec les données d'activité.

Trajet-type	Temps de trajet moyen (temps de prise en charge patient compris = 30 minutes) ³²	Nombre moyen de trajets par jour
Agglomération havraise (13km autour de Monod)	50 minutes	13,80
Etablissements-parties (30/45km)	1h15	1,2
CHU Rouen/Caen (95km)	1h45	2,6
Paris (194km)	3h	0,20

³¹ Voir Annexe 4 – Impact des trajets longs sur le nombre de trajet total effectué par jour

³² D'après les témoignages des équipes de transport et données issues des factures des prestataires privés qui mesurent précisément le temps

On peut dès lors déterminer faire une conversion avec les trajets en agglomération comme base :

- Un trajet vers Paris équivaut à 3,6 trajets en agglomération ;
- Un trajet vers le CHU de Rouen ou de Caen vaut 2,1 trajets en agglomération
- Un trajet vers un établissement-partie vaut 1,5 trajet en agglomération

En se basant sur les données d'activité et sur des hypothèses réalistes, nous pouvons affirmer que si les équipes internes n'effectuaient aucun trajet vers Paris et vers Rouen/Caen, elles pourraient donc faire au maximum 3 courses en agglomération en plus par jour soit 90 courses par mois. De leur côté, les entreprises privées pourraient absorber un trajet quotidien vers Rouen (une marge qui correspond aux données réelles d'activité pour ne pas inventer de trajet fictif) et un trajet vers Paris par semaine. Inversement, dans l'hypothèse où les équipes internes ne se concentreraient plus que sur les trajets longs, le GHH déléguerait au privé ces 90 courses et pourrait récupérer une course quotidienne vers Rouen et une par semaine vers Paris (sauf si elles ont lieu la nuit).

De fait, cette redistribution des cartes entraîne un effet de substitution dont on peut mesurer les gains économiques. En choisissant le temps de prise en charge comme unité d'œuvre et non le kilomètre³³, nous pouvons réaliser une comparaison des coûts du privé par rapport au coût de l'équipe interne pour un même trajet³⁴. La conclusion de l'étude est claire : plus les équipes internes se dédient aux trajets longs vers les CHU ou Paris en déléguant les trajets courts aux entreprises locales, plus les gains en termes de « moindre dépenses » sont élevés, environ 80 000€ pour l'estimation la plus optimiste et 35 000€ pour l'estimation pessimiste³⁵. En effet, si pour les trajets courts (mobilisant une équipe et une ambulance pendant 50 minutes) l'équipe interne est légèrement plus coûteuse que le même trajet réalisé dans les conditions tarifaires actuelles du marché, la relation s'inverse à mesure que les kilomètres et les temps de trajet augmentent³⁶. La structure de prix induite par les tarifs réglementés, à laquelle les entreprises privées se référaient jusqu'alors pour facturer leur prestation aux établissements, leur permet de garantir une marge constante par kilomètre parcouru qu'elles facturent. Ce n'est pas le cas pour l'équipe publique : plus elle roule, plus le prix au kilomètre chute car pour elle le coût d'un trajet n'est pas proportionnel au kilométrage mais au temps de trajet.

³³ Pour mener cette étude de comparaison de coût entre trajets réalisés par les équipes internes et ceux réalisés par les prestataires privés je me suis inspiré des réflexions de cet article : Calcul des coûts d'un service de transport hospitalier en TDABC de Nicolas Petit et Charles Ducrocq publié dans *Gestion et management public* (2017)

³⁴ Voir Annexe 3 - Etude économique et comparaison des coûts entre l'équipe interne et les prestataires extérieurs

³⁵ Voir annexe 4 pour le détail de l'étude.

³⁶ Voir annexe 3 pour une comparaison graphique des prix des trajets

Nous pouvons croiser ces données avec les données du DIM et la notion de seuil de rentabilité kilométrique et proposer une répartition des rôles qui maximiseraient les gains pour le GHH. En effet, 95% des transferts vers les établissements de SSR, qu'ils soient publics ou privés, donnent lieu au versement d'un supplément, contre seulement 20% des transferts vers les sites du GHH. Ce qui signifie que les transferts définitifs en SSR sont très « rentables » du point de vue du GHH. Mais il ne serait pas réaliste de proposer aux entreprises privées de ne faire que des transferts vers des établissements SSR. Le besoin en matière de transfert de patient est en effet un jeu à somme nulle : si les entreprises privées ne prennent pas en charge les transferts vers les sites du GHH, ce sont les équipes internes qui devront le faire, et inversement. Le total du montant des suppléments pour transfert dépend des prescriptions médicales, et non de l'activité des équipes de transport. Néanmoins, eu égard à la comparaison des coûts, si les trajets courts délégués aux entreprises privées étaient consacrés entièrement au SSR, les gains au nouveau partage des rôles seraient maximaux.

2.2.2 L'esquisse du futur marché

In fine le nouveau partage des rôles correspond bien à l'esprit de la réforme qui tend à couvrir les charges des établissements pour les trajets les plus communs. Il incite les équipes internes à se concentrer sur les trajets les plus coûteux pour le GHH et à déléguer au privé les trajets les plus rentables. En outre, rien n'empêche les équipes internes de faire des trajets en agglomération quand les difficultés l'imposent.

Mais l'étude économique repose sur des hypothèses et des références issues de l'ancien marché. Les conditions tarifaires ont évolué, en particulier avec la fin des tarifs réglementés. Le nouveau marché sera l'occasion de renégocier les tarifs, sans faire référence à une grille réglementaire. Il est dès lors important de faire de la nouvelle répartition des rôles et du marché un moyen d'éviter une augmentation trop importante des tarifs, même s'il faut s'y attendre.

Plutôt que de proposer un allotissement par type de transports (transports sanitaires de patients, transports par taxi et transports d'analyses biologiques) comme dans les anciens marchés et de se voir opposer une réponse qui distingue les transports par ambulance et par VSL, la fin des tarifs réglementés suite à la réforme invite à allotir de façon plus innovante. L'allotissement du nouveau marché pourrait s'inspirer des forfaits prévus pour les prestations de taxi, établis une base de trajet-type. Le marché pourrait être dès lors alloti par trajet-type (trajet Monod/Flaubert, Monod/Fécamp etc.) ou globalisé par catégorie

(trajet en agglomération, trajet intra GHT trajet Monod/CHU etc.), y compris par référence à un rayon d'action, par exemple les trajets dans un rayon de 15 km (qui correspondent à peu près aux trajets en agglomération), de 50 km etc. Cet allotissement prend en compte la réalité du travail des équipes de transport qui réalisent presque toujours les mêmes trajets de façon routinière. Il permettrait de standardiser les prestations au maximum et simplifierait aussi la gestion des factures. Il répondrait ainsi à l'objectif de « normalisation » de ce marché, tel que nous l'avons proposé ci-dessus.

Il serait ainsi possible de négocier le coût d'une prestation transport avec les prestataires locaux, par exemple en fixant comme norme un prix de 75 euros pour un trajet en agglomération, sachant que dans les conditions actuelles les entreprises sont payées 71,41€ pour un Monod/Janet ou un Monod/Flaubert, 76€ pour un Monod/SSR en sortie du Havre. La majoration de nuit pourrait elle-aussi être re-négociée. En outre, le constat, largement partagé, d'une sous-utilisation des VSL et de leur remplacement non pertinent par des trajets en ambulance, doit en effet une partie de son origine à la faible rentabilité de ce type de transport pour les entreprises de transport, eu égard à la faiblesse des tarifs réglementés. Le nouveau prix d'un transport en VSL pourrait être lui aussi revalorisé pour inciter les transporteurs à y recourir davantage, et les mettre en concurrence avec les entreprises de taxi locales. Une règle simple, du type un transport en VSL équivaut à la moitié du prix d'un transport en ambulance, serait de nature à remplir ces objectifs d'incitation à l'utilisation des VSL et permettrait *in fine* de réduire encore plus les dépenses de transport pour le GHH, les transports en VSL étant largement moins coûteux (et plus rapides) que les transports en ambulance. Cette plus grande utilisation de la flotte de VSL permettrait en outre de combler le manque de véhicules sanitaires au niveau local.

En allotissant par trajet-type, nous pourrions aussi introduire davantage de concurrence, y compris pour les trajets longs, en allant débaucher des entreprises de Rouen ou de Paris par exemple (même si cette perspective reste un peu hasardeuse). Enfin, l'allotissement pour des trajets intra-GHT ou des trajets longs pourrait aussi intéresser des entreprises proches des établissements partis ou des CHU. En s'organisant, elles pourraient réduire leur trajet à vide en faisant un aller avec un patient vers le GHH et un retour avec un autre patient en direction de l'établissement partie ou du CHU.

La réflexion en matière de partage des rôles prend donc appui sur des objectifs partagés en matière de gains économiques. Les entreprises de transport ont intérêt à se voir attribuer des courses simples et rapides en agglomération havraise car cela leur permet de réduire leur temps de transport à vide, principal indicateur de la rentabilité de leur activité, par la multiplication des allers-retours dans un petit rayon. Elles pourront de la sorte se voir

garantir la prise en charge d'une grande partie de l'activité programmable de l'hôpital, sans chercher à faire porter au GHH un cout exorbitant pour les transports longs qui impliquent pour elle un long retour à vide.

Ce partage des rôles offre aussi des perspectives d'amélioration partagée de la qualité de la prestation fournie. En plus du temps de transport à vide, un autre « temps mort » de l'activité de transport est lié au temps de prise en charge des patients avant transport. Il correspond au temps nécessaire pour récupérer le bon de transfert ou les divers formulaires, déplacer le patient en fauteuil ou en brancard, attendre éventuellement qu'il soit prêt etc. En augmentant les transports longs pour les équipes internes du GHH, on réduit mécaniquement ce temps incompressible puisqu'elles ont moins de patient à prendre en charge et on augmente ainsi le temps où ces ambulanciers sont sur la route, c'est-à-dire là où ils sont plus rentables. On transfère dès lors la charge de ce temps mort aux entreprises privées qui, si elles veulent maximiser leurs gains, devraient être intéressées à sa réduction. Ce temps de prise en charge est variable, mais il représente en moyenne, un temps incompressible d'environ 30 minutes par patient.

Un marché doit répondre au mieux à un besoin exprimé en interne en garantissant la qualité d'une prestation au meilleur coût. En matière de transport, les services du GHH ont été invité à exprimer leurs griefs vis-à-vis des entreprises ou des équipes de transport, notamment via le signalement d'évènements indésirables mais aussi de réunions. En matière de signalements, 54 évènements indésirables concernant les transports ont été déclarés, dont 25 pour les entreprises extérieures. C'est peu mais de l'aveu même de certaines cadres de santé, les retards ou les incivilités, par exemple, sont peu déclarés eu égard à une certaine lassitude et aux faibles conséquences de ces déclarations. Par ailleurs, le partage des rôles entre service de soins et les ambulanciers privés n'incitent pas non plus à la dénonciation. Ces derniers s'occupent en effet des bons d'entrée des patients. S'aliéner les équipes de transport, personnes avec lesquelles les infirmières travaillent depuis parfois de nombreuses années, c'est aussi prendre le risque de devoir reprendre une tâche que ces dernières estiment faire en plus, pour aider les services de soin.

Face au risque de sous-qualité, de dégradation de l'image de l'hôpital et de l'organisation des soins, le marché des transports sanitaires actuel prévoit des sanctions. Mais celles-ci ne sont presque jamais appliquées d'une part pour les raisons évoquées ci-dessus d'autre part parce qu'il est difficile d'établir la responsabilité en matière de retard par exemple : le patient n'est parfois pas prêt quand les ambulanciers sont là, parfois ce sont les ambulanciers qui arrivent en avance etc.

Pour le futur marché il pourrait être intéressant pour les deux partenaires de s'engager sur des objectifs communs en matière d'amélioration de la qualité au lieu de prévoir des sanctions qui risquent de ne jamais s'appliquer. Les gisements de simplification et de standardisation se situent souvent dans la phase d'exécution des marchés, en particulier pour les marchés à bons de commande. Le partage des rôles proposé pour le futur marché, mutuellement bénéfique aux deux partenaires, invite à travailler en commun sur l'amélioration du *process* de transport de patient dans sa globalité et pour tout type de trajet. Avec davantage de transport de patient à réaliser sur des trajets courts, les temps morts seront encore plus coûteux pour les entreprises de transport.

En termes de partage des rôles sur le volet qualité, elles auraient à leur charge l'optimisation du *process* de sortie pour les transports en agglomération. Ces dernières pourraient ainsi être incitées à recourir à des transports partagés en VSL pour pouvoir répondre au besoin et développer leur rentabilité, sans y être contraintes de manière directe. De la même manière, la charge de transfert de patient vers les établissements du GHT, du CHU ou vers Paris serait peut-être mieux gérée si elle était presque entièrement dévolue aux équipes internes. Ces dernières pourraient ainsi faire des navettes entre Monod et Rouen en transférant définitivement certains patients et en profitant du temps passé à Rouen par exemple pour récupérer des patients de retour de séance ou de consultation. L'équipe interne pourrait bénéficier des liens particuliers entre le GHH et le CHU de recours pour faire des prestations sur-mesure sur des transports particulièrement coûteux autrement.

La relation client/fournisseur pourrait enfin s'appuyer sur un *reporting* régulier d'indicateurs de qualité. Il pourrait s'agir du taux de rupture de prise en charge patient qui comptabiliserait le nombre de patient non disponible à l'arrivée des transporteurs privés. Un indicateur plus simple serait le taux de prise en charge sans bon de transport, qui oblige les équipes à revenir à vide pour récupérer ce bon. Enfin, un taux de commande incomplète (manque de précision sur les modalités de déplacement du patient) ou à prescription changeante (entre deux destinations, entre deux types de véhicule etc.) pourrait aussi être partagé. Des échanges réguliers sur ces différents indicateurs pourrait ainsi nourrir un dialogue avec le fournisseur et garantir un partage équitable des améliorations à apporter au *process* de transport.

Articulé autour d'une stratégie cohérente en matière d'achat, le nouveau marché de transport sanitaire est l'occasion de sortir d'une situation critique en matière d'approvisionnement et de relation client/fournisseur. La définition d'un marché cible qui permettrait d'améliorer les conditions financières du marché et de progresser en matière de qualité de prestation donne corps à cette stratégie gagnant-gagnant pour les deux parties.

Mais pour pouvoir saisir cette opportunité et revoir le partage des rôles encore faut-il avoir face à soi des partenaires extérieurs réceptifs et une organisation capable de s'adapter à ces évolutions de périmètre. En matière d'achat, « faire avec » implique aussi de faire avec les circonstances et faire avec ce qui est disponible. Face aux difficultés il faut garantir la pertinence de la stratégie en matière d'achat, quitte à faire évoluer les formes de la réponse apportée aux bouleversements induits par une réforme.

3 Le marché et ses contraintes : garantir la pertinence d'une stratégie quand les conditions d'un marché évoluent, la réponse organisationnelle aux difficultés relationnelles avec les entreprises de transport sanitaire

3.1 Prendre en compte les aléas et les difficultés dans la relation de marché et anticiper sur les réponses et les difficultés attendues

3.1.1 L'échec prévisible de la négociation et des objectifs assignés au marché de transport sanitaire

Si le modèle de marché présenté ci-dessus permettrait de sortir de la contrainte d'un marché à goulot d'étranglement encore faut-il que les entreprises de transports locales soient réceptives à cette démarche.

La préparation du marché s'est accompagnée au long du premier semestre 2019 d'une volonté d'entrer en contact avec les fournisseurs. La société Santé Mobilité Services, filiale du groupe Transdev (groupe lui-même lié à la Caisse des dépôts et à Veolia), a ainsi proposé ses services dès l'entrée en vigueur de l'article 80 et son offre « Optimos » en proposant un audit de l'organisation des transports sanitaires et une assistance à la passation de marché. Cette société est liée au réseau Carius. Ce réseau national d'entreprises de transport sanitaire entend fédérer autour d'elle un ensemble d'entreprises locales *via* des Groupements d'Intérêt Economique, formés pour proposer une réponse coordonnée à des appels d'offre. Elle propose aussi à ces entreprises des outils numériques de simplification de la régulation et de la gestion des commandes de transport, qui leur permettent de mutualiser les moyens et faire des économies d'échelle.

Carius s'est développée au moment de la mise en œuvre de l'article 80 comme d'autres groupes de transport sanitaire qui cherchent eux aussi à massifier l'offre de transport au niveau local et à créer des réseaux d'entreprises³⁷.

Le positionnement et la communication de ces groupes dans leur stratégie de développement peuvent être différents. S'agissant de Carius, la focale est mise sur la préservation de l'indépendance des sociétés de transport. Ces dernières sont encore marquées par la fragmentation comme nous l'avons vu ci-dessus, mais aussi par une identité professionnelle assimilant les chefs de ces entreprises à des « petits patrons » et des artisans, hostiles à l'arrivée de grands groupes. Le mouvement de recomposition de l'offre de transport sanitaire né du bouleversement de l'article 80 met dès lors en lumière les fragilités du secteur. Confrontés, d'une part à la fin des tarifs réglementés, avec le risque de baisse agressive des prix pratiquée par les grands groupes afin de gagner les marchés³⁸, et d'autre part à la confrontation avec un nouveau client, redouté en raison de la durée excessive de ses délais de paiement, les entreprises de transport craignent pour leur survie à court terme et se réfugient dans des attitudes protectionnistes.

C'est en particulier le cas en Normandie et en Seine-Maritime, où, aucun groupe n'est implanté pour l'instant, d'après le responsable des transports sanitaires du GHH. En revanche, le mouvement de mutualisation se poursuit dans l'environnement havrais puisque que le chef de trois des cinq entreprises de transport ayant répondu au marché qui s'achèvera début 2020 a racheté une quatrième entreprise du groupe au premier semestre 2019. Le modèle local tend donc vers celui d'un monopole à l'échelle de l'agglomération havraise. Cette orientation risque de compliquer le futur marché puisque sans la surface financière, technique et logistique d'un grand groupe, armé pour répondre efficacement à un marché et à offrir des garanties aux deux parties, il sera difficile d'aller au-delà de la reconduction de l'ancien marché.

Cette crainte s'est confirmée au long du premier semestre 2019. Un contact entre le GHH et le représentant du groupement qui avait répondu à l'appel d'offre 2016/2020 avait été pris pour préparer le futur marché. Il est resté sans réponse. Les entreprises de transport situées dans l'agglomération havraise préféreraient ainsi ne pas répondre aux sollicitations. Malgré les craintes suscitées par la réforme, elles restent dans une position favorable puisque les établissements hospitaliers ne peuvent se passer d'elles. Enfin, il faut surtout

³⁷ Keolis poursuit son offensive dans le transport sanitaire - <https://www.lesechos.fr/2017/12/keolis-poursuit-son-offensive-dans-le-transport-sanitaire-189134>

³⁸ Les ambulanciers en colère bloquent le centre de Paris - <http://premium.lefigaro.fr/social/2018/12/03/20011-20181203ARTFIG00063-les-ambulanciers-protestent-contre-une-refonte-du-financement-des-transports-sanitaires.php>

souligner que l'annonce par le gouvernement d'une « pause » dans la réforme³⁹ est aussi l'occasion pour ces entreprises de temporiser.

Cette pause de six mois est motivée par la volonté de clarifier les bouleversements induits par la réforme et de mettre en place une gouvernance de la réforme plus équilibrée, pour faire face aux critiques émanant tant des représentants des entreprises de transport que des fédérations hospitalières, privées comme publiques. La mission flash de l'IGAS recommande par ailleurs textuellement de : « *cesser les procédures en cours de notification et [de] réexaminer, au cas par cas, les procédures passées ou les mesures transitoires mises en œuvre; dans l'intervalle* » pour demander « *à titre transitoire aux acteurs de se baser sur les procédures préexistantes d'achat et de régulation, soit le recours au tour de rôle et l'application des tarifs conventionnés* ». Dès lors, toute volonté de dépasser le cadre des marchés pré-existant devient difficile.

Plusieurs autres signaux tendent par ailleurs à montrer l'échec prévisible des négociations, en particulier pour les objectifs GHT que nous avons assignés au futur marché. L'annexe 2 de la note d'information 19 mars 2018 comporte un exemple de CCAP/CCTP et des recommandations en matière d'allotissement de ce type de marché. Elle suggère en particulier d'allotir géographiquement puis par mode de transport les lots. Ce type d'allotissement a l'avantage de réduire le nombre de MAPA à gérer au niveau des différents établissements parties locaux et s'adapte bien à la réalité de l'offre en matière de transports sanitaires.

Les consultations lancées à l'été 2019 pour prolonger les marchés des établissements de Fécamp et de Pont-Audemer avant l'échéance de février 2020 n'ont pas permis d'améliorer leurs positions vis-à-vis de leur fournisseur. Les entreprises n'ont en effet pas répondu à la consultation et forcent donc les établissements à faire des marchés négociés sans publicité ni mise en concurrence. En parvenant à atomiser la position des établissements, les entreprises de transport les obligent à faire du hors marché pour parer à l'urgence et à reproduire les conditions du précédent marché.

Confrontés à une volonté de temporiser, les établissements hospitaliers ne peuvent compter sur leurs fournisseurs pour développer les objectifs assignés à leurs marchés de transport de sanitaire. Dès lors, la stratégie en matière d'achat ne peut opérer.

³⁹ CIRCULAIRE N° DSS/1A/DGOS/R2/2019/35 du 12 février 2019 relative à la mise en œuvre de la réforme du financement des transports pour patients (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017)

3.1.2 Les obstacles internes à l'hôpital et leurs répercussions sur la poursuite des objectifs du marché

Au-delà des obstacles conjoncturels, qui peuvent toujours être levés à termes, d'autres difficultés internes peuvent expliquer la difficulté à dépasser le cadre du marché actuel. La fonction achat du GHT souffre en effet de plusieurs lacunes.

La première est liée à l'absence de contrôleur de gestion achat au sein de la cellule achat du GHT. Cette absence a plusieurs conséquences en matière de stratégie d'achat. Un contrôleur de gestion achat permettrait de fiabiliser les données d'activité et les prévisions budgétaires et à travers elles, la stratégie en matière d'achat. Le travail des contrôleurs de gestion est décisif dans le suivi des prestations externalisées, non seulement parce que leurs études permettent de définir plusieurs scénarios de répartition des rôles mais aussi parce que le croisement qu'ils assurent avec les données budgétaires permet un suivi plus fin et plus fiables des éléments budgétaires d'un marché.

Il est en effet difficile d'établir des orientations stratégiques pertinentes en matière d'achat lorsque le croisement des données d'activité met à jour des incohérences et des différences en fonction des sources desquelles elles proviennent. C'est pourtant un des constats faits par la phase de diagnostic menée au cours de ce mémoire. Un des préalables au renouvellement du marché devrait ainsi être de définir les contours d'un meilleur suivi de l'exécution du marché pour éviter tout dérapage non prévu des dépenses, d'autant plus que, comme nous l'avons vu, ces dépenses ont fortement augmenté ces derniers mois. La présence d'un contrôleur achat pourrait aussi permettre de suivre les objectifs économiques assignés au marché (les gains achats par exemple) mais aussi les objectifs de qualité lié à l'exécution du marché.

La seconde lacune est liée aux difficultés de consolidation d'une cellule achat au niveau du GHT. La fonction achat du GHT Estuaire de la Seine est en effet marquée par un éclatement des agents identifiés et chargés spécifiquement de cette fonction mutualisée. Des référents existent au sein de chacun des établissements parties, mais ils n'effectuent qu'une partie de leur activité pour le compte du GHT et uniquement dans leur propre établissement. En l'absence de centralisation et d'outils communs de SI achats, il est difficile de centraliser les besoins et d'établir à travers eux une stratégie d'achat. La fragmentation des établissements hospitaliers sur ce point ne les place pas en position de force face aux fournisseurs.

Le schéma suivant permet de saisir la complexité du processus achat dans son fonctionnement au niveau du GHT⁴⁰.

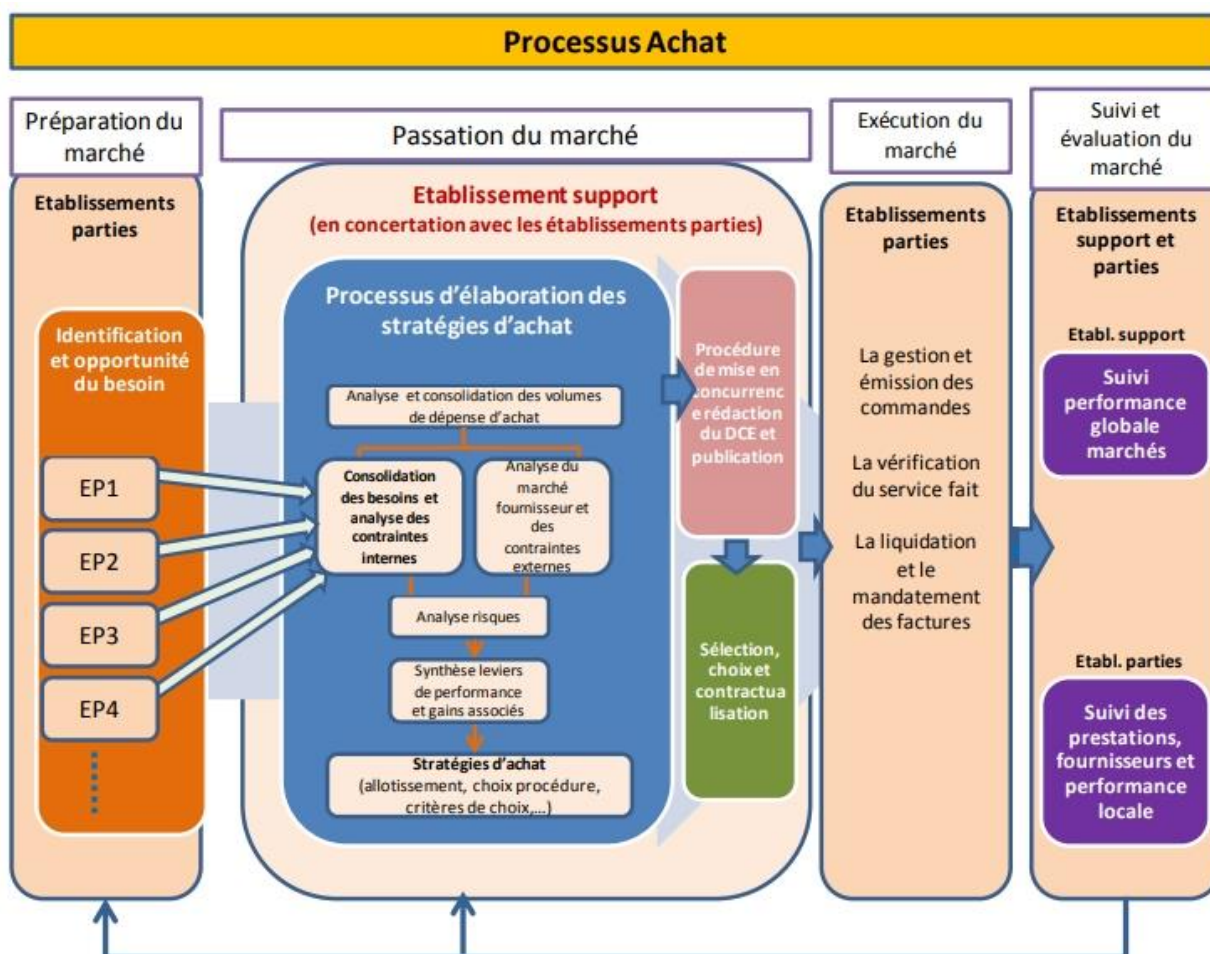


Figure 5 - La répartition des rôles en matière de processus achat au niveau du GHT

Si la répartition des rôles semble claire, les constats faits lors de mon stage montrent que les relations entre les différentes cellules achat des établissements ont du mal à s'établir à l'échelle du GHT. En particulier, chacun des établissements raisonne selon ses propres contraintes et ses propres échéances de marché. Il est dès lors difficile de vouloir établir une stratégie d'ensemble et un marché couvrant les besoins du GHT lorsque la coordination des acheteurs est marquée par une forme de défiance.

D'autres obstacles internes concernent davantage l'organisation des soins et son impact sur les flux de transport.

Nous avons en effet vu ci-dessus que les commandes de transport étaient fluctuantes en fonction des heures puisqu'elles dépendaient des horaires de visite des médecins. Ces commandes se concentrent donc entre 10h et 12h. Par ailleurs, une grande partie de ces

⁴⁰ Guide méthodologique DGOS – édition mai 2017 GUIDE LA FONCTION ACHAT DES GHT

commandes sont réalisées le jour même et ne sont donc pas anticipées selon le témoignage du régulateur des transports. Ce fonctionnement par « pic » a plusieurs conséquences. D'une part, pour faire face à l'augmentation des commandes non programmées, l'établissement doit avoir recours à du hors marché, les entreprises locales arrivant rapidement à saturation de commande à honorer. D'autre part, le caractère aléatoire des commandes empêche le régulateur de planifier et de répartir l'activité entre l'équipe interne et les prestataires externes.

Ce fonctionnement entraîne ainsi des retards de prise en charge de patient et de libération des lits d'hospitalisation avec un impact sur les services en amont, comme les urgences. S'il est possible d'agir sur la programmation de transport routinier du type dialyse ou séance, il est cependant difficile de prévoir des transferts pour consultation ou pour transfert définitif même s'ils sont prévisibles. En revanche, un salon de sortie, comme il en existe dans certains centres hospitaliers, permettrait de limiter l'impact des retards de prise en charge sur l'organisation des soins tout en garantissant des prises en charge plus rapide car localisées en un point central. La piste de la création d'un salon de sortie est plutôt à écarter concernant le GHH, les contraintes architecturales et les multiples projets de déménagement actuellement mis en œuvre limitant la réflexion en la matière. Il existe donc un obstacle structurel à la persistance des retards de prise en charge qu'un marché, même pensé comme permettant d'assurer une meilleure organisation des soins, ne pourrait obvier.

Les dépenses de transport ont comme origine des prescriptions médicales. La question du type et du choix de transport prescrit devient centrale dès lors qu'on considère le coût d'une ambulance par rapport à celui d'un VSL. La Cour des comptes a ainsi fait le constat d'une part importante de prescription de transport en ambulance non justifiées⁴¹. Des actions ont d'ailleurs été menées pour les diminuer au sein même des hôpitaux⁴². Mais le territoire havrais est moins touché par ce phénomène dans la mesure où les entreprises de taxis sanitaire mettent facilement à disposition des VSL, comme nous l'avons vu plus haut. Les médecins du GHH ne sont donc pas contraints de commander des ambulances pour faire face au manque structurel de mise à disposition de VSL par les entreprises de transport.

En revanche, dès lors qu'il s'agit d'un patient en fauteuil roulant, les médecins sont obligés de prescrire un transport en ambulance puisque ni les entreprises de taxi ni les entreprises de transport sanitaire n'ont pas de TPMR à disposition. C'est particulièrement le cas

⁴¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre XI, Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie 2012

⁴² Améliorer la pertinence des prescriptions médicales de transport sanitaire - Partenariat CHU - CPAM 35 : des résultats significatifs ! – Dossier de presse 16 février 2018

s'agissant de patients dialysés, comme en témoigne le responsable des transports. Il existe donc un espace pour l'utilisation plus pertinente de certaines modalités de transport sanitaire.

Par ailleurs, l'analyse des données et des commandes de transport a permis de mettre à jour certains faits saillant à l'origine d'une part importante des dépenses de transport, en particulier aux heures de nuit, qui entraînent l'application d'une majoration en l'absence d'équipe interne à ces horaires.

<u>Transport en horaire de nuit</u>	<u>Site d'arrivée</u>	Flaubert	Hopital de Saint Romain de Colbosc	Janet	Mono d	Pari s	Roue n	Total général
Site de départ								
SSR La Roseraie					13			13
Flaubert		1		15	75		2	95
Janet		141			106			247
Monod		27	1	202		3	4	237
Total général		169	1	217	194	3	6	592

Nous pouvons voir qu'une grande partie des dépenses d'ambulances privées concernent des transports entre les urgences adultes de Monod et les Urgences psychiatriques. Sur 592 transports en ambulance en horaire de nuit en 2018, 52% concernent des transports Monod/Janet ou Janet/Monod. Le reste des transports sont réalisés tôt le matin en direction des services de SSR ou de dialyse.

L'importance de ce type de transport pose question. Elle peut révéler un problème d'adressage et de parcours de patient : ces patients sont-ils bien orientés initialement par le SAMU ? Pourquoi ne sont-ils pas gardés par les services dans lesquels ils arrivent au départ ? De manière générale, quelles sont les incidences des protocoles de prises en charges aux urgences adultes sur les urgences psychiatriques (et inversement) en termes de transport ?

Ainsi, les difficultés internes et relationnelles ont des conséquences sur les dépenses de transport au sens large. Ces difficultés ne pourront pas être résolues du seul fait du futur marché de transport, surtout si les entreprises de transport décident de ne pas répondre

aux consultations. La stratégie d'achat doit dès lors s'adapter à ces aléas conjoncturels et à des faiblesses structurelles et réorienter les moyens mis au service de ses objectifs.

3.2 Redéfinir des objectifs de marché et apporter une réponse organisationnelle aux difficultés en matière de transport sanitaire

3.2.1 La réorientation des objectifs assignés au marché, préalable à une réorganisation interne

La nouvelle distribution des rôles rendue possible via le nouveau marché semble ainsi compromise. Mais elle n'invalide pas pour autant les constats et les orientations définies précédemment. Si le marché de février 2020 ne permet pas de réallouer efficacement les moyens entre acteurs publics et privés, rien n'empêche l'établissement de réfléchir à une réorganisation interne propre à satisfaire ses besoins et à réduire l'impact de la réforme de l'article 80 sur ses finances. A cet égard plusieurs éléments sont à prendre en compte pour réorienter les objectifs assignés au marché, tant au plan économique qu'au plan qualitatif.

Un des principaux freins à l'établissement de la stratégie d'achat réside dans les difficultés relationnelles entre le GHH et les entreprises de transport. Sans bonnes relations il est difficile de partager des objectifs communs et une cible d'organisation. Le préalable à la négociation d'un nouveau marché vient du rétablissement et du déblocage de la situation locale. C'est donc vers cet objectif qu'il faut tendre à court terme, avant d'espérer changer la répartition des rôles.

Comme nous l'avons montré, le territoire havrais est touché par la mauvaise allocation des ressources en matière de transports sanitaires, lesquels se concentrent davantage en agglomération rouennaise. Cette sous dotation a des conséquences importantes particulièrement s'agissant des transports d'ambulance. Les entreprises de transport havraises adoptent par ailleurs une attitude protectionniste vis-à-vis des conséquences de la réforme et des sollicitations des divers établissements du GHT. Leur objectif est de figer les positions des acteurs puisque la conjoncture s'y prête et qu'elles ne sont actuellement pas perdantes à la réforme.

Plusieurs solutions pourraient être proposées pour sortir des difficultés relationnelles et aux contraintes de l'offre au niveau local.

La première pourrait être de rassurer et de communiquer vers les entreprises havraises sur les conséquences induites par la réforme. Du point de vue de l'hôpital, les suppléments

tarifaires lui permettent d'amortir les conséquences du transfert de responsabilité. Il est donc possible de proposer aux entreprises une sorte de partage des gains de la réforme, laquelle passerait par une revalorisation des tarifs de transport, principal objectif supporté par les entreprises. En échange, et toujours pour garantir notre objectif de « normalisation » des achats de transport ; le GHH pourrait exiger des entreprises de transport davantage de dématérialisation et de télétransmission des factures de transport. Les efforts des entreprises vers cette voie leur permettraient en plus d'être payées plus rapidement, le traitement papier entraînant des retards de paiement.

La seconde serait de plaider envers l'ARS l'obtention de nouvelles Autorisations de Mise en Service de transport sanitaire⁴³, en particulier s'agissant des ambulances. L'augmentation du nombre d'ambulances sur le territoire havrais permettrait de faire face au manque structurel d'ambulance sur l'agglomération et de desserrer les contraintes en matière de retard de prise en charge. Elle serait d'autant plus utile que si les équipes internes se concentrent sur les trajets longs, elles seront encore moins disponibles pour faire des trajets courts qui risquent de s'accumuler. Mais les demandes d'AMS sont difficiles à obtenir, d'autant plus que la tendance de ces dernières années a été plutôt de les réduire que de les augmenter. En outre, l'ARS raisonne en globalisant les besoins par département. Or nous avons vu qu'au niveau de la Seine-Maritime, sont comblés. Une solution pourrait être de transférer une ou plusieurs AMS de l'est de la Seine-Maritime vers l'ouest du département. Mais cette perspective sera compliquée à défendre eu égard aux tendances de ces dernières années et à l'absence de grands groupes d'ambulances dans le territoire haut normand qui pourraient faciliter ce type de transfert.

3.2.2 Les propositions pour réorganiser et améliorer la qualité de la fonction transport en s'appuyant sur le redéploiement des ressources internes

Il conviendrait donc de rétablir à court terme une relation client/fournisseur basée sur la confiance et sur le dialogue avant d'espérer faire prospérer la stratégie d'achat. Les difficultés apparues au cours de l'année ne doivent en effet pas remettre en cause de manière globale les orientations stratégiques prises au préalable. Elles appellent cependant à revoir la manière dont les moyens pour atteindre ces objectifs peuvent être alloués.

La balance entre le « faire » et le « faire faire » pencherait dès lors davantage du côté de l'auto-prestation que de l'externalisation dans la mesure où les entreprises de transport ne sont pas encore prêtes à accepter une frontière plus nette entre les différents types de

⁴³ Article R6312-29 et suivants du Code de la santé publique

trajets attribués aux équipes internes et aux entreprises de transport. Dans les faits, elle ne s'écartait pas de la répartition actuelle des rôles, s'adaptant au *statu quo* imposé par les entreprises privées.

Nous avons vu que la meilleure façon d'amoindrir le cout de la réforme de l'article 80 était de concentrer l'activité des équipes internes d'ambulancier sur les trajets longs. L'idéal serait donc de maximiser ce type de transport *via* une réorganisation du travail des équipes internes. Il pourrait donc être proposé aux équipes de se concentrer uniquement sur ces trajets et de transférer de fait la charge des trajets courts sur les prestataires externes. Cette réorientation se ferait cependant à tarifs constants et donc avec des gains moindres que si elle était doublée d'une négociation tarifaire.

Actuellement, les quatre équipes d'ambulanciers ont des horaires différents et en « tuilage » :

- Equipe 1 : 12h/19h
- Equipe 2 : 8h/16h
- Equipe 3 : 8h30/16h30
- Equipe 4 : 9h/17h

L'amplitude horaire de 12h à 19h a été définie pour couvrir précisément les besoins en trajets longs qui apparaissent après les visites de 10h/12h et qui nécessitent donc des trajets qui se terminent après 17h. Pour pouvoir se concentrer davantage sur les trajets longs, il serait nécessaire de déplacer les horaires d'une équipe pour qu'elle puisse couvrir cette même plage d'heures.

Il est aussi possible d'améliorer la qualité du *process* de transport sans passer nécessairement par le nouveau marché. Nous avons vu que l'étude des données en matière de transport avait permis de mettre en lumière l'importance de certains flux de patients et leur impact sur les dépenses de transport. Il serait intéressant d'utiliser et de présenter ces éléments de diagnostic aux différents bureaux de pôles pour voir s'il est possible de réorienter certaines prescriptions médicales. En particulier, il est peut-être possible de substituer des transports en VSL ou en TPMP à des transports en ambulance, de revoir certains protocoles de prise en charge qui impliquent des transports de patient ou de développer des prises en charge en consultation avancée ou de télémédecine.

En agissant sur les prescriptions de transport médical, il serait possible de réduire la pression sur les besoins en ambulance. En particulier, il existe au GHH plusieurs véhicules

TPMR sous utilisés. Pourtant, ils sont plus simples à mobiliser, d'une part parce qu'il ne nécessite que la présence d'un seul d'agent et d'autre part parce qu'ils n'ont pas besoin d'agrément octroyé par l'ARS pour pouvoir circuler. Les entreprises privées sont par ailleurs réticentes dans le développement de transport TPMR, eu égard aux difficultés du conventionnement avec la CPAM et à l'investissement nécessaire dans un véhicule adapté. L'auto-prestation en la matière permettrait donc plus de souplesse et une diminution des dépenses d'ambulance. Mais elle dépend du taux de conversion de transport d'ambulance en transport TPMR, conversion qui dépend des prescriptions médicales et de leur sensibilisation à ce sujet. L'idéal serait de ne pas diviser un équipage interne d'ambulanciers pour utiliser ce véhicule TPMR. Sinon, le régulateur prendrait le risque de devoir recourir à une ambulance privée pour couvrir le manque d'équipage disponible. Le mieux serait donc de « convertir » un équipage de VSL interne en équipage de TPMR. Une cible réaliste et progressive pourrait être définie et poursuivie dès maintenant afin de remplir cet objectif.

Conclusion

La stratégie est incontournable dans la planification et la gestion de la fonction achat d'un établissement hospitalier. A travers les enjeux propres à l'approvisionnement et à l'importance financière de chaque produit ou de chaque prestation, la stratégie permet de définir un positionnement et une cible d'organisation pour en sécuriser l'approvisionnement et optimiser les gains sur achat à réaliser à travers chaque nouveau marché.

La stratégie d'achat permet dès lors de réfléchir aux contours de l'externalisation. Elle implique de poser la frontière, toujours mouvante, entre prestations réalisées en interne et celles dévolues aux acteurs externes. Elle permet aussi de réfléchir au partage des rôles lorsqu'une fonction est exercée en commun.

A cet égard, le marché des transports sanitaires, dans le contexte de la réforme de l'article 80, constitue un exemple intéressant à considérer d'un point de vue méthodologique. Cet exemple a en effet conduit à la définition d'une stratégie d'achat, à l'établissement d'une cible de marché et à sa confrontation avec la réalité quotidienne d'un établissement hospitalier situé dans son environnement particulier.

Nous avons ainsi pu voir que s'il était possible de définir une répartition optimale et souhaitable des rôles, permettant de remplir un ensemble d'objectifs assignés à un marché, encore faut-il que les circonstances se prêtent à une telle ambition. L'exemple du marché des transports sanitaires dans le contexte havrais montre que le bouleversement induit par l'article 80 ne permet pas, à court terme, de bâtir une relation partenariale avec les entreprises du secteur. L'offre de transport étant insuffisante et les entreprises peu désireuses de nouer une relation partenariale.

Dès lors l'important est de toujours garantir la pertinence de la stratégie d'achat, dont les objectifs globaux n'ont pas changé, mais d'en adapter les contours aux circonstances. De cette façon, il est possible de faire preuve de souplesse tout en gardant en tête le cap fixé initialement et de faire mouvoir les frontières de l'externalisation dans l'intérêt même de l'établissement.

Bibliographie

Bibliographie

- Assurance maladie. (s.d.). *Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016 et les évolutions depuis 2004. Points de repère n° 49, février 2018.*
- DGOS. (s.d.). *ARMEN vague 6 - Les bonnes pratiques d'achat en coût complet.*
- DGOS. (s.d.). *ARMEN vague 6 « Techniques métier de l'acheteur en amont » Livrable Long.*
- DGOS. (s.d.). *ARMEN vague 6 Recentrage des achats sur leur coeur de métier make or buy Livrable long.*
- DGOS. (s.d.). *Plaquette Programme PHARE.* Récupéré sur Les achats hospitaliers: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/achats-hospitaliers-10860/phare>
- DSS/DGOS. (2018). NOTE D'INFORMATION N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.
- DSS/DGOS. (2018). NOTE D'INFORMATION N° DSS/SD1A/DGOS/R2/2018/259 du 13 novembre 2018 relative à la mise en oeuvre de la réforme du financement des transports pour patients (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017).
- Michael E. Porter. (1979). How Competitive Forces Shape Strategy. *Harvard Business Review.*
- Nicolas Petit, C. D. (2017). Calcul des coûts d'un service de transport hospitalier en TDABC. *Gestion et management public*, pages 59 à 81. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-gestion-et-management-public-2017-1-page-59.htm>
- P.Lesteven, E. T.-E. (2016). *Les transports sanitaires - Revue de dépenses 2016.*
- Peter Kraljic. (1983). Purchasing Must Become Supply Management. *Harvard Business Review.*
- Recueil des bonnes pratiques - ARMEN.* (s.d.). Récupéré sur ARS Auvergne Rhone Alpes: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/recueil-des-bonnes-pratiques-armen>

Liste des annexes

Annexe 1 – La matrice de Kraljic

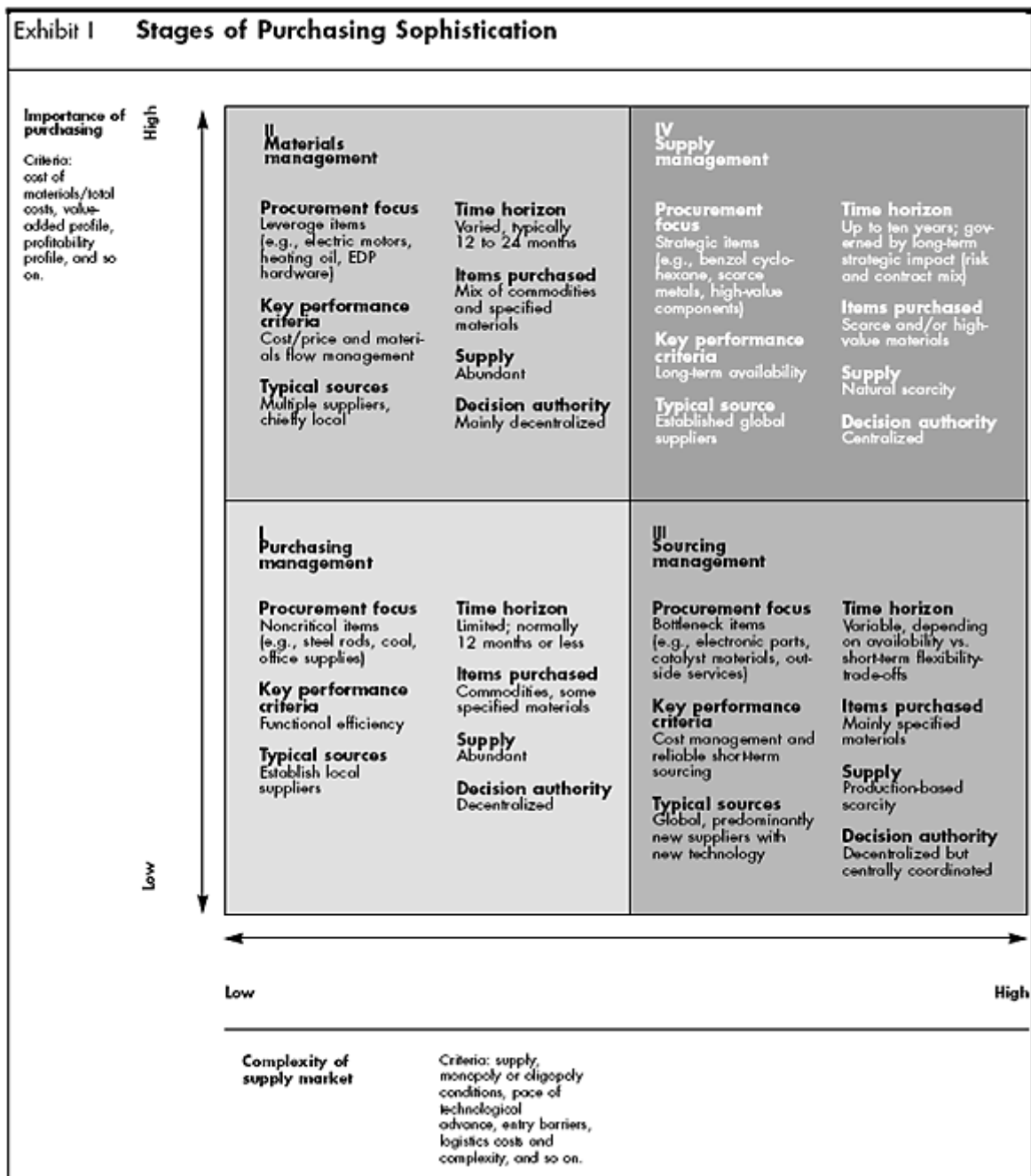
Annexe 2 – Données d'activité

Annexe 3 – Etude économique et comparaison des couts entre l'équipe internet et les prestataires extérieurs

Annexe 4 – Impact des trajets longs sur le nombre de trajet total effectué par jour

Annexe 5 – Etude de la structure de prix comparé entre prestataires privés et équipe interne

Annexe 1 – La matrice de Kraljic (Purchasing Must Become Supply Management - Peter Kraljic Harvard Business Review [1983] : <https://hbr.org/1983/09/purchasing-must-become-supply-management>)



Annexe 2 – Données d'activité

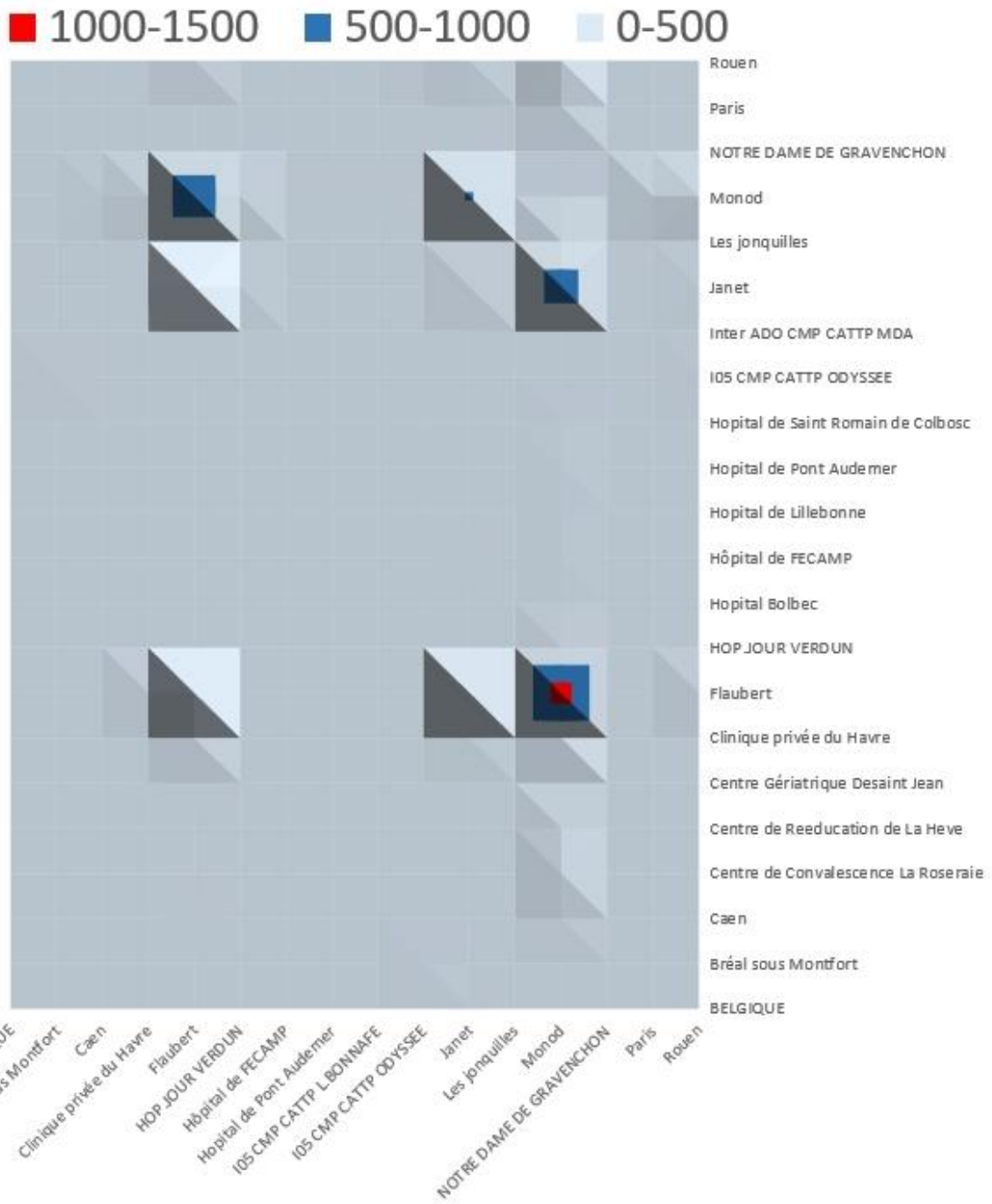
Tableau 1 : Nombre total de transports commandés (*estimation)

	2016	2017	2018	2019
Nombre de transports commandés	5601	6161*	8085	10 303*

Tableau 2 : Répartition du nombre de trajets entre équipe interne et prestataires externes :

Mois	Equipe interne du GHH	Entreprises externes	Total
janv	381	185	566
févr	489	113	602
mars	399	187	586
avr	458	121	579
mai	492	144	636
juin	484	141	625
juil	448	273	721
août	460	179	639
sept	421	206	627
oct	448	416	864
nov	455	410	865
déc	323	452	775
Total général	5258	2827	8085

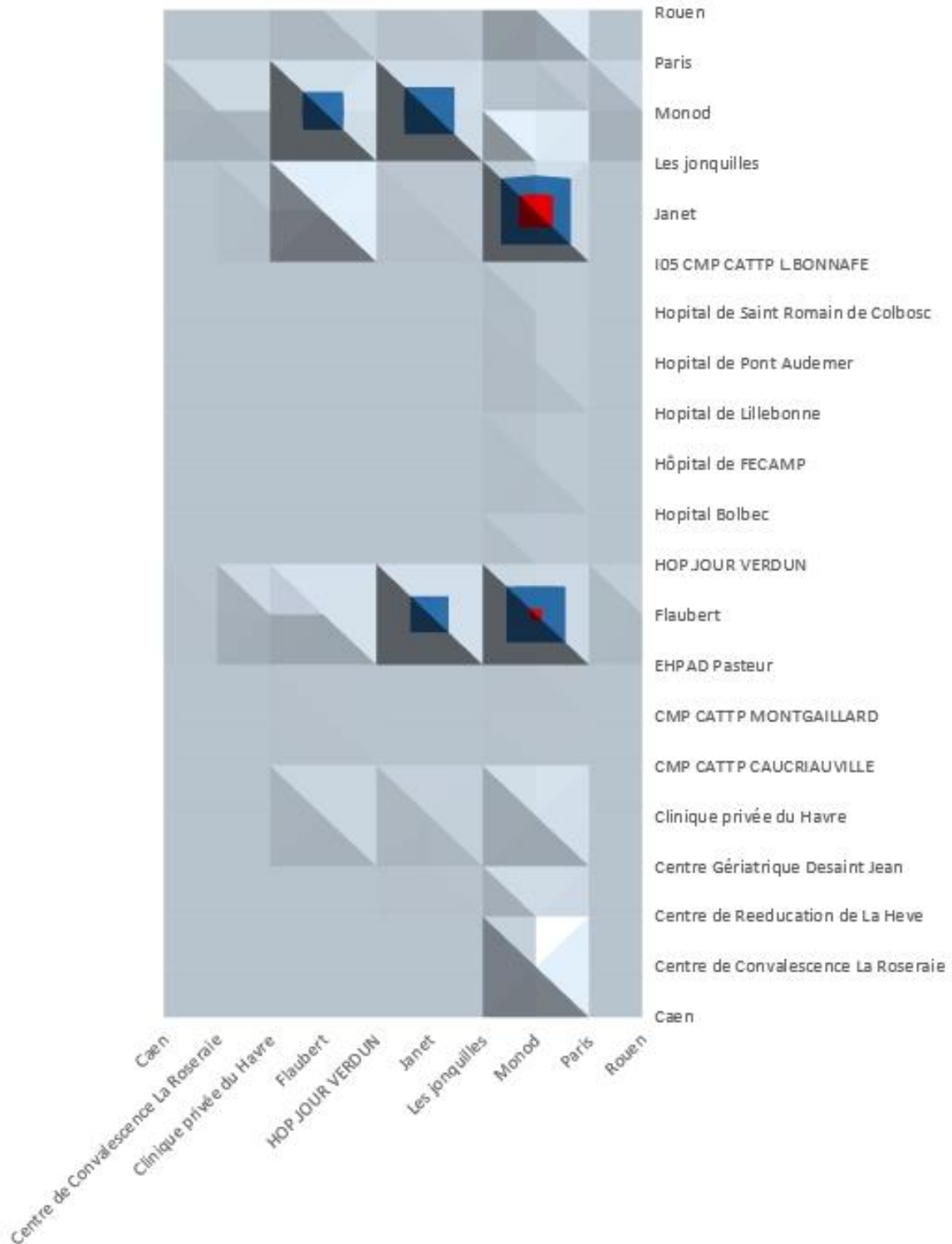
Nombre de trajets par trajet-type - Equipe interne du GHH



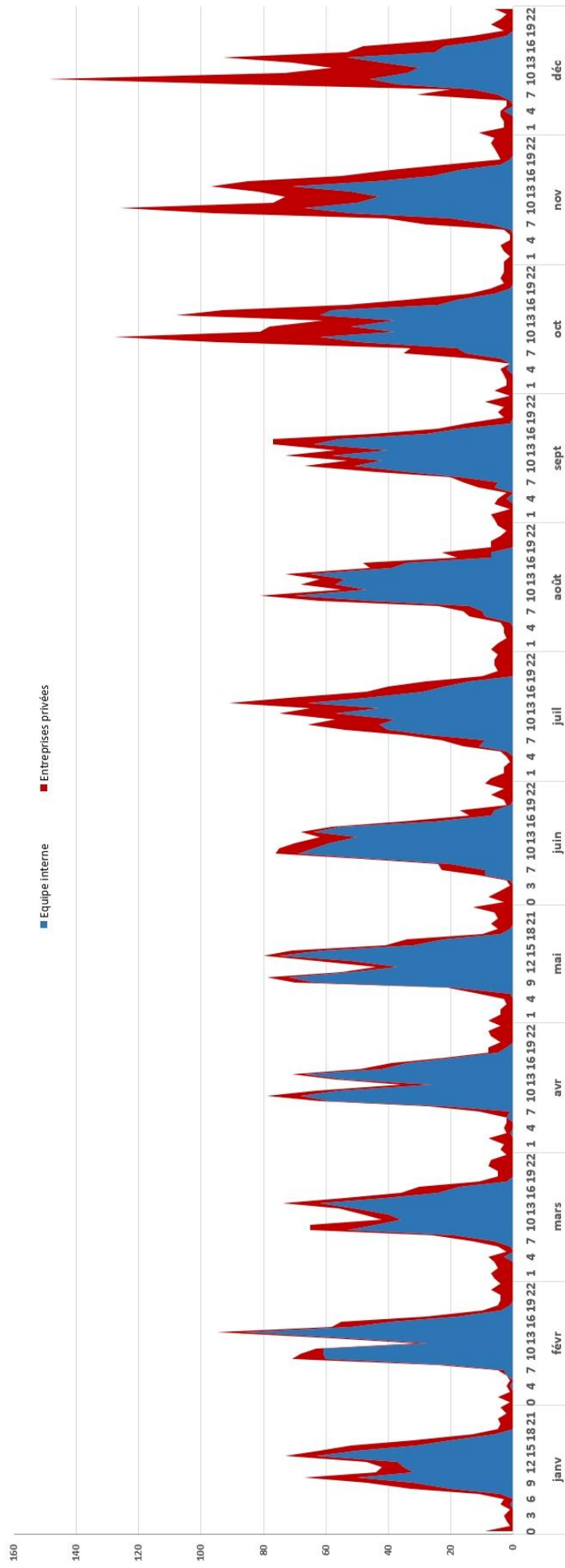
(Il faut lire de la ligne du bas vers la colonne de droite : les trajets Monod/Flaubert sont les plus nombreux)

Nombre de trajets par trajet-type - Prestataires extérieurs

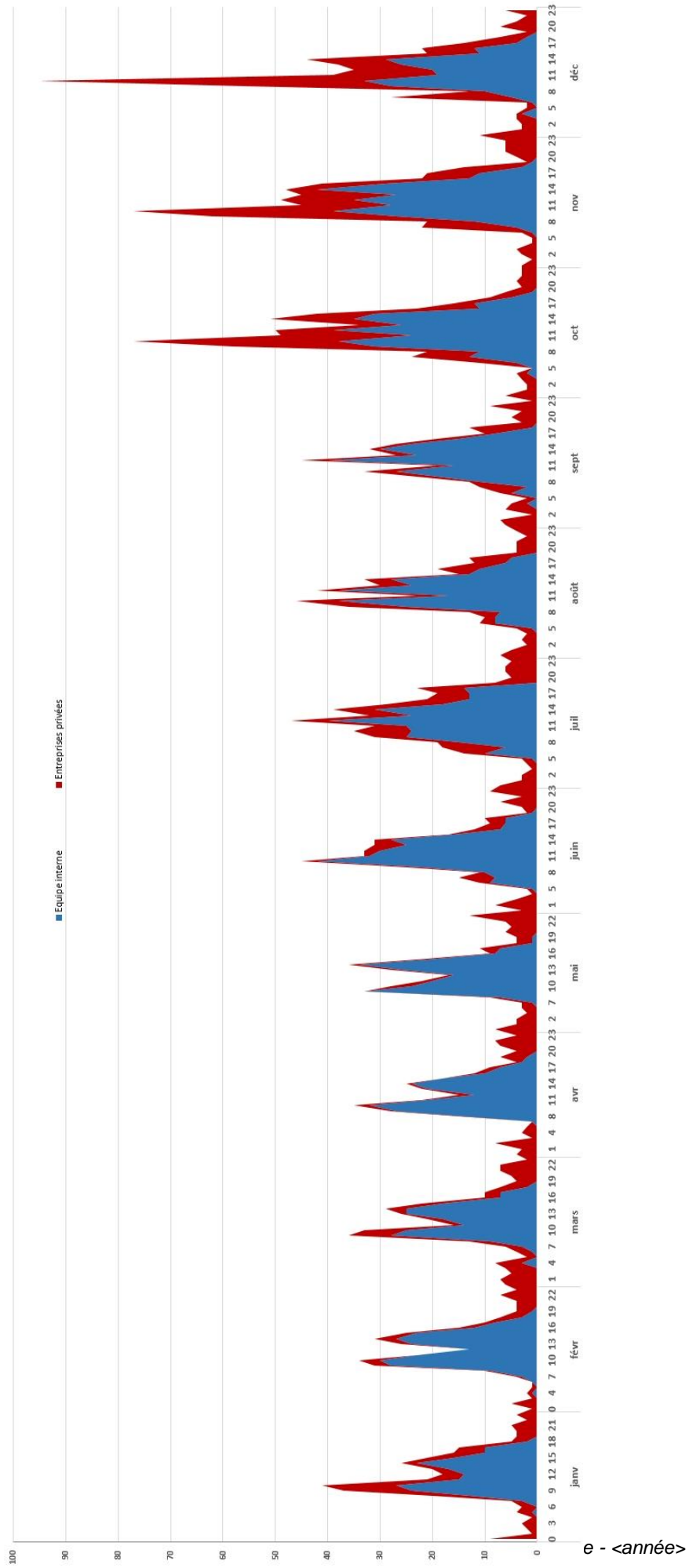
■ 400-600
 ■ 200-400
 ■ 0-200



Nombre de transports pris en charge en fonction des heures de la journée par mois



Nombre d'ambulances prises en charge en fonction des heures de la journée par mois



Nombre de VSL pris en charge en fonction des heures de la journée par mois

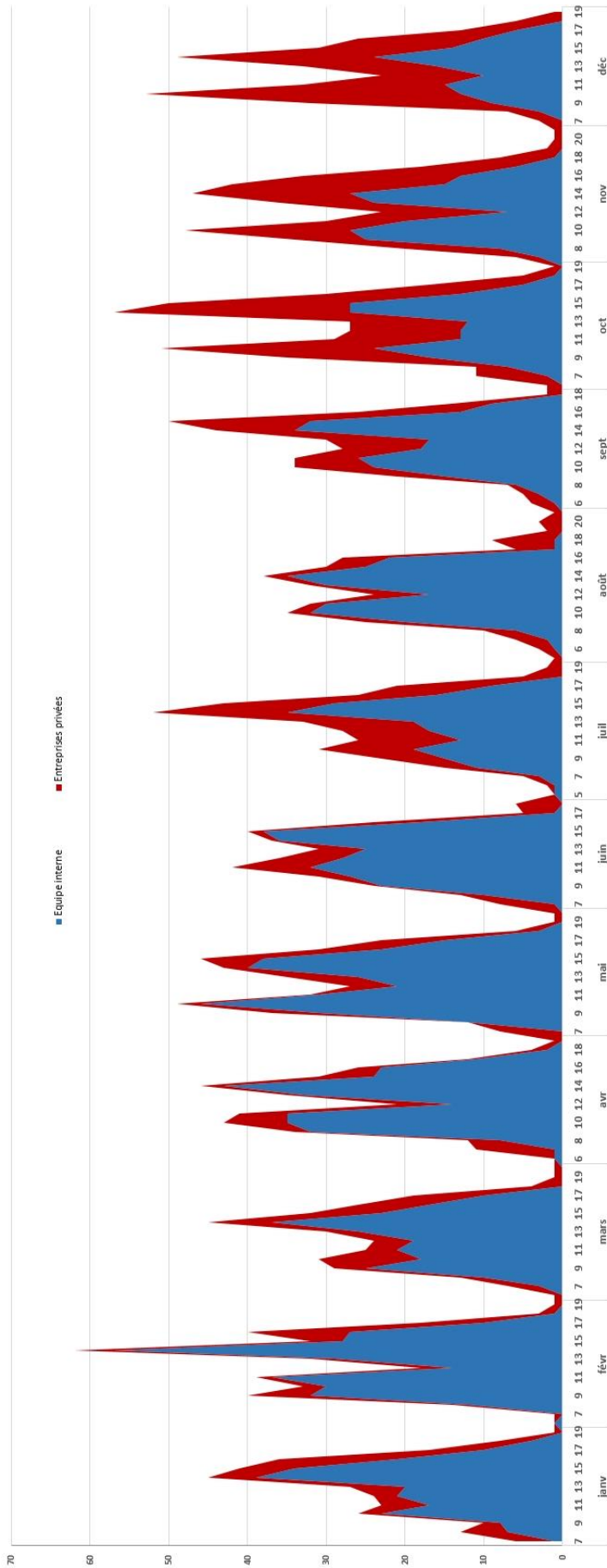


Tableau 3 : évolution de la répartition des rôles par type de transport

Périmètre ambulance par mois			Périmètre VSL par mois				
	Equipe interne	Entreprises privées	Total général		Equipe interne	Entreprises privées	Total général
janv	175	112	287	janv	205	72	277
févr	206	57	263	févr	278	56	334
mars	185	107	292	mars	209	79	288
avr	192	65	257	avr	262	56	318
mai	199	79	278	mai	286	65	351
juin	243	82	325	juin	239	58	297
juil	259	148	407	juil	188	125	313
août	229	115	344	août	222	63	285
sept	223	104	327	sept	198	101	299
oct	284	218	502	oct	161	192	353
nov	272	235	507	nov	176	173	349
déc	203	259	462	déc	120	190	310
Total général	2670	1581	4251	Total général	2544	1230	3774

Tableau 4 : répartition des prises en charge en fonction des plages horaires

	Equipe interne	Prestataires externes	Total général
20h - 8h	141	670	811
8h - 20h	5117	2157	7274
Total général	5258	2827	8085

Annexe 3 - Etude économique et comparaison des couts entre l'équipe internet et les prestataires extérieurs

1) Etude sur les couts comparés

Tarifs conventionnés assurance maladie: Ambulances	
forfait départemental	51,3
forfait agglomération	57,37
Prise en charge	64,3
tarif kilométrique	2,19
Valorisation trajet court ≤ 5 km parcourus	7
Valorisation trajet court > 5 et ≤ 10 km parcourus	5,5
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 15 km parcourus	4
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 19 km parcourus	2,5
Forfait TDE	121,69€
Forfait TSE (aller simple)	72,1
Remise	1%

Cout d'une minute de trajet pour l'équipe interne	
Cout de fonctionnement d'une ambulance	12500
Salaire de deux ambulanciers (avec charges)	100000
Charges indirect encadrement (régulateur + responsable)	12000
Somme	124500
Travail en 1547h	1547
En minutes	92820
Cout total pour une minute de trajet	1,34130575
Temps de prise en charge	30

Destination type	Kilomètre	Cout réglementaire d'un transport prestataire privé	Cout avec remise de marché	Temps pour faire le trajet	Temps réel (temps de trajet + temps de prise en charge)	Cout d'un trajet fait par l'équipe interne	Seuil de rentabilité kilométrique - Entreprises externes	Seuil de rentabilité kilométrique - Equipe interne
	1	58,30 €	57,72 €	5	35	46,95 €	63,97 €	74,74 €
	2	58,30 €	57,72 €	6	36	48,29 €	63,97 €	73,40 €
	3	58,30 €	57,72 €	7	37	49,63 €	63,97 €	72,06 €
	4	60,49 €	59,89 €	8	38	50,97 €	61,80 €	70,72 €
	5	62,68 €	62,05 €	10	40	53,65 €	59,64 €	68,04 €
	6	63,37 €	62,74 €	14	44	59,02 €	58,95 €	62,67 €
	7	65,56 €	64,90 €	15	45	60,36 €	56,79 €	61,33 €
	8	67,75 €	67,07 €	18	48	64,38 €	54,62 €	57,31 €
	9	69,94 €	69,24 €	19	49	65,72 €	52,45 €	55,97 €
Agglomération havraise	10	72,13 €	71,41 €	20	50	67,07 €	50,28 €	54,62 €
	11	72,82 €	72,09 €	20	50	67,07 €	49,60 €	54,62 €
	12	75,01 €	74,26 €	21	51	68,41 €	47,43 €	53,28 €
	13	77,20 €	76,43 €	15	45	60,36 €	45,26 €	61,33 €
	14	79,39 €	78,60 €	16	46	61,70 €	43,09 €	59,99 €
	15	81,58 €	80,76 €				40,93 €	
	16	82,27 €	81,45 €				40,24 €	
	17	84,46 €	83,62 €				38,07 €	
Saint Romain de Colbosc	18	86,65 €	85,78 €	22	52	69,75 €	35,91 €	51,94 €
	19	88,84 €	87,95 €				33,74 €	
	20	88,53 €	87,64 €				34,05 €	
	21	90,72 €	89,81 €				31,88 €	

	22	92,91 €	91,98 €				29,71 €	
	23	95,10 €	94,15 €				27,54 €	
	24	97,29 €	96,32 €				25,37 €	
	25	99,48 €	98,49 €				23,20 €	
	26	101,67 €	100,65 €				21,04 €	
	27	103,86 €	102,82 €				18,87 €	
	28	106,05 €	104,99 €				16,70 €	
	29	108,24 €	107,16 €				14,53 €	
	30	110,43 €	109,33 €				12,36 €	
	31	112,62 €	111,49 €				10,20 €	
	32	114,81 €	113,66 €				8,03 €	
	33	117,00 €	115,83 €				5,86 €	
	34	119,19 €	118,00 €				3,69 €	
	35	121,38 €	120,17 €				1,52 €	
Lillebonne	36	123,57 €	122,33 €	45	75	100,60 €	-0,64 €	21,09 €
	37	125,76 €	124,50 €				-2,81 €	
Fécamp	38	127,95 €	126,67 €	46	76	101,94 €	-4,98 €	19,75 €
	39	130,14 €	128,84 €				-7,15 €	
	40	132,33 €	131,01 €				-9,32 €	
	41	134,52 €	133,17 €				-11,48 €	
	42	136,71 €	135,34 €				-13,65 €	
	43	138,90 €	137,51 €				-15,82 €	
	44	141,09 €	139,68 €				-17,99 €	
	45	143,28 €	141,85 €				-20,16 €	
	46	145,47 €	144,02 €				-22,33 €	
	47	147,66 €	146,18 €				-24,49 €	
	48	149,85 €	148,35 €				-26,66 €	
	49	152,04 €	150,52 €				-28,83 €	

	50	154,23 €	152,69 €				-31,00 €	
Pont Audemer	51	156,42 €	154,86 €	45	75	100,60 €	-33,17 €	21,09 €
	52	158,61 €	157,02 €				-35,33 €	
	53	160,80 €	159,19 €				-37,50 €	
	54	162,99 €	161,36 €				-39,67 €	
	55	165,18 €	163,53 €				-41,84 €	
	56	167,37 €	165,70 €				-44,01 €	
	57	169,56 €	167,86 €				-46,17 €	
	58	171,75 €	170,03 €				-48,34 €	
	59	173,94 €	172,20 €				-50,51 €	
	60	176,13 €	174,37 €				-52,68 €	
	61	178,32 €	176,54 €				-54,85 €	
	62	180,51 €	178,70 €				-57,01 €	
	63	182,70 €	180,87 €				-59,18 €	
	64	184,89 €	183,04 €				-61,35 €	
	65	187,08 €	185,21 €				-63,52 €	
	66	189,27 €	187,38 €				-65,69 €	
	67	191,46 €	189,55 €				-67,86 €	
	68	193,65 €	191,71 €				-70,02 €	
	69	195,84 €	193,88 €				-72,19 €	
	70	198,03 €	196,05 €	60	90	120,72 €	-74,36 €	0,97 €
	71	200,22 €	198,22 €				-76,53 €	
	72	202,41 €	200,39 €				-78,70 €	
	73	204,60 €	202,55 €				-80,86 €	
	74	206,79 €	204,72 €				-83,03 €	
	75	208,98 €	206,89 €				-85,20 €	
	76	211,17 €	209,06 €				-87,37 €	
	77	213,36 €	211,23 €				-89,54 €	

	78	215,55 €	213,39 €				-91,70 €	
	79	217,74 €	215,56 €				-93,87 €	
	80	219,93 €	217,73 €				-96,04 €	
	81	222,12 €	219,90 €				-98,21 €	
	82	224,31 €	222,07 €				-100,38 €	
	83	226,50 €	224,24 €				-102,55 €	
	84	228,69 €	226,40 €				-104,71 €	
	85	230,88 €	228,57 €				-106,88 €	
	86	233,07 €	230,74 €				-109,05 €	
	87	235,26 €	232,91 €				-111,22 €	
	88	237,45 €	235,08 €				-113,39 €	
	89	239,64 €	237,24 €				-115,55 €	
Caen	90	241,83 €	239,41 €	85	115	154,25 €	-117,72 €	-32,56 €
Rouen	91	244,02 €	241,58 €	86	116	155,59 €	-119,89 €	-33,90 €
	92	246,21 €	243,75 €				-122,06 €	
	93	248,40 €	245,92 €				-124,23 €	
	94	250,59 €	248,08 €				-126,39 €	
	95	252,78 €	250,25 €				-128,56 €	
	96	254,97 €	252,42 €				-130,73 €	
	97	257,16 €	254,59 €				-132,90 €	
	98	259,35 €	256,76 €				-135,07 €	
	99	261,54 €	258,92 €				-137,23 €	
	100	263,73 €	261,09 €				-139,40 €	
	101	265,92 €	263,26 €				-141,57 €	
	102	268,11 €	265,43 €				-143,74 €	
	103	270,30 €	267,60 €				-145,91 €	
	104	272,49 €	269,77 €				-148,08 €	
	105	274,68 €	271,93 €				-150,24 €	

	106	276,87 €	274,10 €				-152,41 €	
	107	279,06 €	276,27 €				-154,58 €	
	108	281,25 €	278,44 €				-156,75 €	
	109	283,44 €	280,61 €				-158,92 €	
	110	285,63 €	282,77 €				-161,08 €	
	111	287,82 €	284,94 €				-163,25 €	
	112	290,01 €	287,11 €				-165,42 €	
	113	292,20 €	289,28 €				-167,59 €	
	114	294,39 €	291,45 €				-169,76 €	
	115	296,58 €	293,61 €				-171,92 €	
	116	298,77 €	295,78 €				-174,09 €	
	117	300,96 €	297,95 €				-176,26 €	
	118	303,15 €	300,12 €				-178,43 €	
	119	305,34 €	302,29 €				-180,60 €	
	120	307,53 €	304,45 €				-182,76 €	
	121	309,72 €	306,62 €				-184,93 €	
	122	311,91 €	308,79 €				-187,10 €	
	123	314,10 €	310,96 €				-189,27 €	
	124	316,29 €	313,13 €				-191,44 €	
	125	318,48 €	315,30 €				-193,61 €	
	126	320,67 €	317,46 €				-195,77 €	
	127	322,86 €	319,63 €				-197,94 €	
	128	325,05 €	321,80 €				-200,11 €	
	129	327,24 €	323,97 €				-202,28 €	
	130	329,43 €	326,14 €				-204,45 €	
	131	331,62 €	328,30 €				-206,61 €	
	132	333,81 €	330,47 €				-208,78 €	
	133	336,00 €	332,64 €				-210,95 €	

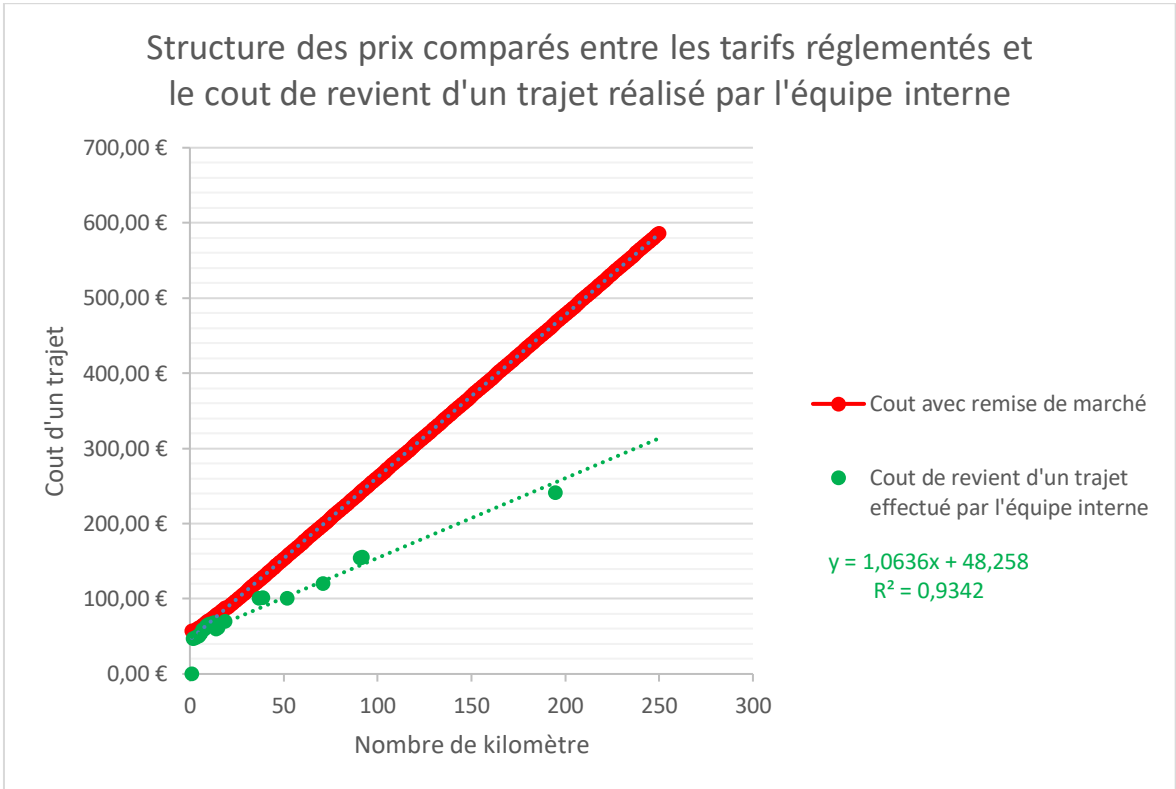
	134	338,19 €	334,81 €				-213,12 €	
	135	340,38 €	336,98 €				-215,29 €	
	136	342,57 €	339,14 €				-217,45 €	
	137	344,76 €	341,31 €				-219,62 €	
	138	346,95 €	343,48 €				-221,79 €	
	139	349,14 €	345,65 €				-223,96 €	
	140	351,33 €	347,82 €				-226,13 €	
	141	353,52 €	349,98 €				-228,29 €	
	142	355,71 €	352,15 €				-230,46 €	
	143	357,90 €	354,32 €				-232,63 €	
	144	360,09 €	356,49 €				-234,80 €	
	145	362,28 €	358,66 €				-236,97 €	
	146	364,47 €	360,83 €				-239,14 €	
	147	366,66 €	362,99 €				-241,30 €	
	148	368,85 €	365,16 €				-243,47 €	
	149	371,04 €	367,33 €				-245,64 €	
	150	373,23 €	369,50 €				-247,81 €	
	151	375,42 €	371,67 €				-249,98 €	
	152	377,61 €	373,83 €				-252,14 €	
	153	379,80 €	376,00 €				-254,31 €	
	154	381,99 €	378,17 €				-256,48 €	
	155	384,18 €	380,34 €				-258,65 €	
	156	386,37 €	382,51 €				-260,82 €	
	157	388,56 €	384,67 €				-262,98 €	
	158	390,75 €	386,84 €				-265,15 €	
	159	392,94 €	389,01 €				-267,32 €	
	160	395,13 €	391,18 €				-269,49 €	
	161	397,32 €	393,35 €				-271,66 €	

	162	399,51 €	395,51 €				-273,82 €	
	163	401,70 €	397,68 €				-275,99 €	
	164	403,89 €	399,85 €				-278,16 €	
	165	406,08 €	402,02 €				-280,33 €	
	166	408,27 €	404,19 €				-282,50 €	
	167	410,46 €	406,36 €				-284,67 €	
	168	412,65 €	408,52 €				-286,83 €	
	169	414,84 €	410,69 €				-289,00 €	
	170	417,03 €	412,86 €				-291,17 €	
	171	419,22 €	415,03 €				-293,34 €	
	172	421,41 €	417,20 €				-295,51 €	
	173	423,60 €	419,36 €				-297,67 €	
	174	425,79 €	421,53 €				-299,84 €	
	175	427,98 €	423,70 €				-302,01 €	
	176	430,17 €	425,87 €				-304,18 €	
	177	432,36 €	428,04 €				-306,35 €	
	178	434,55 €	430,20 €				-308,51 €	
	179	436,74 €	432,37 €				-310,68 €	
	180	438,93 €	434,54 €				-312,85 €	
	181	441,12 €	436,71 €				-315,02 €	
	182	443,31 €	438,88 €				-317,19 €	
	183	445,50 €	441,05 €				-319,36 €	
	184	447,69 €	443,21 €				-321,52 €	
	185	449,88 €	445,38 €				-323,69 €	
	186	452,07 €	447,55 €				-325,86 €	
	187	454,26 €	449,72 €				-328,03 €	
	188	456,45 €	451,89 €				-330,20 €	
	189	458,64 €	454,05 €				-332,36 €	

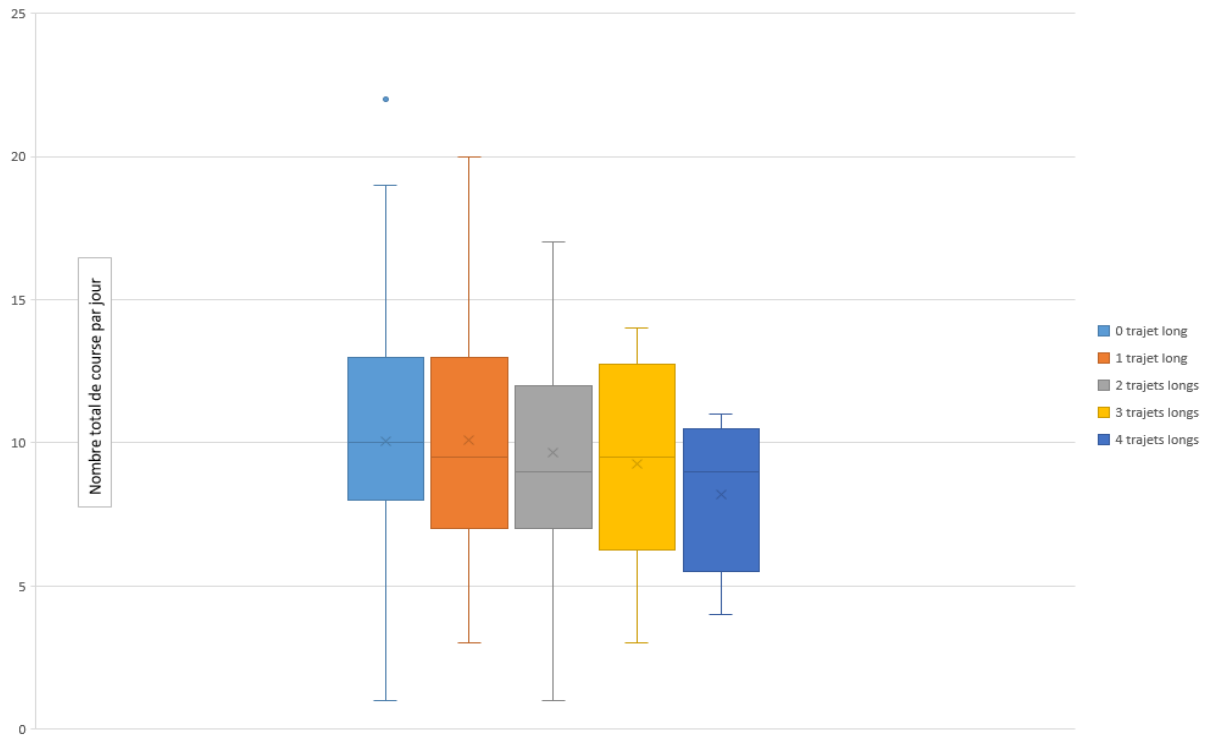
	190	460,83 €	456,2 2 €				-334,53 €	
	191	463,02 €	458,3 9 €				-336,70 €	
	192	465,21 €	460,5 6 €				-338,87 €	
	193	467,40 €	462,7 3 €				-341,04 €	
Paris	194	469,59 €	464,8 9 €	150	180	241,4 4 €	-343,20 €	-119,75 €
	195	471,78 €	467,0 6 €				-345,37 €	
	196	473,97 €	469,2 3 €				-347,54 €	
	197	476,16 €	471,4 0 €				-349,71 €	
	198	478,35 €	473,5 7 €				-351,88 €	
	199	480,54 €	475,7 3 €				-354,04 €	
	200	482,73 €	477,9 0 €				-356,21 €	
	201	484,92 €	480,0 7 €				-358,38 €	
	202	487,11 €	482,2 4 €				-360,55 €	
	203	489,30 €	484,4 1 €				-362,72 €	
	204	491,49 €	486,5 8 €				-364,89 €	
	205	493,68 €	488,7 4 €				-367,05 €	
	206	495,87 €	490,9 1 €				-369,22 €	
	207	498,06 €	493,0 8 €				-371,39 €	
	208	500,25 €	495,2 5 €				-373,56 €	
	209	502,44 €	497,4 2 €				-375,73 €	
	210	504,63 €	499,5 8 €				-377,89 €	
	211	506,82 €	501,7 5 €				-380,06 €	
	212	509,01 €	503,9 2 €				-382,23 €	
	213	511,20 €	506,0 9 €				-384,40 €	
	214	513,39 €	508,2 6 €				-386,57 €	
	215	515,58 €	510,4 2 €				-388,73 €	
	216	517,77 €	512,5 9 €				-390,90 €	
	217	519,96 €	514,7 6 €				-393,07 €	

	218	522,15 €	516,93 €				-395,24 €	
	219	524,34 €	519,10 €				-397,41 €	
	220	526,53 €	521,26 €				-399,57 €	
	221	528,72 €	523,43 €				-401,74 €	
	222	530,91 €	525,60 €				-403,91 €	
	223	533,10 €	527,77 €				-406,08 €	
	224	535,29 €	529,94 €				-408,25 €	
	225	537,48 €	532,11 €				-410,42 €	
	226	539,67 €	534,27 €				-412,58 €	
	227	541,86 €	536,44 €				-414,75 €	
	228	544,05 €	538,61 €				-416,92 €	
	229	546,24 €	540,78 €				-419,09 €	
	230	548,43 €	542,95 €				-421,26 €	
	231	550,62 €	545,11 €				-423,42 €	
	232	552,81 €	547,28 €				-425,59 €	
	233	555,00 €	549,45 €				-427,76 €	
	234	557,19 €	551,62 €				-429,93 €	
	235	559,38 €	553,79 €				-432,10 €	
	236	561,57 €	555,95 €				-434,26 €	
	237	563,76 €	558,12 €				-436,43 €	
	238	565,95 €	560,29 €				-438,60 €	
	239	568,14 €	562,46 €				-440,77 €	
	240	570,33 €	564,63 €				-442,94 €	
	241	572,52 €	566,79 €				-445,10 €	
	242	574,71 €	568,96 €				-447,27 €	
	243	576,90 €	571,13 €				-449,44 €	
	244	579,09 €	573,30 €				-451,61 €	
	245	581,28 €	575,47 €				-453,78 €	

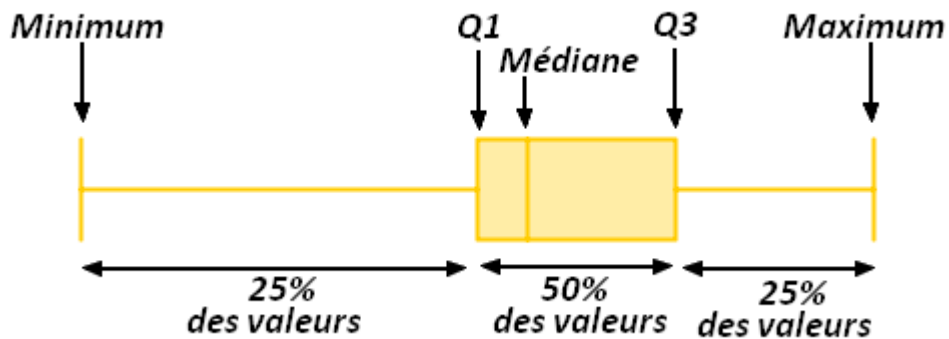
	246	583,47 €	577,64 €				-455,95 €	
	247	585,66 €	579,80 €				-458,11 €	
	248	587,85 €	581,97 €				-460,28 €	
	249	590,04 €	584,14 €				-462,45 €	
	250	592,23 €	586,31 €				-464,62 €	



Annexe 4 – Impact des trajets longs sur le nombre de trajet total effectué par jour



Pour lire un graphique type boîte à moustache :



Annexe 5 – Etude sur l'effet de substitution

Les prix retenus sont ceux du tableau de l'annexe 3. Ils sont doublés pour les trajets longs Rouen/Caen/Paris car les prestataires facturent aussi l'aller-retour. Les péages sont inclus dans les prix de l'équipe interne.

Si le GHH se concentre sur trajets longs						Effet de substitution		
Dépenses en plus	Nombre de trajet potentiel	Prix d'une course	Par mois		Par an		90	150
			90	150	90	150		
Trajets agglomération	71,71 €	6 453,90 €	10 756,50 €	77 446,80 €	129 078,00 €	-5 011,20 €	-8 352,00 €	
			30	15	30	15		
Rouen	331,18 €	9 935,40 €	4 967,70 €	119 224,80 €	59 612,40 €	63 655,20 €	31 827,60 €	
			4	2	4	2		
Paris	532,88 €	2 131,52 €	1 065,76 €	25 578,24 €	12 789,12 €	22 421,76 €	11 210,88 €	
Total des dépenses en plus				222 249,84 €	201 479,52 €	81 065,76 €	34 686,48 €	
Dépenses en moins								
Dépenses en moins	Nombre de trajet potentiel	Prix d'une course	Par mois		Par an		90	150
			90	150	90	150		
Trajets agglomération	67,07 €	6 036,30 €	10 060,50 €	72 435,60 €	120 726,00 €			
			30	15	30	15		
Rouen	508,00 €	15 240,00 €	7 620,00 €	182 880,00 €	91 440,00 €			
			4	2	4	2		
Paris	1 000,00 €	4 000,00 €	2 000,00 €	48 000,00 €	24 000,00 €			
Total des dépenses en moins				303 315,60 €	236 166,00 €			
Si le GHH se concentre sur trajets courts								
Si le GHH se concentre sur trajets courts						Effet de substitution		
Dépenses en plus	Nombre de trajet potentiel	Prix d'une course	Par mois		Par an		90	150
			90	150	90	150		
Trajets agglomération	67,07 €	6 036,30 €	10 060,50 €	72 435,60 €	120 726,00 €	5 011,20 €	8 352,00 €	
			30	15	30	15		
Rouen	508,00 €	15 240,00 €	7 620,00 €	182 880,00 €	91 440,00 €	-63 655,20 €	-31 827,60 €	
			4	2	4	2		
Paris	1 000,00 €	4 000,00 €	2 000,00 €	48 000,00 €	24 000,00 €	-22 421,76 €	-11 210,88 €	
Total des dépenses en plus				303 315,60 €	236 166,00 €	-81 065,76 €	-34 686,48 €	
Dépenses en moins								
Dépenses en moins	Nombre de trajet potentiel	Prix d'une course	Par mois		Par an		90	150
			90	150	90	150		
Trajets agglomération	71,71 €	6 453,90 €	10 756,50 €	77 446,80 €	129 078,00 €			
			30	15	30	15		
Rouen	331,18 €	9 935,40 €	4 967,70 €	119 224,80 €	59 612,40 €			
			4	2	4	2		
Paris	532,88 €	2 131,52 €	1 065,76 €	25 578,24 €	12 789,12 €			
Total des dépenses en moins				222 249,84 €	201 479,52 €			

Coffignier

Arthur

Octobre 2019

Directeurs d'hôpital

Promotion 2018-2019

« Faire, faire faire ou faire avec » : la stratégie en matière d'achat confrontée à la réalité, l'exemple du marché des transports sanitaires au Groupe

Résumé :

Ce mémoire propose une réflexion sur les frontières mouvantes de l'externalisation à travers l'exemple du marché des transports sanitaires.

Si la définition d'une stratégie en matière d'achat permet de définir les objectifs assignés à un marché, les aléas et les difficultés relationnelles entre le client et ses fournisseurs peuvent obliger un établissement hospitalier à réorienter ses objectifs et à proposer d'autres réponses organisationnelles.

Dès lors, le plus important est de garantir la pertinence de la stratégie en étant capable de proposer des réorganisations internes et de conserver une certaine souplesse dans les moyens de parvenir aux objectifs fixés initialement.

Mots clés :

Transport sanitaire – Stratégie – Achat – Externalisation – Article 80

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.