



HAL
open science

La place de la Fonction Achats du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) dans le système de soins de santé en France en 2022

Sabrina dos Santos

► **To cite this version:**

Sabrina dos Santos. La place de la Fonction Achats du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) dans le système de soins de santé en France en 2022. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04223716

HAL Id: dumas-04223716

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04223716v1>

Submitted on 30 Sep 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE

UFR SANTE – Département PHARMACIE

Soutenue le 08 décembre 2022

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le

par

Dos Santos Sabrina

Né(e) le 12 10 1994 à Vernon

***La place de la Fonction Achats du Groupement
Hospitalier Territorial (GHT) dans le système de soins
de santé en France en 2022***

Président du jury : *Vérité, Philippe, Docteur en Pharmacie,
Professeur des universités et enseignant-chercheur au département
Pharmacie de l'UFR Santé de Rouen*

Membres du jury : *Millet, Florence, Consultante achats*

*Bounoure, Frédéric, Docteur en Pharmacie,
maitre de conférences en pharmacie galénique et Praticien
Hospitalier*

Remerciement

A Monsieur Vérité Philippe, pour avoir accepté de codiriger ma thèse et de présider mon jury. Merci également pour la sincérité de votre accompagnement et de vos conseils tout au long de nos études et lors de nos premiers pas dans le monde du travail.

A Madame Millet Florence, pour avoir également accepté de codiriger ma thèse et de m'aider à l'enrichir grâce à tous nos échanges tant sur les sujets achats et hospitaliers que sur le monde de demain. Un grand merci pour ton implication et de m'avoir partagé bon nombre de tes connaissances.

A Monsieur Bounoure, d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse. Je vous remercie également pour votre enseignement lors de ces années de pharmacie mais aussi d'avoir partagé de votre professionnalisme et expertise de la pharmacie hospitalière lors de mon expérience professionnelle à la PUI d'Yvetot.

A ma mère qui me soutient depuis toujours et sans qui rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir toujours donné les opportunités et les moyens de réaliser mes rêves.

A ma famille pour leurs encouragements et tout particulièrement à ma cousine Salma.

Et enfin un grand merci mes amis les plus proches Mayuko, Margaux, Bahya, Insaf, Nicolas, Léa, Adeline, Paucar, pour votre écoute, vos conseils et pour tous ces moments mémorables qu'on a vécu au cours de ces années.

A mon père,

L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie

Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-Informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Table des matières

REMERCIEMENT	2
TABLE DES MATIERES	13
LISTE DES ABREVIATIONS	16
LISTE DES TABLEAUX	17
LISTE DES FIGURES	18
1 INTRODUCTION	19
2 LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE EN FRANCE	21
2.1 Contexte : Présentation du fonctionnement du système de soins de santé public français	22
2.1.1 Des instances centralisées qui définissent la politique de soins de santé	22
2.1.1.1 A l'échelle nationale	22
2.1.1.2 Gouvernance européenne	23
2.1.2 Organisation du système de soins de santé	25
2.1.2.1 Organisation nationale	26
2.1.2.2 Organisation régionale	27
2.1.2.3 Organisation locale & Offreurs de soins (focus sur les GHT)	28
2.1.3 Financement du système de santé (focus sur les établissements de santé)	31
2.1.3.1 Loi de Financement de la Sécurité Sociale et ONDAM	31
2.1.3.2 ONDAM 2022 et ses enjeux	32
2.1.4 Introduction sur l'industrie pharmaceutique	35
2.1.4.1 Généralités	35

2.1.4.2	Mondialisation et industrie pharmaceutique	35
2.1.4.3	Augmentation de la demande globale et industrie pharmaceutique	37
2.1.4.4	Défis de sécurisation de l'information et SNITEM	38
2.2	Les défis du système de santé	38
2.2.1	Les enjeux non spécifiquement liés au système de soins de santé	39
	Pénuries à l'échelle mondiale	39
	Responsabilité Sociétale Et Environnementale	39
2.2.2	Les enjeux spécifiques au système de soins de santé :	41
	Optimisation de la gestion budgétaire	41
	Progrès médical (focus sur la R&D et la digitalisation)	43
	Mettre à disposition des bénéficiaires une offre de soins répondant à la demande	46
3	LA DIMENSION OPERATIONNELLE DE LA FONCTION ACHATS GHT	52
3.1	Particularité des achats hospitaliers - la commande publique : principes & réglementations	52
3.1.1	Généralités	52
3.1.2	Commande publique et RSE	53
3.2	Processus achats publics	55
3.2.1	Définition du besoin	57
3.2.2	Sélection du fournisseur	60
3.2.3	Exécution du marché	61
3.3	Programme Phare et mise en route de la fonction achats GHT	61
3.3.1	Historique	61
3.3.2	Organisation de la fonction achats GHT	64
3.3.3	Contrôle de gestion achat	66
3.3.4	Environnement externe de la fonction achats GHT	67
4	LA DIMENSION STRATEGIQUE DE LA FONCTION ACHATS GHT	73

4.1	Risques stratégiques associés à une direction achats mutualisée	73
4.1.1	Massification et la rupture d’approvisionnement	73
4.1.2	Organisation complexe	75
4.2	Maturités Achats : <i>Cost Killer</i> VS Acheteur Innovants : Quelles différences pour quelle valeur ajoutée ?	79
4.2.1	Le niveau 1 de la maturité achats	80
4.2.2	Le niveau 2 de la maturité	81
4.2.3	Le troisième niveau de maturité achats	Erreur ! Signet non défini.
4.2.4	Niveau 4 de la maturité achats	Erreur ! Signet non défini.
4.2.5	Niveau 5 de maturité	Erreur ! Signet non défini.
4.3	Politique achats à l’échelle locale : la nécessité d’un Portage institutionnel	85
4.4	Politique à l’échelle centrale : Un pilotage national remis en cause & Une stratégie nationale de « <i>cost killers</i> »	87
4.4.1	Gains achats : un critère de pilotage efficace ? (25)	87
4.4.2	Un système institutionnel complexifiant le pilotage	89
4.5	Quels sont les prérequis au pilotage de la fonction achats GHT ?	90
4.5.1	Redonner du sens : Utilisation de la place transversale des achats	90
4.5.2	Redonner confiance et éthique en fiabilisant les résultats : Système d’Information achats et Contrôle de Gestion Achats	92
5	CONCLUSION	94
	BIBLIOGRAPHIE	96

Liste des Abréviations

- ARS : Agence Régionale de Santé
- CH : Centre Hospitalier
- CHS : Centre hospitalier spécialisé
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHRU Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CCP : Code de la Commande Publique
- CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- DAF : Direction Financière et Administrative
- DM : Dispositif médical
- EP : Établissement Partie
- ES : Établissement Support
- FHF : Fédération hospitalière de France
- GIP : Groupement d'intérêt public
- GHT : Groupement Hospitalier Territorial
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales
- LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- LPFP : Loi de programmation des finances publiques
- MISS : Médicament d'intérêt sanitaire et stratégique
- ONDAM : Objectif National de Dépenses D'assurance Maladie
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- R&D : Recherche et le développement
- RSE : Responsabilité Sociétale et Environnementale
- SITEM : Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales
- SI : Système d'Information

Liste des Tableaux

Tableau 1. Taux d'évolution de l'ONDAM par sous-objectifs de 2019 à 2022(9,10,10,11)....	33
Tableau 2 Répartition des compétences lors de la passation de marché	76
Tableau 3 Tableau des comparaisons des rémunérations annuelle brut en K€.	78
Tableau 4 Récapitulatif des gains achats revendiqués par la DGO	Erreur ! Signet non défini.

Liste des Figures

Figure 1 Frise chronologique des lois réformant le système de soins de santé.....	19
Figure 2. Organisation des acteurs majeurs du système de soins par échelle géographique ...	25
Figure 3. Cycle de communication du GHT au Ministère	28
Figure 4. Graphique détaillant l'organisation de l'offre de soins à l'échelle locale	29
Figure 5. Organisation administrative d'un GHT	31
Figure 6 Répartition des dépenses de la branche maladie de la Sécurité Sociale selon l'ONDAM 2022	32
Figure 7 Source : PLFSS 2022	34
Figure 8. Frise chronologique des réglementations à impact RSE s'appliquant aux établissements de santé publics	40
Figure 9 Évolution des dépenses relatives aux établissements de santé depuis 2004.....	42
Figure 10. Évolution du nombre de personnels hospitaliers VS Évolution de l'activité hospitalière (exprimée en nombre de séjours).....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 11. Liste des défis du système de soins de santé.....	50
Figure 12. Cycle de vie d'un projet d'achat et ses acteurs	56
Figure 13. Courbe de la valeur ajoutée du processus achat.....	57
Figure 14. Organisation administrative d'un GHT	64
Figure 15. Volume et gains achats de l'UniHA de 2008 à 2022	69
Figure 16. Chiffre clef de la performance achats du ResAH	70
Figure 17 Pyramide des achats : Niveau de maturité & rôles	80
Figure 18 Alignement entre les défis du système de santé et les niveaux de maturité achats pour y répondre.....	85

1 Introduction

Le système de soins français prend une place importante de l'espace public et dans la vie quotidienne des Français. Il se démarque par son importance et son offre de soins particulièrement efficace (maillage territorial et financement) en comparaison aux systèmes des autres pays développés. Dernièrement la crise de la Covid-19 a mis en exergue les fragilités du système de soins de santé en France. L'actualité politique et médiatique ne cessent de rapporter les difficultés budgétaires (déficit de la sécurité sociale et dettes des établissements de santé), les ruptures d'approvisionnement ou le manque de personnel soignant et médical. De plus avec un progrès médical toujours plus croissant et des innovations médicales toujours plus techniques, la France accuse un retard significatif.

Afin de répondre à ces enjeux, la politique de santé depuis les 20 dernières années s'adapte et propose des lois : en 2004 avec la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour réguler la dépense de soins, en 2009 avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire qui potentialise la répartition de l'offre de soins sur le territoire ou en 2016 avec la loi de modernisation de la santé qui vise à améliorer l'organisation du système de soins. (1) (Figure 1)

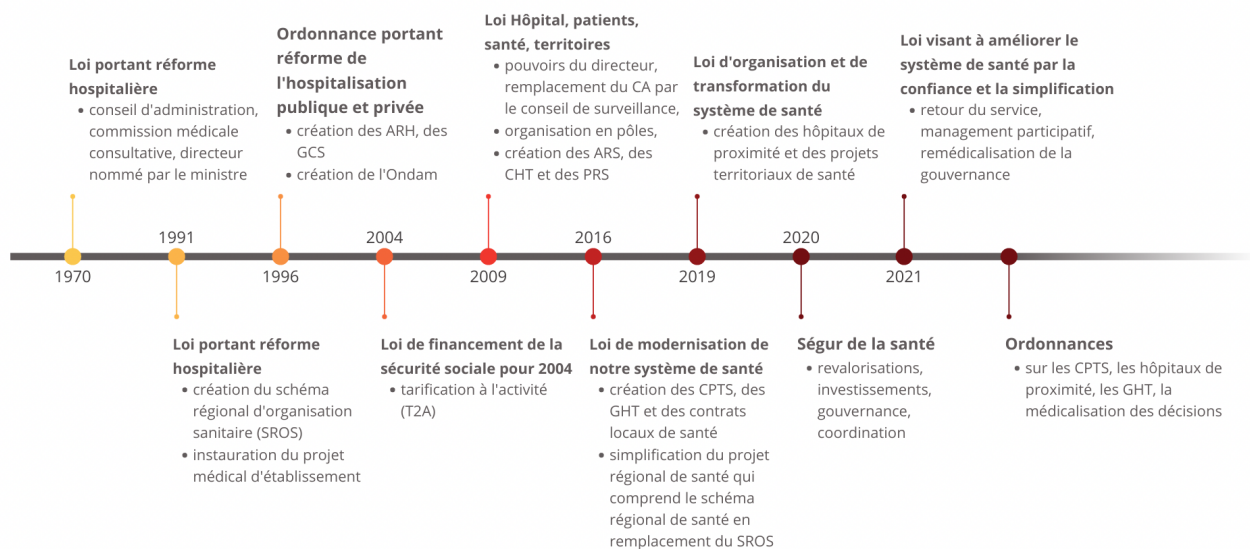


Figure 1 Frise chronologique des lois réformant le système de soins de santé

Toutes ces réformes de la politique de santé ont initié des projets d'envergure pour tenter d'endiguer ces défis :

- Revalorisation salariale : Ségur de la santé
- Organisation : Création des GHT (Groupements Hospitaliers Territoriaux), hôpitaux de proximité, Agences Régionales de Santé (ARS)
- Contrôle des dépenses : T2A, Fonctions achats GHT

Bien que ces projets ne semblent pas convaincre entièrement les professionnels de santé et les établissements de santé, ils ont pour la plupart fait face à des difficultés ayant remis en cause leur application et donc les potentiels résultats associés.

Parmi ces mesures, nous détaillerons la transformation de la fonction achats GHT issue de la loi de modernisation de 2016 et de la création des Groupements Hospitaliers Territoriaux. En effet, les achats hospitaliers sont le deuxième poste de dépense et ils sont devenus un levier de performance pour le système de santé depuis 2011, principalement dans le cadre de la gestion budgétaire des établissements de santé. Afin de trouver des opportunités de réponses aux défis du système de soins à partir de cette fonction achats, la thèse suivra la problématique suivante : Quelle doit être la place de la fonction achats pour répondre aux défis du système de santé ?

Dans un premier temps, une présentation du système de soins et son périmètre d'influence selon un focus par rapport aux établissements de santé et les GHT sera faite. Puis, les grands défis du système de santé seront analysés afin de comprendre leurs origines et mécanismes. Dans un second temps, la composante opérationnelle des achats hospitaliers sera détaillée, afin de mettre en évidence les axes de performance et les moyens qu'elle peut mettre en œuvre pour répondre aux défis du système de soins. La thèse se finira par une analyse du pilotage de fonction achats GHT pour connaître son positionnement idéal dans le système de soins pour obtenir les meilleurs résultats.

2 Le Système de soins de santé en France

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un système de santé comme *"l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé"*. Son rôle est de couvrir le risque sanitaire d'une population donnée en coordonnant tous les protagonistes, ressources et parties prenantes impliqués dans sa gestion.

Le périmètre de ce système est vaste et composé de 5 types d'acteurs « santé » :

- Les offreurs de soins avec :
 - o Les professionnels de santé et paramédicaux ;
 - o Les structures de soins de santé locales tels que les établissements de santé publics ou privés, à but non lucratif ou lucratif, les réseaux de santé pluridisciplinaires, ou structures de prévention ;
- Les institutions publiques, les ordres de professionnels de santé et les syndicats ;
- Les producteurs de biens et services en santé : l'industrie pharmaceutique, la répartition pharmaceutique ;
- Les financeurs : Sécurité Sociale branche Assurance Maladie, assureurs, mutuelles ;
- Les bénéficiaires.

En France, l'État et ses services publics sont fortement impliqués dans l'organisation du système de soins. Et bien que des protagonistes privés soient actifs, leur libre-arbitre est limité par les obligations du système législatif et réglementaire français. Dans le cadre de la présentation du système de soins et de ces enjeux, les acteurs privés des catégories « Offreurs de soins » et « Financeurs » ne seront pas pris en compte, leurs caractéristiques de gouvernance et d'enjeux étant différentes de celles du secteur public.

2.1 Contexte : Présentation du fonctionnement du système de soins de santé public français

2.1.1 Des instances centralisées qui définissent la politique de soins de santé

La définition de la politique du système de soins de santé français est issue :

- De la législation et réglementation française
- De la législation et réglementation européenne

2.1.1.1 A l'échelle nationale

Parmi les institutions de l'état, le Parlement coordonne, dynamise et supervise la vie du système de soins. Il légifère sur sa politique se positionnant sur des projets de réformes de lois et contrôle ses acteurs grâce à des corps de contrôle (Cour des comptes, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)). Les décisions actées par le vote du Parlement sont inscrites dans le code de la Santé Publique. Il regroupe les fondations de l'organisation et du fonctionnement de ce système de santé et confirme son rôle en France :

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »(2)

Le système de soins français est considéré dans le monde comme l'un des plus aboutis, stable et fiable notamment dû au fait que les décisions politiques sont fortement influencées par

des perceptions morales et éthiques de la santé et du bien-être de la population française. Depuis le début des années 90, de nombreuses réformes ont permis de façonner et de répondre aux enjeux mettant en péril le système de soins français. (Figure 1)

Il importe cependant de préciser que la législation peut s'enrichir à l'initiative de tout acteur qui en exprime le besoin, notamment en prenant part aux travaux pilotés par les pouvoirs publics, en étant force de proposition, en émettant des avis ou en proposant des amendements sur les projets de loi ainsi qu'en menant une action de lobbying nationale et régionale.

Ainsi un projet de loi de santé ayant pour but de définir la politique de santé peut provenir de n'importe quel acteur, il doit répondre aux besoins ou enjeux du système de soins de santé, être accepté dans le cadre du vote de la loi prévu par la République française.

2.1.1.2 Gouvernance européenne

La France fait partie de l'Union Européenne (UE) et à ce titre elle se doit d'intégrer dans sa réglementation les règles, lois, amendements européens afin de prévoir leurs mises en application.

Premièrement, les systèmes de soins de santé européens sont tous soumis au droit communautaire qui permet la libre circulation des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) ainsi que la libre circulation des professionnels de santé et une reconnaissance mutuelle des qualifications.

Les questions relatives à la Santé Publique ont été abordées tardivement au sein de l'UE. Ce n'est qu'avec l'apparition des premiers problèmes sur le territoire européen causé par la libre circulation des marchandises et personnes (exemple : l'affaire du sang contaminé en 1992), qu'un premier article est ajouté dans le Traité de Maastricht. Il a pour but de promouvoir la collaboration et la communication en matière de santé entre les états membres. Puis en 1997,

le traité d'Amsterdam autorise l'UE à « *compléter l'action [...] pour améliorer la santé publique et prévenir les maladies.* »(3) des états membres. Jusqu'à la crise de la COVID-19, c'est le traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne de 2007 qui précise et définit les rôles et priorités en matière de santé. Il reprend les clauses précédentes et y ajoute deux compétences principales :

- Accompagner la standardisation et la croissance des normes de sécurité et de qualité ;
- Prendre en charge le risque transfrontalier.

Le périmètre d'action de l'Union Européenne en termes de définition d'une politique de santé avait une faible portée et peu d'objectifs. En somme, l'enjeu principal de l'Union Européenne à ce stade est de stimuler la collaboration des états membres. Les acteurs créateurs de valeur pour l'UE était détenue par ses institutions de santé :

- Agence Européenne du Médicament (EMA) qui permet la mise sur le marché de médicaments au sein des pays membres de l'UE ;
- Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) qui travaille en étroite collaboration avec l'OMS pour plus d'efficience ;
- Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT).

La crise de la COVID-19 a mis en exergue l'ampleur de l'impact et des opportunités que l'UE pouvait avoir pour le développement et la gestion des risques des systèmes de santé nationaux. En effet, elle a été sollicitée et a réagi pour pallier aux fragilités majeures, notamment dans le cadre de l'achat de produits en tension comme les masques. Pour faire face à la compétitivité des capacités d'achats/ventes des géants mondiaux (Chine, États Unis), elle a assuré le rôle d'acheteur par la massification de la passation de marchés et la signature de contrats-cadres à l'échelle de l'Europe et a garanti aux états membres leurs approvisionnements en équipements critiques (masques, combinaisons, respirateurs...). (3)

Ce changement de paradigme est pérenne et s’inscrit dans l’actualité grâce au « Programme *EU4Health*¹ ». Il prévoit un investissement exceptionnel de 5,3 milliards d’euros pour la période 2021-2027(4) alors qu’en moyenne, les trois derniers plans (2003 à 2020) prévoyaient un budget d’une moyenne de 374,89 millions d’euros.(3)

2.1.2 Organisation du système de soins de santé

Le code de la santé publique légifère sur la méthode d’administration du système de santé, sur les fonctionnalités et les rôles de chaque acteur ainsi que leur régulation. L’étendue du périmètre du système de santé a conduit à une multiplication des acteurs impliqués à différentes échelles géographique, nationale, régionale, locale afin d’optimiser son rôle.

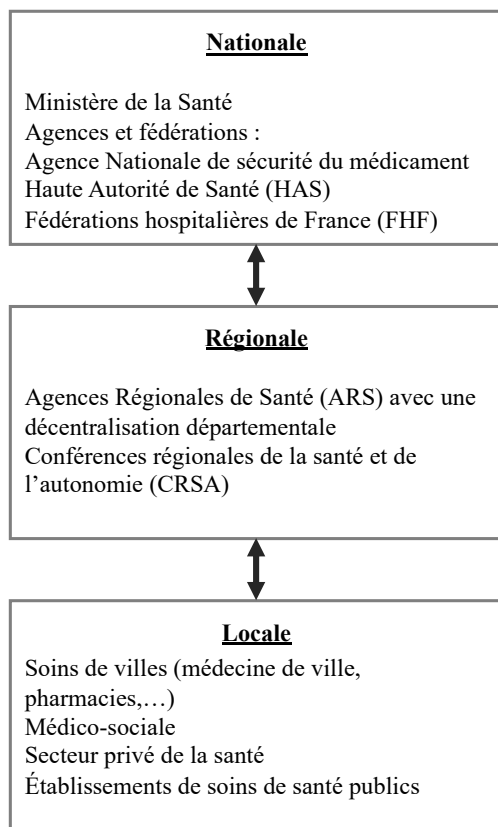


Figure 2. Organisation des acteurs majeurs du système de soins par échelle géographique

¹ Traduction : UE pour la santé

2.1.2.1 Organisation nationale

Le Ministère de la Santé et de la Prévention et le Ministère des Solidarités de l'Autonomie et des Personnes Handicapées en tant que représentants du pouvoir exécutif dans la santé sont chargés de mettre en œuvre la politique de santé approuvée par le parlement sur le territoire français. Ils sont dirigés par les ministres : François Braun & Jean Christophe Combe.

Pour assurer la bonne tenue du système de soins, un éventail de responsabilités incombe aux ministères :

- le pilotage et l'exécution des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire ;
- la supervision de l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement ainsi que la formation des professionnels de santé ;
- la maîtrise des coûts en santé par la fixation des tarifs et la tutelle des organismes d'assurance maladie en répartissant les budgets alloués à la santé.

L'État veille à la mise à disposition sur tout le territoire national d'une offre de soins répondant aux besoins de santé de la population. Il s'assure également de garantir la pérennité, le financement et la sécurité du système de santé. Pour planifier la mise en œuvre de la politique de santé, le ministère la décline en projets stratégiques. A l'inverse, il peut aussi, force de constater des situations à risque, impulser des projets de lois ou d'amendements pour enrichir la politique de santé.

Par ailleurs, la performance des résultats du ministère mais aussi de toutes les parties prenantes publiques est analysée et évaluée de manière indépendante par les corps de contrôle tels que la Cour de Comptes ou l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

En plus du Ministère de la Santé et de la Prévention, les agences sanitaires (ANSM, Santé Publique France) ainsi que les partenaires indépendants tels que la Haute Autorité de

Santé (HAS) sont centralisés au niveau national. Leurs expertises permettent de soutenir les acteurs du système de soins en les accompagnant et en proposant des outils d'évaluation et de certifications.

En 2004, la nouvelle Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) change l'organisation de la sécurité des soins par la création de l'HAS. Le statut juridique d'Autorité Publique Indépendante (API) lui confère un statut bien distinct de celui de l'État. Un collège d'experts nommé législativement est promu à la direction afin de garantir la pertinence et la fiabilité de l'avis scientifique nécessaire aux recommandations de bonnes pratiques, l'évaluation des produits de santé et à l'accréditation des établissements de santé : « *mesurer et améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville, et la qualité des accompagnements dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.* »(5). C'est un corps tout à fait particulier et qui est au centre du contrôle de la performance du système de santé.

2.1.2.2 Organisation régionale

La loi n°2009-879 Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 modifie le code de la Santé Publique pour réformer l'organisation régionale du système de santé. Le but est d'affiner la compréhension des enjeux locaux mais aussi d'améliorer la mise en œuvre des politiques de santé. La principale action issue de cette loi est le renforcement des pouvoirs publics à l'échelle locale par la création d'une institution de santé décentralisée : les Agences Régionales de Santé (ARS). Elles sont les représentantes du Ministère à l'échelle régionale. Leur rôle est défini de la manière suivante : « assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système. »(6).

A ce titre, la position des ARS lui confère un rôle transversal entre les acteurs locaux et les nationaux et est donc source de valeur ajoutée pour le système de soins. L'objectif de cette

décentralisation de l'application des directives ministérielles est d'adapter les stratégies et ses projets inhérents aux enjeux de chaque région et ainsi de garantir une adhésion des acteurs

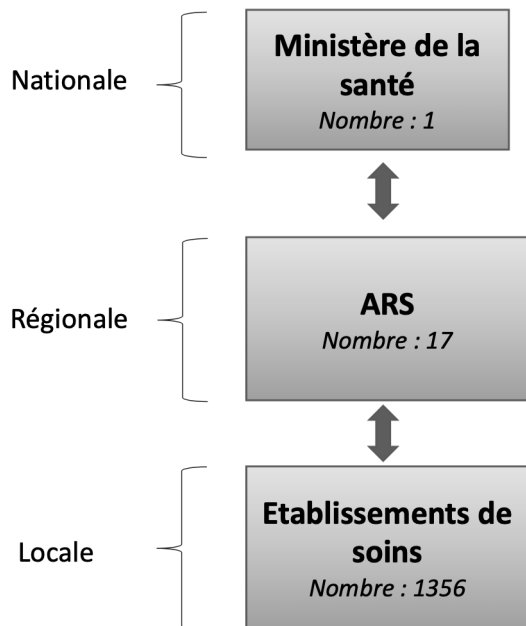


Figure 3. Cycle de communication du GHT au Ministère

locaux. C'est un outil de succès de l'application de la politique de santé car elles impliquent directement les acteurs locaux. Le flux d'information est aussi montant, les ARS sont les principaux interlocuteurs des établissements de soins avec les instances centralisées. Les ARS doivent jouer un rôle dans la remontée des besoins ou revendications du terrain et permettre d'adapter les pratiques du ministère à la réalité de chaque région. À un niveau encore plus local, les collectivités territoriales tendent à jouer un rôle de plus en plus important sur les questions sanitaires et notamment sur celles sociales.

2.1.2.3 Organisation locale & Offreurs de soins (focus sur les GHT)

L'organisation locale du système de soins est construite par types d'offres de soins locales : (Figure 4)

- Les soins de villes ;
- Le secteur privé de la santé ;
- Le secteur médico-social ;

- Les établissements de soins de santé publics.

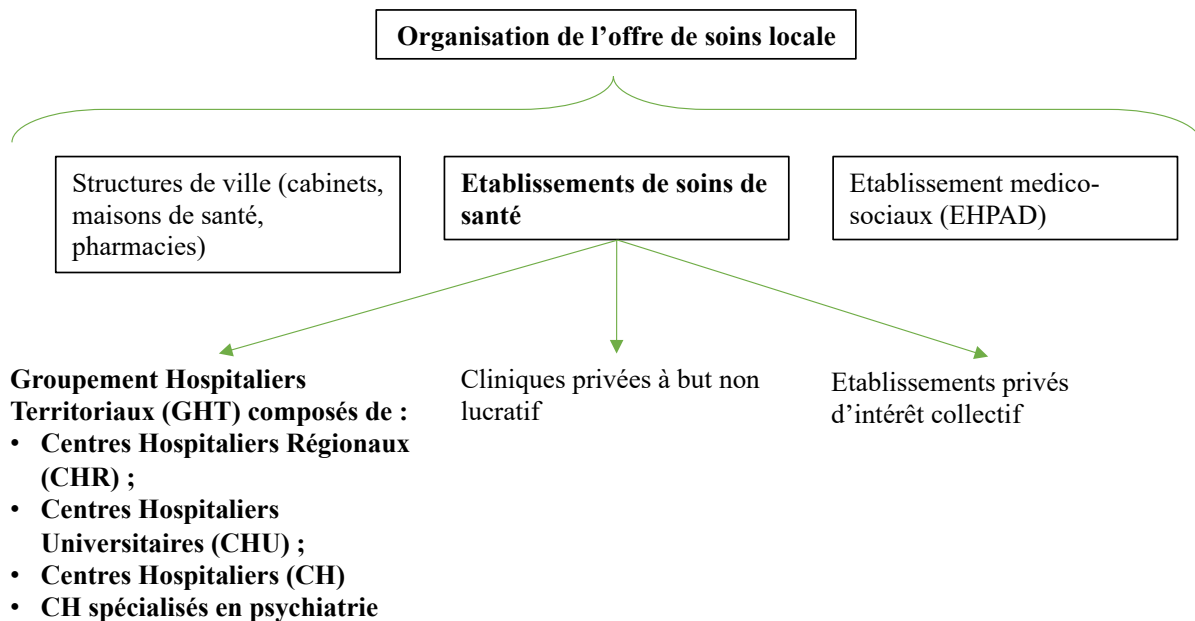


Figure 4. Graphique détaillant l'organisation de l'offre de soins à l'échelle locale

Dans le cadre de la thèse, uniquement l'organisation des établissements de soins de santé publics sera détaillée. Leur définition selon *Vie Publique*® est "Un établissement de santé est une structure publique ... qui assure le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et femmes enceintes et mène également des actions de prévention et d'éducation à la santé. Il est soumis aux obligations du code de la santé publique. »

La Loi de modernisation de la santé 2016 réforme l'organisation de l'offre de soins à l'échelle locale par la création de 136 Groupements Hospitaliers Territoriaux (GHT), dans le but de renforcer, d'innover l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire français (Outre-mer compris) et de redéfinir la dépense de santé. Par cette organisation, la politique de santé souhaite stimuler la coopération entre les différentes structures de soin afin de fluidifier le partage et le transfert de compétences tant médicales qu'administratives et financières au sein du groupement.

Elle rend obligatoire le regroupement de 898 établissements de santé (ES) publics au sein d'un GHT. Ils peuvent être des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), Centres

Hospitaliers Régionaux (CHR), des Centres Hospitaliers (CH) ou des Centres Hospitaliers Psychiatriques (CHS). Tous les GHT sont différents avec des regroupements allant de 2 jusqu'à 20 établissements, un nombre de personnels de 1200 à 25 000 professionnels et couvrent des territoires de 100 000 à 2 millions d'habitants.

Le regroupement des établissements de santé en GHT se fait par le biais de la signature d'une convention qui présente un projet médical partagé (PMP). Chaque PMP s'adapte aux problématiques locales de chaque GHT et de sa population cible. Le GHT Eure-Seine Pays d'Ouche qui couvre une zone rurale n'a pas les mêmes prérogatives que le GHT Haut de Seine couvrant un département de la 1^{ère} couronne de la région parisienne. Ce projet qui va définir la politique et la stratégie des GHT doit aussi prendre en compte l'atteinte des objectifs de la politique nationale.

Le GHT s'est accompagné d'une nouvelle organisation de terrain caractérisé par une répartition des rôles entre un établissement support (ES) et des établissements parties (EP). Les structures supports se voient doter d'un comité de pilotage et d'un comité stratégique qui ont pour but de définir la politique et la stratégie pour l'ensemble du GHT. De plus, les fonctions supports (Système d'Information, Achats, Logistique) sont mutualisées au sein de l'ES. Un transfert de compétences des établissements parties vers l'établissement support a été nécessaire avec la création de direction dédiée à ces fonctions et leur nouveau mode de fonctionnement. La gouvernance d'un établissement de santé s'organise selon deux axes :

- Sa propre gouvernance sur les fonctions propres à chaque établissement

- La gouvernance du GHT pour les fonctions partagées entre l'ensemble des établissements du GHT.

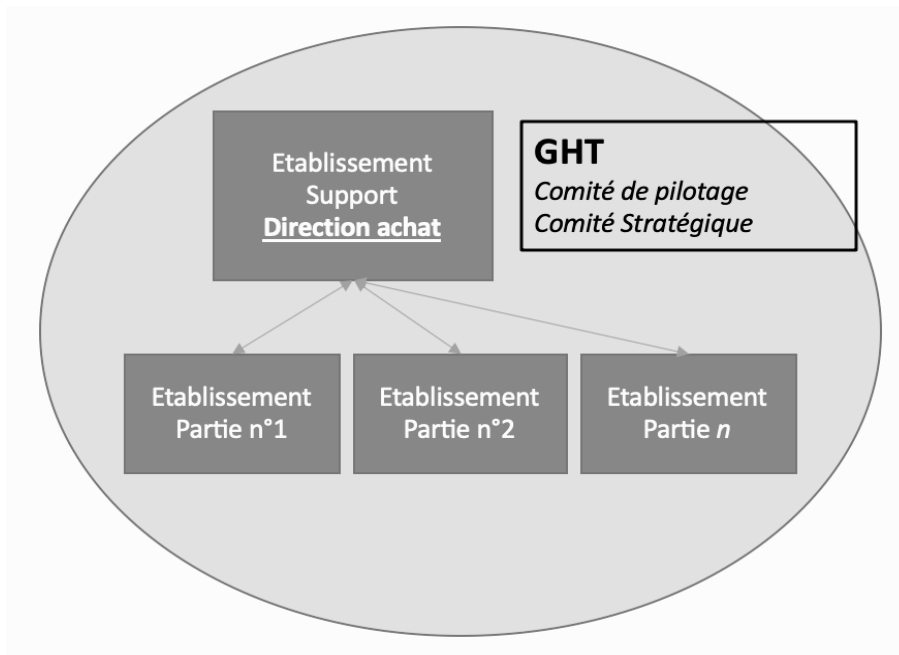


Figure 5. Organisation administrative d'un GHT

L'établissement « support » aura la tâche de gérer le pilotage de l'ensemble des fonctions mutualisées. Le plus souvent, c'est l'établissement de soin le plus important du GHT qui est support pour assurer ces missions. Les établissements parties restent au cœur du système bien qu'ils ne soient pas pilotes, en effet leur coopération est essentielle dans le cadre du bon fonctionnement du GHT.

2.1.3 Financement du système de santé (focus sur les établissements de santé)

2.1.3.1 Loi de Financement de la Sécurité Sociale et ONDAM

Afin de réguler la dépense de santé et orienter le ministère de la santé et la sécurité sociale dans la répartition des deniers publics, l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit que chaque année le parlement vote la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). C'est un Avis qui se base sur une analyse des recettes et les dépenses de l'année précédente par la Sécurité Sociale. On ajoute à cette analyse les estimations d'investissement

nécessaire à la mise en œuvre des objectifs annuels nationaux de la politique de santé, par exemples Ségur de la santé, les recettes de la prévention anti-tabac, le financement des dernières générations de cancérothérapies... A l'issue de ce travail, un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est établi. C'est un document qui détaille pour chaque secteur de santé subventionné un budget alloué et indique des objectifs de performance financière. Le Ministère de la Santé et de la Prévention et la Sécurité Sociale doivent garantir le respect de cet ONDAM par les offreurs de soins notamment de l'enveloppe globale attribuée.

2.1.3.2 ONDAM 2022 et ses enjeux

Le budget total estimé pour l'année 2022 est à hauteur de 236,8 milliards d'euros.(7) La part des ES représente environ 40% du total de l'ONDAM soit **95,5 milliards d'euros** en 2022 (dépenses liées à la pandémie de la SARS-covid-19 inclus).

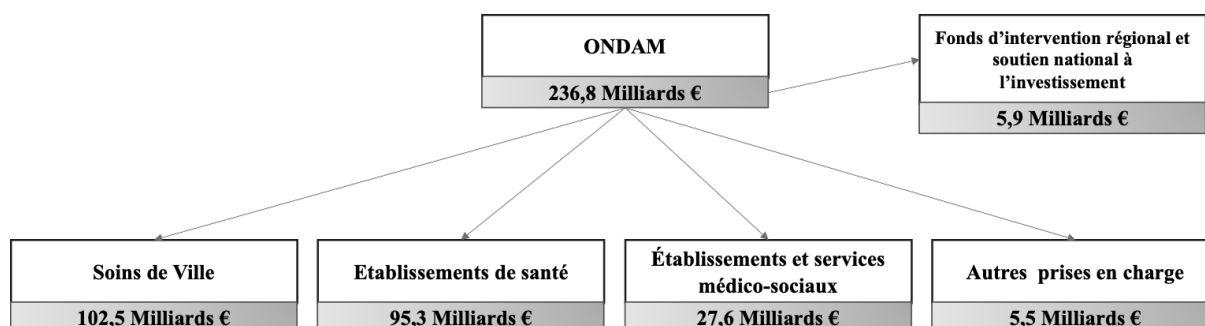


Figure 6 Répartition des dépenses de la branche maladie de la Sécurité Sociale selon l'ONDAM 2022

L'ONDAM est une cible à atteindre et qui ne doit pas être dépassé dans la mesure du possible. Cependant depuis de nombreuses années, l'estimation de l'ONDAM se révèle trop faible par rapport aux dépenses réelles, c'est ce qu'on appelle le déficit de la Sécurité Sociale. Il était en moyenne de 4,5 milliards d'euros avant 2020 avec une tendance à la baisse, puis de 30,4 milliards d'euros en 2020 et 26,1 milliards d'euros en 2021 à cause des dépenses liées à la gestion de la COVID-19. Concernant les hôpitaux, les dépenses réelles ont été supérieures en 2021 et c'est 1,5 milliard d'euros supplémentaires qui ont été délégués dans le cadre de la clôture des comptes.(8)

L'ONDAM se caractérise par sa capacité d'adaptation puisque chaque année, il revoit à la hausse ou à la baisse ses objectifs en fonction des dépenses réelles de l'année précédente. Cette évolution peut être analysée grâce aux « taux de progression » entre l'ONDAM d'une année « n » et « n-1 ». (Tableau 1) Le calcul du taux d'évolution de l'ONDAM à périmètre constant suit les principes énoncés dans l'annexe 5 de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) 2018-2022.

<i>Montants en Md€</i>	Taux d'évolution 2019	Taux d'évolution 2020	Taux d'évolution 2021 ((hors covid- 19)	Taux d'évolution 2022 ((hors covid- 19)
ONDAM Total	2,50%	4,40%	4,40%	7,40%
Soins de Ville	4,30%	5,60%	5,20%	10,40%
Etablissements de santé	3,70%	3,30%	3,60%	5,60%
Établissements et services médico-sociaux	2,70%	3,20%	4,05%	3,70%
Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	2,30%	1,00%	2,40%	6,00%
Autres prises en charge	2,70%	5,20%	5,60%	3,30%

Tableau 1 Taux d'évolution de l'ONDAM par sous-objectifs de 2019 à 2022(9,10,10,11)

Ce taux de progression augmente chaque année de PLFSS en PLFSS, ce qui se répercute sur le montant alloué à la branche Maladie, en 2019 le montant total de l'ONDAM était de 200,3 milliards d'euros et en 2020 ce total est de 236,8 milliards d'euros soit une augmentation totale 36,5 milliards. Cette augmentation est principalement due aux réformes du systèmes de soins notamment le Ségur de la Santé qui prévoit sur l'année 2022 1,4 milliards d'euros pour le financement des professionnels de santé hospitaliers et à l'augmentation de l'activité et du coût des thérapies. Cependant bien que l'augmentation des dépenses soient anticipées, un déficit global annuel est quasiment systématique.

Concernant le sous-objectif « établissements de santé » de l'ONDAM, il évolue de manière constante avec une augmentation en 2022 pour catalyser la mise en application du plan « Ma santé 2022 » et du Ségur par les mesures suivantes :

- Transformer les métiers et revalorisation des soignants
- Soutenir le fonctionnement structurel des établissements de santé

- Renforcer l'offre de soins sur des besoins prioritaires
- Soutenir la Recherche & l'innovation

L'augmentation prévue est de 3,7 milliards d'euros à répartir entre le financement du Ségur et celui des évolutions courantes des Établissements de soins.

Graphique 8 • 3,7 Md€ de financements nouveaux au sein du sous-objectif Établissements de santé

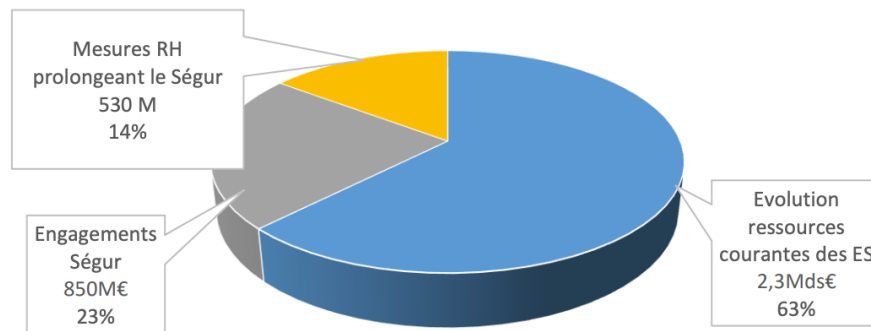


Figure 7 Source : PLFSS 2022

Le FIR et soutien national à l'investissement prévoit un investissement total de 7 milliards d'euros selon le Plan Innovation santé 2030 du Comité Stratégique des industries de santé (CSIS) et de 410 millions d'euros en 2022. Il a pour but d'accompagner la France à redevenir un acteur de premier rang en termes d'innovation et de progrès médical.

Bien que les dépenses soient globalement à la hausse, ce n'est pas le cas pour tous les domaines et certaines catégories ont des objectifs de réduction budgétaire : c'est le cas des achats hospitaliers. Ils représentent environ 25% du budget des établissements (15% achats médicaments et dispositifs médicaux ; 9% autres achats) et est le deuxième poste de dépense après la masse salariale. Le Ministère de la Santé et de la Prévention estime les dépenses globales d'achats à hauteur de 25 milliards d'euros par an. Les établissements sont autonomes dans leur gestion financière, mais soumis aux contrôles exercés par les pouvoirs publics (agence régionale de santé, chambre régionale des comptes...). C'est pourquoi afin d'optimiser cette dépense, la LFSS de 2011 a créé le programme pour la Performance Hospitalière des Achats Responsable (PHARE). Une partie de l'ONDAM leur a été attribuée pendant 4 ans dans le

cadre de la création des GHT et de la fonction achats GHT mutualisée (environ 3 millions d'euros).

2.1.4 Introduction sur l'industrie pharmaceutique

2.1.4.1 Généralités

L'industrie pharmaceutique est l'acteur qui permet la recherche et le développement (R&D), la production, la commercialisation et distribution du médicament. Le fait qu'elle interagisse avec tous les membres du système de soins et à toutes les échelles, en fait un protagoniste du système de santé central et majeur. En effet, par exemple, elle fournit des produits de soins autant pour les hôpitaux (local) que les grossistes répartiteurs (régional) pour les soins de ville. Ils sont réglementés à l'échelle nationale et européenne, notamment dans le cadre de la commercialisation et de la fixation du prix de vente de leurs produits remboursables. Les Entreprises du Médicament (LEEM) est le syndicat qui représente les membres de l'industrie pharmaceutique auprès des institutions et des pouvoirs publics. D'autre part, le Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM) est la première organisation en France représentant les acteurs de l'industrie des technologies et dispositifs médicaux y compris les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication impliquées dans la Santé (exemple : Systèmes d'information).

2.1.4.2 Mondialisation et industrie pharmaceutique

Dans son fonctionnement, l'industrie pharmaceutique suit la logique de l'économie de marché mondiale. En effet, c'est une industrie composée d'entreprises de toutes tailles, allant de la big pharma à la start-up en passant par les PME et qui ont des intérêts économiques et financiers privés. Ces entreprises pour croître, s'organiser et répondre à leur rôle dans le système de soins ont fortement profité de la mondialisation, catalysée par les différences de

coûts de production entre les pays et les marges financières qui en découlent. Il est important de préciser que dans le cadre de l'industrie pharmaceutique, ces profits permettent la R&D et participent fortement à l'innovation médicale principalement par la découverte de nouvelles thérapies, dispositifs médicaux (DM), etc.

Afin d'augmenter ses profits mais aussi de permettre l'achat de médicaments à des coûts compétitifs pour le système de soins, l'industrie pharmaceutique a réduit un maximum ses coûts de production. Ainsi elle a externalisé la production des principes actifs et matières premières à l'étranger notamment en Asie du Sud Est. L'EMA estime aujourd'hui qu'entre 60 % et 80 % des principes actifs sont fabriqués hors de l'Union européenne.⁽¹²⁾ Cette proportion était de 20 % au début des années 90. En plus de perdre la souveraineté de la production de médicament cela a eu pour conséquence la création de monopole principalement en Chine (dans une moindre mesure en Inde). Au sein même de ces pays, toujours dans le but d'optimiser les coûts et dans le but de répondre à des méthodes de production séquentielle, une seule et même entreprise produit dans un ou deux sites de production (exemple : valsartan, paracétamol). C'est un facteur de risque très important : si un problème intervenait au sein de cette unique chaîne de production, ceci entraînerait une rupture de stock à l'échelle mondiale.

Concernant les ruptures d'approvisionnement, elles prennent leur origine dans les dysfonctionnements de la chaîne de distribution du médicament. Cette dernière est fortement fragilisée par la mondialisation à cause des distances, modes de transport (bateaux, avions...), du contexte géopolitique. La crise de la COVID-19 et les difficultés d'approvisionnement en sont le principal témoin.

De plus, la mise en avant des médicaments génériques par les systèmes de soins a contraint la plupart des entreprises impliquées dans la R&D de trouver des nouveaux moyens de rentabilité. Ce fut une décision qui a eu un impact négatif sur l'optimisation du potentiel de

R&D et donc la performance de l'innovation médicale puisque les industries ont dû s'adapter et développer des produits à haute valeur ajoutée uniquement. L'effet de bord est de créer des retards dans l'avancée thérapeutique comme dans la R&D des antibiotiques luttant contre les bêtalactamases à spectre élargi (BLSE).

2.1.4.3 *Augmentation de la demande globale et industrie pharmaceutique*

L'industrie pharmaceutique doit aussi faire face à un phénomène mondial qui est l'émergence des pays pauvres engendrant un accroissement de la demande en produit de santé. Pour l'expliquer prenons l'exemple de la Chine qui organise de grandes campagnes de vaccination à l'échelle de sa population soit 1,1 milliard de chinois. Lors de la vaccination contre la rougeole des enfants chinois c'est 100 millions de doses qui ont été données en 9 jours. L'impact de cette campagne entraîne une mise en tension des vaccins contre la rougeole ressentie jusqu'en France. Les produits nécessaires aux campagnes de santé publique sont fortement impactés mais on retrouve également ces ruptures d'approvisionnement pour d'autres types de produits de santé. Les industries pharmaceutiques n'ont pas la capacité de répondre à la totalité de la demande puisque celle-ci est souvent peu anticipée. Il n'est pas possible non plus d'adapter les chaînes de production à produire plus rapidement des stocks pour répondre à parfois plus du double de la demande initialement prévue.

La gestion des pénuries de médicaments mobilise de nombreuses ressources humaines et techniques, notamment au niveau des agences de santé publique comme l'ANSM et au niveau local avec les PUI, pharmacies qui interviennent dans la prévention et le contrôle des pénuries et la surveillance des médicaments à risque de tension.

L'industrie pharmaceutique est donc un acteur qui a pour enjeux le « *risk management* » de ses stocks et son approvisionnement. Cependant puisque que leur rôle est ubiquitaire dans le système de santé, les dysfonctionnements ressentis à leur échelle impactent fortement tous

les acteurs du système de soins, en particulier les offreurs de soins qui n'ont plus à disposition les produits nécessaires à leurs travaux.

On constate aussi que le progrès médical et le financement de R&D est un enjeu capital tant pour la sécurité de la Santé publique à grande échelle qu'individuelle.

2.1.4.4 Défis de sécurisation de l'information et SNITEM

2.2 Les défis du système de santé

Cette classification non officielle va nous permettre de présenter et comprendre les enjeux du système de soins.

Les enjeux ayant des causes globales :

- Pénurie à l'échelle mondiale
- Responsabilité Sociétale et Environnementale (RSE) des services publics et entreprises privées

Les enjeux spécifiques au système de soins de santé :

- Optimisation de la gestion budgétaire
- Mise à disposition des bénéficiaires d'une offre de soins répondant à la demande
- Optimisation de la gestion budgétaire
- Rattrapage du retard en termes d'innovation médicale
 - o Digitalisation
 - o Progrès médicaux
 - o Avancée thérapeutique
- Récupération de la confiance des professionnels de santé
- Rupture d'approvisionnement à l'échelle locale (partie 2.1.2 de la thèse)

2.2.1 Les enjeux non spécifiquement liés au système de soins de santé

Pénuries à l'échelle mondiale

La présentation de ce contexte montre que l'enjeu majeur qui touche l'industrie pharmaceutique est la gestion du risque de « rupture de stock » et « rupture d'approvisionnement ». Le LEEM a identifié le niveau imputable à chacune des causes comme :(13)

- la tension mondiale entre la demande et la capacité de production (25 %) ;
- les fluctuations imprévues du marché (23 %) ;
- les problèmes liés à la production en elle-même (20 %) ;
- les problèmes d'approvisionnement en principe actif (15 %) ;
- les contraintes réglementaires (10 %) ;
- les contraintes économiques (7 %).

Le LEEM pour répondre aux enjeux globaux de l'industrie pharmaceutique précise dans son plan d'action, des solutions que nous détaillerons en partie 2 et 3 :

- « Revoir les mécanismes d'achat et les conditions économiques d'exploitation des médicaments d'intérêt sanitaire et stratégique (MISS) »(14)
- Fiabiliser l'estimation des besoins et de la demande pour anticiper les commandes et adapter les capacités de production juste temps.
- Retrouver la souveraineté l'Union Européenne

Responsabilité Sociétale Et Environnementale

Les politiques de santé doivent aussi être en accord avec les politiques globales de la France et de l'Europe. Ces dernières années, l'urgence écologique et le changement climatique ont mis au cœur des prérogatives de l'UE les questions de responsabilité sociétale et environnementale (RSE). Dans son projet pour le soutien au système de santé des états membres, l'influence des médicaments sur l'environnement est pointée avec l'axe suivant : « le développement de

médicaments de qualité, sûrs, efficaces et plus respectueux de l'environnement », notamment car leur rejet dans la nature pose de nombreux problèmes écologiques.

De plus, les Établissements de soins étant des acteurs économiques et sociaux de premier ordre dans le paysage social, ils se doivent d'avoir un impact sociétal positif pour leur propre fonctionnement et pour respecter leur principe d'intérêt général. De plus, il n'est pas sans dire que la consommation énergétique nécessaire à l'alimentation du parc hospitalier est très conséquente, d'autant plus que le service hospitalier est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. L'offre de soins complète représenterait 15% des dépenses énergétiques de secteur tertiaire en France selon l'Agence de l'Environnement et de la maîtrise de l'Énergie. Le troisième impact majeur sont les 700 000 tonnes de déchets par an issues du secteur hospitalier. Entre ses principes et son activité, les établissements de santé doivent (et pour la plupart le souhaitent et le font) entrer dans une démarche de politique globale RSE.

Cependant, plusieurs réglementations européennes et nationales ne ciblant pas le système de soins de santé particulièrement mais les services publics en général, ont été promulguées ces dernières années.

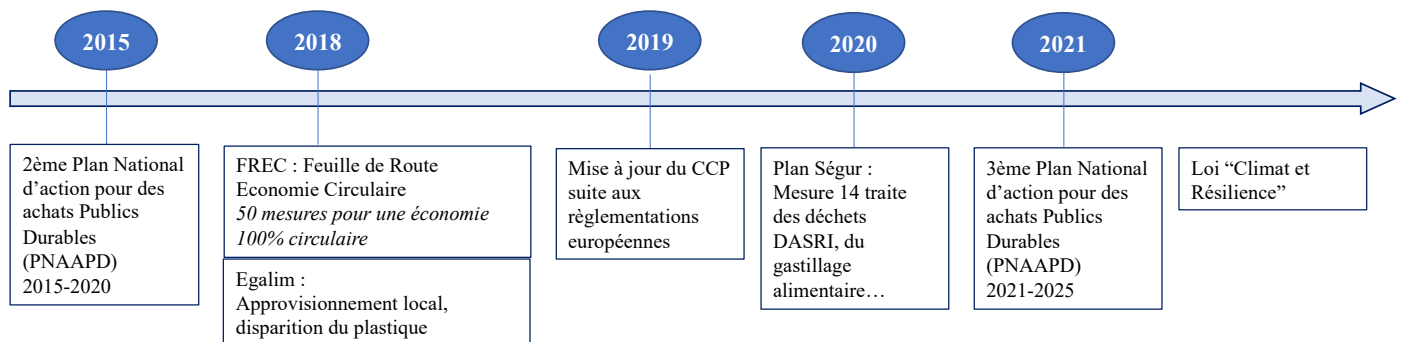


Figure 8. Frise chronologique des réglementations à impact RSE s'appliquant aux établissements de santé publics

Ces différentes réglementations ont impacté le quotidien et l'organisation opérationnelle des établissements. Prenons l'exemple de la fin de l'utilisation des objets en plastique non réutilisables par suite du plan Ségur, la majorité des services de restauration ont nécessité des

adaptations étant de grand consommateur de produits jetables afin de réduire les dépenses (exemple : les couverts en plastique).

L'une des réglementations qui doit être surveillée et anticipée par le système de soin est la loi européenne SPASER. Elle prévoit qu'à l'horizon 2025, l'ensemble des marchés publics des états membres de l'Union européenne devront contenir systématiquement des clauses RSE dans les contrats d'achats. Cet amendement a été traduit en droit français par l'ordonnance du 23 juillet 2015 et du décret du 25 mars 2016 reformant le Code de la Commande Publique (CCP). De plus, elle est soutenue par la Loi « Climat et Résilience » du 22 août 2021 portant sur la lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets, est celle qui bouscule les pratiques d'achats hospitalières, d'autant plus que son décret d'application a été publié le 2 mai 2022.

La RSE est un enjeu majeur qui est mis au premier plan dans toutes les politiques et à différentes échelles. Comme l'idée est de donner à ces réglementations un périmètre d'action le plus vaste, les établissements doivent poursuivre leur effort et accélérer leur démarche RSE. La RSE, la commande publique et leur intégration dans le processus achats seront détaillées en partie 3.1. de cette thèse.

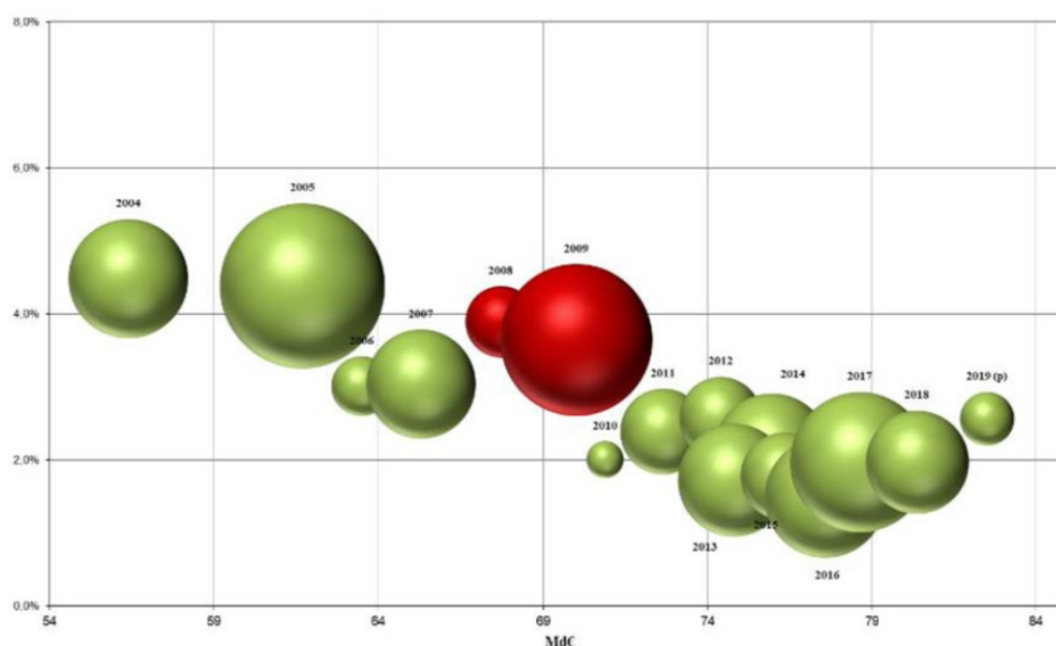
2.2.2 Les enjeux spécifiques au système de soins de santé :

Optimisation de la gestion budgétaire

Si les hôpitaux, comme l'ensemble du système de santé, doivent apporter des économies qui permettent de maîtriser les dépenses publiques, se pose le problème du juste financement des dépenses publiques sans diminuer le niveau de soins ni le progrès associé. En effet, la surréglementation des dépenses des établissements de santé semble aujourd'hui être responsable

de la lenteur de la modernisation et de la transformation du système de soins hospitaliers ainsi que de multiples défaillances dans leur capacité à fournir des soins.

Pour appuyer ce parti pris, la commission à la cour des comptes de la Sécurité sociale a analysé les dépenses relatives aux établissements de santé depuis 2004. Elle constate que les établissements de santé ont toujours respecté leurs objectifs de dépenses, excepté en 2008 et 2009 conséquences du choc économique de 2008. La seconde constatation est la diminution du taux d'évolution, accentué par l'application de la Tarification à l'Activité (T2A) en 2004, elle



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2020

Figure 9 Évolution des dépenses relatives aux établissements de santé depuis 2004

devient majeure au début des années 2010. L'analyse de la commission confirme tout de même que l'ONDAM n'a fait qu'augmenter sur la période.

Le gouvernement partage ce point de vue en précisant dans la présentation du Plan pour la LFSS (PLFSS) 2022 qu'« exceptionnellement cette année aucune économie n'est demandée aux établissements de santé [...] après une crise qui a mis à rude épreuve nos établissements de santé, l'année 2022 sera celle d'une respiration ».

La modernisation des infrastructures et l'investissement dans des équipements chers a fortement été réduit pour atténuer les niveaux de dettes, ce qui a eu des conséquences sur la vétusté du parc hospitalier français.

Les enjeux du système de soins en termes de financement sont :

- Accorder plus de souplesse au financement des établissements de santé ;
- Permettre une personnalisation dépenses en fonction des besoins propres ;
- Remettre au cœur du financement la compétitivité des compétences soignantes et médicales ;
- Investir dans le progrès médical.

La notion de progrès organisationnel et les investissements financiers nécessaires au bon fonctionnement des établissements de santé ne doivent pas être négligés. C'est une condition sine qua none pour répondre aux objectifs de l'ONDAM notamment celui de remettre l'activité des professionnels de santé au cœur des soins.

Progrès médical (focus sur la R&D et la digitalisation)

Pour présenter l'enjeu du progrès médical il est intéressant de détailler le sujet par échelle d'intérêt : mondial, national et local.

A l'échelle mondiale c'est l'UE qui se démarque, elle a été d'un soutien précieux dans le cadre de la recherche d'un vaccin, de traitements et de méthodes de diagnostics. Elle a financé la R&D à hauteur d'1 milliard d'euros et a permis une levée de 16 milliards d'euros sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le rôle qu'elle a tenu dans la crise de la COVID-19 peut être élargie à la Recherche et l'innovation dans ses domaines prioritaires. Ainsi l'UE peut impulser l'innovation par le financement de la R&D en Europe, d'autant plus que des fonds monétaires d'investissements au sein des états de l'UE sont déjà en place :

European Research Area (ERA), le dispositif de financement InnovFin, la Banque européenne d'investissements.(3)

Par ailleurs, elle a décidé de renforcer son soutien à l'innovation grâce à des actions législatives et en mettant en place une stratégie basée sur 4 piliers :

- Garantir l'accès des patients à des médicaments abordables et répondre aux besoins médicaux non satisfaits (dans les domaines de la résistance aux antimicrobiens et des maladies rares, par ex.) ;
- Soutenir la compétitivité, l'innovation et la durabilité de l'industrie pharmaceutique de l'UE ;
- Renforcer l'organisation des fonctions supports pour prévenir des crises et sécuriser l'approvisionnement ;
- Harmoniser les pratiques internationales en promouvant des normes d'un niveau élevé de qualité, d'efficacité et de sécurité.

Le LEEM, à l'échelle nationale souhaite « Faire de l'industrie pharmaceutique française un vecteur de l'innovation mondiale »(14) et a prévu une stratégie pour stimuler la R&D par le biais de la recherche privée et du soutien des entreprises novatrices.

L'HAS quant à elle, dans son projet 2019-2024 met en première position de ses objectifs « *Axe 1. Faire de l'innovation un moteur de l'action de la HAS et en favoriser l'accès sécurisé* »(15). Les raisons mentionnées par la HAS pour expliquer ce niveau de priorité est « l'urgence à agir » car le système de soins prend du retard tant en termes d'innovations technologiques qu'organisationnelles. Cet écart se creuse d'autant plus, qu'il est potentialisé par sa vitesse exponentielle de croissance ainsi que la couverture de tous les domaines/chantiers de système de soins. L'HAS prend le soin d'apporter une précision dans sa définition d'une innovation : une innovation pour être caractérisée telle qu'elle doit être validée par ses

utilisateurs et utilisée à grande échelle : « *L'innovation suppose sa diffusion et son appropriation par les acteurs.* ». Pour se faire, dans le milieu médical, une innovation doit se faire pour coïncider avec les besoins des acteurs du système de santé, s'adapter aux besoins cliniques et favoriser le progrès dans la prise en charge des patients.

Pour conclure à l'échelle nationale, la France est victime d'un retard depuis les 15 dernières années, très peu de start-up connaissent un grand succès, la recherche publique dépend majoritairement des financements publics qui sont limités, et les Big pharma françaises historiques, Sanofi & Servier, déplorent un faible taux de dépôt de brevets en comparaison avec leurs concurrents et donc une diminution des molécules d'intérêt et innovantes dans leur portefeuille.

L'innovation peut être organisationnelle en passant par le développement de nouveaux processus et méthodes de travail pour répondre à un besoin. Dans le cadre de l'augmentation de la demande et pour garantir l'égal accès à l'offre de santé en France, le SNITEM s'est pleinement investi dans la mise en œuvre de la télémédecine et la transformation des pratiques médicales qu'elle implique, grâce aux Expérimentations De Télémédecine Pour L'amélioration Des Parcours En Santé (ETAPES). Le programme ETAPES est une expérience qui encourage et soutient financièrement le déploiement de projets de télésurveillance cohérents et pertinents. Cet axe s'inscrit dans la médecine de demain qui peut être caractérisée par les 4 P : Personnalise, Préventive, Prédicative Et Participative. « Comment donner le bon traitement au bon patient au meilleur moment et dans les meilleures conditions ? Comment rendre disponible les informations les plus utiles pour avoir le plus de précision de diagnostic et dans la décision de traitement attribué ? » Le patient va devoir devenir plus acteur de sa santé et sera au cœur de l'organisation de son parcours de soins.

Ceci passe inévitablement par une digitalisation des pratiques. Pour comprendre ce fait, il faut prendre conscience que les avancées thérapeutiques prennent leur origine dans les technologies du traitement de l'information, notamment de la data analyse. La masse d'informations qui sont mises à disposition associée à des intelligences artificielles qui les analysent, a permis de révolutionner le diagnostic médical. Le développement des biotechnologies nécessite l'utilisation de technologies de pointe basées sur des outils informatiques et l'optimisation de leur implémentation (exemple : les CarTCell). Ainsi pour s'adapter et pouvoir utiliser les technologies les plus innovantes, les professionnels de santé doivent avoir à leur disposition des Systèmes d'Informations (SI) fiables.

Il faut prendre en compte dès l'implémentation des SI, le risque de cyber sécurité qui est causé par la masse de données que les systèmes de soins enregistrent et leur haute valeur ajoutée. C'est un échantillon des problématiques qui soulève un enjeu majeur à l'échelle locale pour le système de soins : la digitalisation.

Mettre à disposition des bénéficiaires une offre de soins répondant à la demande

Le phénomène de croissance de la demande visible à l'échelle mondiale l'est également à l'échelle nationale mais prend son origine dans le vieillissement de la population française. La part de personnes de plus de 60 ans devrait croître de 67% en passant de 21,5 % en 2007 à 32,1 % en 2060.(16) Le second facteur est qu'un vieillissement de la population s'accompagne de patients plus âgés, donc plus complexes et poly-pathologiques engendrant un allongement et un alourdissement de la prise en charge. Cela a un impact direct sur les offreurs de soins qui doivent pouvoir répondre à la demande tant en termes de ressources humaines que de matériels nécessaires à la prise en charge (hôtellerie, médicaments).

Des solutions modifiant le type d'offre de soins telles que la chirurgie ambulatoire, la télémédecine ont permis d'absorber une part de l'augmentation de la demande. Malgré tout,

l'activité de soins de ville reste en très forte tension à cause de la pénurie de personnel médical tant en ville qu'en zone rurale (dentistes, ophtalmologues, médecins généralistes...). C'est pourquoi, les patients se réorientent par défaut ou à la suite de l'aggravation de leurs soucis vers l'hôpital : l'activité des services d'urgences a doublé en 20 ans. Les professionnels de santé et les établissements de soins ont de plus en plus de mal à répondre correctement à la demande impactant négativement la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Pour répondre à cette pression sur les services hospitaliers, le nombre de personnels en 2019 n'est supérieur que de 1,7 % à ce qu'il était en 2012 alors que de son côté l'activité hospitalière a augmenté de 9,2 % entre 2013 et 2019.

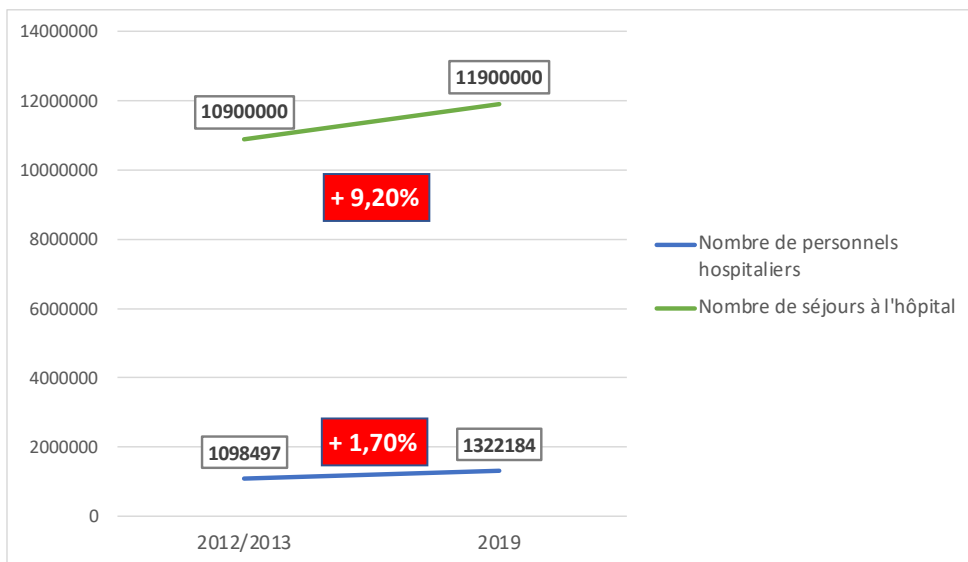


Figure 10 Évolution du nombre de personnels hospitaliers VS Évolution de l'activité hospitalière (exprimée en nombre de séjours)

Cette tendance a particulièrement été accentuée par des solutions non convaincantes et les séquelles de la COVID-19. Car certes, les pratiques médicales et institutionnelles se sont adaptées pour tenter de répondre à la demande en soins avec : ²

- une diminution des Durées Moyennes de Séjours « La France a ainsi connu une diminution de 12,9 % de la durée moyenne des séjours en hospitalisation entre 2012 et 2019. » ³
- une augmentation de 15 % des soins ambulatoires
- une augmentation de 12,9% : HAD

Cependant dans le même temps des mesures de réajustement ont été prises comme une diminution du nombre de lits de 5,4 % entre 2012 et 2019. Cette politique de santé est contradictoire aux yeux des acteurs du terrain et des offreurs de soins qui perdent ainsi confiance en la politique de soins menée.

Cette perte de confiance est d'autant plus importante qu'elle est appuyée par des procédures administratives informatisées et imposées visant à augmenter la qualité et la sécurité de prise en charge. Ces renseignements servent d'outil de « reporting » pour guider les instances gouvernantes dans leurs pilotages. Cependant les outils digitaux qui ont été mis à disposition des professionnels ne sont pas adaptés au monde hospitalier ni aux particularités de son activité (démultiplication des logiciels de travail, DPI, etc.). Ainsi les tâches peuvent être répétitives en plus d'être augmentées, ce qui est très chronophage pour le personnel soignant et médical (consomme de 30 à 40% du temps médical), d'autant plus qu'ils font part d'une forte incompréhension et de scepticisme. Un médecin écrit dans un rapport à la commission d'enquête du parlement « *En dépit des multiples informations que les établissements sont tenus*

² Commission d'enquête sur l'hôpital, d'après les chiffres de l'OCDE

de renseigner dans leurs systèmes d'information, il n'est pas possible aujourd'hui d'obtenir des données actualisées sur des sujets aussi importants et nécessaires au pilotage de la politique publique de santé que les ressources humaines et les capacités hospitalières. »(1)

Le SNITEM confirme que l'accompagnement des professionnels de santé principalement dans les établissements de soins dans l'utilisation des outils de gestion de l'information est un de ses objectifs principaux.

Cela résume les enjeux issus de la situation du système de soins de santé :

- Monter en maturité de la digitalisation des établissements de santé afin d'offrir plus de temps médical et d'augmenter l'offre de soins disponible
- Avoir une politique de santé qui a du sens pour tous les acteurs du système
- Optimiser le pilotage de la politique de santé

C'est dans ce contexte déjà tendu que la crise du coronavirus est apparue impactant définitivement l'épuisement des professionnels et leur confiance en la politique du système de soins de santé. Les différentes réformes qui ont suivi, notamment le Ségur, ne sont pas perçues par les offreurs de soins comme suffisante pour répondre à leurs besoins et une lassitude est très présente. On constate des flux de départ des professionnels vers le secteur privé voir une fuite vers d'autres secteurs que celui de la santé. Cela montre l'urgence de la situation et crée un cercle vicieux puisque ces départs engendrent une réduction des ressources disponibles pour l'offre de soins.

Défis du système de soins	
Financement	o Accorder plus de souplesse au financement des établissements de santé
	o Autoriser une personnalisation des dépenses en fonction des besoins propres et spécifiques
	o Remettre au cœur du financement la compétitivité des compétences soignantes et médicales
	o Investir dans le progrès médical
Industrie pharmaceutique	o Gestion des ruptures de stocks
	o Gestion des ruptures d'approvisionnement
	o Avancée technologique et progrès médical
	o Financement de la R&D
Qualité de l'Offre de soins	o RSE
	o Innovation des pratiques médicales - Avancée thérapeutique
	o Accroître la R&D publique
	o Montée en maturité de la digitalisation des ES
	o Avoir une politique de santé qui a du sens pour tous les acteurs du système
	o Optimiser le pilotage de la politique de santé

Figure 11. Liste des défis du système de soins de santé

Ces enjeux doivent être traités rapidement pour améliorer le quotidien des offreurs de soins, ils n'en sont pas responsables mais les premiers impactés car les premiers consommateurs du système de santé. Les Établissements de Santé Publics sont particulièrement à risque étant donné leur mission de service public.

Bien que ce soient ceux qui ont une des parts minoritaires de l'ONDAM, ce sont ceux qui tendent à faire le plus d'effort notamment car ceux sont les acteurs sur lesquels l'État a le

plus de pouvoir d'action (plus réglementé et adaptable). La fonction achat des établissements de santé est un outil pouvant être intéressant dans la réponse aux défis du système de santé.

Pour mieux appréhender ce potentiel stratégique et la valeur ajoutée des achats de la fonction achats, on va étudier le processus d'achats et les leviers de performance possibles.

3 La Dimension Opérationnelle de la fonction achats GHT

La fonction Achats peut se définir de la manière suivante : « *La fonction Achats se différencie de la notion de processus achats. Elle intègre les éléments relatifs à la définition d'une politique, au mode d'organisation des directions et des services, à la définition des outils et au système d'information concernant les achats et les marchés.* ». La fonction Achats est chargée de procurer les matières premières et composants nécessaires à la production. Ces composants doivent être livrés dans les délais, tout en étant conformes en qualité et en quantité au cahier des charges (c'est à dire aux besoins) de l'entreprise.

C'est dans ce cadre qu'un enjeu clair s'est démarqué : faire des économies dites intelligentes d'environ 500 millions d'euros par an, en mettant en place une fonction achats au sein de chacun des établissements de santé publics en France.

3.1 Particularité des achats hospitaliers - la commande publique : principes & réglementations

3.1.1 Généralités

Les établissements de santé publics ont la particularité d'être des donneurs d'ordres publics sous l'appellation de « Pouvoir adjudicateur » et font des achats dit « publics ». Ainsi, ils sont soumis au Code de la Commande Publique (CCP) qui a pour but de garantir l'utilisation de l'argent public et l'efficacité de la commande.

Les achats publics se font au moyen de marchés et de conventions passés avec des opérateurs économiques publics ou privés (fournisseurs, entrepreneurs, groupes, etc.). Une consultation publique est publiée via une plateforme afin de permettre à des opérateurs économiques de répondre aux besoins. Quels que soient les seuils, la procédure envisagée ou

l'objet du marché, les principes de la commande publique doivent être respectés en toutes circonstances afin d'assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des deniers publics :

- **la liberté d'accès à la commande publique** en permettant à l'ensemble des opérateurs économiques susceptible d'être intéressé de se porter candidats. Ce principe suppose notamment la rédaction d'un cahier des charges précis sur la nature et l'étendue du besoin à satisfaire, des spécifications techniques à caractère objectif et non discriminatoire et une publicité adéquate.
- **l'égalité de traitement entre les candidats.** Aucun candidat ne doit bénéficier d'un avantage privilégié de nature à la placer dans une situation de concurrence déloyale par rapport aux autres candidats.
- **la transparence de la procédure** en veillant à garder une traçabilité du déroulement de la procédure.

La dernière mise à jour de l'article R-2152-7 du code de la commande publique met un accent particulier sur le principe de « Juste définition du besoin ». Les acheteurs sont incités par la loi à définir le besoin réel pour le décrire au mieux dans les consultations et optimiser l'efficacité des dépenses d'achats. Cela passe notamment par la mise en avant du coût complet dans la stratégie d'achats et la sélection de l'offre économiquement la plus avantageuse qui doivent aussi prendre en compte des critères qualitatifs, environnementaux, sociétaux.

Par ailleurs, la commande publique doit respecter les principes de la République : principes de laïcité & de neutralité, qui interdisent à « quiconque de se prévaloir de ses croyances religieuses pour s'affranchir des règles communes régissant les relations entre les collectivités publiques et les particuliers »

3.1.2 Commande publique et RSE

La politique menée par l'Europe a placé la commande publique au cœur des enjeux de RSE. En 2014, la notion de RSE est devenue une possibilité de critère de sélection grâce à la

Loi schémas de promotion des achats publics socialement et écologiquement responsables (SPASER). Le renforcement de la Loi SPASER a eu lieu en 2021 et prévoit :

- Obligation de publicité des SPASER afin de valoriser la composante RSE,
- Création d'indicateurs RSE avec des objectifs cibles, exemple : « achats réalisés auprès des entreprises solidaires d'utilité sociale »
- Promouvoir une stratégie d'achats RSE

De plus au vu de l'urgence des questions RSE, cette politique et sa stratégie d'application ont été intégrées au premier plan des enjeux du Ministère de l'Économie des Finances français. Ainsi, cette réglementation européenne est vite entrée en vigueur en France par l'amendement de l'article 35. L'Article L3.1 réformé par la loi « Climat et Résilience » n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant sur la lutte contre le dérèglement climatique et le renforcement de la résilience face à ses effets.(17) Elle précise la stratégie d'application : toutes les consultations publiques doivent prendre en compte dans leurs spécifications techniques les objectifs de développement durable dans leurs dimensions économique, sociale et environnementale. Cela se traduit dans la mise en œuvre opérationnelle par des :

- Spécifications techniques prenant en compte des objectifs de développement durable dans leurs dimensions économique, sociale et environnementale ;
- Caractéristiques RSE de l'offre dans les critères d'attribution ;
- Mesures protectives de l'environnement obligatoires dans les conditions d'exécution du marché ;
- Considérations relatives au domaine social ou à l'emploi dans les conditions d'exécution pour les marchés et concessions formalisés.

De plus, un délai d'application court de la loi a été choisi : 1 an. Et comme les marchés publics en cours peuvent durer encore quelques années les marchés ayant des durées supérieures à 18 mois doivent être revus afin d'accélérer l'intégration de la RSE : « les marchés en cours à cette même date [25 août 2021] sont modifiés, en tant que de besoin, pour se conformer aux

obligations mentionnées au dernier alinéa du II du présent article dans un délai de douze mois à compter de cette date ; toutefois, cette obligation de mise en conformité ne s'applique pas à ceux de ces marchés dont le terme intervient dans les dix-huit mois suivant la date de publication de la présente loi ».(17) Au sein de la politique économique française, la RSE est un enjeu capital et la stratégie du ministère de l'Économie et des finances est construite autour de ce défis, ce qui en fait un facteur de performance.

Le Ministère de la Transition Écologique, quant à lui, a créé un plan national d'action détaillé qui a pour but d'accompagner les services publics dans cette transition. Celui-ci a été divisé en 3 éditions de cinq ans. Le ministère de la santé s'appuie sur ce plan d'action national pour lui-même mettre en œuvre les transformations nécessaires.(18) Le Plan National des Achats Durables de 2021-2025 (3^{ème} phase) cible 2 objectifs qui devront être appliqués au sein des hôpitaux :

- « 100 % des contrats [...] notifiés au cours de l'année comprennent au moins une considération environnementale »
- « 30% des contrats [...] notifiés au cours de l'année comprennent au moins une considération sociale »(19)

3.2 Processus achats publics

Le processus achats est complexe et différent tout au long de son cycle de vie, c'est pourquoi le rôle de l'acheteur change en fonction de son point d'avancement.

Dans cette présentation, le processus achats est divisé en 3 catégories dépendantes du rôle de l'acheteur :

- Définition du besoin : l'acheteur doit challenger le besoin auprès de ses prescripteurs. En parallèle, il est chargé d'obtenir des fournisseurs les meilleures solutions en termes de coûts, qualité et délai. Il est responsable de l'analyse du besoin et du marché fournisseur pour définir la meilleure stratégie d'achat ;

- Sélection du fournisseur : l'acheteur analyse les offres financières, mène les éventuelles négociations pour trouver l'offre « économiquement la plus fiable » ;
- Exécution opérationnelle du marché : à ce stade le rôle principal de l'acheteur est le suivi et l'évaluation de la performance des fournisseurs.

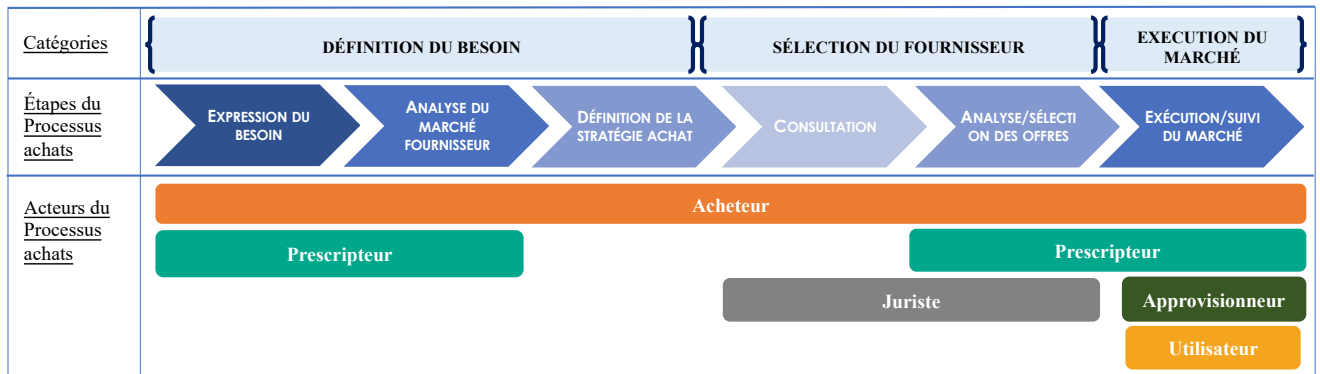


Figure 12. Cycle de vie d'un projet d'achat et ses acteurs

Pour effectuer le projet d'achat l'acheteur ne travaille pas seul, il est accompagné d'autres acteurs détenant les compétences nécessaires au bon déroulement et à la fiabilité du processus achats. Parmi les acteurs on retrouve :

- Le **prescripteur** qui intervient lors de la définition des besoins et en est le responsable. C'est l'expert technique, il analyse les offres techniques et effectue des veilles fournisseur en collaboration avec l'acheteur.
- Le **juriste** fait partie des services juridiques et vient en soutien grâce à son expertise à l'acheteur lors des tâches les plus réglementées. Il est chargé des aspects juridiques, de la veille juridique et réglementaire et de la rédaction des pièces administratives de la consultation.
- L'**approvisionneur** et l'**utilisateur** arrivent en fin de cycle achats, ils font le contrôle interne final de la bonne exécution du marché conclu. Le premier est chargé de l'élaboration & la transmission des commandes ainsi que du suivi & contrôle des délais de livraison. L'utilisateur quant à lui valide l'adéquation à son besoin en l'utilisant.

Afin d'étudier un processus achats performant, il faut s'intéresser à la création de valeur dans le processus achats. Elle peut être représentée selon une courbe mettant en avant que 80% de cette valeur se trouve dans l'étape de la définition du besoin. En effet, des leviers d'optimisation sont difficilement activables lors de la « sélection du fournisseur » et « l'exécution du marché » car dans un souci de transparence et d'égalité toutes les composantes liées à ces étapes doivent être détaillées dans le Cahier des charges à l'issue de la « Définition du besoin ».

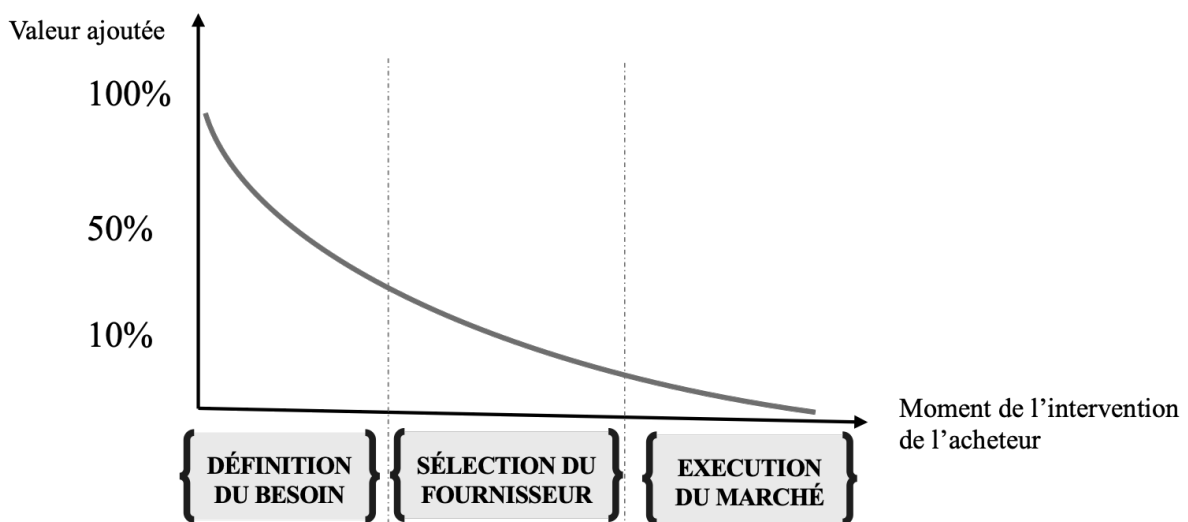


Figure 13. Courbe de la valeur ajoutée du processus achat

C'est pourquoi, il est prioritaire d'anticiper l'exécution opérationnelle du contrat et de chercher à la rendre la plus efficiente et optimale possible. Tous les tenants et aboutissants du marché, des opportunités, de l'exécution du marché et de l'ensemble des faits pouvant impactés la demande du client interne doivent aussi être anticipés. Nous reviendrons sur les caractéristiques de chacun des étapes et de ses opportunités dans les sous parties suivantes.

3.2.1 Définition du besoin

La définition du besoin sert à définir correctement le produit ou le service que l'on souhaite acheter. Il va permettre de donner les critères de sélection en compilant toutes les règles de l'appel d'offre dans le cahier des Charges qui serviront à la sélection du fournisseur.

Le besoin doit correspondre à une nécessité pour le fonctionnement de l'entreprise, c'est pourquoi la collaboration avec un acteur du terrain connaissant le besoin est prioritaire. Cet acteur est nommé « prescripteur interne ». Son rôle est capital car il permet l'analyse interne du besoin et renforce l'action de l'acheteur par la juste compréhension des tenants et aboutissants de l'achat. En collaboration, ils décrivent les caractéristiques du produit ou du service souhaité : c'est l'expression du besoin. Ici l'importance est de donner au prescripteur sa place dans le projet d'achats, en augmentant son implication on augmente sa confiance en l'acheteur et à la stratégie d'achats. Un recensement du besoin approximatif et non exhaustif aura pour conséquence une perte d'efficacité et de temps dans la passation du marché et ainsi qu'un manque de satisfaction par les clients internes.

Dans un second temps, à partir de sa compréhension détaillée, l'acheteur va analyser le marché de fournisseurs disponibles : c'est la veille fournisseur ou le « sourcing fournisseur ». Il analyse la partie externe du besoin « exprimé » en s'informant sur l'état des moyens connus pour y répondre : offres disponibles et panel fournisseurs. Il doit également s'informer sur les menaces et les opportunités pour y répondre au besoin. Un besoin n'est pas toujours évident à définir, il est donc intéressant de pouvoir se baser sur l'expertise des fournisseurs et aider l'acheteur et le prescripteur à affiner la définition du besoin. Ici l'acheteur doit faire rapport au prescripteur et l'inclure dans les résultats de ses recherches, toujours dans le but de définir au mieux le besoin. C'est un outil qui permet à l'acheteur de faire les bons choix « *make or buy* », il permet ainsi d'évaluer les projets d'externalisation et de faire une comparaison des différents moyens de répondre à un besoin.

Attention, l'éthique des acheteurs et prescripteurs en matière de conflit d'intérêt doit être irréprochable et cette démarche ne doit pas servir à avantager un fournisseur sur un autre, le besoin doit être défini sans prendre parti pour les spécificités d'une entreprise favorite. Le principe d'égalité de traitement des candidats doit être respecté.

Par ailleurs, dans le cadre du GHT, la centralisation de la commande implique forcément que l'acheteur central doit prévoir dès le cahier des charges l'organisation de la gestion logistique. Pour être sûr que les candidats à la consultation puissent répondre à cette complexité, la gestion de l'approvisionnement au sein des GHT doit être prévue et décrite. L'objectif est d'anticiper les risques et de rendre optimale l'exécution opérationnelle du marché.

A l'issue de ces concertations, l'acheteur pourra établir une stratégie d'achats prenant en compte le besoin détaillé, la stratégie de l'établissement ainsi que les risques et opportunités associés. Celle-ci permettra de rédiger le cahier des charges et de définir les bons critères d'attribution. Ce cahier des charges sera rendu disponible pour tous les fournisseurs à la publication de la consultation. Un délai est accordé pour laisser le temps à un maximum de opérateurs économiques de soumettre leur offre.

La définition du besoin étant libre à chaque prescripteur, elle offre plusieurs types d'opportunités à l'entreprise en fonction de la stratégie de l'établissement de santé :

- Définir un besoin nécessitant une solution innovante
- Intégrer des enjeux de l'entreprise dans les besoins
- Faire des spécifications liées aux aspects opérationnels du marché
- Veille technologique
- Intégration des valeurs de l'établissements
- Anticiper les situations de crises

Dans les circonstances actuelles où les établissements de santé portent dans leur valeur la RSE, une définition des besoins optimale par un acheteur hospitalier devra orienter le projet et un ou plusieurs de ses critères vers cette performance. Ainsi il jouera un rôle de premier plan dans l'amélioration du respect des valeurs de l'établissement et dans la mise en œuvre de sa stratégie.

3.2.2 Sélection du fournisseur

La sélection du fournisseur fait suite à la réception des offres à l'issue de la publication du marché. C'est la période où un traitement et une analyse de chaque offre sera faite. Elle doit se dérouler de la même manière pour toutes et se baser sur les mêmes indicateurs. Ces informations seront stockées, tracées et pourront être mises à disposition en cas de remise en question de l'attribution du marché. En cas d'informations supplémentaires nécessaires et justifiées, les candidats à la consultation peuvent être invités par le porteur de l'offre à compléter la description de son offre.

Ensuite, en fonction des critères énoncés dans le cahier des charges et dans le Règlement de Consultation (RC) un classement va être effectué entre les différents candidats. Il sera le résultat issu de la pondération des critères de sélection et des résultats de chaque offre et aura pour but de définir l'offre économiquement la plus avantageuse.

C'est une partie qui doit être extrêmement réglementée car elle est le gage du respect des principes et règles de la commande public mais aussi un gage d'éthique et de bonne utilisation de l'argent public. C'est pourquoi, l'implication des services juridiques est nécessaire à cette étape.

A l'issue de cette sélection, le marché sera attribué. Chaque détail de celui-ci aura été anticipé et vérifié, les obligations des parties prenantes sont précisées et notées dans le type marché établi. Ici aussi, l'expertise d'une composante juridique est essentielle afin de réduire tous les risques liés à l'exécution du marché et au candidat sélectionné (litiges, risques pénaux...).

3.2.3 Exécution du marché

L'exécution du marché est quant à lui régi par les règles du marché signé par les deux parties prenantes. Les détails ont été spécifiés en amont dans les clauses du contrat d'achats, il n'est donc plus question de créer de la valeur mais simplement de l'appliquer.

Toutefois, il est nécessaire d'apporter une vigilance particulièrement à l'exécution du marché car il est gage de satisfaction du client interne. Ainsi, il faut avoir mis en place des indicateurs auprès des clients internes (parmi lesquels fait partie le prescripteur), des outils permettant de vérifier la bonne réception qualitative et quantitative des commandes. Elle doit aussi disposer de moyens afin de communiquer avec l'acheteur pour dire si tout se passe bien, le cas échéant de pouvoir donner les conditions de la mauvaise application du marché. Un contrôle interne du fournisseur est obligatoire et permettra de prendre les sanctions prévues si besoin. C'est souvent la place où les services publics investissent le plus. Exemple : dans le cadre d'un achat de médicaments, la pharmacie aura toute une gestion des stocks associée pour permettre de contrôler ses flux entrants.

3.3 Programme Phare et mise en route de la fonction achats GHT

3.3.1 Historique

La présentation des achats hospitaliers a permis de mettre en exergue le fait que ce soit un poste important de dépenses, ce qui a stimulé l'investissement dans la professionnalisation de la fonction Achats. On constate aussi que les acteurs de la fonction achats doivent avoir une expertise de pointe et des compétences multiples.

Également conscient de l'impact et du pouvoir stratégique que la fonction achat hospitalière peut avoir sur les enjeux d'optimisation budgétaire de l'ONDAM et sur la qualité des soins prodigués aux français, l'État a lancé en septembre 2011 le programme Performance

Hospitalière pour des Achat Responsables (PHARE). Son objectif depuis le début est d'accompagner et piloter les établissements de santé dans la mise en œuvre puis la montée en maturité de la fonction achats hospitalière. Afin d'en faire une fonction performante, mature et innovante, le programme PHARE a mené 6 axes majeurs pour soutenir les acteurs de terrain dans la conduite du changement :

- Renforcer l'organisation de la fonction achat GHT dans le GHT
- Accompagner le développement des opérateurs d'achats régionaux, nationaux et mutualisés
- Lancer l'approche d'achat en coût complet de processus ou de fonction pour conjuguer économies et qualité de soins
- Optimiser les circuits d'approvisionnement internes et externes au GHT en lien avec les fournisseurs
- Montée en puissance du contrôle de gestion achat
- Mise en place d'un Système d'Information Achat (SI-HA)

Le premier grand projet entrepris par PHARE a été le remaniement de la Direction des Services Économiques (qui n'existe plus). Responsable historique de la gestion des achats, elle a connu de nombreuses transformations visant à réformer les dépenses hospitalières et à façonner les directions achats hospitalières. L'objectif est d'amorcer une professionnalisation des achats publics hospitaliers et de créer une dynamique locale et nationale centrée autour des achats.

Le deuxième chantier d'envergure qui s'est tenu dans le même temps est le pilotage du projet ARMEN. Il avait pour objectif de recenser toutes les bonnes pratiques achats déjà à l'œuvre dans les différents établissements de santé de France. Il a permis de mettre à disposition un outil centralisant ces leviers achats, leur méthode de mise en œuvre, les facteurs clefs de réussites et les résultats potentiels. De plus, il a pour but de pousser la collaboration et au partage des connaissances et compétences entre les acheteurs du réseau hospitalier. Cela permet de

rendre les structures indépendantes dans l'initiation des projets d'achats ou d'innovation des pratiques achats et de leur apporter flexibilité et adaptabilité. Entre 2012 et 2019, près de 900 bonnes pratiques sont répertoriées en 6 vagues ARMEN et analysant toutes les catégories d'achats concernant les établissements de santé en 10 thématiques. La valeur ajoutée de ces bonnes pratiques est qu'elles sont directement issues de la communauté hospitalière, la vague ARMEN de 2019 est le fruit du travail de « *200 experts hospitaliers pendant 3 mois et près de 350 établissements de santé ont contribué aux travaux* ». (20)

De plus, dans de nombreuses régions, en partie sous l'impulsion du programme PHARE, les hôpitaux se sont structurés pour coopérer dans le cadre de leurs achats via la Communauté Hospitalière Territoriale (CHT). L'objectif était de réduire le coût des achats en activant le levier « mutualisation » qui augmente le volume d'achats et offre à l'acheteur du pouvoir de négociation pour optimiser ses prix et ses commandes/livraisons en matière première. C'est en région Pays de Loire que le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes a initié ce projet avec 13 établissements de proximité.

Cette expérimentation qui fut fructueuse et qui a servi d'exemple a permis de convaincre que la mutualisation des fonctions achats au sein d'une communauté d'établissements était une bonne solution. Ainsi la loi de modernisation de santé de 2016, lors de la création des Groupement Hospitaliers territoriaux (GHT) y a inclus en fonction support centralisée : la fonction achats GHT.

3.3.2 Organisation de la fonction achats GHT

L'organisation de la fonction achats GHT suit les règles d'organisation du GHT (figure 13).

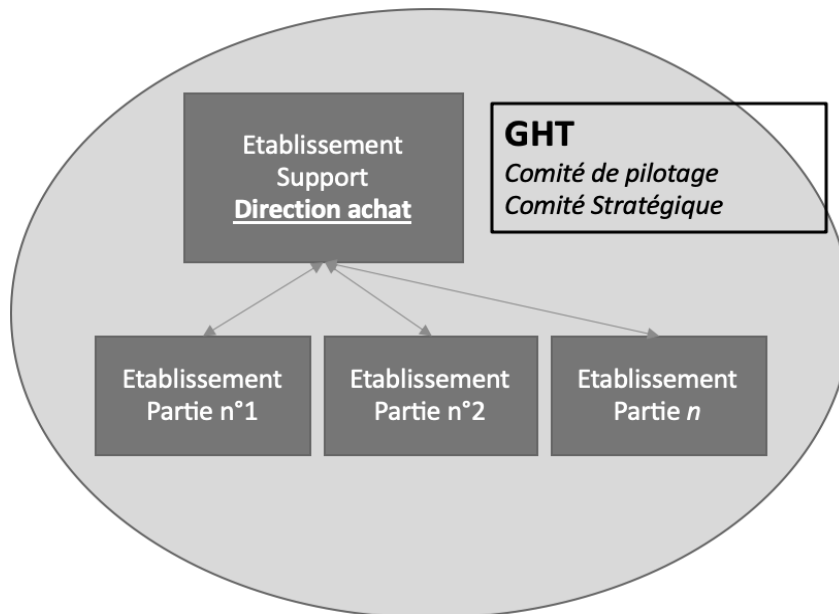


Figure 14. Organisation administrative d'un GHT

L'établissement support du GHT porte la Direction des achats qui est mutualisée pour tous les établissements parties. Elle a pour obligation de soutenir les projets d'achats et répondre aux besoins en produits et en services de tous les établissements du GHT. L'article L. 6132-3 3o du Code de la santé publique dit « *L'établissement support désigné par la convention constitutive assure [...] pour le compte des établissements parties au groupement [...] la fonction achats* ». Pour coordonner et structurer cette fonction achats, les GHT ont intégré la politique et stratégie relative aux achats au sein de leur comité de pilotage et stratégique.

La structuration et mise en fonctionnement de la Direction achats conduit à une grande transformation organisationnelle des directions achats déjà établies mais aussi de la Direction administrative et financière des établissements de santé du GHT. Chaque groupement est libre de son organisation et de sa structuration et peut l'adapter en fonction de ses objectifs ainsi que ses propres contraintes et enjeux.

Au niveau des établissements parties, les fonctions achats doivent collaborer et transférer leurs compétences et connaissances pour se centraliser. Afin de conserver l'établissement partie acteur des projets d'achats et pour stimuler la collaboration inter-établissement, un représentant de la fonction achats GHT est identifié dans chaque EP, appelé le référent achat et fait le relai entre l'ES et l'EP notamment sur la définition des besoins. De plus, les directeurs des EP doivent déléguer la signature des marchés achats vers la direction achats GHT.

Au niveau de l'établissement support, puisqu'il supporte cette activité pour tout le GHT, sa charge de travail a considérablement évoluée tant quantitativement que qualitativement. Effectivement, le volume de projets achats à faire est plus important car il doit répondre à tous les besoins du GHT, mais le cahier des charges et la contractualisation sont plus complexes puisqu'il faut prendre en compte la composante logistique associée au GHT.

De plus, puisque le processus achats doit être contrôlé et certifié par les services juridiques une réorganisation de leur place est nécessaire. Pour cette spécificité, le programme Phare insiste sur le rôle spécial de l'aspect juridique des achats et recommande la création d'une cellule juridique contrats. Pour être efficace et utile, elle doit être organisée, avec des missions établies et claires pour tous, des interfaces communes avec les acheteurs, et être impliqué systématiquement dans les projets achats du GHT.

Pour détailler la fonction achats GHT telle que nous la connaissons, le déroulé d'une analyse des impacts de la création de la fonction achats GHT. Ceci nous aidera à présenter : les forces et faiblesses de cette fonction et avoir une image du niveau de maturité de l'état actuel de la Fonction Achats GHT et de ses ressources.

3.3.3 Contrôle de gestion achat

Puisque l'acte d'achat est spécifique à chaque besoin, des indicateurs de suivi doivent également être adaptés à toutes les parties du projet d'achat y compris aux objectifs, aux enjeux et aux risques associés. C'est tout le périmètre achats qui doit être étudié. Il faut donc accorder de la flexibilité aux acheteurs pour autoriser la sélection selon différents critères et plusieurs en même temps. Pour se faire et ne pas perdre le gage d'éthique, d'efficacité et de confiance, un contrôle de gestion achat doit être instauré.

Les rôles et enjeux du contrôleur de gestion achat peuvent se diviser en 3 parties. Dans un ordre de réalisation, le premier est la cartographie et l'analyse du périmètre d'achat (toutes catégories confondues) afin de garantir la gestion et les critères définis dans les projets. Son deuxième rôle, toutefois très en lien avec le premier est la mise en place d'indicateurs qui doivent être suivis grâce à un Système d'Informations achats pour faire vivre les achats dans le temps et les faire évoluer avec les enjeux de l'organisation. Pour remplir ces enjeux, le principal outil est la création et la publication de rapports sous forme de tableaux de bord et qui récapitulent les indicateurs et leurs accordent une évaluation. Ainsi grâce à ces différents outils et aux informations accumulées, le contrôleur de gestion achat participe à l'élaboration du budget prévisionnel d'achat et à son suivi.

Ainsi, les rôles du contrôleur de gestion achat : traitement des données, analyses des indicateurs, suivi et moteur de la performance achat sont essentiels pour dynamiser l'efficacité de la direction achat. Il permet d'anticiper les blocages, les risques et les contraintes pour trouver les bonnes solutions lorsque cela apparaîtra et d'engager les équipes.

Ayant une vision globale sur tous les projets achat et donc sur la fonction achat, le contrôle de gestion achat est d'une part le gage de l'éthique mais aussi de la performance de la direction achat.

Ces indicateurs pertinents serviront à établir des tableaux de bord qui permettront à la direction des achats de communiquer aussi bien en interne, qu'en externe selon les résultats que celle-ci voudra mettre en avant.

Par ailleurs pour sécuriser et initier une montée en maturité de la fonction achats GHT, le programme PHARE a stimulé la création du contrôle de gestion achats grâce à Groupe de Travail (GT). Un appel à candidature par le biais des ARS souhaitant réunir une personne par région en tant que représentant régional au sein du GT a été lancé. L'objectif est de capitaliser sur le nouveau réseau d'acheteurs et de faire en sorte que les bonnes pratiques de contrôle de gestion achats soient diffusées entre GHT. Cependant, toutes les ARS n'ont pas trouvé de représentants ce qui limite le potentiel de réussite de cet enjeu. Le programme PHARE a également diffusé une fiche de poste (Annexe 1) donnant les missions du contrôleur de gestion achat au sein de la fonction achats GHT :

- « Mesure et suit la performance achats au niveau du GHT et de chaque établissement
- Participe à l'élaboration du PAAT
- Contribue à l'élaboration et au suivi budgétaire de chaque établissement
- Conçoit les outils et les tableaux de bord
- Élabore et met en œuvre les procédures et modes opératoires
- Accompagne opérationnellement les acheteurs
- Communique auprès des différentes parties prenantes (ARS, COSTRAT, DG d'établissement, comité achats, direction des finances, acheteurs) »

3.3.4 Environnement externe de la fonction achats GHT

La fonction achats GHT se démarque par son environnement d'acteurs extérieurs. Celui-ci est vaste et surtout expert dans le domaine des achats hospitaliers.

Le principal acteur collaborant avec les fonctions achats GHT sont les centrales d'achats. Elles peuvent agir au niveau local, départemental, régional voir national. Le principe d'une

centrale d'achats est de déployer son offre de marchés groupés à tous ses bénéficiaires. Elle organise la mutualisation des besoins et met à disposition son expertise et ses compétences pour gagner en performance économique, en temps et en qualité. Le 19 décembre 2018, UniHA, le ResAH et l'UGAP ont été désignés "opérateurs d'achats nationaux" par la direction générale de l'offre des soins (DGOS) du ministère de la santé, ce qui en font les principaux collaborateurs des 136 GHT. Leurs réseaux de fournisseurs sont étendus à l'échelle européenne, leurs permettant l'accès au marché européen et à ses avantages compétitifs pour les hôpitaux français : prix, gestion des ruptures, ct...

UniHA ou Union des Hôpitaux pour les Achats, est une « coopérative d'acheteurs hospitaliers publics français ». Elle a été créée par des médecins, pharmaciens et des spécialistes de l'achat apportant un point de vue d'expert pertinent et original. L'UniHA compile une forte expertise de l'activité médicale, des relations avec de nombreux fournisseurs des réseaux hospitaliers (industrie pharmaceutique, distributeurs énergétiques...) et des pratiques achats matures. Le montant de ses achats mutualisés en 2021 est de 5,3 milliards d'euros et 185 millions d'euros de gains ont été comptabilisés.

UniHA a diffusé un graphique permettant de mettre en rapport ses gains sur achats et les volumes achats mutualisés (Figure 15). Ce graphique met en évidence que les montants mutualisés ont augmenté significativement en étant 5 fois plus important, en environ 10 ans. En comparaison, les gains sur achats ont aussi augmenté passant de 18 millions d'euros à 190 millions d'euros (10 fois plus important). Par ailleurs, entre 2016 et 2017 l'impact de la mutualisation de la fonction achat sur le gain achat est visible par une augmentation de 63,13 millions d'euros, suivi une certaine stagnation dans les années suivantes. En 2020, la crise de la covid-19 et les difficultés économiques et d'approvisionnement qui en ont découlé ont également eu des répercussions sur les gains sur achats avec une diminution de 43,6 millions

d'euros. On constate donc que cet indicateur évolue fortement et rapidement en fonction des évènements exerçant une influence positive ou négative.

1er acheteur public français dans le domaine de la santé :

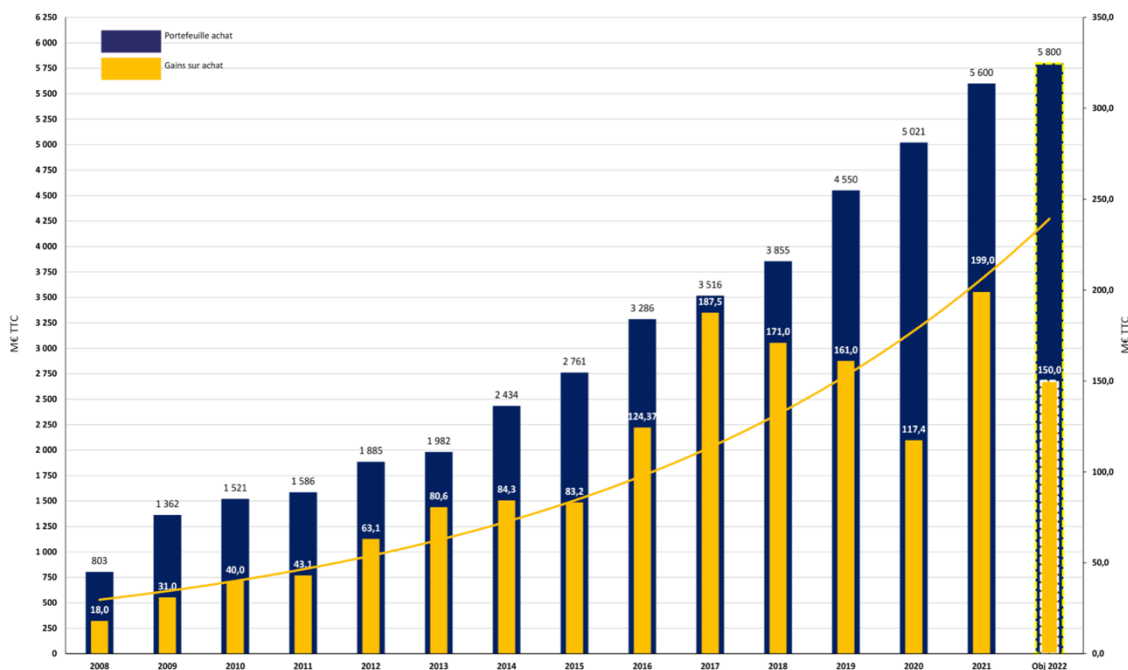


Figure 16 Évolution des achats menés par UNIHA depuis 2008

Le ResAH ou Réseau des Acheteurs Hospitaliers est un « groupement d'intérêt public » (GIP). Ils sont spécialisés dans la mutualisation des achats et leur montée en puissance dans les secteurs publics et privés à but non lucratif. Il a diffusé les chiffres clefs de ses gains par catégories d'achats. (Figure 14) Le montant total du volume achats mutualisé est de 1,746 milliards d'euros avec 446 millions d'euros de gains cumulés. La spécification des gains par catégorie d'achats permet de prendre conscience que le volume d'achats mutualisé n'est pas proportionnel au volume de gains et que d'autres indicateurs doivent être suivis. La pharmacie qui représente 807 millions d'euros soit un budget 4 à 5 fois supérieur que la deuxième catégorie : l'énergie. Cependant cette dernière réalise le double du montant de gains achats des pharmacies (21 millions pour l'énergie VS 11 millions pour la pharmacie). On s'aperçoit

finalement que ce rapport est plutôt qualitatif que quantitatif. Cette différence de gains est due à la performance qualitative de l'achat qui doit nécessairement entrer dans la stratégie d'achats afin de faire des économies. En termes d'énergies, il est souvent judicieux de prendre en compte un investissement avec des critères qualitatifs accès RSE via une réduction de l'utilisation de l'énergie ce qui aura forcément un impact financier. Ici c'est le critère RSE qui prime sur le

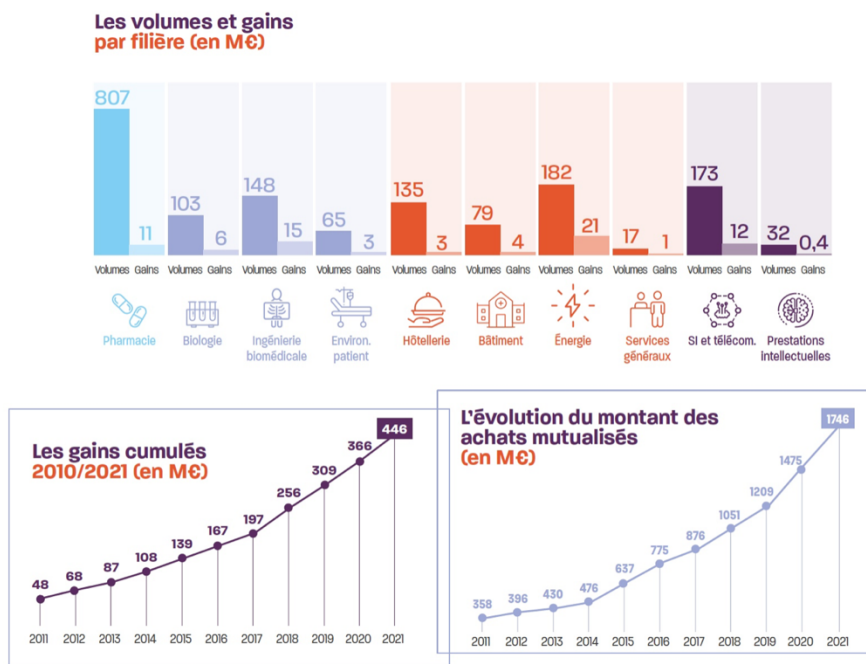


Figure 17. Chiffre clef de la performance achats du ResAH

critère financier, pourtant ces deux critères sont remplis. C'est ici un achat qui est dit « intelligent ».

En conclusion, il est important de préciser que l'évolution des gains sur achats peut-être très rapide mais vite limitée comme dans le cas de la massification. Aujourd'hui, le réseau d'opérateurs nationaux d'achat hospitalier est d'accord pour dire que cette solution est « à bout » et que maintenant des nouvelles démarches achats dits « les achats complexes » avec des offres de solution et non plus de produit amenant de la valeur ajoutée et de la performance en optimisant le parcours de soin ou le flux de patient, doivent être mise en application.

L'UGAP quant à lui a la particularité, d'être une centrale d'achats généralistes principalement utilisée par les services publics (collectivités territoriales, État, hôpitaux) et qui n'a pas vocation à être experte dans le domaine.

Il y a 3 moyens d'accéder au marché en passant par une centrale d'achats :

- Le groupement de commande : les établissements définissent leur besoin et effectue une procédure d'achat commune, ce sont les achats groupés. Généralement, pour s'engager dans une campagne d'achats mutualisés il faut être membre de la centrale par un engagement préalable (quantitatif ou financier) et suivre un calendrier d'accès au marché défini au préalable en fonction du renouvellement.
- L'accès direct : les marchés sont ouverts et peuvent être rendu disponible à n'importe quel moment.
- Les achats sur mesure

Les opérateurs d'achats régionaux qui peuvent être qualifiés comme un équivalent des centrales nationales d'achats à l'échelle régionale, sont également prestataires des acheteurs hospitaliers. Le Programme Phare recommande et soutient leur création car ils sont essentiels :

- dans la rapidité de gestion des risques
- dans la compréhension du territoire et des spécificités de ses enjeux
- par leurs proximités avec les acteurs régionaux et notamment les fournisseurs locaux et de petites tailles.

Ils sont également à l'origine de 8% des gains achats.(21) Afin de limiter la démultiplication « inutiles » et la non-coordination des opérateurs régionaux ainsi que ses effets néfastes sur le marché de fournisseurs (augmentation de la concurrence, augmentation du nombre de marchés pour un même produit dans un périmètre de proximité...), la DGOS a souhaité stimuler la coopération entre eux. Pour ce faire, une convention a été signée entre elle et les centrales d'achats visant à créer une articulation entre le national et le local par l'accompagnement des opérateurs régionaux. (22) L'objectif est de personnaliser la réponse aux besoins des offreurs de soins et potentialiser leurs performances mais aussi d'aider à la sécurisation des

approvisionnement à l'échelle locale (développement du marché de fournisseurs locaux, collaboration inter-GHT...).

De plus, les GHT peuvent également effectuer leurs achats directement auprès des fabricants de médicaments et dispositifs médicaux (DM) ainsi que leurs dépositaires si c'est plus simple pour eux.

Concernant les grossistes répartiteurs de médicaments, leur activité est régie par l'article R5124-2 du code de la santé publique qui dit : « Achète, stocke, distribue les produits du monopole pharmaceutique, les dispositifs médicaux et autres produits de santé auprès des officines, des pharmacies à usage intérieur d'établissements de santé et de certains établissements autorisés (ex. CSAPA, centres de vaccination, etc.) en respectant les obligations de service public et les bonnes pratiques de distribution."(23). Ainsi, uniquement 5 % des achats passent par eux et ils sont effectués pour des médicaments de Catégorie C (hors livret thérapeutique, de petit volume, avec des besoins ponctuels) et des médicaments non disponibles en commande directe chez les fabricants.

4 La dimension stratégique de la fonction achats GHT

4.1 Risques stratégiques associés à une direction achats mutualisée

La démonstration précédente a pu révéler qu'effectivement des économies avaient été faites suite à la mutualisation de la fonction achats. Cependant cette mutualisation en plus d'atteindre ses limites, comporte des risques importants : conséquences délétères liées à la massification des contrats sur le marché fournisseur et une complexification des processus achats.

4.1.1 Massification et la rupture d'approvisionnement

Dans le cas de la création des GHT, la massification des contrats d'achats de médicaments au niveau des opérateurs nationaux a engendré une monopolisation des fournisseurs. Les marchés publics hospitaliers issus de ces regroupements sont conséquents et complexes, un bon nombre de fournisseurs ne peuvent pas s'adapter tant en termes de volume de production que d'organisation de la gestion logistique (complexifié par les établissements parties). Ceci a mis en péril la santé économique des fournisseurs petits, locaux ou n'ayant pas gagné la consultation puisqu'ils n'ont plus accès au marché public à l'échelle territoriale et tous les avantages qu'il représente (sécurité, volume, régularité, paiement en 60 jours, etc.). Aujourd'hui, des répercussions dans la gestion des ruptures de stocks et/ou d'approvisionnement sont visibles car il est difficile de se tourner vers des prestataires de secours. En effet, soit ils n'existent plus, soit ils n'ont pas la capacité d'adapter leur production suffisamment rapidement pour répondre au risque. C'est pour cette raison que le programme PHARE a recommandé l'achat des médicaments via les opérateurs régionaux.

De plus à l'échelle du GHT la massification des contrats et le recours presque systématique aux centrales d'achats, essentiellement pour raison économique ont catalysé ce

risque de rupture d'approvisionnement. Les GHT et leurs établissements se sont rendus particulièrement sensibles au risque et l'ont même catalysé.

Le LEEM, syndicat des industries du médicament, confirme cet effet et son impact sur les établissements de santé en disant dans son plan d'action pour l'approvisionnement : « *L'hôpital est le plus touché par les conséquences de ces ruptures, du fait notamment de l'usage plus fréquent des formes injectables, mais aussi du fonctionnement actuel des appels d'offres hospitaliers.* »(13). Ici le LEEM rappelle également que le contexte mondial subit des problèmes de gestion de la demande et des ruptures de stocks (Partie 1.1.4.).

Cependant, une prise en compte de ce risque dans les stratégies d'achats aurait permis l'utilisation de techniques spécifiques et connues des acheteurs experts. Premièrement, pour le prévenir il est essentiel que l'acheteur connaisse son marché de fournisseurs et il faut pouvoir être capable de l'analyser. Un bon sourcing identifie les fournisseurs directs et ceux de rang 2, 3... ainsi que leur positionnement sur le marché : leaders, généralistes, *challenger*, etc. A partir de ces connaissances, le niveau de concurrence pourra être établi (monopolistique/oligopolistique/concurrentiel) et des mesures peuvent être prises pour soutenir le marché.

Dans le cas des GHT où on est dans une situation monopolistique, l'une des principales solutions est la prise en compte de ce risque dès la rédaction du cahier des charges grâce à l'allotissement. L'article L. 2113-10 du code de la commande publique pose son principe consistant à diviser un marché public en plusieurs lots. Le but en les attribuant à différents opérateurs économiques est de protéger son panel de fournisseurs en leur offrant la possibilité d'accéder au marché. Le rôle de l'acheteur est de déterminer le nombre, la taille et l'objet des lots en fonction de sa veille, des lots de petites tailles peuvent être spécialement conçus pour favoriser le maintien des prestataires les plus petits.(24)

Dans le cadre de la gestion d'une rupture d'approvisionnement, l'anticipation de la demande globale et interne est essentielle. Si la demande est estimée avec justesse et fiabilité, l'acheteur peut anticiper les pics de demande et adapter le rythme de ses consultations. De plus, il pourra intégrer directement dans le marché avec le service juridique les moyens logistiques afin d'aussi prendre en compte le risque lié à l'approvisionnement et la logistique.

A l'issue de la démonstration, nous pouvons comprendre que le risque de rupture de stock mais aussi de rupture d'approvisionnement peuvent être solutionnés en partie à l'échelle de la fonction achats GHT par :

- Une redéfinition des critères de sélection sur des motifs autre qu'économiques visant dans ce cas avant tout à protéger son panel fournisseurs ;
- Avoir une montée en compétence et en expertise des acheteurs du terrain pour diminuer le recours aux centrales d'achats et pour ouvrir le champ des possibles sur les différents types d'achats ;
- Mettre à disposition des acheteurs des outils y compris de gestion de l'information pour mieux connaître son marché de fournisseurs et la demande sur le besoin exprimé.

4.1.2 Organisation complexe

L'organisation de la fonction achats et les process de fonctionnement qui en découlent, sont complexifiés par la mutualisation et la centralisation de la fonction achats au sein de l'établissement support du GHT. Avec cette nouvelle structuration, la répartition des rôles et

responsabilités est modifiée. Voici un tableau reprenant la nouvelle répartition des responsabilités dans le cadre de la passation de marchés (tableau 2).³

Etapas du processus achats		Etablissement responsable au sein du GHT
Définition du besoin	L'identification et l'opportunité du besoin	Établissement partie au GHT
	L'analyse et la consolidation des besoins	Établissement support du GHT
	L'élaboration de la politique d'achat et des stratégies d'achat	Établissement support du GHT
Selection du fournisseur	La passation du marché	Établissement support du GHT
Exécution du marché	L'exécution du marché	Établissement partie au GHT hors avenant des futurs marchés

Tableau 2 Répartition des compétences lors de la passation de marché

Il a été mis en exergue que pour avoir un processus achats interne performant, il faut avoir une définition des besoins la plus proche du besoin réel et qu'une collaboration proche entre le prescripteur interne et l'acheteur est nécessaire. Ici l'acheteur est donc distingué en 2 postes différents : un au sein de l'EP et un autre sein de l'ES.

L'acheteur au sein de l'EP est celui qui est le plus proche du prescripteur, on peut estimer que ce sont ceux qui sont le plus à même de définir le besoin dans son entièreté et dans les règles établies précédemment. Or, ces acteurs ne sont pas inclus dans la seconde partie de la définition des besoins : l'« Analyse et consolidation des besoins » et « Élaboration de la politique d'achat et des stratégies d'achats ». On a donc ici un important risque de perte de performance et d'efficacité du projet d'achats dû à la perte de proximité. Pour y remédier, les processus internes de remontée de l'information doivent être adaptés, acquis par tous les acteurs : prescripteurs internes & acheteurs « EP » et « ES ».

De plus, cette complexification de l'organisation du GHT engendre un manque de collaboration entre les acheteurs et les approvisionneurs qui engendre des ruptures d'approvisionnement à

³ Guide la Fonction achat GHT de la DGOS

l'échelle locale. En effet, une prévision et un cadencement des commandes ne sont pas systématiquement revus ou faits lors de l'achats, ce qui empêche une organisation optimale des flux de production des fournisseurs et donc impacte leur capacité de distribution auprès de leurs clients. Dans le cadre de la gestion des pénuries, il est primordial d'intensifier le lien entre les achats et les approvisionnements.

Pour se faire un système d'information d'achats, celui-ci permettra de fiabiliser les processus mais aussi de les simplifier et les soutenir. Ils sont également un atout principal dans la communication entre les différents acteurs du GHT. Ils doivent partager le même outil qui leur servira à travailler en collaboration et à augmenter leur performance achats.

C'est donc l'ensemble du personnel susceptible d'effectuer ou initier un projet d'achats qui doit être formé. C'est un deuxième risque non négligeable doit être anticipé par la mise en œuvre d'une forte culture de la conduite du changement au sein du GHT pour optimiser l'intégration de cette fonction au sein de l'établissement.

A la création des GHT, le programme PHARE a souhaité accompagner les GHT dans cette démarche. Il s'est vu attribuer un budget directement extrait de l'ONDAM d'environ 3 millions d'euros qui a permis de financer des sociétés de conseils spécialisés en achats pour accompagner à la mise en œuvre de cette nouvelle organisation et de ces nouveaux processus. Ces prestataires étaient le RESAH et l'UNIHA qui en plus de leur activité de centrales d'achats, participent à des missions spécialisées en achats hospitaliers notamment publics. Leur intervention a duré 4 ans et s'est effectué dans les 136 GHT.

Tout de même, de fortes inégalités dans les succès de l'implémentation des fonctions achats mutualisées sont visibles entre les établissements. La principale cause mis en exergue est souvent la taille et les moyens du GHT. Étant donné la taille du GHT, ils ont dû implémenter une fonction achats efficiente rapidement pour ne pas perdre en qualité, ce qui les a contraints à investir dans leur fonction achats. Ici la notion d'investissement est égale ETP alloué et qualifications des personnes recrutés au poste. Actuellement, surtout dans les plus petits GHT des ½ Équivalent Temps Plein (ETP) alloué au recrutement des acheteurs et des responsables achats. De plus, la qualification des acheteurs et l'intérêt de ces derniers pour la fonction achats publics est soumis une forte compétition due à des salaires peu attractifs en comparaison avec ceux du secteur privé ou autres secteurs publics (la territoriale).

BUYING & PROCUREMENT	0-2 ans	2-5 ans	5-15 ans	Variable	Attractivité
Responsable performance fournisseurs	-	-	60 - 100	10 - 15 %	★ ★ ★
Commodity manager - Lead buyer	-	50 - 70	57 - 90	10 - 25 %	★ ★ ★
Responsable achats site	-	38 - 55	43 - 70	5 - 15 %	★ ★ ★
Acheteur investissement Capex	37 - 43	40 - 60	45 - 85	10 - 20 %	★ ★ ★
Acheteur IT & télécoms	37 - 43	42 - 65	50 - 95	10 - 25%	★ ★ ★
Acheteur prestations intellectuelles	35 - 43	38 - 60	45 - 85	10 - 20 %	★ ★ ★
Acheteur industriel/matières premières	36 - 42	38 - 60	47 - 75	10 - 20 %	★ ★ ★
Acheteur travaux	35 - 40	38 - 55	43 - 70	5 - 15 %	★ ★ ★
Acheteur projets	35 - 40	35 - 53	45 - 65	5 - 10 %	★ ★ ★
Acheteur services/FM	33 - 40	37 - 57	40 - 75	5 - 15 %	★ ★ ★
Acheteur transport/logistique	35 - 42	37 - 60	47 - 90	5 - 20 %	★ ★ ★
Acheteur hors production/indirect	33 - 42	38 - 57	38 - 75	5 - 20 %	★ ★ ★
Acheteur - Ingénieur qualité fournisseur	33 - 40	37 - 52	40 - 65	0 - 10 %	★ ★ ★
Gestionnaire - Assistant achats	24 - 28	28 - 32	30 - 35	-	★ ★ ★
Gestionnaire base de données fournisseurs	24 - 28	28 - 34	34 - 40	-	★ ★ ★
Acheteur public	33 - 37	37 - 50	40 - 60	-	★ ★ ★

Tableau 3 Tableau des comparaisons des rémunérations annuelle brut en K€.

Les enjeux de cette fonction achats GHT sont multiples :

- La mise en commun des expertises, des moyens techniques et humains
- La mise en place pour l'ensemble des établissements de santé d'une politique d'achat orientée vers des économies constructives, toujours en respectant le cadre du projet médical partagé
- L'activation de leviers achats : mutualisation et centralisation des achats dans le but d'augmenter la performance d'achat

- La position de l'acheteur : celui-ci doit prendre sa place en tant qu'expert de la fonction achats, il n'est pas un approvisionneur
- La création d'un dynamisme autour de la fonction achats GHT
- Le renforcement de la valorisation de la fonction achats GHT

De plus, les critères de sélection des consultations doivent être multiples et orientés vers l'impact global du projet. La priorisation du critère économique sur les autres, dans l'état actuel des défis du système de soins et de la fonction achats GHT est contre-productif et va à l'encontre de ce qui pourrait être attendu. Il faut une double transformation de cette idéologie :

- A l'échelle du GHT
- A l'échelle nationale

4.2 Maturités Achats : *Cost Killer* VS Acheteur Innovants : Quelles différences pour quelle valeur ajoutée ?

La pyramide ACHATS ⁴ caractérise les différents niveaux de maturité de la fonction achats. Les rôles de l'acheteur et les enjeux & objectifs des projets d'achats évoluent en fonction du niveau de maturité ce qui donne une place de la fonction achats au sein de l'établissement dépendante à chaque niveau. La pyramide achats est divisée en 5 socles, allant du niveau de maturité le plus faible vers le plus important.

⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=SFTZ39X>

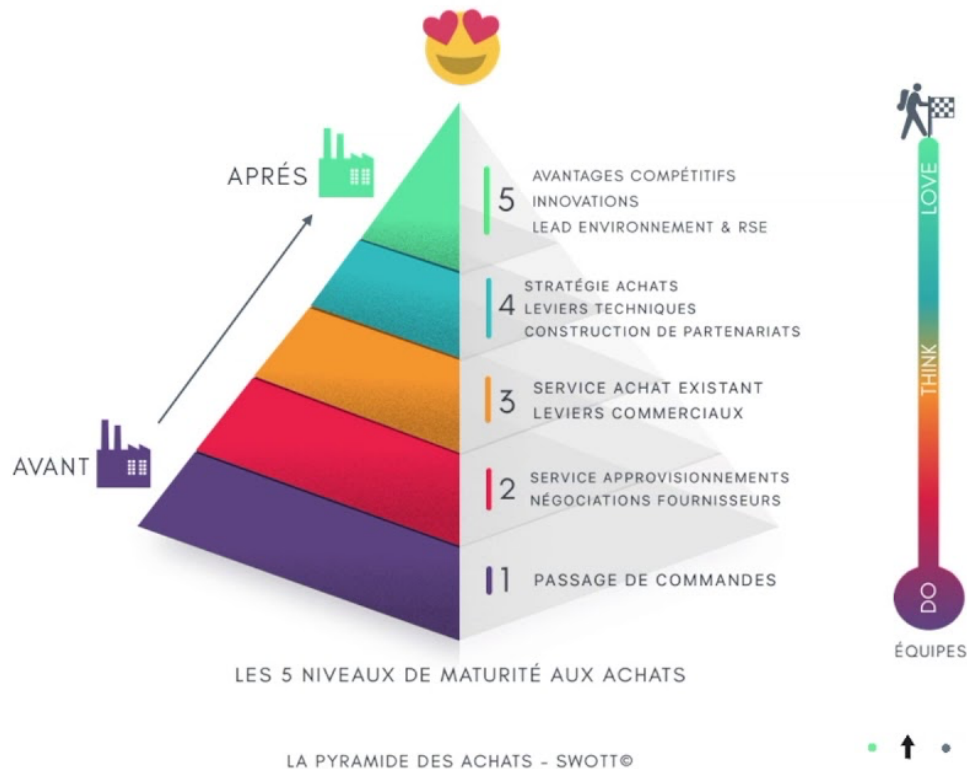


Figure 18 Pyramide des achats : Niveau de maturité & rôles <https://www.youtube.com/watch?v=y75jDS5W0tk>

Cette évolution de maturité est fortement marquée par la chronologie d'évolution des achats.

4.2.1 Le niveau 1 de la maturité achats

Le premier niveau de maturité est marqué par une culture achat faible, basé sur exclusivement un approvisionnement pour répondre aux besoins de la production. La démarche de l'acheteur est simplement de faire état des stocks et de s'assurer des commandes pour permettre leur maintien.

L'acheteur est un approvisionneur et construit sa stratégie de travail sur la gestion des stocks pour s'assurer que les besoins de la production en produits soient assouvis. Il n'y a pas de vision globale des achats, ni de politique achats, l'acheteur est approvisionneur.

L'organisation achats est peu développée et le rôle d'acheteur n'est pas défini au sein de l'entreprise. Le plus souvent, c'est la personne qui a un besoin qui va s'occuper des achats de ce besoin.

4.2.2 Le niveau 2 de la maturité

La fonction achats est confirmée. Il y a une vision globale des achats de l'entreprise. Des acteurs sont nommés afin de prendre en charge l'acte d'achats en fonction des besoins des clients internes.

De plus, la notion de projet d'achats intègre le processus de travail des acheteurs. Les techniques d'achats unifient les dépenses en catégorie pour mieux appréhender l'économie de marché et gérer les fournisseurs (élargissement de la zone d'achalandage, mise en concurrence, performance). Le but est d'obtenir une qualité constante d'approvisionnement pour permettre une production constante dans les règles de sécurité et de qualité requises.

4.2.3 Le niveau 3 de la maturité

Dans ce niveau, la maturité achats est marquée une forte montée en maturité de la fonction achats notamment grâce aux outils qu'elle met à sa disposition. En effet, les achats ont à sa disposition des outils digitaux lui permettant de faire évoluer son travail.

L'acheteur désormais va chercher l'information digitale et l'analyser un maximum afin de :

- Anticiper les besoins de ses clients internes
- Prévoir des scénarii d'achats pour sécuriser et favoriser la production
- Analyser ses différents postes de dépenses et permettre d'identifier des leviers d'amélioration de la méthode d'achats.
- Avoir accès aux informations d'un plus grand nombre de fournisseurs, dans le monde entier et ainsi augmenter les opportunités d'achats à l'issue sourcing.

Ici l'achat passe d'abord par la définition d'une stratégie d'achats qui a pour but d'intégrer tous les besoins pour un produit et obtenir le meilleur rapport entre les besoins et la manière dont l'achat va y répondre.

De plus la notion de besoin répond aux spécifications techniques définies par le client interne le prescripteur et en fonction du marché de fournisseurs. Les méthodes de travail de l'acheteur ont pour principaux objectifs :

- Des meilleurs coûts (souvent ici d'une main d'œuvre moins chère dans des pays à bas couts)
- Création d'une relation de proximité avec ses fournisseurs et rationalisation de ceux-ci
- Pour les entreprises avec une forte partie achats dans leur budget, les achats sont intégrés dans la stratégie de l'entreprise.
- Négociation en termes de coût global d'acquisition

A ce socle, la fonction achats devient une fonction de support qui excelle dans son rôle. Le support apporté par les achats permet de répondre d'une part aux besoins des clients internes (hors situations de crises) et de participer à la stratégie de l'entreprise. De plus, l'information relative aux achats (fournisseurs, flux internes, contrôle interne...) est partagée entre tous les acteurs du processus achats. Ces informations servent aussi d'indicateur et permettent l'efficience d'un contrôle de gestion.

L'organisation de la fonction achats est pleinement intégrée à l'entreprise notamment aux fonctions financières et juridiques. Son rôle est désormais transversal et la collaboration avec l'ensemble des acteurs de la société est aisée. Elle devient un interlocuteur / acteur principal des collaborateurs de l'entreprises.

4.2.4 Le niveau 4 de la maturité

A ce niveau de fonction étant donné sa position dans le développement de la stratégie et sa proximité avec les collaborateurs de l'entreprise, la fonction achats devient proactive dans l'élaboration des idées et les projets de croissance et dans l'identification et la gestion du risque.

Premièrement dans l'élaboration des idées et des projets de croissance, l'acheteur va se servir des outils à sa disposition :

- Processus de définition des besoins efficaces : La haute collaboration entre les acteurs et notamment avec le prescripteur-expert facilite l'élaboration de projets d'achats avec des spécifications techniques innovantes ou des critères d'achats innovants.
- Sourcing de fournisseurs : les systèmes d'information, la professionnalisation des acheteurs et la collaboration présente à ce niveau de maturité permet de non plus uniquement de chercher un fournisseur pour répondre à un besoin mais de chercher l'innovation pour répondre à ce besoin.

Les achats sont devenus collaboratifs, une confiance existe envers la fonction achats tant par les clients internes que par les fournisseurs, l'objectif est de créer de la valeur, une politique achats devient nécessaire à long terme afin d'optimiser la performance de ces résultats. Au vu du positionnement de la fonction achats au sein du GHT, la politique achats se doit d'inspirer et d'être inspirée de la politique globale de l'établissement. C'est à ce niveau de maturité que la gestion du risque devient un enjeu central.

Puisque l'identification et la gestion du risque ont été rendues possible grâce à l'utilisation du digital et le traitement de l'information, le pilotage de la fonction achats peut être basé sur les résultats de l'analyse. L'acheteur devient manager, il va adapter son comportement en fonction du marché et des risques que celui-ci présente pour sa production. Un exemple : les ruptures d'approvisionnement / de stocks, elles peuvent être beaucoup mieux

anticiper car l'information de rupture peut être connue, dès son problème source et chez un fournisseur de rang 1, 2 ou n. Plus tôt l'information de rupture est connue par les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, plus elle a de chance d'être réduite voir annulée. L'acheteur possède tous les outils informatiques nécessaires à ses analyses et ces outils sont utilisés par tous.

4.2.5 Le niveau 5 de la maturité

Il est aussi marqué par un écosystème achats mature, celui-ci regroupe différents types d'acteurs tous experts dans leur domaine et apportant leur expertise au sein du projet d'achats.

- Une organisation interne des achats dans toute sa transversalité fiable et des processus d'achats établis ;
- Un réseau d'acheteurs professionnels avec une expertise excellente ;
- Des relations fournisseurs de qualité ;
- Un contrôle de gestion achats ;
- Un système d'information achats implémenté et utilisé régulièrement par les usagers.

Cette fonction doit avoir une image positive et permettre d'augmenter le potentiel de création de valeurs. Ici l'acheteur joue le rôle d'acheteur innovant qui est au cœur de la Recherche & du Développement et de la chaîne de valeur de l'entreprise. Il travaille en étroite collaboration avec les prescripteurs et fournisseurs pour trouver les meilleures opportunités et solutions. C'est une étape qui permet d'être source d'innovations techniques, organisationnelles et de productions. Les prescripteurs internes et les projets globaux viennent se faire directement naturellement au sein de la fonction achats. L'acheteur innovation est donc capable de répondre à des enjeux stratégiques globaux au sein d'une entreprise ou d'un système.

En conclusion, la fonction achats peut se catégoriser en 2 grandes maturités :

- La traditionnelle caractérisée par son objectif de réduction des coûts d'achats, une organisation avec des process achats fiables, stables et intégrée au contrôle financier. On a un focus sur la gestion des fournisseurs et la négociation des contrats.
- L'innovante qui s'intègre parfaitement à la stratégie globale et qui est source de projets visant à créer de la valeur par d'autres moyens que financier pour apporter un maximum de satisfaction aux clients internes. De plus, l'acheteur innovant sait répondre à une multitude de situations de crises en mettant au cœur de la fonction le management du risque (ex : rupture d'approvisionnement). Ici le rôle de l'acheteur est orienté vers :
 - Les valeurs du projet d'achats, avec une vision des aspects et impacts globaux faisant suite à la signature.
 - L'alignement étroit avec les politiques de l'entreprise
 - Ainsi on se rend compte que des niveaux de maturités peuvent correspondre aux enjeux du système de soins.

Défis du système de soins	Niveau de maturité achats requis pour y répondre
o Pénuries à l'échelle mondiale	Niveau 4
o Optimisation de la gestion budgétaire du système de soins	Niveau 3
o Innovation & Progrès médical	Niveau 5
o Montée en maturité de la digitalisation des GHT	Niveau 3
o RSE	Niveau 3
o Montée en maturité de la digitalisation des ES et pilotage de la fonction achats	Niveau 2
o Optimiser le pilotage de la politique de santé	Niveau 4 grâce à la mise en œuvre du contrôle de gestion

Figure 19 Alignement entre les défis du système de santé et les niveaux de maturité achats pour y répondre

Ainsi pour que les fonctions achats puissent monter en maturité et utiliser leur potentiel à leur maximum il faut faire évoluer la politique achats de la mise en œuvre de l'acheteur traditionnel vers l'acheteur innovation.

4.3 Politique achats à l'échelle locale : la nécessité d'un Portage institutionnel

Afin d'entamer cette évolution de la politique achats vers les achats innovants, il est essentiel de faire intervenir les différentes instances à différentes échelles. C'est la politique nationale et à l'échelle du GHT qui doivent être réévaluées.

La politique permet de déterminer les objectifs, en découle une stratégie qui donne les moyens de les atteindre à partir d'un plan d'action qui est décliné à destination des équipes opérationnelles. La politique globale du GHT doit répondre et s'inspirer de la remontée d'informations de tous ses établissements pour définir ses axes. Cette définition peut être facilitée grâce à la place transversale d'une fonction achats GHT innovante. Par ailleurs, plus la politique achats intègrera des composantes de la politique du GHT plus elle prendra de la valeur auprès des acteurs qui se sentiront impliqués. Ensuite pour aborder la stratégie d'achats il faut d'abord connaître et valider le périmètre en :

- Cartographiant les achats : Connaître toutes les dépenses du GHT et les présenter de manière organisée par segment de marché ;
- Priorisant les segments achats selon la stratégie du GHT

Le but d'appréhender l'achat sous toutes ses composantes et d'aboutir à celui le plus performant et efficient. La fonction achats est encore peu connue et exploitée, il est donc important de communiquer autour de ses projets pour lui permettre d'avoir la place qu'il lui faut au sein du GHT.

Prenons l'exemple d'un GHT où les offreurs de soins sont sensibles à la RSE et souhaitent que ce soit dans les valeurs de l'établissement. Le comité pilotage doit inscrire dans sa politique globale l'objectif « d'augmenter sa responsabilité sociétale et environnementale (RSE) ». Sa politique achats sera « Réduire l'impact environnemental des achats ». Le comité stratégique à partir de ces éléments définira la stratégie du GHT qui sera « Pour intégrer la valeur RSE, la fonction achats GHT doit être responsabilisée ». Ainsi lors du projet d'achats, la stratégie d'achats sera orientée vers « Avoir des fournisseurs à faible empreinte environnementale ou permettant à l'entreprise X de réduire la sienne » et le Plan d'action peut être « questionnaire d'évaluation de l'impact environnemental des fournisseurs, grille de comparaisons ».

Les politiques achats et globale du GHT doivent être déclinées en stratégie. On peut les répartir en 2 dimensions :

- La déclinaison de la politique achats (inspiré de la politique globale) en stratégie d'achats lors du processus d'achats. Pour prévoir une bonne implémentation des axes de ces 2 politiques, il est important que la stratégie d'achats soit en lien avec la politique du GHT et sera un des moyens de réalisation de celui-ci. De plus, plus la stratégie achats est une partie prenante efficace, plus l'entreprise répondra à ses objectifs et sera efficace.
- La déclinaison de la politique globale en stratégie de repositionnement des rôles et position de la fonction achats au sein du GHT. Cette seconde composante est primordiale est une implémentation efficace dépend du portage institutionnel par le GHT et ses comités.

Par ailleurs, les démonstrations concernant la valeur ajoutée dans le processus achats ont montré qu'un investissement financier et humain était primordiale pour la performance. Une revalorisation salariale tant qualitatif que quantitatif ainsi que l'implémentation d'outils comme un ERP global et un SI achats sont primordiaux pour la montée en maturité, mais ceci n'est possible que si les Directions Financières et Administratives des GHT le décident. Ici c'est encore le portage institutionnel qui fera la différence.

4.4 Politique à l'échelle centrale : Un pilotage national remis en cause & Une stratégie nationale de « *cost killers* »

4.4.1 Gains achats : un critère de pilotage efficace ? (25)

La politique nationale selon un critère économique uniquement et le pilotage exclusivement tourné vers des gains achats ont permis de dégager des économies financières. Le tableau 5 récapitule les gains revendiqués par la DGOS versus les gains cibles.

<u>Période</u>	<u>Gains cibles</u>	<u>Gains revendiqués par la DGOS</u>
2012 - 2014	910 M€	840 M€
2015 - 2017	1,4 M€	1,58 M€
2018-2022	2,6M€	Non évaluable à date à la crise du covid-19
Total	2,310 Mds €	2,420 Mds €

Tableau 4 Récapitulatif des gains achats revendiqués par la DGOS

Cependant ces gains achats sont fortement remis en question tant par les corps de contrôle qui estiment que leur méthode de remontée est floue. Le rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France le confirme.(1)

L'orientation des stratégies achats dans les GHT sont encore très focus sur un gain économique, ils vont privilégier une action en coût direct et non en coût complet. C'est une conséquence du fait que les GHT ont une faible marge de manoeuvre concernant leur budget puisque qu'il est attribué année par année et avec peu d'orientations longs termes. Il est vrai qu'une méthode d'achats direct basée sur une économie de coût correspond le mieux au mode de financement de la Sécurité Sociale.

Ainsi, la fonction achats GHT a une image de *cost killer* qui nuit à son image. D'autant plus que la pression économique a été ressentie dans un contexte où le retard pris sur les investissements financiers a eu des impacts négatifs sur le renouvellement des infrastructures et la R&D publique. La confiance des acteurs du terrain et notamment des offreurs de soins a pu être réduite. De plus, la remise en cause des indicateurs a aussi décrédibilisé les gains revendiqués par la DGOS.

Cependant c'est le financement qui devrait s'adapter à la réalité. Il faut pouvoir redonner flexibilité et indépendance afin de permettre aux ES de réfléchir à horizon économique long. La vision comptable des achats soutenue par le programme PHARE incite les établissements à voir leurs catégories d'achats uniquement comme des lignes budgétaires dont la valeur doit être réduite au maximum et non pas comme des vecteurs d'investissement, de progrès, d'innovations.

4.4.2 Un système institutionnel complexifiant le pilotage

Dans un premier temps, d'un point de vue institutionnel la fonction achats GHT est soutenue par le Ministère de la Santé et de la Prévention et le programme PHARE. Cependant pour augmenter sa proximité territoriale, son efficacité et adapter son pilotage, le programme PHARE s'appuie sur les Agences Régionales de Santé (ARS). A cette échelle on retrouve des comités d'acheteurs et de contrôle de gestion achats.

Le programme PHARE étant affilié à la Direction Générale de l'Offre de Soins doit respecter le cycle de communication imposé par les réglementations. Ce qui signifie que les membres de PHARE ne peuvent pas communiquer directement avec les directions achats GHT. Ils doivent systématiquement passer par le biais des Agences Régionales de Santé et ses commissions. Les directions achats GHT qui souhaitent communiquer avec le programme PHARE doivent dans un premier temps s'adresser à leur ARS, si celle-ci ne sait pas répondre à leur demande, celle-ci sera remontée au niveau national. L'ajout d'un interlocuteur tel que l'ARS est très intéressant dans le cadre des remontées d'informations ou de la communication générale. En effet, ils garantissent la fiabilité des informations et les consolident. Cela permet à l'équipe PHARE d'avoir un rapport par région sur l'état d'avancement de la mise en place de la fonction achats GHT et donc une vision d'ensemble. Ainsi, PHARE peut adapter sa stratégie de pilotage national et proposer des solutions répondant directement aux enjeux des régions.

A l'inverse, le programme PHARE pour piloter doit donner aux ARS les actions, les outils et les indications qui permettront aux GHT de mettre en place leur fonction achats commune. Ces éléments sont préalablement définis et élaborés par les membres du programme PHARE en fonction des objectifs nationaux et des problématiques rencontrées par les GHT. Par la suite, les ARS et leurs commissions régionales d'acheteurs devront s'occuper de transmettre ces

informations et de les personnaliser en fonction des situations locales. Ils connaissent les capacités de leurs GHT et peuvent garantir une efficacité de la communication et des échanges.

Cependant, on constate des lacunes dans les outils de pilotage engendrant des difficultés de communication entraînant une mauvaise concordance dans la définition des besoins, des problèmes et des indicateurs entraînant une non-validation des politiques de santé par les acteurs du système de soins. Les répercussions sont directes et la stratégie globale s'implémente difficilement au niveau opérationnel. Ses lacunes sont principalement issues du manque d'un système d'information et de la création d'indicateurs et la mise en œuvre d'un SI achats. Ce sont deux prérequis au pilotage national mais aussi local des achats.

4.5 Quels sont les prérequis au pilotage de la fonction achats GHT ?

4.5.1 Redonner du sens : Utilisation de la place transversale des achats

L'acheteur est au cœur de la vie quotidienne tous les services de l'établissement ce qui en fait un acteur transversal. Il peut générer de la valeur en servant de lien entre les différentes fonctions et ce à l'échelle verticale par exemple entre un service juridique et un prescripteur mais aussi entre les prescripteurs et les comités pilotage et stratégique. Au sein d'une structure il peut porter le rôle de vecteur de l'information et avoir une place stratégique dans l'amélioration de la communication des différents acteurs. Ce modèle est aussi applicable à la définition des politiques à partir d'une connaissance pointue des besoins dans chaque catégorie. L'intégration des organisations opérationnelles est primordiale pour regagner la confiance des acteurs du terrain. C'est un moyen d'inverser la verticalité de la hiérarchie et de faciliter la remontée des projets du terrain vers le haut. C'est d'autant plus recommandé au sein des GHT au vu du défi d'alignement des politiques.

A une plus grande échelle, l'acheteur joue aussi un rôle transversal avec les institutions de réglementation : ARS et Ministère de la Santé notamment. Ce principe de communication et de transmission des projets est aussi applicable à cette échelle et peut donc permettre de faire remonter plus facilement les risques et projets d'envergure du terrain vers les instances centrales. Cela répond parfaitement au défi du système de santé : « Améliorer la connaissance du terrain par les acteurs centraux ».

En conclusion, ce qui se passe c'est qu'on prend en compte l'opinion et le ressenti des acteurs du terrain dont les offreurs de soins, ce qui augmente leur satisfaction d'autant plus qu'à ce niveau de maturité, ces acteurs sont aussi satisfaits de leur fonction achats. Cette satisfaction valorise les dynamiques : politique & stratégique et donc augmente la confiance des offreurs de soins.

Prenons l'exemple des « risk management » des ruptures de stocks, c'est un problème qui est ressenti en premier lieu par les offreurs de soins et bénéficiaires et qui a été remonté au niveau national. Il faudrait que les instances centrales prennent des mesures à l'échelle globale pour casser le monopole et d'augmenter le nombre possible de fournisseurs en matières premières et ainsi gérer le risque de rupture auprès d'un des fournisseurs. Ce n'est pas un risque qui peut uniquement être géré à l'échelle locale au vu de sa complexité.

Puis lors de l'élaboration des différentes stratégies d'achats, il faut au cas par cas :

- Définir le juste besoin complet et précis ;
- Faire une matrice des contraintes : Capacité à déterminer en avance les freins internes et externes aussi bien commerciaux que techniques afin de trouver des solutions avant l'exécution du marché ;
- Évaluer les risques : déterminer l'impact et la probabilité d'occurrence d'un risque externe ou interne. Ils doivent être corrigés ou les parties prenantes doivent être alertées et disposées des moyens pour y remédier en cas de survenu du risque ;

- Connaître son marché fournisseurs et évaluer sa position.

4.5.2 Redonner confiance et éthique en fiabilisant les résultats : Système d'Information achats et Contrôle de Gestion Achats

Un des prérequis est de répondre à la complexité de l'organisation du système de soins et donner des outils de partage de l'information entre les ES et EP dans le GHT et entre les GHT et les instances centrales. Pour ce faire, deux moyens doivent être exploités :

- ◆ La mise en œuvre d'indicateurs communs à tous les protagonistes : Contrôle de gestion achats

Le rôle du contrôleur de gestion achats(26) dépend des enjeux et des objectifs définis dans les projets d'achat. Il doit permettre d'évaluer l'avancement et de garantir une amélioration continue du pilotage de la fonction. C'est un poste d'autant plus important car les offreurs de soins souhaitent la création d'indicateurs communs aux acteurs locaux, nationaux, privés et publics. Dans le cas de la gestion des flux de patient et l'indicateur « nombre de lits ouverts », les avis divergent car pour les établissements de santé il est primordial dans leur organisation quotidienne alors que pour le ministère c'est un indicateur non utilisable : « Faute d'interface appropriée, leur collecte au niveau régional ou national exigerait qu'elles soient retraitées de manière homogène, pour une charge jugée disproportionnée, le ministère invoquant en outre la variabilité des notions de lits ouverts ou fermés et les fluctuations importantes des capacités dans le temps. » ; « ARS et Ministères ont une visibilité très réduite de l'état réel, à un instant donné, des lits disponibles au sein des établissements. »(1). C'est une nouvelle fois une preuve que la communication entre les GHT et les instances centrales est difficile et qu'il est essentiel de faire remonter de l'information fiable.(1)

Dans ces circonstances, le contrôle de gestion achats peut présenter des tableaux de bord à partir des critères définis dans la politique du GHT et celle nationale et ainsi vérifier la performance

des stratégies d'application. Ainsi il sera possible de fiabiliser les données diffusées et de prouver les résultats notamment la remontée des gains. C'est aussi le moyen de définir des indicateurs communs et utiles à toutes les parties prenantes peu importe le domaine concerné.

Le contrôle de gestion achat puisqu'il évalue la performance intrinsèque de la fonction achats, doit le faire en lien avec l'activité médicale et les critères plus globaux (ex : RSE, approvisionnement). La fonction achats GHT pourra être valorisée grâce à ses résultats témoins, de sa performance d'un point de vue analytique et statistique tant à l'échelle nationale que locale.

◆ Une fiabilité des résultats de ces indicateurs : SI achats

Le Ministère de la Santé et de la Prévention et notamment le programme PHARE ont vu leurs résultats de performance achat remis en cause, dû à une faible fiabilité des résultats issus des indicateurs économiques. Cette fiabilité ne peut être augmentée que par la mise en œuvre d'un système d'information adéquat qui doit être renseigné en temps réel. Le Ministère de la Santé et de la Prévention est actuellement sur un projet de mise à disposition des GHT un SI d'information.

Ces outils vont permettre de construire le pilotage des achats, il permettra d'évaluer le niveau de performance réelle et améliorera la communication et la motivation des équipes et parties prenantes des projets achats. Il peut aider à fédérer les acteurs autour d'un objectif commun.

De plus, tout au long de la thèse nous avons mis en exergue l'importance de la digitalisation tant des établissements de santé mais aussi des GHT.

5 Conclusion

Au cours de cette thèse nous avons donc pu comprendre que les défis du système de soins pouvaient prendre leur origine dans leur propre organisation et gestion mais aussi provenir de causes exogènes. Les enjeux mis en exergue répondent à des problèmes touchant principalement la pratique médicale et l'offre de soins : les ruptures d'approvisionnement et de stocks, l'innovation médicale, les risques financiers, la digitalisation de la santé. La RSE et le vieillissement de la population sont des enjeux globaux impactant tous les systèmes de tous les pays, ils ont donc aussi une influence majeure sur le système de soins. De plus, la politique de santé subit des pressions budgétaires et à chercher à faire des économies financières jusqu'en 2020 (avec l'apparition de la crise de la Covid-19), ce qui a amplifié le retard d'investissement dans le système de soins.

La professionnalisation de la fonction achats est une solution qui a été mise en œuvre par le gouvernement pour répondre à ces enjeux budgétaires. Il est remarquable que la fonction achats GHT répond déjà à certains défis du système de soins, notamment à son défi budgétaire. En effet, sur un déficit de 4 milliards d'euros le programme PHARE annonce 1,4 milliards de gains achats financiers cumulés. De plus, ils ont été à l'origine de la mise en œuvre d'une organisation achat qui certes a encore des lacunes mais qui voit son environnement et son intérêt augmentés chaque jour.

Cependant le constat des défis du système de soins montre qu'il est primordial de massivement investir dans la santé, notamment dans les établissements de soins de santé. Il existe un problème d'investissement dans la masse et la revalorisation salariale, également présente au sein des directions achat. L'enjeu d'attribution d'ETP et de salaires compétitifs permettra de faire monter en maturité l'acheteur hospitalier vers l'acheteur du futur et de permettre des innovations touchant l'activité médicale. En effet, cette transformation est

nécessaire pour permettre de faire évoluer les rôles des acheteurs avec les défis du système de soins et devenir une fonction achats GHT innovante. Celle-ci se caractérise par des opportunités d'actions dans les domaines de la RSE, de la digitalisation notamment pour le traitement de l'information, de l'innovation des pratiques médicales, et de la gestion des ruptures en produits de santé.

Les prérequis à la performance d'une fonction achats GHT sont dominés par l'alignement des politiques locales et centrales associé à une forte intégration des stratégies auprès des acteurs du système de soins. Pour se faire plusieurs options sont disponibles mais la principale réside dans la fiabilisation et l'augmentation de la communication entre les différents acteurs internes et externes. C'est pourquoi, stimuler la collaboration entre les acteurs du système de soins, faire remonter des projets des opérations hospitalières vers les niveaux centraux est indispensable. Une chaîne de valeur doit être mise en place et l'investissement dans les outils digitaux à la communication et à la gestion des informations est prioritaire.

Pour finir, la fonction achats GHT en montant en maturité tant dans son organisation que dans son pilotage et deviendra une « fonction achats GHT innovante » et aura la combinaison pour répondre aux enjeux du système de soins à l'échelle locale. De plus, si toutes les « fonctions achats GHT innovante » sont harmonisées sur tout le territoire français, leur potentialisation et synergie permettra de répondre aux enjeux du système de soins à grande échelle.

Bibliographie

1. Catherine DEROCHE, Bernard JOMIER. RAPPORT FAIT au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France [Internet]. Sénat (Commission d'enquête); 2022 mars. Report No.: 587. Disponible sur: http://www.senat.fr/espace_presse/actualites/202203/la_situation_de_lhopital_et_le_systeme_de_sante_en_france.html
2. Légifrance. Article L1110-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. févr 21, 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212793?isSuggest=true
3. GRUNY P, HARRIBEY L. Union européenne et santé : la nécessaire mobilisation [Internet]. 2020 juill [cité 27 août 2022]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r19-648/r19-648_mono.html#toc6
4. European Union. Regulation (EU) 2021/522 of the European Parliament and of the Council of 24 March 2021 establishing a Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') for the period 2021-2027, and repealing Regulation (EU) No 282/2014 (Text with EEA relevance) [Internet]. OJ L mars 24, 2021. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/522/oj/eng>
5. HAS. Missions de la HAS [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 25 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has
6. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/2020-09-24/>

7. Comité d'alerte n° 2022-2. Avis du Comité d'alerte n° 2022-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie [Internet]. mai 30, 2022. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/les-avis-du-comite-dalerte>
8. Ministère de la Santé et de la Prévention. Un déficit des comptes de la sécurité sociale en 2021 en nette amélioration par rapport à 2020, et moins creusé que prévu [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/un-deficit-des-comptes-de-la-securite-sociale-en-2021-en-nette-amelioration-par?TSPD_101_R0=087dc22938ab20004d8e9a843aeb04fbe15186de5c87215cff0e6205c2401e84d96c02686c463993083f5f637314300013efb65e6ede3fb66b22c3cd07a638ecaa8d31eb4d650afebef81e62465714a178ef4ecef5ada1217c3932ad6d9dd7ee
9. Comité d'alerte n2019-2. PLFSS 2019 - Annexe 7 [Internet]. sept, 2018. Disponible sur: https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2019/ANNEXE_7/PLFSS-2019-ANNEXE_7.pdf
10. Comité d'alerte n2020-2. PLFSS 2021 - Annexe 7 [Internet]. sept 28, 2020. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2021/PLFSS-2021-ANNEXE%207.pdf>
11. Comité d'alerte n2022-2. PLFSS 2022 - Annexe 7 [Internet]. mars, 2022. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2022/PLFSS-2022-Annexe%207.pdf>
12. EMA FDA agree mutual recognition inspections medicines manufacturers_en.pdf

[Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/european-us-regulators-agree-mutual-recognition-inspections-medicines-manufacturers_en.pdf

13. LEEM. Pénurie de médicaments : le plan d'actions du Leem [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.leem.org/sites/default/files/2019-02/DP-Leem-Pénurie-VF.pdf>

14. LEEM. Pénuries de médicaments : comment les réduire ? [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.leem.org/sites/default/files/questionpdf/le-medicament-secteur-strategique.pdf>

15. HAS. Projet stratégique de la HAS 2019 – 2024 [Internet]. juill, 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/projet_strategique_2019-2024.pdf

16. Nathalie BLANPAIN, CHARDON O. Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats | Insee [Internet]. 2010 déc [cité 25 août 2022]. Report No.: F2010/08 , . Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380813>

17. Légifrance. Article 35 - LOI n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets (1) - Légifrance [Internet]. août, 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000043957012

18. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les achats responsables [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/phare-11061/les-chantiers-operationnels/article/les-achats-responsables?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b1ae15eac0265b869ae6ee07e6f4d71f490f4

f3e91cae1ac68822df316fc3fb3085c7d92d61430002a57831e3a2451c8509b791fedf41c4bd620
2addc813db6b577506f93ca3199e947938206db02eb931c525167d3b6261

19. Minsitère de la Transition écologique. Plan national pour des achats durables (PNAD) 2022-2025 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/PNAD-PAGEAPAGE-SCREEN%283%29.pdf>

20. Ministère de la Santé et de la Prévention. ARMEN et les échanges de bonnes pratiques [Internet]. 2020 [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/phare-11061/armen-et-les-echanges-de-bonnes-pratiques/>

21. Efficience Achats. LES MARCHES PUBLICS DES PRODUITS DE SANTE. 2022; Lyon.

22. PAILLÉ Jean Yves. La DGOS veut développer la complémentarité entre les centrales d'achats nationales et les opérateurs régionaux. APMnews. 19 févr 2019; Disponible sur: https://www.resah.fr/Ressources/FCK/files/Presse/2019/20190218_APM_Resah.pdf

23. Ordre National des Pharmaciens. Pharmacien grossiste-répartiteur - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Distribution/Pharmacien-grossiste-repartiteur>

24. Légifrance. Article L2113-10 - Code de la commande publique [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000037703512

25. Akrong O, Filipovitch S, Charlot OG, Hanneltel L, Lefebvre F, Peignot M, et al. Le developpement durable dans les ESSMS : QUELLE POLITIQUE D'ACHAT? 2020;62.

26. Programme PHARE, DGOS. Fiche de poste - Controle de gestion achats [Internet].

2019. Disponible sur: [https://solidarites-](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_poste_cdga.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001096acb)

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_poste_cdga.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001096acb](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_poste_cdga.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001096acb)

[a7f0f9006ff9036fa70de009b350b4dca4d822d3320ce5edf2cdaad4d086487ac2d14300030e72e](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_poste_cdga.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001096acb)

[071255fec5d0ec3a4f5a3645ab494b8a381d33632c74682ddd7bc6a223e2e109e91ad4e195b3](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_poste_cdga.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001096acb)

[92b937f6c0b4](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_poste_cdga.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001096acb)

Annexe

Fiche de poste Contrôleur de gestion achat

Environnement et contexte de poste

Le Contrôleur de Gestion achats exerce ses missions au sein de la fonction achats du GHT.

Il est rattaché au Directeur des Achats et est basé physiquement au sein de l'établissement xx.

Missions principales

- **Mesure et suit la performance achats au niveau du GHT et de chaque établissement**
 - o Collecte, vérifie les données achats au fil de l'eau et les consolide semestriellement
 - o Définit les indicateurs de performance achats de pilotage en lien avec les attentes de la direction des achats du GHT et du COSTRAT

- **Participe à l'élaboration du PAAT**
 - o Réalise les différentes cartographies nécessaires à l'acheteur
 - o Consolide et analyse les données achats (ABC, Pareto, ...)
 - o Aide l'acheteur pour le calcul de gain prévisionnel

- **Contribue à l'élaboration et au suivi budgétaire de chaque établissement**
 - o S'assure de la bonne communication et de la prise en compte des prévisions de gains/pertes, des révisions de prix, des impacts exogènes à la fonction achats lors de l'élaboration de l'EPRD
 - o S'assure de la bonne communication et de la prise en compte du réajustement des prévisions budgétaires et du suivi des consommations lors du suivi de l'exécution de l'EPRD
 - o S'assure de la bonne communication et de la prise en compte du réajustement des gains budgétaires suite aux volumes réalisés, des remises de fin d'année lors du bilan de l'EPRD

- **Conçoit les outils et les tableaux de bord**
 - o Met en place des outils afin d'automatiser l'accès aux données achats
 - o Participe à la structuration du SI-HA
 - o Rend les données lisibles, disponibles, synthétisées, dynamiques et interprétables
 - o Définit les indicateurs pertinents

- **Élabore et met en œuvre les procédures et modes opératoires**
 - o Elabore des modes opératoires et des procédures internes dans le but d'homogénéiser les pratiques et les méthodes au sein de la fonction achats
 - o Déploie les procédures et vérifie la bonne application
 - o Participe à l'élaboration des modes opératoires sur la saisie des données dans les GEF

- **Accompagne opérationnellement les acheteurs**
 - o Aide au calcul de gains/pertes prévisionnels et notifiés
 - o Modélise les coûts complets lors de l'élaboration de marchés spécifiques
 - o Aide à la décision stratégique par la réalisation d'études médico-économiques
 - o Analyse les différents modèles économiques proposés par les fournisseurs
 - o Met à la disposition des acheteurs différentes données achats
 - o Alerte sur les consommations
 - o Aide à la construction des paramètres de performance lors de l'élaboration du DCE (révision de prix, clause de performance, bonus/malus, plan de progrès, ...)

- **Communique auprès des différentes parties prenantes (ARS, COSTRAT, DG d'établissement, comité achats, direction des finances, acheteurs)**
 - o Remontée de gains
 - o Suivi de la performance
 - o Tableaux de bord

Compétences

Compétences managériales et organisationnelles

- Identifie, analyse, priorise et synthétise les informations relevant de son domaine d'activité
- Anime les réunions et les discussions avec des prescripteurs-acheteurs
- Rédige et met en forme les notes, documents, relatifs à son domaine de compétence, en vue d'une communication orale et/ou écrite
- Décide, arbitre entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Met en place et pilote les tableaux de bord de suivi d'activité et de la performance

Compétences techniques

- Analyse les données, les tableaux de bord
- Maîtrise les outils bureautiques (Word, Excel, Access, ...) pour formaliser l'ensemble des documents servant de support à la communication et à la diffusion de l'information
- Maîtrise la construction des tableaux de bord
- Maîtrise la décomposition des prix de revient, la reconception à coût objectif
- Évalue les résultats économiques des achats
- Mesure les résultats et évalue les performances
- Participe à la maîtrise des coûts (élaboration de calcul de coût complet, analyse des modèles économiques proposés)
- Solides connaissances économiques et financières requises
- Connaissances comptables et fiscales et notamment les règles de la comptabilité publique, indispensables

Compétences relationnelles

- Éclaire les interlocuteurs, de façon pédagogique, sur les analyses effectuées - Évalue l'état général d'une situation, d'un fonctionnement, d'une organisation dans son domaine de compétence
- Assure la communication et le reporting auprès des contributeurs internes à l'achat
- Maîtrise les flux d'informations relatifs aux approvisionnements et aux achats
- Est en relation étroite de collaboration avec les différents acteurs du processus achats (Approvisionneurs, Finances, Clients internes, ...)
- Rend compte à sa hiérarchie des difficultés rencontrées et de l'avancement des modalités de résolution
- Préserve la qualité des relations de travail au sein de l'équipe interne d'achat avec les clients internes, les prescripteurs, les approvisionneurs
- Contribue à l'image de marque de la direction des achats auprès de ses clients internes par la qualité des informations transmises

Aptitudes

- Sens de la relation, et de l'équipe
- Écoute, rigueur
- Ouverture d'esprit et curiosité intellectuelle
- Qualités relationnelles en interne
- Force de proposition
- Culture du résultat
- Esprit d'analyse et de synthèse
- Intégrité, confidentialité et déontologie exemplaires
- Aisance naturelle en termes d'expression et de communication
- Orientation client
- Autonomie

Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Achats	Connaissances approfondies
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Comptabilité analytique	Connaissances générales
Comptabilité publique	Connaissances opérationnelles
Conduite de projet	Connaissances opérationnelles
Contrôle de gestion / techniques quantitatives	Connaissances approfondies
Droit de la fonction publique	Connaissances générales
Droit des marchés publics	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Gestion de données, relatives à son domaine	Connaissances approfondies
Logiciels de gestion économique et financière	Connaissances approfondies
Marchés, produits et fournisseurs	Connaissances opérationnelles

Connaissances opérationnelles : Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances approfondies : Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Connaissances générales : Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- Directeur des achats, responsable de département achat, référent achat
- Acheteurs et Prescripteurs d'achat
- Direction des Finances
- Instances GHT et les directions générales des établissements
- Organismes de tutelles (DGOS, ARS)

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

- Diplôme universitaire BAC+ 3 à Bac+5
- Ecoles supérieures de commerce
- Master en contrôle de gestion et audit

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



DOS SANTOS Sabrina

La place de la fonction achat GHT dans le système de soins de santé en France.

Th. D. Pharm., Rouen, 2022, 97 p.

RESUME

Le système de soins français se démarque par son importance et son offre de soins particulièrement efficace (maillage territorial et financement). La crise de la Covid-19 a mis en exergue les fragilités du système de soins de santé en France : les difficultés budgétaires (déficit de la sécurité sociale et dettes des établissements de santé), les ruptures d'approvisionnement ou le manque de personnel soignant et médical, un ralentissement du progrès médical.

Afin de répondre à ces enjeux, la politique de santé depuis les 20 dernières années s'adapte et propose des lois dont la transformation de la fonction achats GHT. Les achats hospitaliers sont devenus un levier de performance pour le système de santé depuis 2011, principalement dans le cadre de la gestion budgétaire des établissements de santé étant leur deuxième poste de dépenses. La professionnalisation de la fonction achats est une solution qui a été mise en œuvre par le gouvernement pour répondre à ces enjeux budgétaires et commence être une solution aux défis du système de soins RSE, innovations des pratiques, risk management de l'approvisionnement. Cependant la fonction achats GHT doit monter en maturité par un investissement et une revalorisation salariale, un alignement des politiques de santé locales et centrales associé à une forte intégration des stratégies auprès des acteurs du système de soins et la mise en œuvre d'un SI HA.

La fonction achats GHT tant dans son organisation que son pilotage si elle monte maturité et devient une « fonction achats GHT innovante » mettre à disposition une combinaison permettant de répondre aux enjeux du système de soins à l'échelle locale. De plus, si toutes les « fonction achats GHT innovante » sont harmonisées sur tout le territoire français, leur potentialisation permettra de répondre aux enjeux du système de soins à grande échelle.

MOTS CLES : Achat hospitalier – Pénuries – Approvisionnement – Achat innovants - RSE

JURY

Président : M VERITE Philippe, Professeur des universités, Docteur en Pharmacie et enseignant-chercheur au département Pharmacie de l'UFR Santé de Rouen

Membres : Mme MILLET Florence, Consultante achat

M. BOUNOURE Frédéric, Docteur en Pharmacie, maitre de conférences en pharmacie galénique et praticien hospitalier