



Ministère de la santé,  
de la famille  
et des personnes handicapées



# MISSION NATIONALE D'EXPERTISE et D'AUDIT HOSPITALIERS

---

## *Rapport d'étape* *Les achats dans les hôpitaux et cliniques*

---

## Introduction

Les achats de biens et services représentent une part importante du budget des hôpitaux et cliniques. Le volume des achats hospitaliers devrait inéluctablement croître au cours des prochaines années du fait de la généralisation de l'usage unique, de l'accroissement de la sous-traitance d'activités qui ne sont pas au cœur du métier hospitalier et de l'automatisation et des besoins qu'elle suscite en fournitures et en maintenance.

L'expérience des autres secteurs d'activité, publics ou privés, en France ou à l'étranger, montre qu'une action cohérente et volontaire peut provoquer une baisse significative des coûts d'acquisition et des frais de gestion. Atomisé entre plusieurs milliers d'établissements, le marché hospitalier offre sans doute des marges de progression intéressantes.

La réforme du code des marchés publics (CMP), annoncée pour les dernières semaines de 2003, devrait ouvrir aux établissements publics de nouvelles perspectives, en élevant les seuils et en assouplissant l'emploi de la nomenclature. Les possibilités ainsi offertes pour négocier avec les fournisseurs constituent une opportunité pour les acheteurs de renforcer leurs compétences, leur place dans l'hôpital et leur poids vis-à-vis des fournisseurs.

Le Ministre de la santé a choisi d'inscrire le thème des « achats dans les hôpitaux et cliniques » au programme de travail 2003 de la MeaH.

La démarche s'est voulue prudente et pragmatique. Aussi la première phase de l'étude s'est limitée à un examen de la pertinence de l'objectif à la fois en termes qualitatifs et économiques.

Sur la base de cet objectif, 31 établissements se sont portés volontaires pour participer aux travaux de la MeaH ; 15 d'entre eux ont été sélectionnés : 8 CH, 1 CHU, 2 syndicats inter – hospitaliers, 2 PSPH, 2 cliniques privées

### Présentation des établissements participant à l'étude

	Nombre de lits	Statut
<b>NDBS</b>	207	PSPH
Chénieux	256	Clinique
<b>HN St Maurice</b>	300	CH
Esquirolles	304	CHS
<b>Belle Isle (Metz)</b>	305	CH
Anjou	340	Clinique
<b>Guéret</b>	385	CH
Vernon	398	CH
<b>Cesame</b>	411	CHS
Cayenne	472	CH
<b>Evreux</b>	556	CH
Tarbes	710	CH
<b>Pau</b>	787	CH
Abbeville	853	CH
<b>Annecy</b>	1020	CH
Poitiers	1625	CHU
<b>Mantes</b>		CH

Un appel d'offres lancé en mai 2003 a permis parallèlement de sélectionner début juillet 2003 trois sociétés de conseil spécialisées dans les questions d'achats : IT Group Ylios/ ADRHEN Santé, Sterwen et Vallience.

Le chantier, ouvert fin juillet 2003 et qui s'achève en octobre 2003, a consisté à observer les modalités de l'achat et les prix d'une cinquantaine de produits et services courants (I). Au-delà de cette comparaison, ce sont les processus d'achat et d'approvisionnement qui ont été analysés afin de déterminer où pouvaient se situer les éventuelles marges de progression (II).

Les résultats de ce travail préliminaire se sont révélés suffisamment prometteurs pour que la MeaH propose le lancement en 2004 et 2005 d'un chantier de réorganisation des achats dans les hôpitaux et cliniques.

## **I. Etude comparative des conditions d'achat de cinquante produits et services courants**

La liste en a été fixée par les établissements et la MeaH au moment du premier comité technique national (CTN), le 22 juillet 2003. (cf annexe). Elle couvre l'ensemble des problématiques de l'achat et de l'approvisionnement hospitaliers :

- des produits relevant de l'ensemble des familles de produits (médicaments, dispositifs médicaux, produits de laboratoire ou d'imagerie, fournitures hôtelières ou de bureautique, alimentation, matériel médical ou hôtelier, ...)
- des matériels, des produits courants et des services
- des produits stockés ou non
- des produits soumis à réglementation ou à des contraintes particulières (péremption...)
- des produits posant des problèmes de stockage (température - volume)
- des produits pouvant être achetés auprès de fournisseurs locaux ou nationaux
- des produits devant parfois être achetés en urgence.

Il va de soi que ni les produits, ni les quinze établissements n'ont été sélectionnés en visant la représentativité statistique : les établissements inclus dans l'étude ne représentent que 0,75 % des établissements de santé ; les produits tout au plus 2 % du portefeuille d'achat et du nombre de références traitées par les plus gros établissements. Tous ont été choisis de manière aléatoire.

Les cabinets de conseil ont parfois rencontré des difficultés pour trouver des produits de substitution suffisamment proches de ceux qui figuraient dans la liste, ou pour comparer des prestations de services exécutées dans des conditions différentes. Cependant, les écarts de prix constatés sur des produits parfaitement identiques (A) montrent qu'il existe incontestablement des gains possibles (B).

### **A. Les écarts de prix sont significatifs**

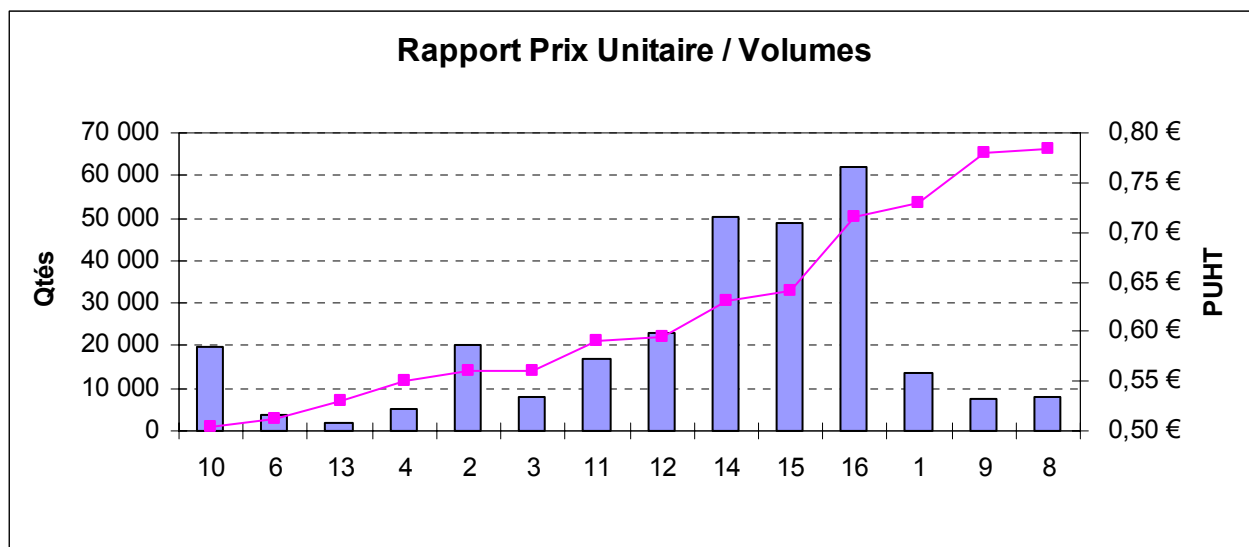
*Des grilles de comparaison sont disponibles sur le site internet de la MeaH ([www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)) pour l'ensemble des données recueillies : prix, quantités, conditionnement, procédure de sélection, modalités d'approvisionnement, délais de paiement ...*

Les écarts de prix sont parfois considérables. Il n'existe pourtant aucun facteur qui explique à lui seul ces disparités. Ni les quantités achetées, ni la procédure suivie pour l'achat (appel d'offres, centrale d'achat, groupement d'achat, prix négociés) ne les expliquent. Pas plus que les délais de paiement, le nombre de commandes ou encore l'origine locale ou nationale du fournisseur.

Dans les exemples décrits ci-dessous, on verra que :

- la procédure d'appel d'offres est à l'origine des meilleures conditions de prix comme des moins intéressantes ;
- les groupements d'achats ne produisent pas de bonnes performances. Ils sont en outre mal perçus par les acheteurs des établissements les plus importants. Le groupement d'achat ne permet généralement pas de distinction dans les conditions de prix en fonction des quantités achetées, ni de distinction entre le prix et les coûts annexes. Les gros établissements ont ainsi le sentiment de payer pour les plus petits. De plus, l'animation des groupements d'achats, qui peut représenter une charge de travail considérable, ne fait pas l'objet d'une reconnaissance ni de la part des pairs, ni de la direction de l'établissement.

## glucose 5 % poches de 100 ml



	Conditions d'achats			Montants	Fournisseur		Cdes	Liv.	Facturations		Stocks
	Référence	Type d'achat	Cond.	PU	Fournisseur	Règlement	Nb	Nb	Quantités	Total HT	Rotation calculée
Ets 10		AO		0,50	Baxter	60	8	8	19600	19855,00	
Ets 6		appel d'offre	60	0,51	maco pharma		13	13	3840	1966,87	
Ets 12		AO départemental 1 an	50	0,60	Frésenius	60 jours	26	26	22800	14078,00	21 jours
Ets 14	912919	A.O.	60	0,63	BIOLUZ LABORATOIRES	60	15	15	50400	31752,00	11,8484
Ets 9		CC	40	0,78	Frésenius		9	9	7750	5889,32	1 mois
Ets 8	3444700	Appel d'offre	40	0,78		1	7	7	8160	2964,00	

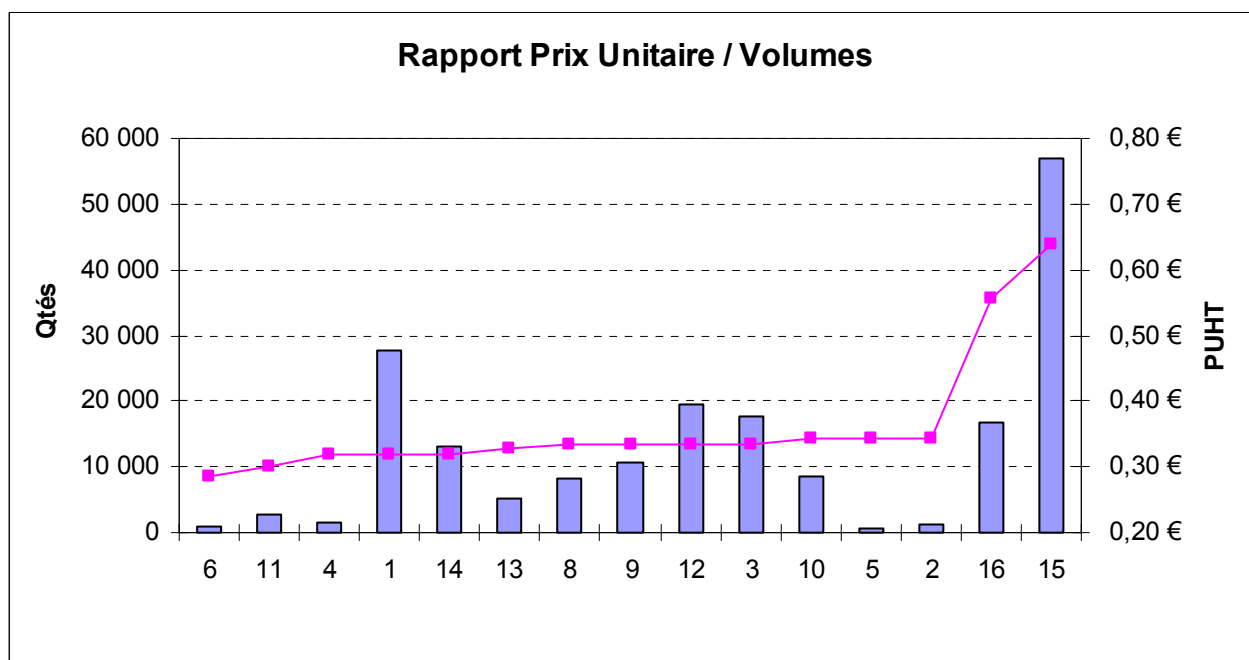
**Prix Mini** 0,503 €

**Prix Maxi** 0,784 €

**Gain Théorique** 39 239,08 €

**Soit en %** 21,26%

## Augmentin adultes (comprimé 500 mg)



	Conditions d'achats			Montants	Fournisseur		Cdes	Liv.	Facturations		Stocks
	Référence	Type d'achat	Cond.	PU	Fournisseur	Règlement	Nb	Nb	Quantités	Total HT	Rotation calculée
Ets 6		appel d'offre	12	0,28	glaxo smith kline		8	8	880	250,16	
Ets 11		Groupement (CAHPP)	24	0,30	glaxo	60j	12	12	2880	864	30
Ets 2	XX 054	centrale d'achat (annuel)	boîte de 24 comprimés	0,34	GSK	60j fin de mois	5	5	1320	453	
Ets 16	Sachet 1g	G.A	12	0,56	GSN	60 J	10	10	16712	11365	40
Ets 16	Sachet 1g	G.A	12	0,56	GSN	60 J	10	10	16712	11365	40
Ets 15	9198311	AO	- 12	0,64	GSK	60	16	16	56880	37183,68	-

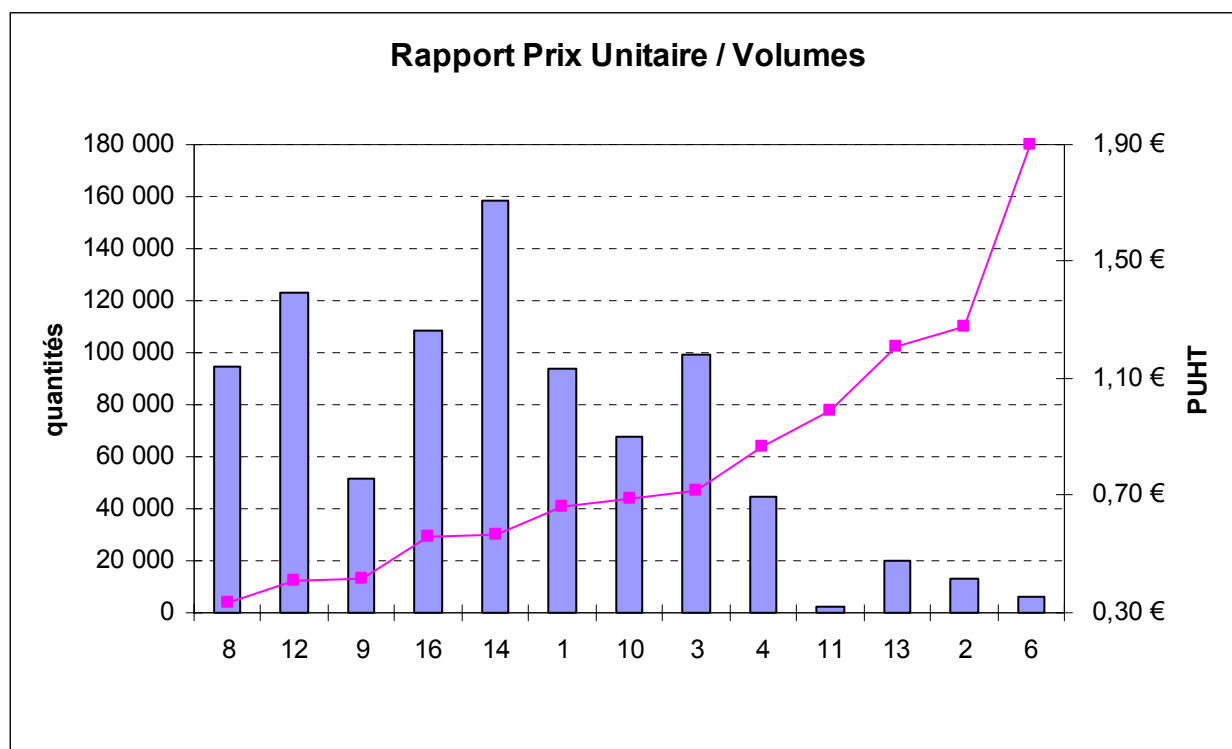
**Prix Mini** 0,284 €

**Prix Maxi** 0,640 €

**Gain Théorique** 30 050,24 €

**Soit en %** 40,06%

## oxygène médical liquide en vrac (m3)



	Conditions d'achats			Montants	Fournisseur		Cdes	Liv.	Facturations		Stocks
	Référence	Type d'achat	Cond.	PU	Fournisseur	Règlement	Nb	Nb	Quantités	Total HT	Rotation calculée
Ets 8		Appel d'offre	m3	0,33	Air liquide	45 j	12	12	94857	31581,20	
Ets 12		AO local	évaporateurs	0,41	GTF	60 jours	pas de commande		123330	51447,00	fonction du remplissage de l'évaporateur
Ets 10	au m3	AO		0,69	ALS	60	12	12	68051	60906,00	
Ets 3	4381	AO	vrac	0,72	air liquide	60j	12	12	99519	61175,00	
Ets 2		contrat	m2	1,28	Air Liquide	60j fin de mois			12864	16455,36	
Ets 6		appel d'offre	85 m3 - 170 m3	1,90	aga		32	32	6290	12351,44	

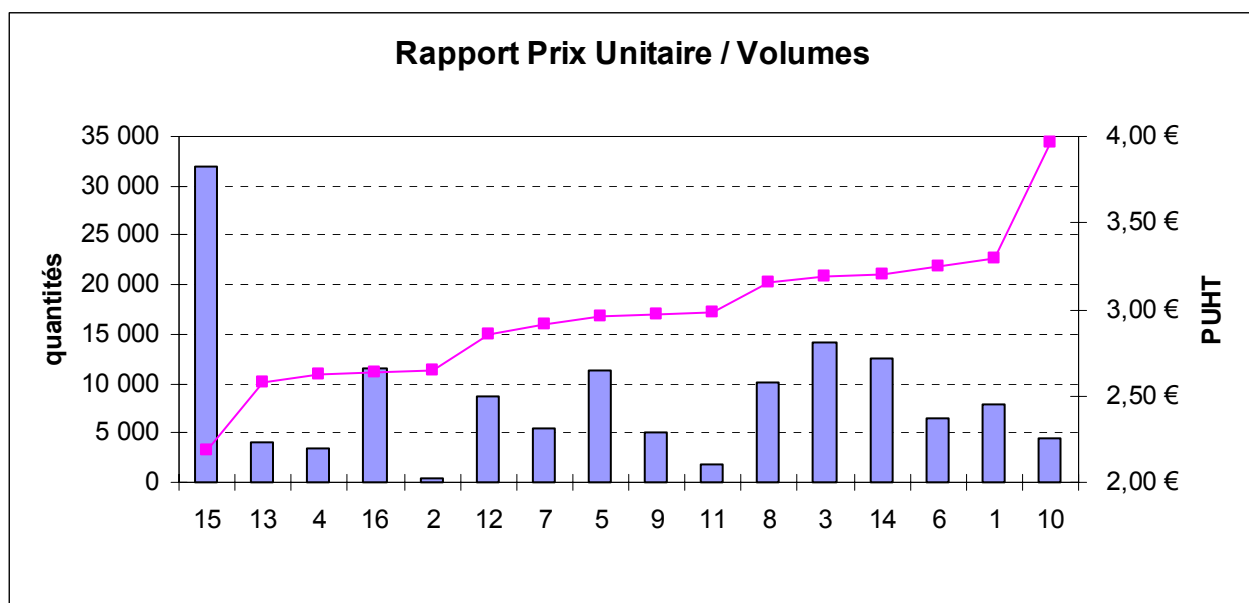
**Prix Mini** 0,410 €

**Prix Maxi** 1,208 €

**Gain Théorique** 116 797,61 €

**Soit en %** 24,93%

**papier reprographie 80g A4 blanc**



	Conditions d'achats			Montants	Fournisseur		Cdes	Liv.	Facturations		Stocks
	Référence	Type d'achat	Cond.	PU	Fournisseur	Règlement	Nb	Nb	Quantités	Total HT	Rotation calculée
Ets 15		AO	ramette - 500	2,18	Chaumet-Xérox Copadip	60	2	12	32000	69760	-
Ets 13	EVERYDAY	via Groupement contrat cadre	Ramette 500 Feuil.	2,58	BELLEGARDE	60Jours Fin/Mois	20	20	4000	10320	30
Ets 5		consultation écrite	500	2,96	Antalis	60 jours	1	1	11395	18944	
Ets 9	Latitude	Appel d'offre	ram500	2,97	Sético	60 jours	4	4	5000	14831,9398	3mois
Ets 1	BIRDIE BLANC	Groupement	Carton de 5 ramettes de 500 feuilles	3,29	BUHRMANN France IMAGE	30 J FM	11	11	7920	26056,8	30 jours
Ets 10				3,97		60	7	7	4500	17865	

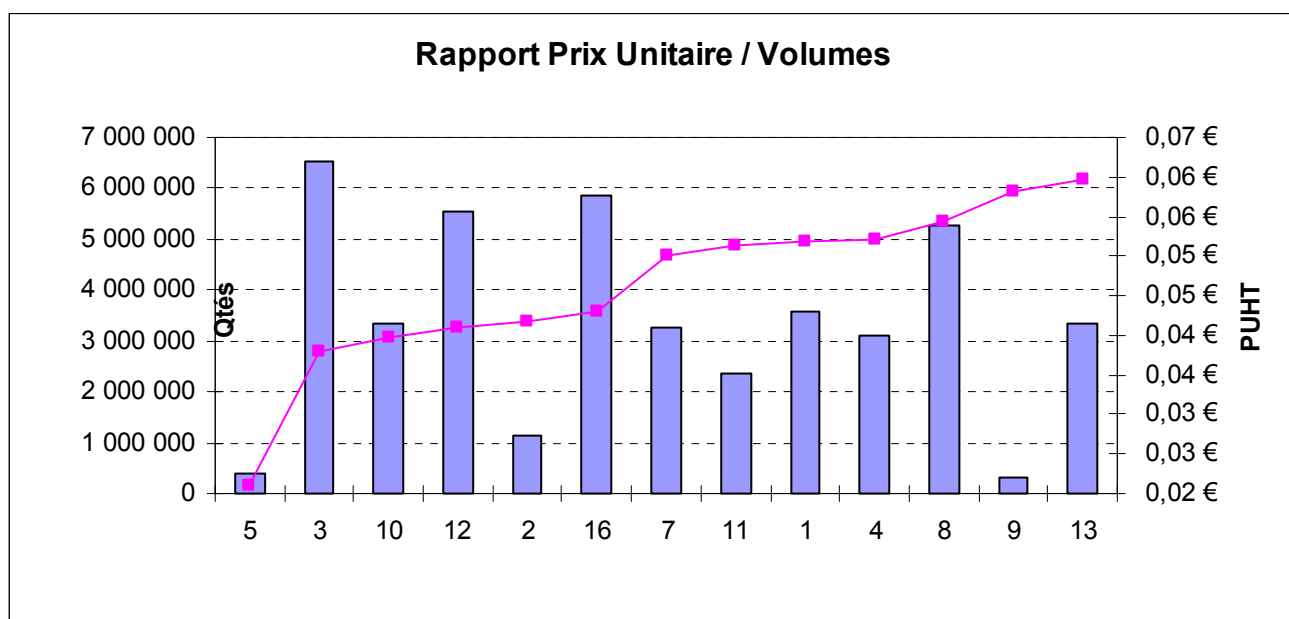
**Prix Mini** 2,180 €

**Prix Maxi** 3,970 €

**Gain Théorique** 51 299,65 €

**Soit en %** 17,27%

kwh



	Conditions d'achats			Montants	Fournisseur		Cdes	Liv.	Facturations		Stocks
	Référence	Type d'achat	Cond.	PU	Fournisseur	Règlement	Nb	Nb	Quantités	Total HT	Rotation calculée
Ets 5				0,0209					385084,73		
Ets 3		Autre	KWK	0,0381	EdF				6539724	248880,00	
Ets 16		Négociation		0,0430	EDF	60 J			5854883,721	251760,00	
Ets 7	HNSM	contrat	kwh	0,0500	EDF				3262858	175739,19	
Ets 9		simple facture		0,0582	EDF	60 jours			299700	21204,01	
Ets 13	Non Réf.	contrat		0,0596	EDF	Prélèvement			3340196	199037,00	

Prix Mini 0,038 €

Prix Maxi 0,054 €

Gain Théorique 224 928,53 €

Soit en % 12,32%

## B. Les gains théoriques

Ils ont été approchés de deux manières :

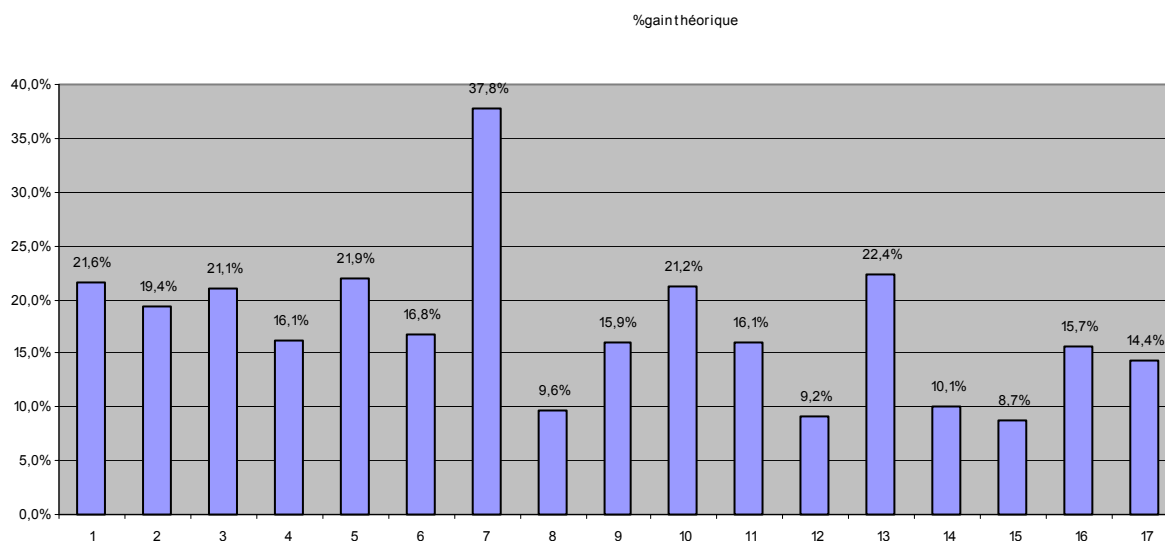
### 1. Calcul d'un gain théorique sur l'ensemble des produits observés

Pour chaque produit, on applique au volume acheté le prix moyen observé sur le groupe d'établissements, après avoir éliminé les valeurs 0 ainsi que les valeurs atypiques sortant de l'intervalle prix moyen  $\pm$  écart-type. On écarte ainsi les produits qui semblent présenter des différences notables quant à leur qualité ou à leurs spécifications.

**Sur la totalité des 43 produits hors services, le gain théorique atteint 14,37 %, soit 1 396 K€.**

catégorie de produits	gain théorique	volume acheté	% de gain théorique
dispositifs médicaux	265 352	1 078 809	24,60%
équipements médicaux	23 556	126 415	18,63%
équipements non-médicaux	137 272	642 601	21,36%
fluides médicaux	116 798	468 578	24,93%
fournitures	66 047	434 698	15,19%
Fournitures de laboratoire	16 611	90 621	18,33%
hôtelier	219 309	896 561	24,46%
imagerie	410	53 124	0,77%
lingerie	33 363	229 463	14,54%
pharmacie	345 614	4 850 371	7,13%
restauration	172 158	845 860	20,35%
services	829 583	4 252 767	19,51%
<i>total</i>	<sup>2</sup> 226 073	13 969 868	15,93%
<b>total hors service</b>	<sup>1</sup> <b>396 490</b>	<b>9 717 101</b>	<b>14,37%</b>

**Selon les établissements, le gain théorique va de 8,7 % à 37.8 %.**



## 2. Calcul du gain théorique sur les produits les plus homogènes (par leur qualité et leurs spécifications)

L'évaluation des gains possibles peut être approchée d'une autre manière. Si on ne prend en compte que les produits dont les spécifications sont précises et qui présentent un écart de prix unitaire (entre mini et maxi) successivement inférieur à 30 %, 35 %, 40 %, 45 % et 50 % (un écart de prix de 50 % signifie que le prix maxi constaté est le double du prix mini constaté !), on observe les résultats suivants :

1-Min/max	Gain	Nb produits	Achat	Réduction
0,3000	584 635	4	3 436 157	17,0 %
0,3500	724 186	6	4 058 455	17,8 %
0,4000	731 644	8	4 151 846	17,6 %
0,4500	826 469	10	4 549 033	18,2 %
0,5000	934 272	12	5 020 404	18,6 %

Ce chapitre sur les gains théoriques peut être conclu en apportant les nuances suivantes :

- les gains pourraient être plus élevés** car rien n'indique que les prix observés soient les prix plancher du marché ; et parce que, contrairement à ce qu'on s'attend à trouver, les quantités ne sont pas aujourd'hui corrélées aux prix (ce qui ouvre indéniablement dans le futur des espaces de négociation avec les fournisseurs)
- les gains pourraient être plus modestes** au contraire, si les coûts annexes ont été mal évalués ou si les conditions commerciales consenties par les

fournisseurs procurent à l'établissement des rabais sur d'autres produits ne figurant pas dans la liste (achats liés).

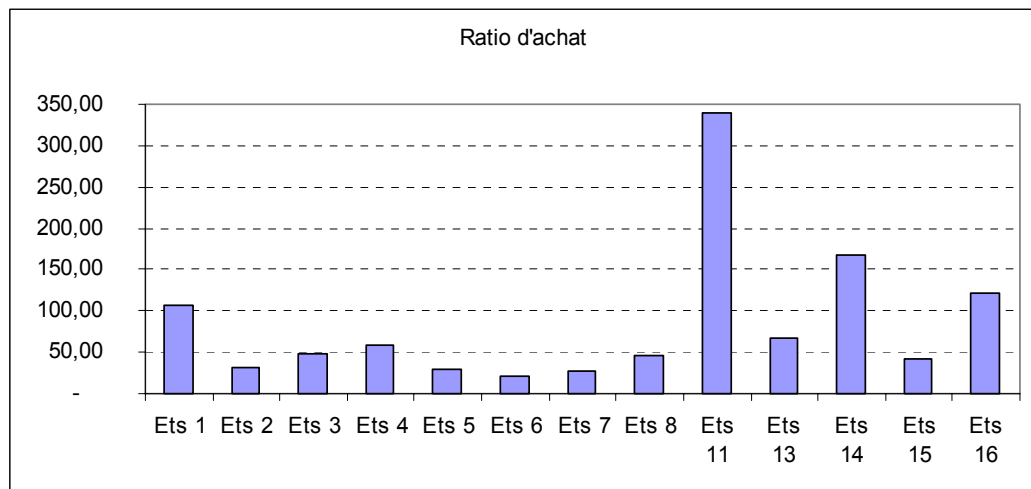
- Enfin, il faut rappeler que la **politique d'achat ne se résume pas au prix obtenu** du fournisseur, mais qu'elle s'apprécie également sur la juste évaluation du besoin, la précision et la qualité des spécifications techniques, la maîtrise des consommations.

## II. Analyse globale de la fonction achat

### A. Approche du coût des fonctions achats-approvisionnements

Quelques observations préliminaires peuvent être faites :

- les fonctions achat et approvisionnement sont largement confondues dans les quinze établissements, la même personne assurant couramment la gestion des procédures d'acquisition (de 20 à 50 % de son temps) et la passation des commandes et des écritures comptables suivant les livraisons et le règlement des litiges.
- Le coût de la fonction achat n'est pas proportionnel au montant des achats traités



un € de fonction achat pour x € achetés

- Les procédures d'achat et d'approvisionnement peuvent apparaître parfois d'un coût exorbitant au regard du montant acheté :

*exemple d'un établissement qui, après une analyse fine et précise de ses coûts de procédure, constate qu'il consacre 4 200 € à l'achat et à l'approvisionnement en prothèses, pour un volume acheté de 9 500 €, soit un coût de procédure proche de 45 %*

- Le coût du processus d'approvisionnement (tel qu'il résulte de l'étude menée sur trois produits courants) peut être de supérieur à trois fois le prix d'achat du produit :

	essuie-mains				stylo bille				glucose			
	acquisition	coût complet	coût gestion	ratio	acquisition	coût complet	coût gestion	ratio	acquisition	coût complet	coût gestion	ratio
Ets 1	0,615	0,91	0,30	1,48	0,22	0,63	0,41	2,86	0,73	0,87	0,14	1,19
Ets 2	6,67	11,10	4,43	1,66	0,12	0,24	0,12	1,96	0,56	0,78	0,22	1,39
Ets 3	0,61	1,12	0,51	1,84	0,11	0,15	0,04	1,36	0,62	0,93	0,31	1,50
Ets 4	1,224	2,004	0,78	1,64	0,1	0,3	0,20	3,00	0,55	1,047	0,50	1,90
Ets 5	5,27	7,62	2,35	1,45	0,15	0,51	0,36	3,40	<b>non géré</b>			
Ets 10	1,19	1,82	0,63	1,53	0,05	0,06	0,01	1,10	0,50	0,60	0,10	1,20
Ets 11	0,72	0,91	0,19	1,26					0,59	0,7	0,11	1,19
Ets 13	0,71	0,99	0,28	1,39	0,11	0,26	0,15	2,36	0,53	0,80	0,27	1,51
Ets 14	0,74	0,94	0,20	1,27	0,06	0,17	0,11	2,83	0,63	0,93	0,30	1,48
Ets 15					0,04	0,45	0,41	11,25	0,50	3,08	2,58	6,16
Ets 16	0,57	0,65	0,08	1,14	0,11	0,20	0,09	1,82	0,71	0,89	0,18	1,25

- les coûts des fonctions achat et approvisionnement sont largement constitués de coûts salariaux. Les économies envisageables sur ces coûts de fonctionnement pourraient éventuellement conduire à quelques gains de postes. Plus vraisemblablement elles permettront une amélioration qualitative en ouvrant aux agents la possibilité d'investir de nouveaux domaines de compétences.

## B. Positionnement incertain des acheteurs

La fonction achat n'est ni formalisée ni explicite dans la plupart des établissements du groupe. L'absence d'indicateurs et d'outils de pilotage témoigne des faibles enjeux stratégiques attachés par les directions générales d'établissement au secteur des achats.

Le cloisonnement des familles de produits et les responsabilités parfois exclusives que la loi donne à certains professionnels, contribuent à un éclatement de la fonction avec des conséquences contreproductives :

- des politiques d'achat différentes selon le service acheteur peu visibles et peu compréhensibles par les services utilisateurs
- des incohérences économiques dues à des défauts de coordination entre services acheteurs de produits voisins :

*exemple : les gants à usage unique sont achetés par la pharmacie quand ils sont stériles, par les services économiques quand ils ne le sont pas ; en fonction de la politique d'achat de l'un et l'autre services, le consommateur peut substituer les gants stériles aux gants non - stériles et entraîner une sur-consommation des produits les plus coûteux.*

La fonction achat s'organise autour de trois impératifs :

- garantir la sécurité juridique (dans les établissements publics, par l'application du code des marchés publics)
- assurer la fluidité des approvisionnements et éviter les ruptures de stocks
- veiller au respect des crédits ouverts au budget.

Ces trois objectifs prennent manifestement le pas sur tous les autres, notamment sur la plus-value technique que l'acheteur devrait être à même d'apporter aux utilisateurs internes. A défaut, ces derniers la cherchent auprès des fournisseurs, ce qui les conduit parfois à court-circuiter les acheteurs.

Pour garder la main et contrebalancer les discours commerciaux, les services acheteurs organisent démonstrations et tests qui peuvent conduire à des processus longs et coûteux par le temps consommé.

*Exemple des achats de lits dans l'un des établissements du groupe*

*L'établissement a constitué un groupe de travail pour la définition du besoin, composé de représentants de différents services et corps de métiers, et animé par l'acheteuse. La définition du besoin s'est étalée sur huit mois, alternant réunions du groupe de travail et dispositifs de communication sur l'avancement du projet, selon les étapes suivantes :*

- Elaboration des spécifications techniques par le groupe de travail*
- Consultation de l'ensemble du personnel sur les spécifications proposées par le groupe de travail*
- Reprise des spécifications techniques*
- Lancement de l'appel d'offres : rédaction et publication de l'AO, commission d'ouverture des plis*
- Organisation de journées de démonstration sur site*
- Organisation d'une période de mise en test des produits (une semaine par service)*
- Recueil et synthèse des appréciations utilisateurs et communication*
- Reprise de la procédure d'appel d'offre (rédaction du rapport de choix).*

La sélection du fournisseur est en principe effectuée sur la base de critères fixés à l'avance : caractéristiques techniques, conditionnement, etc... Mais dans les faits, les critères ainsi définis peuvent se trouver parasités par le jeu des acteurs ou encore par le faible nombre de fournisseurs participant à la consultation ou à l'appel d'offres :

- de plus en plus d'appels d'offres sont déclarés infructueux
- les demandes de dossier de consultation des entreprises ne se transforment en participation effective que dans 33 % des cas pour les produits généraux, et 50 % des cas pour les produits pharmaceutiques
- même lorsque l'appel d'offres est déclaré fructueux, la commission d'appel d'offres se trouve souvent contrainte par le nombre réduit des offres (et elle peut hésiter à relancer une nouvelle procédure, pendant laquelle l'établissement aura des difficultés à s'approvisionner).

### **C. Les acheteurs n'ont pas ou ne se reconnaissent pas de compétence pour négocier les prix**

Il est vrai que les procédures d'appel d'offres ne leur laissent pas beaucoup d'initiative dans ce domaine. Mais les acheteurs des établissements privés n'identifient pas non plus la négociation des prix comme l'une de leurs attributions.

De ce fait et contrairement à ce qu'on observe dans d'autres secteurs d'activité, les établissements de santé investissent peu dans la connaissance du marché et de leurs fournisseurs.

Les personnes ayant une expérience approfondie ou une réelle maîtrise de l'achat sont rares. Et on l'a dit plus haut, ces personnes sont souvent mobilisées parallèlement sur des tâches liées à l'approvisionnement, ce qui est un frein à leur professionnalisation. La formation des personnels est essentiellement centrée sur la gestion des procédures liées au CMP.

a. une faible connaissance du marché fournisseurs

Le marché fournisseurs ne fait pas l'objet d'une prospection active. On compte sur la publicité de l'appel d'offres pour rabattre des informations (tout en constatant que cette procédure ne le permet pas en réalité). Le recueil des informations est réalisé de manière passive en fonction de la politique commerciale des fournisseurs ou grâce à des déplacements aléatoires sur des foires ou des salons.

**La connaissance du marché n'est pas identifiée par les acheteurs des hôpitaux et cliniques comme une fonction-clé de leur métier.**

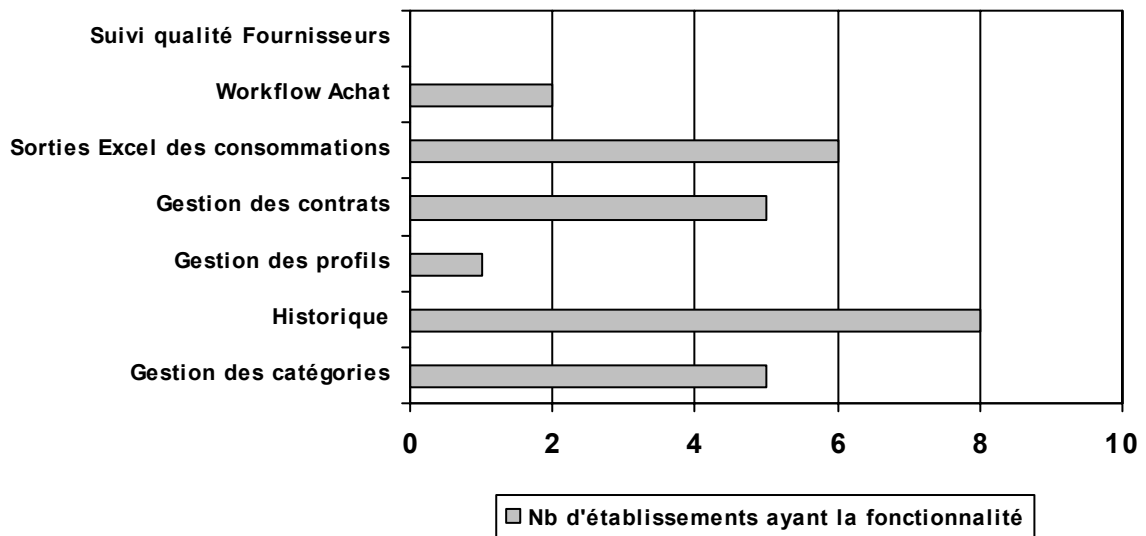
Les acheteurs publics considèrent à tort la prospection active comme contraire au code des marchés, sans distinguer entre les périodes d'appel d'offres et les autres. Ils craignent en outre que des demandes d'informations précises ne réduisent encore le nombre des fournisseurs répondant effectivement aux appels d'offres. Enfin, ils expriment le souhait d'être déchargés de certaines tâches quotidiennes (relance des livraisons, règlement de litiges etc...) pour pouvoir y consacrer du temps.

Malgré leurs limites, les travaux réalisés par le groupe avec les sociétés de conseil pour identifier les prix et conditions d'achat des cinquante produits et services, ont constitué pour nombre d'équipes hospitalières, un aperçu nouveau et révélateur de ce que pouvait être le marché. Les informations connues se limitaient jusque-là à un historique des prix obtenus au cours des exercices précédents.

b. des informations insuffisantes sur les produits achetés et sur les fournisseurs  
« historiques » de l'établissement

L'information des établissements sur leurs achats est orientée sur la gestion budgétaire et sur le suivi des consommations (comptabilité analytique). Le système d'information permet le plus souvent de gérer efficacement les approvisionnements (de la commande au mandatement) mais est sous-utilisé dans les activités d'achat. Il n'organise pas l'information autour des fournisseurs et ne prévoit pas la saisie de données comme le chiffre d'affaires ou le niveau de rentabilité de l'entreprise, l'importance de l'établissement dans le CA du fournisseur et inversement la part représentée par ce fournisseur dans les achats de l'établissement, les divers produits et les quantités achetées chez le même fournisseur, les problèmes rencontrés ...

### Peu d'outils sont disponibles pour les achats



Pour la plupart, les établissements du groupe n'organisent pas de reporting systématique des incidents pouvant survenir avec les produits achetés et avec les fournisseurs. Lorsque c'est le cas, ils n'en font pas d'exploitation statistique qui leur permettrait d'en tirer parti dans la relation avec les fournisseurs en ayant une vision objective de ces difficultés : problèmes de qualité (par exemple la température de livraison des produits), de délais, d'erreurs sur livraison (de plus en plus fréquentes, et coûteuses en opérations de régularisation).

La politique commerciale du fournisseur (rabais, délivrance de produits gratuits ...) ou la facilité des contacts commerciaux ou de SAV, ne sont pas davantage documentés.

Les agents reconnaissent l'intérêt d'une telle systématisation. Mais ils invoquent le « manque de temps » et craignent aussi parfois « de se mettre mal avec le fournisseur ». Et comme la survenue d'incidents n'a finalement que peu de poids dans le choix du fournisseur pas la CAO, leur suivi est de fait peu intéressant.

## Conclusion

L'étude montre l'intérêt pour les établissements hospitaliers d'améliorer l'organisation de leurs processus d'achat et d'approvisionnement et de professionnaliser davantage ces fonctions. Ils peuvent espérer gagner ainsi sur les prix, sur les coûts de fonctionnement et sur la qualité du service rendu.

D'ores et déjà des pistes d'amélioration apparaissent :

- organiser l'échange entre établissements de données sur les prix et sur les conditions d'achat des produits et services, mutualiser la conception des cahiers des charges et les analyses relatives aux qualités techniques des produits (tests et essais)
- développer et/ou acquérir des compétences d'acheteur afin d'investir le marché et de se donner des capacités de négociation
- simplifier les relations avec les fournisseurs pour gagner sur les prix, en standardisant les appels d'offres (cf point précédent), en réduisant le nombre des procédures par une meilleure segmentation des achats, automatiser le déclenchement et le traitement des commandes
- profiter des opportunités offertes par la réforme du code des marchés publics.

La qualité des informations recueillies au cours de la première phase par les établissements et les sociétés de conseil mérite qu'on en fasse une synthèse approfondie, plus large et plus complète que le présent rapport d'étape.

Des axes de travail doivent être définis pour les années 2004 et 2005 en tenant compte des orientations suivantes :

- s'attaquer en priorité aux chantiers qui paraissent abordables et faisables (même si ce ne sont pas les plus importants d'un point de vue logique)
- dégager le plus vite possible des marges de manœuvre économiques permettant aux établissements de réinvestir (dans le recrutement d'acheteurs spécialisés, dans leur système d'information ...)
- outre le traitement des priorités définies pour le chantier national, prendre en considération les problèmes locaux d'organisation et commencer à les traiter

Il est proposé que le chantier « achats dans les hôpitaux et cliniques » soit poursuivi en 2004-2005 avec les établissements volontaires. Un appel d'offres pourrait être publié en janvier 2004 pour un démarrage effectif des travaux en mars 2004.