



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

ACHATS HOSPITALIERS

Centre hospitalier régional d'Orléans

Loiret

Observations délibérées le 4 avril 2017

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	9
2. LES PROCÉDURES D'ACHAT.....	12
3. L'ORGANISATION DE LA FONCTION ACHAT	13
3.1. UNE FONCTION ÉCLATÉE, INTERNALISÉE MAIS SOUMISE AUX ÉVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES ET À SON ENVIRONNEMENT	13
3.1.1. La fonction achat est éclatée entre différentes directions qui ont chacune un périmètre d'achat défini	13
3.1.2. L'absence de délégation aux pôles	16
3.1.3. Une fonction gérée en interne	16
3.1.4. Une fonction ouverte sur un environnement structurant	18
3.2. DES ACTEURS PROFESSIONNALISÉS.....	19
3.2.1. Au sein de la direction des services informatiques	19
3.2.2. Au sein de la direction des services économiques.....	20
3.2.3. Au sein de la direction des travaux et de la maintenance	21
3.2.4. Au sein de la pharmacie	21
4. LA POLITIQUE ET LES STRATÉGIES D'ACHAT	22
4.1. LA DÉFINITION D'UNE POLITIQUE ACHAT	22
4.2. L'ENGAGEMENT DANS LE PROGRAMME PHARE	23
4.3. LA MASSIFICATION ET LA MUTUALISATION DES ACHATS	24
4.3.1. La mutualisation des achats	24
4.3.2. Les relations avec ces groupements	25
5. LA RÉGULARITÉ ET LA QUALITÉ DU PROCESSUS ACHAT	26
5.1. LA DÉFINITION DES BESOINS	26
5.2. L'ACHAT DURABLE ET L'ACCÈS DES PME A LA COMMANDE PUBLIQUE	28
5.3. LA PROGRAMMATION DES ACHATS	28
5.3.1. Une programmation des achats également pilotée par les alertes et informations élaborées au niveau du magasin de stockage	28
5.3.2. Une programmation annuelle en matière d'équipements.....	28
5.4. LES CRITÈRES D'ANALYSE RETENUS POUR QUELQUES MARCHÉS	29
5.4.1. Les critères qualitatifs, temporels et économiques sont traditionnellement retenus	29
5.4.2. Une approche en coûts complets encore partielle	31
6. LES ACHATS DE MÉDICAMENTS.....	31
6.1. L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE ET DES PRIX.....	32
6.2. LES SPÉCIFICITÉS DE L'ORGANISATION DE L'ACHAT DE MÉDICAMENTS	34
6.2.1. Les produits contingentés.....	34
6.2.2. Les produits concernés par l'article 48 du PLFSS de 2014.....	35
6.2.3. Une dépendance excessive vis-à-vis du cycle de vie des médicaments : l'exemple de l'hépatite C.....	36
6.3. LE RECOURS A LA MUTUALISATION	36
6.4. LES PROCÉDURES UTILISÉES	36

7. LES ACHATS D'ÉQUIPEMENTS D'IMAGERIE.....	38
7.1. LES SPÉCIFICITÉS DE L'ACHAT EN IMAGERIE ET L'ÉVOLUTION DE CES DÉPENSES D'ÉQUIPEMENTS	38
7.1.1. Les déterminants des décisions d'achat en imagerie.....	38
7.1.2. L'évolution des dépenses contemporaines du CHRO en imagerie	38
7.2. L'ÉTUDE APPROFONDIE D'UN MARCHÉ EN IMAGERIE	39
7.2.1. L'analyse de l'offre	39
7.2.2. La définition du besoin	39
7.2.3. Une appréciation de la procédure globale de passation	40
7.2.4. L'analyse des offres	41
7.2.5. L'efficacité de la procédure.....	42
7.2.6. La pratique d'une démarche d'achat en coût complet.....	42
7.2.7. Une réelle attention portée sur la maîtrise des coûts de maintenance de l'IRM	44
7.3. L'ABSENCE DE VALORISATION DES ÉQUIPEMENTS USAGERS	45
8. LA PERFORMANCE DE LA FONCTION ACHAT.....	45
8.1. UNE ILLUSTRATION DE LA PERFORMANCE ACHATS ET DE SON ÉVALUATION : L'EFFICACITE DU PROCESSUS D'EQUIPEMENT DU NOUVEL HOPITAL D'ORLEANS	45
8.2. L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE ACHATS.....	46

SYNTHÈSE

Dans le cadre de sa mission d'assistance au Parlement¹ et en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par les co-présidents de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) et par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale d'une demande d'enquête relative aux achats hospitaliers.

Dans un contexte marqué depuis 2010 par la reconstruction complète du centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) et un recours croissant à l'externalisation de certaines activités, les achats de l'hôpital ont augmenté dans une proportion supérieure à celle de l'activité médicale, à l'exception des produits pharmaceutiques et à usage médical dont la consommation est restée mesurée.

L'organisation de la fonction achat reste, sur la période observée, largement partagée entre les directions, même si un service achat, placé auprès de la Direction des Services Economiques, intervient en support aux autres directions, notamment sur le plan juridique.

La création des groupements hospitaliers de territoire a néanmoins nécessité une plus forte structuration de la fonction achat, le Nouvel Hôpital d'Orléans (NHO) étant établissement support.

Les utilisateurs sont largement associés à l'expression de la demande, le CHRO faisant de cette étape un point focal de son action visant à contrôler, coordonner, rendre cohérente et rationaliser sa dépense. Toutefois, les contrats de pôle n'intègrent pas cette dimension.

La répartition des rôles entre tous les participants aux opérations d'achat est bien connue au sein de l'établissement, mais les outils de contrôle de gestion ou de pilotage apparaissent perfectibles. De même, les pratiques d'achats ne se sont inscrites que tardivement dans les divers plans institutionnels prescrits par la DGOS.

Le CHRO ne dispose pas d'un guide unique résumant les processus et critères requis, rappelant les impératifs déontologiques nécessaires, soulignant la place qu'il entendrait voir attribuer aux PME dans ses commandes ou, enfin, explicitant sa préoccupation réelle en termes d'achats durables. De même, la pratique du « sourcing² », désormais reconnue, demande à être formalisée. Pour autant, la régularité des opérations analysées ne pose pas question.

L'évaluation des gains potentiels liés à l'application du programme « Phare » intègre, selon l'établissement, des paramètres qui sont extérieurs à l'optimisation de sa propre stratégie d'achat, en ignorant, par exemple, les effets de renouvellement de gammes sur le prix des matériels antérieurs.

Presque 40 % des achats sont effectués par l'intermédiaire de l'un des trois groupements d'achats nationaux, sans que cette proportion ait cru de façon notable entre 2010 et 2014 contrairement aux « marchés négociés conclus sans publicité ni mise en concurrence » dont la part a plus que doublé.

¹ Article 47-2 de la Constitution et article 58-2° de la loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

² Le « sourcing » désigne l'action de recherche, localisation et évaluation d'un fournisseur, afin de répondre à un besoin identifié (en matière de biens ou de services).

Selon l'établissement, la mutualisation et la massification des achats ne permettront pas une diminution des dépenses du CHRO, sa propre taille étant suffisante pour être déjà significativement prise en considération par ses fournisseurs.

De fait, la négociation est une pratique revendiquée dont l'efficacité permet de diminuer des coûts d'achats d'équipements d'imagerie d'environ 8 %, au-delà de tarifs déjà négociés tout en jouant également sur des extensions de garanties comme la durée et les formules d'indexation ce qui permet de limiter les coûts ultérieurs de maintenance. A cet égard, l'approche en coûts complets des investissements, déjà pratiquée, gagnerait à être systématisée.

En s'éloignant du quotidien des services hospitaliers, du fait de regroupements plus larges, les opérations d'achats sont perçues comme perdant en efficience ce qu'elles permettraient de gagner en coût de mise en œuvre, sous réserve que l'agrégation de besoins provenant de divers hôpitaux et qu'il faut traduire en une demande unique, produise réellement une réduction des coûts.

Les achats de médicaments se font au sein d'un marché administré vis-à-vis duquel l'établissement affirme disposer de peu de marges de manœuvre. Toutefois, des éléments empiriques de comparaison laissent à penser qu'il obtient des tarifs compétitifs. Le CHRO a recours aux médicaments génériques, dans une proportion dont il ne mesure pas le poids, tout en estimant que les perspectives d'économies liées à leur usage sont en voie d'épuisement, dans un contexte où apparaissent peu de nouveautés.

L'optimisation des conditions de la distribution est prise en compte pour limiter les volumes d'achat et ajuster au mieux la commande aux consommations. Pour autant, le CHRO est régulièrement confronté à des situations de rationnement touchant certains médicaments. Il privilégie alors la sécurité de son approvisionnement, d'autant qu'il est l'hôpital de recours à l'échelon régional.

Les changements réglementaires dans les modalités de prise en charge des médicaments constituent enfin une source d'incertitude du pilotage de ces dépenses pour lesquelles les pharmaciens émettent, par ailleurs, de fortes attentes en matière d'évaluation de l'amélioration du service médical rendu.

L'organisation de la fonction achat semble, aujourd'hui, moins aboutie que la stratégie et la pratique déployées au quotidien, à tous les niveaux, afin d'en minimiser le coût. La perspective d'une direction des achats identifiée et unifiée est de nature à consolider les volets juridiques et éthiques de l'acte d'achat tout en permettant un pilotage précis de ces opérations.

Des objectifs et des indicateurs, non nécessairement nombreux, pourront ainsi rendre compte de l'efficacité de cette politique d'achats et attester que l'hôpital, comme d'autres, optimise déjà en grande partie ce poste de dépenses tout en y associant en premier chef les personnels.

RECOMMANDATIONS

1. Mettre en place des indicateurs de pilotage du suivi des achats.
2. Elaborer un référentiel ou guide d'achat global, rassemblant l'ensemble des règles et processus liés à la fonction.

Dans le cadre de sa mission d'assistance de la Cour des comptes au Parlement, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par les co-présidents de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) et par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, d'une demande d'enquête relative aux achats hospitaliers.

L'enquête, conduite de façon conjointe par la Cour et les chambres régionales des comptes, est principalement centrée sur les dépenses d'achat de la section de fonctionnement du budget principal des hôpitaux. Elle exclue de son périmètre les dépenses de sous-traitance, mais comporte un volet relatif aux équipements matériels lourds.

1. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) est l'établissement hospitalier le plus important du département du Loiret, et le deuxième établissement public de santé de la région Centre, derrière le centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours. En 2015, il comptait 4 348 ETP salariés.

Historiquement, le CHRO se répartissait entre deux sites hospitaliers principaux : l'hôpital Porte Madeleine, situé en centre-ville, et l'hôpital d'Orléans-la-Source, construit dans les années 1970 et situé au sud de la Loire à 10 kilomètres du centre-ville.

Le nouvel hôpital d'Orléans (NHO) qui a ouvert ses portes en 2015, a vocation à rassembler ces deux entités sur le site de la Source, avec une capacité d'accueil supérieure de 30 %. D'une superficie totale de 205 000 m², il comporte 1 304 lits et places dont 1 045 réservés à la Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), 139 dédiés à l'ambulatoire et à l'hôpital de jour et 120 consacrés aux soins de suite et de réadaptation. L'investissement réalisé s'élève à environ 700 M€. Son plateau technique est composé de 6 laboratoires spécialisés, 16 salles de bloc, 2 salles de radio interventionnelle et 8 salles de naissance. Il convient d'ajouter 4 scanners, 3 IRM, 3 accélérateurs de particule, 1 TEP scan et 3 gamma caméras.

Tableau 1 : Tableau 2010 à 2015 des charges, produits et des résultats

	2011	2012	2013	2014	2015
Charges Totales	349 003 472	359 756 393	366 556 665	384 187 876	401 228 969
Titre 1 : Personnel	203 071 973	209 002 486	212 233 296	217 096 628	228 962 946
Titre 2 : Caractère Médical	66 495 336	73 845 469	75 791 737	88 476 423	93 042 156
Titre 3 : Caractère hôtelier	23 268 751	24 171 143	25 290 492	25 998 415	35 265 573
Titre 4 : Amortissement, provisions, financières, exceptionnelles	56 167 413	52 737 295	53 241 140	52 616 410	43 958 293
Produits Totaux	347 019 620	358 874 243	365 827 341	383 533 571	392 927 283
Titre 1 : Versés par l'assurance maladie	281 814 969	285 219 456	277 780 510	285 610 392	306 039 406
Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière	29 390 878	32 130 152	32 349 987	31 848 135	32 261 920
Titre 3 : Autre produits	35 813 773	41 524 635	55 696 845	66 075 045	54 625 956
Résultat (- si déficit, + si excédent)	- 1 983 852	- 882 151	- 729 323	- 654 305	- 8 301 686

Source : Compte financier Stats ATIH 2010 à 2015 (scansanté)

La dégradation du résultat d'exploitation caractérise la période contemporaine, puisqu'il n'atteint plus que 5 727 188³ € en 2015 contre 25 554 109 € en 2014, se traduisant finalement par un déficit de 8 301 686 € en 2015.

Cette dégradation trouve une partie de son explication dans l'évolution des achats des comptes 60 et 62, dont les données sont rassemblées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Evolution des dépenses par type de charge

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2010
601 Achats stockés de matières premières. fournitures						
602 Achats stockés : autres approvisionnements	59 036 455	61 430 276	67 058 264	65 999 548	77 428 765	+ 31,11 %
6021 Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	33 157 439	34 853 987	39 239 548	39 696 164	50 623 678	+ 52,67 %
dont 60211 Spé. pharma avec AMM	13 278 282	13 168 508	15 196 018	15 324 787	24 515 826	+ 84,63 %
dont 60212 Spé. pharma AMM, liste en sus	19 503 495	20 940 887	23 352 567	23 711 680	24 623 744	+ 26,25 %
dont 60213 Spé. pharma Autorisation Tempor.	313 236	668 074	614 173	554 505	1 364 927	+ 335 %
606 Achats non stockés de mat. et fournitures	7 415 423	7 663 813	8 658 739	11 242 624	11 313 142	+ 52,56 %
607 Achats de marchandises						
609 Rabais, remises et ristournes obtenus						
SOUS TOTAL Compte 60	66 451 879	69 094 090	75 717 003	77 242 173	88 741 907	+ 33,54 %
621 Personnel extérieur à l'établissement	478 520	782 633	1 218 179	1 129 924	1 078 441	+ 125,37 %
622 Rémunération d'intermédiaires et honoraires	126 780	471 156	234 649	327 175	363 630	+ 184 %
623 Informations, publications, relations publ.	77 374	61 423	54 001	92 569	90 800	+ 17,35 %
624 Transports de biens, d'usagers	137 006	381 033	432 744	417 205	2 220 527	+ 1520 %
6255 Frais de déménagement				8 698	4 455	
6257 Réceptions	16 004	15 089	8 709	19 331	18 830	+ 17,65 %
626 Frais postaux et frais télécom	902 453	883 489	835 632	763 948	835 877	- 7,38 %
627 Services bancaires et assimilés	12 162	27 001	17 034	23 165	19 774	
628 Prestations de services à caractère méd.	1 688 739	2 259 274	2 581 272	3 165 292	3 609 979	+ 113,76 %
dont 6286 Autres prestations	273 399	500 448	438 966	540 178	597 458	
SOUS TOTAL Compte 62	3 439 042	4 881 100	5 382 224	5 947 312	8 242 316	+ 139,76 %
TOTAL des Achats Classe 6	81 389 333	85 862 206	93 716 452	94 996 284	107 850 440	+ 32,51 %

³ Source : Compte financier 2015.

En €	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2010
7071 Rétrocessions de médicaments	8 453 917	8 500 626	10 894 726	12 239 535	22 064 704	+ 161 %
73112 Produits médicaments facturés en sus	16 301 832	17 662 926	17 787 852	17 880 823	18 557 013	+ 13,83 %
73113 Produits DM facturés en sus.	3 223 345	2 513 690	2 942 044	2 878 845	3 141 343	- 2,54 %

Source : Comptes financiers

La croissance moyenne annuelle des produits courants depuis 2010, de l'ordre de 3 % par an, est inférieure à celle des achats, dans une période d'inflation réduite, attestant d'une dynamique réelle de croissance de ces dépenses (+ 32,51 % pour les achats de classe 6 sur la période) qui s'accélère en fin de période.

En revanche, la croissance (+ 52,67 %) des achats de produits pharmaceutiques à usage interne (compte 6021), est à relativiser à l'aune de la forte augmentation du produit des rétrocessions du compte 7071 (+ 161 %). Nette des rétrocessions, cette hausse n'est que de 15,6 % et reste inférieure à la croissance de l'activité médicale sur la période, laissant penser que la consommation de ces produits a été maîtrisée.

En ce qui concerne les autres achats, des changements de comptes d'imputation, dans le cadre de la préparation des opérations de leur certification, expliquent une part des évolutions, notamment les plus visibles.

Il en est ainsi pour le compte 624. Les imputations des frais de transports hélicoptés (MBH Samu) étaient réalisées jusqu'en 2013 sur le compte 613 (locations). Depuis l'exercice 2014, elles sont retracées au sein du compte 6245 « transports d'usagers ». Il en est de même pour les dépenses de transport de personnel, imputées jusqu'en 2013 au compte 64718 (Versement divers) du titre 1 « charges de personnel » puis, à partir de 2014, au compte 6247 (Transports collectifs du personnel) du titre 3 « charges à caractère hôtelier et général ». L'externalisation des prestations de bio-nettoyage a également conduit à la forte croissance du compte 628.

L'ordonnateur explique la progression des achats du C.H.R. d'Orléans, « dans une proportion supérieure à celle de l'activité, par l'ouverture programmée entre 2013 et 2015, d'un nouvel hôpital ».

Pour les investissements passés, selon lui, « de 14 995 474 € en 2013 à 42 895 323 € en 2015, il s'agit surtout du renouvellement des équipements non médicaux et médicaux avec, pour ces derniers, une augmentation du parc (IRM, PETSCAN supplémentaires entre autres ».

En ce qui concerne l'exploitation, « l'augmentation est due principalement à l'extension de l'externalisation de la prestation ménage pour un montant de 3 361 571 € en 2015 contre 1 859 205 € en 2013 et à l'augmentation des coûts de maintenance. Les dépenses en matière biomédicale atteignent: 2 027 188 € en 2015 contre 1 862 474 € en 2013. La maintenance technique représente 3 395 336 € en 2015 pour 1 669 943 € en 2013. Les frais liés au déménagement des équipements non médicaux et médicaux ont été d'un montant de 2 427 745 €, alors que la dépense ne fût que de 4 792 € en 2013. Un changement d'affectation de certaines dépenses de l'investissement vers l'exploitation en vue de la certification des comptes doit aussi être à considérer. Il en fût ainsi, par exemple, pour l'instrumentation médicale et les accessoires du robot chirurgical représentant une enveloppe supplémentaire de 456 083 € en 2015. Des dépenses nouvelles, telles que le petit matériel pour stockeur (123 923 € en 2015, 0 € en 2013) ou l'augmentation des dépenses d'énergie et d'électricité (3 274 969 € en 2015 et 1 763 903 € en 2013) comme celles liées à l'eau et à l'assainissement (681 553 € en 2015 et de 429 955 € en 2013) doivent être mentionnées ».

2. LES PROCÉDURES D'ACHAT

La reconstruction de l'hôpital explique, en grande partie, la très forte progression des achats totaux du centre hospitalier entre 2010 et 2015.

Tableau 3 : Montant annuel des achats par type de procédure

En € HT	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution 2015/2010
Montant annuel total	18 095 241	44 606 760	64 966 251	82 720 853	92 898 864	109 002 886	+ 402,38 %
nombre de marchés totaux	362	621	453	498	441	514	+41,98 %
Appels d'offres	8 315 379	20 849 909	37 513 779	45 529 382	41 572 482	43 873 098	+ 427,61%
(Montant Moyen par appel d'offre)	22 970	33 574	82 811	91 424	94 268	83 356	+ 262,89 %
MAPA	554 563	836 640	864 391	538 405	237 365	699 020	+26,048 %
(Montant moyen par MAPA)	34 660	32 178	172 87	53 840	19 780	77 669	+ 124 %
Négociés sans publicité ni mise en concurrence	1 786 245	3 795 450	7 283 829	13 093 403	25 195 402	23 108 648	+1 193 %
(Montant moyen par Marché négocié sans)	38 005	53 457	119 407	170 044	286 311	281 812	+641 %
Négociés avec publicité et mise en concurrence							
Procédures d'achat hors code des marchés publics (exclusions, etc ...)							
Resah-IDF							
UniHA	2 348 094	15 043 367	15 543 697	19 288 126	22 322 848	21 119 690	+799,44 %
nombre de marchés UNIHA	47	79	77	98	74	104	
UGAP	4 246 664	3 395 263	2 748 430	3 541 510	2 697 983	19 375 145	+ 356 %
Somme Resah + UniHA + UGAP	6 594 758	18 438 630	18 292 127	22 829 636	25 020 831	40 494 835	+ 514,0 %
Part des achats (Resah/UniHA/UGAP) dans les achats totaux	36,44 %	41,33 %	28,16 %	27,60 %	26,93 %	37,15 %	
Groupements d'achats (avec personnalité morale propre)	326 102	319 071	523 140	194 655	368 595	366 511	+ 12,39 %
Groupements d'achats (sans personnalité morale propre)							
Autres	518 191	367 058	488 982	535 371	504 186	460 772	

Source : CHRO, retraité par CRC

La part des achats par appels d'offre ou via des centrales d'achat passe de 82,3 % à 76,7 %. Cette légère décroissance est essentiellement due à la baisse des appels d'offres directs, de 45,95 % à 40,25 % des achats. La part mutualisée des approvisionnements est variable selon les types d'achats, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Poids des achats mutualisés

En milliers d'euros	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pharmacie						
Médicaments	28 557	27 957	28 362	27 105	37 441	37 582
Part mutualisée en %	26,57 %	37,34 %	40,66 %	48,04 %	36,88 %	44,99 %
Dispositifs médicaux	5 158	8 476	10 511	10 402	9 572	10 608
Part mutualisée en %	0,23 %	0,19 %	0,21 %	0,18%	1,65 %	0,06 %
Total Pharmacie	33 715	36 433	38 873	37 507	47 013	48 190
Part mutualisée en %	22,54 %	28,70%	29,73%	34,76%	29,71%	35,10 %

Direction services économiques						
Equipements médicaux (imagerie)	5 909	5 007	3 296	9 299	3 442	18 350
Part mutualisée en %	39,35 %	36,73 %	46,18 %	24,26 %	45,09 %	37,80 %
Equipements d'imagerie	1 452	40	669	133	3 136	2 799
Part mutualisée en %	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %	57 %
Logistique & achats généraux	3 602	34 833	2 601	4 637	1 857	18 512
Part mutualisée en %	23,93 %	30,63 %	24,72 %	18,18 %	28,06 %	60,95 %
Hôtellerie Restauration	7 954	8 260	8 778	9 700	7 864	6 452
Part mutualisée en %	12,26 %	24,71 %	31,21 %	36,15 %	60,63 %	47,02 %
Achats informatiques	4 392	2 466	6 359	4 075	4 463	3 554
Part mutualisée en %	38 %	48,01 %	26,55 %	49,18 %	66,03 %	54,61 %
Total Direction des services économiques	23 309	19 256	21 703	27 844	20 762	49 667
Part mutualisée en %	31,25 %	31,84 %	33,46 %	31,40 %	62,25 %	49,92 %
Direction des services techniques						
Maintenance et services	1 598	3 114	3 328	4 851	3 269	6 727
Part mutualisée en %	0	0	3,34 %	2,04 %	5,67 %	3,56 %
Energie	97	151	187	473	622	422
Part mutualisée en %	-	-	-	11,84 %	1,45 %	30,33 %
Total Direction des services Techniques	1 695	3 296	3 515	5 324	3 891	7 148
Part mutualisée en %	0 %	0 %	3,16 %	2,91 %	4,98 %	5,13 %
Total Laboratoire	3 832	4 156	4 581	4 627	4 643	5 220
Part mutualisée en %	0 %	16,77 %	18,10 %	25,26 %	29,74 %	25,04 %
Total Général	62 551	63 110	68 667	75 302	76 309	110 226
Part mutualisée en %	23,79 %	27,39 %	28,77 %	30,68 %	37,30 %	39,36 %

Source : CHRO

Les données fournies par l'établissement (tableaux 2 et 3) ne concordent pas totalement s'agissant du total des achats réalisés, faute de périmètre stabilisé. Cette question renvoie indirectement à la fiabilité d'un système de suivi de gestion des achats qui apparaît perfectible.

Certaines évolutions significatives s'expliquent par la reconstruction du CHRO. Ainsi, en 2014, la croissance des achats mutualisés de la direction des services économiques est essentiellement due à des acquisitions d'imagerie pour près de 3 M€, qui ont été totalement mutualisés. Le volume des achats mutualisés est ainsi passé de 8,743 M€ à 12,924 M€.

L'hôpital a donc une réelle pratique de la mutualisation des achats qui a atteint, en 2015, un niveau de près de 40 % de ses commandes (Cf. infra 4.3), niveau qu'il ambitionne d'accroître à travers notamment le processus du groupement de commandes qui fonctionnera au sein du GHT 45.

3. L'ORGANISATION DE LA FONCTION ACHAT

3.1. UNE FONCTION ÉCLATÉE, INTERNALISÉE MAIS SOUMISE AUX ÉVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES ET À SON ENVIRONNEMENT

3.1.1. La fonction achat est éclatée entre différentes directions qui ont chacune un périmètre d'achat défini

3.1.1.1. *La fonction achat est clairement identifiée au sein de la direction des services économiques (DSE)*

Elle est assurée, au plan humain, par une équipe constituée d'un responsable « achats », de cinq acheteurs pour les achats d'exploitation, de trois acheteurs pour les achats d'équipements médicaux et non médicaux, d'un ingénieur biomédical et de trois gestionnaires de commandes.

Le nombre d'ETP, dédiés de façon spécifique à la fonction achat par la direction des services économiques, est ainsi de 12,60 ETP, pour un coût en brut chargé de 663 178 €.

Comme pour les autres directions fonctionnelles, la fonction est éclatée entre plusieurs agents qui assument les volets marchés, achat, passation des commandes tout en ayant d'autres tâches.

Les fonctions achats et approvisionnement sont dissociées au sein de cette seule direction, les acheteurs valident les demandes d'achat et les approvisionneurs engagent les commandes, les transmettent aux fournisseurs, et gèrent les litiges des livraisons.

Les familles d'achats traitées sont les fournitures médicales non stériles, les fournitures de laboratoire et celles nécessitées par l'activité administrative ou hôtelière. Cette direction prend en charge également les équipements médicaux, non médicaux et l'entretien comme la maintenance du biomédical. S'y ajoutent l'alimentation ainsi que toutes les prestations et services extérieurs.

Cette direction intervient tout au long du processus achat. Les commandes sont passées par les gestionnaires via le logiciel EMAGH2, logiciel de gestion économique et financière. Le centre hospitalier utilise la carte achat pour les achats urgents, ne souffrant d'aucun délai de livraison « dans le respect des règles des marchés publics », dit-il ou pour les achats à l'étranger.

Les livraisons et la vérification du service fait se font de façon différenciée : les achats d'exploitations sont contrôlés par les agents de la plateforme logistique. Les services contrôlent les produits qui leur sont directement livrés. Enfin, pour tous les équipements, le contrôle relève des acheteurs concernés.

Une clause de pénalité est incluse dans le cahier des charges pour tout retard ou problème de livraison. Des courriers de mise en demeure et/ou de pénalités peuvent être adressés aux fournisseurs, avec application des pénalités sur les factures correspondantes aux livraisons retardées. Pour autant, cette procédure est peu utilisée et l'établissement a répondu qu'il n'y avait pas de comptabilisation des retards et erreurs. Le CHRO se prive ainsi de compensations financières de nature pourtant contractuelle.

De fait, les procédures de passation apparaissent claires sans, pour autant, être formalisées dans un guide d'achat propre à la structure.

L'ordonnateur a toutefois fait part, au cours de l'instruction, du projet d'élaboration « *d'un guide, rédigé sur la base du référentiel national et avec les représentants de la fonction achats du G.H.T. 45 afin d'avoir des références communes* ».

Enfin, les délais moyens de paiement respectent la réglementation dès lors qu'ils sont inférieurs à 50 jours⁴ et qu'ils ont tendance à diminuer.

Tableau 5 : Délai moyen de paiement et intérêts moratoires

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Délais de paiement (en jours)	43,51	50,26	47,45	37,29	38,67	38,27
Volume financier des intérêts moratoires payés (en €)	823,11		300,85	1,48		

Source : CHRO

⁴ Instruction du 15 avril 2013. Circulaire relative à l'application dans le secteur public local et hospitalier du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique.

3.1.1.2. La pharmacie

Elle intervient pour les achats de médicaments⁵, les dispositifs médicaux, pansements, matériels et ligatures (comptes 6022), les laits et produits diététiques (compte 6023) ainsi qu'en ce qui concerne la stérilisation, les fluides et gaz médicaux.

Les pharmaciens sont secondés pour l'élaboration des procédures et le suivi d'exécution des marchés par deux agents administratifs. Les commandes de médicaments sont réalisées mensuellement ou par quinzaine (pour les produits onéreux), par regroupement de fournisseurs pour une optimisation du nombre de commandes.

3.1.1.3. La direction des travaux et de la maintenance (DTM)

Elle procède aux achats afférents à l'entretien et la maintenance des équipements et des bâtiments ainsi qu'aux travaux et aux contrôles périodiques des installations. Les fluides et les énergies, la téléphonie et l'internet relèvent de sa compétence comme les achats concourant à la sécurité des biens et des personnes.

C'est une direction peu segmentée où les agents opèrent un suivi par opération, contrairement à la direction des services économiques.

En ce qui concerne la maintenance, deux agents s'occupent de toutes les opérations depuis la phase d'élaboration et de passation des marchés jusqu'au DGD et au paiement des factures, voire même du contentieux s'il y en a, en liaison avec la direction des finances, ou les services juridiques chargés des achats.

Deux agents suivent les travaux neufs, chacun s'occupant d'un portefeuille d'activités depuis les ordres de service en passant par toutes les situations de dépenses.

Cette organisation, motivante au plan managérial selon le directeur des travaux, a l'inconvénient de limiter la montée en expertise sur des questions particulières, notamment au plan juridique. Ce point est compensé par la cellule juridique achat qui intervient en soutien de la DTM.

Un recensement annuel des besoins pour les travaux, aménagements et certains contrats de maintenance est effectué auprès des utilisateurs, selon une priorisation réalisée au vu de l'enveloppe budgétaire allouée.

Un agent s'occupe spécifiquement des marchés dédiés aux énergies et leur suivi, notamment en matière de consommations, un autre suit la programmation des maintenances.

Un adjoint des cadres est affecté à la reconstruction de l'hôpital, reconstruction qui a obligé l'hôpital à redimensionner sa politique de maintenance et à revoir tous les contrats, au fur et à mesure de l'avancée du chantier et de l'occupation des lieux. C'est notamment nécessaire dès lors que la puissance électrique appelée est deux fois et demie supérieure à celle attendue. Un contrat « d'assistance multi technique » a permis de limiter à 18 le nombre des agents permanents concernés pour l'ensemble du CHRO.

Dans le cadre de la reconstruction du NHO, une cellule *ad hoc* a été chargée de recenser spécifiquement les besoins induits, de les hiérarchiser et d'arbitrer entre eux. Une enveloppe de 10 M€ avait été réservée à cet égard, sur l'ensemble du budget dédié à la construction (0,7 M€).

⁵ Spécialités pharmaceutiques avec AMM, spécialités pharmaceutique de l'art L. 162-22-7, spécialités sous ATU (comptes 6021).

Cette organisation est amenée à évoluer dans la mesure où un rapprochement entre la DTM et la DSE, comme c'était le cas auparavant, va aboutir à la création d'une seule direction, permettant la mise en place d'une direction des achats, autonome à l'échelle de l'hôpital.

3.1.1.4. *La direction des ressources humaines (DRH)*

Elle gère la formation, les transports et les voyages ainsi que les prestations de recrutement.

3.1.1.5. *La direction des usagers, de la qualité et de la communication*

Elle traite toutes les dépenses de culture, de communication et de documentation et peut aussi prendre en charge des prestations d'audit.

3.1.1.6. *La direction des systèmes d'information (DSI)*

Elle s'occupe naturellement des dépenses informatiques, de la fourniture à l'entretien-maintenance des équipements en incluant l'assistance technique, et allant jusqu'aux prestations d'archivage de toute sorte. Huit personnes (5 ingénieurs et 3 techniciens) y exercent une fonction d'acheteurs-experts.

3.1.2. L'absence de délégation aux pôles

Il n'y a pas de délégation accordée aux différents pôles en matière d'achats publics. Ils ne constituent donc pas des unités opérationnelles en la matière. Pourtant, c'est au niveau des pôles que sont déterminés et agrégés les besoins, avec le souci explicite de la direction générale de leur donner une consistance et une légitimité utiles.

L'absence de délégation ne signifie cependant pas l'absence d'un suivi précis des budgets à ce niveau de l'organisation par chaque pharmacien qui y est associé, par exemple en matière de médicaments.

La grande variété des modes de fonctionnement des achats au sein des différents services s'explique par la diversité des types d'achat auquel le CHRO procède. Il peut être plus efficace de suivre un chantier de ses débuts jusqu'à sa clôture ou bien de disposer d'une expertise dans des domaines plus techniques, comme dans le domaine de la gestion des énergies.

3.1.3. Une fonction gérée en interne

L'établissement a peu recouru à de l'assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'aider dans la mise en place de sa politique d'achat.

Ce fut le cas à propos de la préparation du déménagement du site historique de la Madeleine à l'occasion de la construction du Nouvel Hôpital d'Orléans. Un marché négocié a permis de choisir un consultant qui a secondé la cellule juridique pour construire l'appel d'offre et étudier les réponses apportées. Il en a été de même pour l'introduction du dossier patient informatisé en 2009, pour la mise en place du PACS⁶, lors de l'élaboration du schéma directeur des systèmes d'information, ou encore dans le cadre de la préparation à la certification ISO 20000 de ce même système.

La taille de l'hôpital explique que la politique d'achat soit définie et mise en œuvre par les moyens qui lui sont propres. Les tâches sont réparties le long de la chaîne « achat » comme le résume le tableau ci-dessous :

⁶ Système d'archivage et de transmission d'images, ou *Picture Archiving and Communication System* en anglais.

Tableau 6 : Répartition des tâches le long de la « chaîne achat »

	Services acheteurs	Bureau des marchés (cellule juridique)	Secteur comptabilité (rapprochement commande / facturation)
Définition des besoins -bilan du marché précédent -recueil des besoins -analyse marché fournisseur	x		
Rédaction du DCE Rédaction RC, CCAP, CCTP	x		
Validation juridique du DCE		x	
Envoi de la publicité		x	
Mise en ligne du dossier de consultation sur la plateforme de dématérialisation des procédures		x	
Ouverture des plis PV d'ouverture des plis Courrier de demande de pièces complémentaires relatives à la candidature		x	
Analyse des offres -saisie offres financières -organisation et/ou réalisation des essais -analyse technique des propositions -pondération des critères	x		
Négociation (en cas de procédures adaptées ou de procédures négociées)	x	x	
Rédaction du rapport de présentation ou du rapport d'analyse des offres et de ses annexes		x	
Validation juridique du rapport de présentation ou du rapport d'analyse des offres et de ses annexes			x
Présentation dans le cadre de procédures formalisées du rapport de présentation au directeur des Services économiques		x	
Rédaction de la mise au point du marché		x	
Validation de la mise au point du marché			x
Demande de pièces (DC6 et/ou DC7) à produire au stade de l'attribution du marché, le cas échéant			x
Rédaction de l'avis de transparence ex ante au JOUE pour les procédures négociées			x
Courrier aux entreprises non retenues « lettres de rejet »		x	
Validation juridique des lettres de rejet			x
Notification du marché			x
Transmission des pièces au Trésorier			x
Avis d'attribution au JOUE et BOAMP			x
Commandes		x Gestionnaires des commandes	
Service fait et Liquidation des factures			x

Source : CHRO

Il n'a pas encore été fait de cartographie des risques de l'achat, notamment dans le cadre de la préparation à la certification des comptes.

Il existe, à destination des acheteurs, un tableau récapitulatif des procédures à utiliser selon les seuils de la prestation à fournir, sans qu'elles soient pour autant rassemblées dans un « guide d'achat » propre au CHRO.

Pour les questions de déontologie, les acheteurs de la direction des services économiques disposent, sur un fichier partagé, du guide des bonnes pratiques en matière de marchés publics de la Direction des Affaires Juridiques du Ministère de l'Economie. Il nous a été indiqué qu'aucune utilisation particulière n'était faite de ces recommandations nationales. Cette dimension mériterait de figurer dans un guide d'achat interne.

Cette non-centralisation explicite de la fonction achat au sein de l'établissement n'empêche pas une répartition des rôles professionnels entre les diverses entités de l'établissement.

3.1.4. Une fonction ouverte sur un environnement structurant

3.1.4.1. *A travers les outils qu'il impose peu ou prou*

L'utilisation de procédures dématérialisées en est un exemple. Au CHRO, les commandes sont transmises aux fournisseurs directement par GE Fvia une plateforme spécifique HOSPITALIS.

La procédure de la facturation électronique est en cours de mise en œuvre et sera effective en fin d'année 2016.

La plateforme de dématérialisation des marchés utilise le site « achatpublic.com » qui est sollicité pour tous les marchés mis en œuvre.

3.1.4.2. *A travers les organisations qu'il promeut, et notamment les GHT*

La mise en place des GHT (Groupements hospitaliers de territoire) concerne directement la fonction achat exercée au sein du CHRO ; celui-ci a donc été amené à s'impliquer plus directement en sa qualité d'établissement support du groupement.

Une réflexion sur la fonction achat au CHRO est en cours avec pour objectif de créer une véritable direction des achats s'occupant exclusivement de cette question, quel que soit le produit ou le service. Un responsable achat, une cellule juridique et un contrôle de gestion seront ainsi réunis. Jusqu'à présent la fonction achat était éclatée entre plusieurs services qui passent chacun leurs marchés, alors même que les opérations de reconstruction du nouvel hôpital auraient pu inciter à consolider une seule direction des achats.

Au sein du CHRO, « *cette future direction devra être l'interlocuteur des établissements membres dans le cadre de la mutualisation de la politique d'achat à définir ensemble* ». Un « comité stratégique » et un « comité de pilotage » se sont ainsi, de façon traditionnelle, constitués afin de définir cette politique et de la piloter. Il s'appuiera sur une instance opérationnelle qui réunira l'ensemble des acheteurs du GHT.

Dans cette perspective, un accompagnement a été assuré par le RESAH, missionné par l'ARS Centre et la DGOS, afin de définir ce plan d'action achat de territoire (PAAT 45) qui regroupe le CHRO et l'ensemble des établissements du GHT, soit tout le département du Loiret. Cet appui est effectif auprès de six centres hospitaliers en France. Ce PAAT intégrera les actions communes aux établissements adhérents au GHT comme les actions propres de chaque établissement.

Pour autant, les bénéfices attendus de cette mise en commun d'une fonction, « *déjà performante dans les établissements du territoire* » pour le DGA du CHRO, résident plus dans les économies d'organisation permises par la suppression des duplications de postes chargées de tâches achat identiques dans chacun des centres hospitaliers, que dans la réalisation d'achats groupés, peu susceptibles selon lui de faire diminuer la dépense. La massification des commandes est moins perçue comme une source d'économie ou de performance, l'analyse de la valeur devant rester locale, que l'amélioration de l'organisation qui va la précéder.

Au total, la fonction achat du CHRO voit sa place confortée à la suite de la mise en place des GHT, plus que pour des motifs internes qui auraient pu avoir trait à la reconstruction de la structure.

Le CHRO a ainsi récemment fait évoluer son organisation en adossant une direction des achats à sa direction des travaux et en lui confiant le pilotage de la logistique, fonction antérieurement supportée par la direction des services économiques, désormais supprimée.

3.2. DES ACTEURS PROFESSIONNALISÉS

Il existe une cellule spécialisée en marchés publics, composée de 2,5 ETP et rattachée à la Direction des Services Economiques, qui assure un rôle de veille juridique et de conseil pour l'ensemble des directions fonctionnelles de l'établissement.

Elle se charge de toutes les étapes des procédures lancées par les directions fonctionnelles, de l'élaboration de la consultation à la notification des marchés en passant par le dépouillement et l'analyse des candidatures, à l'exception de la direction des travaux et de la maintenance qui gère la création de ses cahiers des charges et la mise en place des procédures qui lui sont propres.

Elle assume enfin le contrôle juridique, la publicité, l'ouverture des plis et la notification des procédures lancées par la direction des services économiques.

A l'inverse, la cellule achat ne travaille pas avec la direction des ressources humaines/direction des ressources médicales, ni avec la direction de la communication en ce qui concerne les achats de formation ou de prestation de services lié à la communication.

Les modalités de travail de la cellule achat avec les différentes entités acheteuses s'apparentent à une « administration de service » œuvrant à leurs profits.

En cas de manquement du fournisseur, le dossier est d'abord traité par l'acheteur qui envoie un courrier de mise en demeure, puis un courrier de pénalités suivi d'un courrier de résiliation du marché. Les dysfonctionnements portent essentiellement sur les défauts de qualité des produits livrés, les retards de livraisons. Le CHRO considère ne pas être confronté à des dysfonctionnements emblématiques et es contentieux sont peu nombreux.

La cellule intervient ensuite. Elle a notamment traité deux référés précontractuels qui se sont traduits par la condamnation du CHRO par le tribunal administratif. L'un en 2013, concerne les prestations de services d'assurance responsabilité civile hospitalière et risques annexes où le CHRO a rejeté un candidat pour offre anormalement basse. Son argumentation a été contestée par le juge qui a condamné le CHRO à 30 000 euros d'indemnisation. L'autre en 2015, est relatif à l'installation d'un système d'information des EHPAD où il y a eu contestation sur l'analyse des offres.

3.2.1. Au sein de la direction des services informatiques

Un plan annuel est établi après recensement des besoins des utilisateurs et priorisation des actions d'achats en fonction de l'enveloppe budgétaire annuelle. Selon l'établissement, une centaine de projets sont ainsi inventoriés par an, en moyenne pour un volume qui oscille entre 2 et 3 M€ par an en investissement (17 M€ sur sept ans) et 2,3 M€ en fonctionnement.

Ce plan annuel est validé par le comité du projet informatique composé d'informaticiens, du responsable des services informatiques (RSI), du directeur des services informatiques (DSI), de membres de la communauté médicale et qui se réunit trois fois par an.

Les cahiers des charges sont ensuite établis par le RSI et le DSI, soumis à la relecture des référents métiers et transmis à la cellule juridique des marchés qui assure la publication de la consultation. Les critères de choix sont construits conjointement par les informaticiens et la cellule juridique.

L'analyse des offres est réalisée en lien avec les utilisateurs, suite à des présentations ou à des mises en situation. Elle fait l'objet d'un compte-rendu. Un rapport d'analyse est ensuite transmis à la cellule juridique des marchés publics.

Les huit chefs de projets suivent, chacun, un portefeuille de façon à bien connaître le besoin et être en capacité de procéder à l'analyse de l'offre existante sur le marché. Ils réalisent cette veille technologique en participant à des salons dédiés ou en consultant la presse spécialisée. Cette veille absorbe « *environ 5 % de leur temps et aboutit à une notation des fournisseurs* ». Toutefois, l'établissement estime que la spécificité de ce secteur et la haute technologie des matériels limitent les possibilités de mise en concurrence des fournisseurs.

La direction des systèmes informatiques comprend un secteur qualité qui analyse la structuration de l'offre de logiciels et matériels. Elle s'appuie également sur les outils de veille propres à la profession dont, notamment, les études du cabinet « Gartner Group ».

L'exécution des marchés est assurée par les ingénieurs responsables des secteurs informatiques. Des relations de prestations techniques internes prédominent entre les services cliniques, la cellule juridique des marchés ou le support informatique expert.

L'hôpital se déclare confronté à la nécessité d'un renouvellement rapide de son parc matériel, à un raccourcissement de l'horizon temporel d'usage de ses équipements dont la complexité s'accroît et pour lesquels les questions de sécurité deviennent prépondérantes.

Il traduit ces évolutions en cherchant à s'organiser « *en mode service* » pour lequel tout développement interne en matière informatique est exclu, et où la question de l'accompagnement des soignants devient primordiale. L'objectif est de tendre vers plus de simplification, et de veiller à l'interopérabilité de près de 150 logiciels dont l'ergonomie d'utilisation par des professionnels, dont ce n'est pas le cœur de métier, doit être facilitée. L'idée d'acquisition en propre de matériels ne s'impose donc plus.

3.2.2. Au sein de la direction des services économiques

Pour tous les achats récurrents, le recensement des besoins est fondé sur l'historique des consommations des produits des trois dernières années et sur les indications éventuelles des prescripteurs, dans une logique d'évolution adaptative, avec toute l'inertie que ce type d'ajustement peut comporter.

La contribution des utilisateurs intervient plus particulièrement pour des produits spécifiques comme les réactifs de laboratoire, pour lesquels l'expertise des biologistes est indispensable afin d'établir le catalogue des produits et le cahier des charges. De façon traditionnelle, les principaux utilisateurs sont associés à la définition et la construction du besoin.

La veille concurrentielle est le fait des acheteurs. Ils rencontrent des fournisseurs, visitent des sites, participent à des salons fournisseurs, ou des congrès. Le salon « *hôpital expo* » apparaît le principal salon fréquenté. Le CHRO ne formalise pas, à un niveau central, les rencontres et les contacts avec les fournisseurs et n'a pas mis en place de sensibilisation aux éventuelles questions d'ordre éthique qui pourraient être amenées à surgir.

Les acheteurs dépouillent les offres, établissent un classement économique, organisent des essais avec les utilisateurs, s'il y a lieu, analysent les résultats des essais puis élaborent le rapport d'analyse qui est soumis à l'approbation du directeur adjoint concerné. Pour les médicaments, l'examen des lots sensibles impactant la qualité des soins est réalisé en COMEDIMS.

Les acheteurs assurent ensuite la mise en place et l'exécution du marché : enregistrement dans le logiciel de gestion économique et financière, rencontre des fournisseurs, étude des révisions de prix, avenants, courriers de mise en demeure...

Pour les achats d'équipements non médicaux, un plan annuel est conçu après recensements des besoins des utilisateurs, et une priorisation des achats en rapport avec l'enveloppe budgétaire accordée est réalisée.

Pour les achats d'équipements médicaux et particulièrement d'imagerie, un plan annuel est également établi après un recensement effectué auprès des chefs de pôles. Les demandes sont « prioritaires » en sous-commission des équipements médicaux composée de personnels médicaux émanant de la commission médicale d'établissement, ainsi que de l'ingénieur biomédical en charge de ces achats et du directeur général adjoint.

Pour tous les achats d'équipements non récurrents, les cahiers des charges sont construits avec les utilisateurs. L'analyse des offres techniques est réalisée également en collaboration avec eux : études des documents techniques, visites de sites, etc... L'exécution et le suivi des marchés sont assurés par les acheteurs du domaine d'achat concerné.

Les « utilisateurs-experts » sont largement associés, là encore, à la construction de la demande, laquelle reste un moment privilégié par l'hôpital pour contrôler, coordonner et rendre cohérents ses besoins, très en amont de l'acte d'achat qui s'en trouve dès lors facilité.

3.2.3. Au sein de la direction des travaux et de la maintenance

Pour la direction, la reconstruction du centre hospitalier a permis aux professionnels de l'achat de gagner en compétence dès lors qu'ils ont été confrontés à nombre d'opérations où qu'ils ont dû approfondir tel ou tel segment (cf. les énergies). L'organisation retenue a privilégié un suivi transversal des opérations, limitant toute spécialisation sur un segment particulier du processus achat.

3.2.4. Au sein de la pharmacie

Les achats courants font l'objet d'une mise en concurrence, le plus souvent par appel d'offres. L'évaluation et le recensement des besoins se fait en fonction des consommations passées, sans s'interdire toute ouverture vers les éventuelles nouvelles molécules, à priori peu nombreuses ses dernières années.

Le recensement et l'évaluation de besoins nouveaux sont réalisés en COMEDIMS pour l'éventuelle introduction de nouvelles thérapeutiques. Les médecins spécialistes sont associés aux choix des médicaments en fonction de leurs domaines d'activité. La naturelle dépendance vis-à-vis des habitudes des praticiens contribue ainsi à stabiliser les besoins en matière de médicaments utilisés, même si une partie des achats échappe au CHRO.

Les présentations des nouveaux médicaments sont effectuées par les laboratoires pharmaceutiques tout au long de l'année, au fur et à mesure de leur mise sur le marché et des commercialisations effectives. Le responsable de la pharmacie a entre 150 et 200 contacts par an avec les laboratoires. Il reçoit tous les visiteurs le mardi après-midi, uniquement sur rendez-vous. Ces contacts sont pour lui un moyen complémentaire d'assurer une veille technologique, économique et scientifique de manière prospective. Ils lui permettent un feedback avec ses fournisseurs.

Dans le cas particulier des médicaments rétrocédables, le référencement est réalisé au gré de l'inscription des médicaments à la liste et de l'inclusion des patients dans les traitements, dont

la prescription n'émane pas seulement d'un médecin du CHRO mais également du CHU de Tours ou de centres parisiens. La marge de choix locale peut donc être réduite.

La mobilisation conjointe de l'expertise des pharmaciens et des praticiens, au quotidien et à travers le fonctionnement d'une commission d'appel d'offre, permet de rationaliser les achats.

4. LA POLITIQUE ET LES STRATÉGIES D'ACHAT

4.1. LA DÉFINITION D'UNE POLITIQUE ACHAT

Au CHRO, les procédures de « *marchés négociés passés sans publicités ni mise en concurrence* » représentaient 21,2 % des achats en 2015 contre seulement 9,87 % en 2010. Ce mode de passation, strictement encadré⁷, peut sans doute s'expliquer par la nature spécifique des achats et des considérations technologiques ou scientifiques qui peuvent s'opposer à la liberté économique de choix.

Cependant, le poids de ces modalités d'acquisition interroge sur l'existence d'une politique d'achat.

Actuellement, il n'y a pas de politique formalisée au plus haut niveau mais des pratiques sont partagées et centrées sur des principes généraux tels qu'énoncés par la direction :

- « *Respect de l'enveloppe budgétaire allouée.*
- *Apporter une réponse aux objectifs institutionnels, comme le projet d'établissement, qui sont centrés sur l'amélioration des équipements non médicaux des services à travers le déménagement dans le nouvel hôpital, lequel a entraîné un renouvellement de la moitié des équipements considérés.*
- *Répondre aux besoins des services en retenant les solutions économiquement les plus avantageuses.*
- *Respect des règles de la transparence et de la concurrence ».*

Le secteur des achats ne s'est pas vu attribué d'objectifs de performance, globalement ou par segment. Il ne dispose pas d'indicateurs de fonctionnement cibles ou de leviers prioritaires à actionner. Le plan d'action achat, adopté fin 2014, a été la première occasion de définir des perspectives à atteindre en la matière.

L'ordonnateur a indiqué que « *des objectifs et des indicateurs rendant compte de l'efficacité de la politique d'achat seront définis en associant l'ensemble des membres du G.H.T. avec la coordination du contrôleur de gestion achats* »

L'absence d'un responsable unique des achats, positionné à un niveau suffisamment stratégique au sein de l'établissement, contribue sans doute à la répartition de la fonction, telle que présentée supra (3.1.1).

La reconstruction du CHRO a été cependant l'occasion d'une prise en main directe par la direction générale avec un objectif stratégique et financier fort. Une politique a été définie et appliquée.

Le directeur général adjoint considère ainsi que les gains en matière d'achats hospitaliers se font dans des proportions décroissantes à trois stades du cycle d'achat :

- Pour 75 % d'entre eux, ils sont obtenus au niveau de la définition des besoins.
- Pour 15 %, ils proviennent d'une négociation efficace.
- Pour les 10 % restant, ils sont dus à la mise en place d'un processus d'achat efficace.

⁷ Cf. Annexe 3.

Selon l'ordonnateur, la politique d'achat, naturellement conditionnée au projet médical, a été présentée conçue avec la double intention d'impacter la gouvernance de l'établissement, en favorisant l'élaboration et la satisfaction de besoins au niveau des pôles qui se voient ainsi reconnus et légitimés, et d'améliorer le processus de production de soins, en ayant comme préoccupation la satisfaction-patient.

Au total, à l'occasion de la réalisation du nouvel hôpital d'Orléans, une stratégie d'achat a été délibérément pensée et mise en place comme un outil participant de la gouvernance de l'établissement et de l'amélioration des processus de production. Elle repose sur une analyse fine de l'ensemble de l'acte d'achat et des gisements d'économies pouvant être exploités avec le plus d'efficacité.

4.2. L'ENGAGEMENT DANS LE PROGRAMME PHARE

L'établissement est modestement engagé dans le projet PHARE. La priorité a été naturellement accordée à sa reconstruction, l'hôpital n'est entré dans la démarche qu'en 2014 lorsqu'il a réalisé son premier « Plan d'Action Achat » (PAA).

Des réunions ont été organisées avec les acheteurs de tous les services concernés (direction des travaux et de la maintenance, laboratoires, pharmacie, direction des services économiques) pour lancer la dynamique du programme. Cependant les résultats du projet ARMEN⁸ n'ont pas été utilisés.

Pour calculer les économies générées par la mise en œuvre du programme PHARE, l'établissement dit utiliser la méthode préconisée par ledit programme où le gain est déterminé par la soustraction entre le prix de référence (ancien prix ou prix catalogue du fournisseur) et le prix proposé. Les acheteurs de la direction des services économiques ont suivi une formation à cette méthode de calcul des gains.

En réalité, le gain inclut des baisses de coûts qui peuvent avoir d'autres origines qu'une simple optimisation de la fonction achat et peuvent provenir d'améliorations techniques, chez le fournisseur, voire de l'évolution du produit même au sein de son cycle de vie ; l'apparition de produits nouveaux et concurrents pouvant conduire à la baisse du prix des produits anciens (effet de renouvellement de gamme). Ce type de baisse, parmi d'autres, n'est pas dû à une stratégie d'achat particulière.

Par ailleurs, la mise en œuvre du programme PHARE génère des dépenses en termes de frais d'adhésion au groupement d'achat UNIHA ou au GCS Centre⁹, en ce qui concerne les médicaments, par exemple.

Le CHRO a indiqué que la direction des services économiques et la pharmacie ont participé à des réunions organisées par l'Agence régionale de santé (ARS), sur des thèmes qui leur étaient propres ainsi qu'à une manifestation régionale organisée conjointement avec l'ARS le 19 mai 2016.

⁸ NB : Le projet ARMEN, axe majeur du programme PHARE, consiste à identifier des opportunités de gains, par vagues de dix domaines sur une durée de trois mois. Pour cela, dix groupes de travail issus de la communauté hospitalière -acheteurs, pharmaciens, biologistes, ingénieurs et prescripteurs d'établissements de santé- ont été constitués chacun spécialisé sur un segment d'achat. Sous le pilotage de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la mission de chaque groupe est d'identifier les bonnes pratiques déjà mises en œuvre avec succès sur le terrain, de les quantifier et d'en déduire des recommandations pratiques et opérationnelles.

Les résultats de ces différentes vagues de travail ont été présentés entre le 25 juin 2012 et le 27 janvier 2016. Elles ont permis d'identifier des recommandations achats opérationnelles dont la mise en œuvre doit permettre d'améliorer la qualité de prestations, tout en dépensant moins.

⁹ L'adhésion à UNIHA pour l'année 2016 revient à 57 170 €, celle au GCS Centre pour 2017 à 23 174 €.

Un plan d'actions achat (PAA) a été mis en place pour la première fois, en fin d'année 2014, un deuxième a été élaboré en 2015. Ces deux plans ne concernent que les achats réalisés par la direction des services économiques, les acheteurs des autres directions n'étant pas concernés par ce programme PHARE.

Le PAA 2014

En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement, le périmètre cible est limité à 1 582 000 €, soit 1,46 % seulement du total des achats recensés en classe 6 pour l'année 2014. Le périmètre effectif ne couvre que 52 % du périmètre cible (816 000 / 1 582 000).

Le chiffrage des gains effectifs (*base 12 mois réalisés*) s'élevait à 215 780 €, soit une diminution de 13,64 % du coût des achats figurant dans le périmètre initial, correspondant à peine à une baisse de 2 ‰ de la valeur des achats de l'année 2014.

Les dépenses d'investissement portent en imagerie sur des dépenses dont le caractère exceptionnel est lié à la construction d'un établissement neuf, et pour lesquels les performances sont détaillées plus loin.

L'objectif est d'étendre les futurs PAA à l'ensemble des achats de l'établissement. Cette action sera facilitée, selon l'établissement, par la création d'une direction des achats unique.

Le maintien d'une structure interne au CHRO, afin de lancer ou de suivre les marchés subséquents, reste bien évidemment nécessaire et source de coûts de fonctionnement administratifs.

Force est ainsi de constater une mise en œuvre tardive et timide de la méthodologie portée par les PAA et le programme PHARE, outils supports de l'amélioration des performances en matière d'achat public.

4.3. LA MASSIFICATION ET LA MUTUALISATION DES ACHATS

4.3.1. La mutualisation des achats

La mutualisation des achats n'est pas formalisée, non plus, dans un document qui servirait d'axe de travail à une politique d'achat.

L'établissement adhère pour certains achats à UNIHA ou fait le choix de passer ses commandes par le biais de l'UGAP. Une répartition claire des commandes existe entre les principaux groupements d'achats. Chacun d'eux intervient de façon complémentaire pour la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux, d'équipements ou en matière immobilière et logistique. Toutefois, les achats de médicaments pour les deux segments les plus coûteux que sont les antibiotiques et les traitements antinéoplasiques¹⁰ se font via le groupement UNIHA qui conserve également un avantage en matière d'achats relatifs au secteur de l'hôtellerie-restauration et une exclusivité sur les énergies.

A partir de 2017, le CHRO intègre le groupement d'achat régional (CERAP) dans le but de renforcer la coopération régionale pour l'achat des produits pharmaceutiques. Il a rejoint ce groupement d'achat « GCS Achats Centre » en tant que 104^e membre. A ce titre, il participera aux consultations lancées en 2017.

Enfin, il est prévu que l'ensemble des procédures de la pharmacie soient reprises au sein de la direction des services économiques, un agent de la pharmacie étant affecté à la cellule des marchés. Les achats pharmaceutiques seront alors mutualisés.

¹⁰ Un antinéoplasique est un médicament destiné à bloquer la prolifération des cellules cancéreuses - le néoplasme désignant une tumeur ou un cancer.

La participation à des groupements d'achat est une pratique ancienne puisque l'équipe de pharmaciens qui pilote la pharmacie a déjà, il y a plusieurs années, fait fonctionner un groupement d'achat départemental. Pour autant, les prix obtenus directement par le CHRO sur un médicament tel que le « Lovenox » sont identiques à ceux offerts par UNIHA. La taille d'un CHRO est, à elle seule, suffisante pour peser sur les tarifs.

La massification des achats est au CHRO à l'origine d'une réflexion qui développe une analyse critique vis-à-vis de la multiplication des regroupements.

Selon l'établissement, la massification n'apporte pas de plus-value aux grandes structures qui sont déjà en mesure d'obtenir des prix intéressants. Les industriels fournisseurs s'adapteraient à la montée en puissance des groupements d'achat auxquels ils n'offrent pas d'emblée les conditions les plus favorables, certains de devoir, au second tour, négocier leurs prix. Le CHRO n'exclue pas un risque de cartellisation du marché, entre les mains de quelques fournisseurs et estime que les barrières à l'entrée pour les nouveaux fournisseurs, les PME et les entreprises locales, peuvent être réelles. La sécurité des approvisionnements peut être menacée de part un rationnement volontaire du marché destiné à soutenir la position de force des offreurs. La multiplication des structures collectives de commandes ne lui apparaît donc pas sans inconvénients.

4.3.2. Les relations avec ces groupements

Les modalités de contrôle des achats effectués par un groupement d'achat semblent modestes. Il n'y a pas de dispositifs spécifiques de reporting prévus même si des responsables de filières sont chargés de ce suivi au sein du CHRO.

La coordination avec les centrales d'achat est le fait de chaque entité acheteuse de l'établissement. Les acteurs du CHRO, chacun en ce qui concerne son domaine de compétence, peuvent être amenés à participer à ce fonctionnement. Il n'y a donc pas de coordination agrégée au niveau de l'établissement.

En ce qui concerne la direction des services économiques et la pharmacie, cette coordination prend la forme d'une « adhésion-acceptation » à UNIHA qui reçoit les besoins, organise les réunions où sont élaborés les cahiers des charges, ou choisit les fournisseurs.

La direction des services informatiques réalise une partie de ses achats via UNIHA ou par l'intermédiaire de la Centrale d'Achats de l'Informatique Hospitalière (CAIH¹¹) et de l'UGAP. Le directeur des services informatiques est administrateur de CAIH et représente le CHRO au comité restreint du GCS Télésanté Centre qui est également un groupement d'achats pour certains projets.

Le contrôle se limite essentiellement à des participations aux réunions UNIHA (Assemblées générales, Comités des filières, Commissions des Experts Juridiques) et le contrôle est « délégué » à ce groupement. Cela est matérialisé par l'envoi de comptes rendus de présentation des filières par voie de mails ou de courriers.

L'établissement indique que les marchés passés via UNIHA sont suivis au même titre que les autres marchés passés en direct par le CHRO d'Orléans.

L'appartenance à UNIHA ne pose pas de difficulté au directeur des systèmes d'information qui souligne le caractère moins impersonnel des relations avec le groupement, comparativement à d'autres, comme la présence et l'accès possible à des professionnels « métiers » au sein de ce groupement, dont il indique enfin que « *la gouvernance est maîtrisée* ».

¹¹ Groupement de commandes lié par un accord-cadre avec la société Microsoft.

Le rôle des groupements d'achat dans une forme « d'assistance à maîtrise d'ouvrage », et de conseil, au niveau de l'acte d'achat est ici mis en avant alors même que nous nous situons au sein d'une structure bien dotée en personnels qualifiés.

En revanche, le DSI évoque la tendance, au moment du renouvellement des marchés, à une croissance des exigences des adhérents « *augmentant en quelque sorte la granularité de leurs attentes* » qui peut constituer un frein à une concurrence forte. Cette augmentation de la complexité des demandes se retrouve dans des CCTP de plus en plus pointus et peut naturellement peser sur les prix que la centrale d'achat est en capacité d'obtenir. Au-delà, elle empêche une certaine standardisation des achats, limitant alors la capacité des fournisseurs de répondre.

Enfin le directeur des services informatiques évoque le dialogue qui existe entre le coordonnateur (interne à l'hôpital) et la structure mutualisatrice qui permet de faire apparaître un segment d'achat.

Il cite le cas de l'informatisation de la réanimation dont la spécificité serait issue d'une analyse commune et qui a pu déboucher sur l'élaboration d'un cahier des charges fonctionnel par le comité de filière NTIC.

La participation au fonctionnement des groupements d'achats est donc organisée, à minima au plan institutionnel, tout en étant une réalité opérationnelle par filière.

En conclusion, l'appartenance à un groupement d'achat ou de commande est perçue par le CHRO comme une aide à la formalisation des attentes de chacun des adhérents. Selon lui, elle présente cependant un risque de voir augmenter le niveau d'exigence moyen attendu par ceux-ci, limitant d'autant l'effet prix issu de la massification des commandes, dès lors que le « juste besoin » pourrait être « sur-satisfait ».

5. LA RÉGULARITÉ ET LA QUALITÉ DU PROCESSUS ACHAT

5.1. LA DÉFINITION DES BESOINS

La standardisation des achats est systématiquement recherchée dans le cas de déploiement en masse des équipements : mobiliers de chambre ou de bureau, petits équipements biomédicaux, matériels informatiques (PC, tablettes, imprimantes, dictaphones...). Ces achats sont réalisés via UNIHA ou l'UGAP.

Cette standardisation permet une simplification de la maintenance, de la gestion du parc des équipements, et pour le matériel informatique, une simplification du déploiement de logiciels.

Des recensements périodiques par services, au caractère très analytique, sont effectués sans qu'il nous ait été possible de saisir le mécanisme de choix et le processus de décision qui pouvait ensuite prendre place dans toutes les directions.

En matière de système d'information, les besoins sont hiérarchisés selon les priorités suivantes :

1. Leur cohérence avec le schéma directeur des systèmes d'information.
2. Leur cohérence avec le projet médical.
3. Leur nécessité opérationnelle.

Ils sont analysés à l'aune des préconisations du programme « Hôpital Numérique¹² », articulés avec les attentes figurant au CPOM de l'établissement et le programme de déploiement des systèmes d'information en santé porté par l'ARS. Une cotation est établie par le président de la CME. Les projets sont ensuite présentés au comité de projets informatique.

L'action du centre hospitalier en matière de maîtrise de son processus achat est prioritairement centrée sur la construction du « juste besoin ».

Ainsi, le directeur général adjoint a indiqué que le travail de concertation mené avec les personnels médicaux au sein des différentes instances aurait permis, à partir d'un besoin exprimé pour le programme d'équipement du Nouvel Hôpital d'Orléans (NHO) de 58 M€ de ramener la valeur des biens commandés à la somme de 34,2 M€, pour un coût moindre encore, comme indiqué plus loin.

L'objectif de l'établissement est d'obtenir de la commission des équipements médicaux qui se réunit trois fois par an une vision partagée des équipements nécessaires pour soutenir le projet médical. Ce résultat est le fruit de négociations et d'arbitrages.

La commission des équipements médicaux

Objectifs

La commission des équipements médicaux n'a pas vocation à se substituer aux acheteurs ou utilisateurs. Sa valeur ajoutée consiste, dans sa capacité à concevoir et mettre en œuvre, dans une visée pluriannuelle, l'acquisition d'équipements médicaux. Elle peut d'autre part être sollicitée en vue d'avis préalables à l'arbitrage du directeur général.

L'équipement médical se distingue en quatre chapitres :

Les équipements structurants, d'un montant unitaire significatif, ont un impact sur l'activité, les pratiques professionnelles, la prise en charge du patient (que ce soit en amont ou en aval du service considéré) ...

Les équipements de renouvellement

Les instrumentations

Les imprévus.

Fréquence des réunions

La commission se réunit trois fois par an.

Modalités de fonctionnement

Le relevé de décisions est largement diffusé à l'ensemble des chefs de service du CHR, par mail, par souci de transparence du processus de décision

Subsidiarité

Chaque pôle se voit affecté une enveloppe dite « de renouvellement » ...fonction de la moyenne des moyens alloués les trois précédentes années. Au sein de cette enveloppe chaque pôle détermine ses priorités.

Source : CHRO

La recherche du « juste besoin » est, selon le CHRO, la principale source d'économie en matière d'achat. Elle vise à faire émerger un « *optimum de satisfaction* » antérieur à tout acte d'achat significatif associant les préoccupations des soignants et les considérations économiques. Elle s'appuie sur des cycles réguliers de négociation.

¹² Le programme hôpital numérique a identifié un certain nombre de prérequis qui doivent être atteints, dans deux dimensions (sécurité et interopérabilité) afin de permettre à l'établissement de bénéficier d'un accompagnement financier sur projets. Cinq domaines composent le programme qui définit des cibles d'usage à atteindre : en matière de prescription (résultats d'imagerie, de biologie ou d'anatomo-pathologie ; Dossier patient informatisé et interopérable ; prescription électronique alimentant le plan de soins ; Programmation des ressources et agenda du patient ; pilotage médico-économique).

5.2. L'ACHAT DURABLE ET L'ACCÈS DES PME A LA COMMANDE PUBLIQUE

Le nouvel hôpital qui regroupe toutes les activités médico-chirurgicales et obstétriques du CHRO est certifié HQE. Le système d'information hospitalier a fait l'objet d'un diagnostic environnemental « green it », intégré dans le cahier des charges techniques comme pour les autres achats.

Les PME ne font pas l'objet, à priori d'une attention particulière, sauf cas lié à des personnels. A titre d'exemple, le service achat se dit sensible aux PME locales et souhaite privilégier les circuits courts.

A l'inverse, si travailler avec des PME innovantes peut être motivant, c'explicitement identifié comme une source de difficulté par le directeur des systèmes d'information, notamment dès lors qu'il y a co-développement de produits entre l'hôpital et son fournisseur. La réalisation de « prototypes » a ainsi pu être qualifiée de source de « POC » entendu comme acronyme de « Plouf Of Concept », par opposition à l'acceptation habituelle de ce terme dans le jargon informatique¹³.

En résumé, si ces deux dimensions correspondent à des préoccupations sensibles, elles ne se traduisent pas, notamment en direction des PME, par une politique particulière.

5.3. LA PROGRAMMATION DES ACHATS

5.3.1. Une programmation des achats également pilotée par les alertes et informations élaborées au niveau du magasin de stockage

L'évaluation des besoins est réalisée à partir des historiques de consommations des produits. Les utilisateurs apportent leurs connaissances sur les spécificités des produits afin de mieux préciser le besoin. Les services de soins sont en contact régulier tant avec les acheteurs qu'avec le responsable de la plateforme d'approvisionnement / réapprovisionnement interne, ce qui permet d'avoir un retour, en boucle, sur les consommations de produits (qualités, quantités, adaptation aux besoins...).

Le suivi de gestion achat produit également des informations permettant de définir les niveaux d'achat.

5.3.2. Une programmation annuelle en matière d'équipements

La programmation des achats d'équipements est annuelle. Le recueil des besoins est réalisé en n-1, l'évaluation financière de ces besoins est ensuite faite par les acheteurs. Si l'enveloppe budgétaire allouée n'est pas respectée, une négociation est engagée entre acheteurs et utilisateurs pour revoir leur besoin.

Des études globales sont menées selon les produits : réactifs de laboratoire, matelas anti-escarres, équipements biomédicaux...

Lors du remplacement d'appareils existants, les études visant à cerner le retour sur investissement (et la rentabilité financière associée des équipements) qui ont pu être faites au moment de leur acquisition, sont réutilisées si des travaux de restructuration accompagnent le remplacement des appareils. Toutefois, depuis 2009, date de signature du marché de travaux pour le nouvel hôpital, aucun remplacement d'appareil n'a été accompagné de travaux de restructuration.

¹³ Proof of Concept : POC = Etape de validation concrète dans la mise en place d'un projet radicalement nouveau. Il faut, avant un déploiement plus large, faire "la preuve du concept". Lors du déploiement d'un Intranet groupe pour une multinationale, on en proposera par exemple une version limitée, dans un premier temps, à une unique direction afin de tester et valider son fonctionnement. On dit : "Passer l'étape du POC".

5.4. LES CRITÈRES D'ANALYSE RETENUS POUR QUELQUES MARCHÉS

5.4.1. Les critères qualitatifs, temporels et économiques sont traditionnellement retenus

Il s'agit, pour l'établissement de prioriser la faisabilité opérationnelle des prestations, dans une optique de continuité de fonctionnement, comme l'illustrent les exemples ci-après.

5.4.1.1. *L'acquisition d'un véhicule*

Les offres sont analysées et jugées selon des critères notés sur 10, 10 étant la note maximale. La performance technique est appréciée à partir de la documentation technique. Les critères sont pondérés de la manière suivante :

- Critère A : Performances techniques du véhicule : 50 %.
- Critère B : Prix : 25 %.
- Critère C : Délai de garantie : 15 %.

Une note est ensuite calculée. La note maximale de 10 est attribuée à l'offre la moins chère et les autres notes seront attribuées selon la formule suivante : $[(\text{Prix de l'offre la moins chère} / \text{Prix de l'offre à comparer}) \times 10]$.

5.4.1.2. *Le cas d'un projecteur de source haut débit*

Pour la fourniture, l'installation et la mise en service d'un projecteur de source haut débit de dose ainsi que la fourniture de doses destinées au service de radiothérapie de l'hôpital de La Source, les critères retenus ont été :

- Critère A : Fonctionnalités, ergonomie - coefficient de pondération 50 %.
- Critère B : Qualités techniques - coefficient de pondération 20 %.
- Critère C : Coût d'acquisition - coefficient de pondération 30 %.

Le mode de détermination de la note est le même que pour l'exemple de la voiture.

5.4.1.3. *La fourniture de réactifs de laboratoire*

L'offre présentant un coût patient le moins cher se voit attribuer la note de 10. Les pondérations sont les suivantes : les valeurs techniques et performances comptent pour 60 % (sachant qu'elle est la résultante de trois sous-critères), la fiabilité des résultats (données bibliographiques, fiches techniques, et /ou tests sur sites est notée sur 4, la faisabilité, adaptée au fonctionnement de l'unité, est également notée sur 4 et le conditionnement compte pour deux points. Le prix compte pour 40% de la note globale, l'offre présentant le coût patient le moins cher se voyait attribuer la note de 10.

5.4.1.4. *Pour la pharmacie*

Les critères sont les caractéristiques techniques, pondérées à 75 % et le prix chiffré à 25 % de la note totale.

5.4.1.5. *En ce qui concerne la maintenance et les services*

Le poids des critères se répartit entre la valeur technique pour 40 % et la valeur économique pour 60 %.

La valeur économique (60 points) recouvre la maintenance préventive (30 points) et la maintenance curative (30 points). Sa méthode de calcul est la suivante : il est attribué à la valeur de la moyenne des offres la note de 15/30, la valeur du point obtenue par division servant d'étalon pour définir un certain nombre de points au prorata de la valeur différentielle

entre l'offre analysée et le montant du référentiel. La méthode de calcul est reconduite pour l'attribution d'une note sur la valeur de la maintenance curative.

La valeur technique se décompose comme il l'est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Valeur technique de l'offre analysée au travers d'un descriptif de la proposition détaillé et complet de la prestation	10
Organisation des différentes phases en maintenance préventive	10
Délai d'intervention (cf. planning d'intervention)	10
Organisation des différentes phases de maintenance curative, y compris les phases de transport (aller-retour) ainsi que les délais de chacune des phases	10

Un autre exemple est fourni par la direction des travaux et de la maintenance qui intervient sur les équipements non médicaux et les bâtiments. L'offre de chaque candidat est notée selon sa valeur technique et selon sa valeur économique. Le premier critère se décompose en fonction de sous critères, également étalonnés, comme le montrent le tableau ci-dessous qui reprend l'article 13 du règlement de consultation.

Critères	Points
Références en maintenance multi-technique (importance de l'affaire – référence d'un contact)	5
Références dans le domaine Tertiaire pour la conduite et la maintenance d'installations multi-techniques (importance de l'affaire – référence d'un contact)	5
Note méthodologique et synthétique pour la prise en main de bâtiments neufs	7
Note méthodologique et synthétique sur l'organisation des moyens mis en œuvre pour satisfaire aux besoins de maintenance du patrimoine défini	6
Habilitations du personnel (l'entreprise fournira un tableau exhaustif des titres d'habilitation par employé et leur validité)	4
Description de la structure technique locale et régionale ; expertises disponibles	5
Compétences (Formation techniciens et ingénieurs) CV du manager et des techniciens dédiés au contrat	6
l'importance des ressources mobilisables dans un délai de 2 heures en cas de sollicitation par l'équipe présente sur site ;	5
Note explicative sur le suivi du contrat de maintenance : reporting auprès du CHRO	6
Note explicative sur la démarche de satisfaction client et engagement de la direction nationale dans la résolution des problèmes	6
Total	55

La valeur économique qui compte pour 45 %, s'apprécie selon les prix figurant aux bordereaux. Le référentiel de notation est fourni par le montant de la moyenne des offres auquel il est attribué la note de 22,5/45. La valeur du point obtenue par division sert d'étalon pour définir un certain nombre de points au prorata de la valeur différentielle entre l'offre analysée et le montant du référentiel.

5.4.2. Une approche en coûts complets encore partielle

L'établissement a la capacité de la mener à bien sans que cela soit systématique ni exhaustif. Il précise qu'une « *approche en coût complet n'est toutefois pas facilement applicable, dans le cadre de l'achat d'un appareil d'imagerie médicale car les fournisseurs ne vendraient ni appareil de reprographie, ni consommables, ni prestations travaux* » ce qu'ils pourraient faire en sous-traitant et donc à un coût plus élevé pour l'établissement.

Il ajoute d'ailleurs que « *l'ensemble des fournisseurs d'appareils d'imagerie attire l'attention de leurs clients sur ce point et les invite à passer leurs propres marchés. Il s'avère donc plus rentable pour l'établissement de lancer ses propres procédures d'achat pour les prestations de travaux, de fourniture de reprographes et de consommables¹⁴* ».

Lors de l'achat d'un appareil d'imagerie, le CHRO intègre systématiquement l'aspect « contrat de maintenance » dans ses marchés. Cet aspect est aussi pris en compte lors d'achat via des groupements d'achat. L'hôpital a ainsi négocié directement auprès des fournisseurs des extensions de garanties voire, la possibilité de surclasser les équipements commandés sans que cela n'impacte leur prix de vente.

L'étude des offres est réalisée en consolidant les coûts d'investissement, de fonctionnement et de maintenance sur la durée d'amortissement de l'équipement, mais sans intégrer les « consommables », comme l'illustre l'exemple qui a été donné en matière de tomographie¹⁵.

6. LES ACHATS DE MÉDICAMENTS

Décomposée en grandes masses, la structure des achats de médicaments permet d'avoir une idée de l'impact potentiel que peut avoir une stratégie d'achats optimisée sur le budget du CHRO.

L'enjeu réel attaché à l'optimisation de la dépense sur ce compartiment d'achats doit être relativisé. Ainsi, sur une masse globale de l'ordre de 52 M€ d'achats, 21 M€ portent sur des médicaments appartenant à la liste en sus, qui ne pèsent donc pas sur le coût des GHS. La part rétrocédée est de 19 M€ pour lesquels l'établissement M€, dont 3 M€ sont dédiés aux poches de sang, qui sont exclusivement consommées à l'occasion des séjours effectués par les patients.

L'enjeu financier associé à une meilleure maîtrise des achats de médicaments n'est donc que de l'ordre de 9 M€ pour des achats de médicaments de 52 M€, un volume global d'achats de 110 M€ ou à des charges de fonctionnement proches de 400 M€.

¹⁴ Cette affirmation ne correspond pas aux indications données par les fournisseurs qui, interrogés de façon informelle (SIEMENS, produits de laboratoire en l'occurrence), affirment construire des programmes de ventes où ils réalisent leurs bénéfices prioritairement sur les produits annexes à la vente de la machine.

¹⁵ La tomographie est une technique de radiothérapie guidée par l'image qui consiste à coupler un scanner et un accélérateur de particules miniaturisé qui tourne autour du patient « en spirale » pendant que la table sur laquelle il est allongé se déplace dans le sens de la longueur. Les faisceaux de rayons varient en fonction du déplacement du patient¹.

Cette radiothérapie hélicoïdale garantit au patient un meilleur ciblage du tissu tumoral à irradier, tout en réduisant les risques d'irradiation pour les organes sains à proximité. Cette technologie est destinée à des localisations et des traitements complexes tels que ceux des cancers de la sphère ORL.

Cette technique permet de délivrer les rayons par modulation d'intensité, en bandes très étroites, ce qui permet de traiter le patient en tranches, à l'identique de l'imagerie médicale dans les trois dimensions (scanner).

L'hôpital estime que les attentes en termes de sécurisation des approvisionnements sont au moins aussi importantes que le prix, pour un établissement de référence au plan territorial, et considère que le caractère négocié et administré des prix des médicaments, fruit d'un arbitrage entre les industriels et le Comité Economique des Produits de santé (CEPS), limite la marge de manœuvre qui peut être la sienne afin d'obtenir les meilleurs prix.

6.1. L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE ET DES PRIX

En 2015, le volume d'achat des médicaments (hors gaz médicaux) représente 52,7 M€. L'état des remboursements des médicaments de la liste en sus entre 2010 et 2015 est rassemblé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Evolution des remboursements des médicaments de la liste en sus

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépense T2A accordée	16 299 442 €	17 649 628 €	17 781 331 €	17 856 729 €	18 400 787 €	19 534 212 €

Source : CHRO

Le tableau du prix (prix unitaire TTC et nombre d'unités) des 20 premières spécialités, toutes achetées par appel d'offre, est présenté en annexe 1. Les critères de choix sont identiques à ceux de tous les marchés de la pharmacie¹⁶. Le choix porte sur le meilleur rapport qualité-prix des produits proposés, peu importe les réponses retenues : princeps, génériques, modes de présentation, formes galéniques...

Quelques comparaisons de prix ont été effectuées avec les médicaments vendus en pharmacie et dont le prix est administré, afin d'essayer d'approcher l'efficacité de la fonction achat. N'ont été retenus que les prix des produits en officines sans tenir compte des éventuels honoraires de dispensation qui pouvaient s'ajouter à la rémunération du pharmacien de ville. Ces honoraires sont, à titre d'illustration, de 0,82 euros par boîte de paracétamol 500 ou 1000 dont le coût est de 1,08 euros pour respectivement 16 ou 8 gélules.

Le CHRO se procure le « paracétamol 500 » à un coût 8,27 fois inférieur au prix public. Il paye le « paracétamol 1000 » 1,47 fois moins cher également que le prix public, même s'il est onze fois plus cher que le « paracétamol 500 ».

La prégabaline 25 mg est vendue 17,15 euros les 84 gélules en pharmacie. Le coût d'achat pour le CHRO est 10,91 % inférieur à ce prix de vente en officine (0,181887975 € la gélule contre 0,20416667 € en pharmacie).

Les seringues de daltéparine 5000 sont commercialisées entre 12,28 € et 35,21 € selon leur présentation (2 seringues ou 10). Le conditionnement le plus économique donne donc une seringue à 3,521 €. Le CHRO l'achète à pratiquement 20 % de son prix public.

Le caractère artificiel du prix des médicaments ou produits traitants, apparaît aussi en comparant le coût d'acquisition des poches de liquides physiologiques. Le prix des poches de 50 ml est à peine 2 % inférieur à celui des poches de 100 ml, attestant ici la faible valeur industrielle du contenu.

Les écarts de prix d'achat des médicaments du CHRO sont, compte tenu des éléments de comparaison, empiriquement approchés, très variables.

¹⁶ Valeur technique 75 % et prix 25 %

Les 10 premiers produits rétrocedés (avec mention de la spécialité concernée) sont rassemblés en annexe 1. La relative stabilité des rétrocessions d'une année sur l'autre trouve sans doute son origine dans la dimension statiquement cohérente de la demande adressée au CHRO. Il n'en demeure pas moins que ce dernier ne maîtrise pas cette composante de ses achats de médicaments.

Les 10 laboratoires pharmaceutiques plus gros fournisseurs (classement 2015 et évolution historique) sont également rassemblés en annexe 1. Il convient de noter que l'établissement n'est pas en mesure de fournir des données pour la période antérieure à 2012. Les dix premiers fournisseurs représentent environ 65 % des commandes en 2015, contre moins de 50 % en début de période, signe d'une concentration croissante. Au sein de cette liste, la concentration est importante, les trois premiers fournisseurs représentant encore 56,43 % des achats contre 61 % en 2012. La position première du laboratoire « Roche » reste solide, avec 20 % du poids des plus gros fournisseurs.

Les pharmaciens indiquent que les économies que l'on pouvait attendre de l'introduction des médicaments génériques ont pratiquement toutes été réalisées. Les « biosimilaires » qui nécessitent de forts investissements industriels ne s'accompagneront pas, selon eux, d'une baisse importante.

Alors qu'ils sont régulièrement évoqués comme un levier utile à la mise en œuvre d'une politique publique de maîtrise des dépenses de médicaments, la part des médicaments génériques n'est pas mesurée par le CHRO qui a pourtant recours à ces molécules. Il estime que, compte tenu de l'alignement global des prix, les perspectives d'économies liées à leur usage sont en voie d'épuisement.

L'établissement ne met pas en concurrence les molécules, encore sous brevet, qu'il pourrait considérer comme comparables. Il estime que les indications retenues dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ne sont pas toujours superposables. De plus, les modalités d'administrations peuvent être différentes et les associations au sein des protocoles thérapeutiques peuvent différer.

L'hôpital ne parvient pas à dégager des tarifs inférieurs au tarif de responsabilité¹⁷ en matière d'achat de médicaments de la « liste en sus ». Cela est vrai à l'exception du REMICADE et de l'INFLECTRA (Infliximab biosimilaire) pour lesquels le tarif de responsabilité est de 434 € alors que les prix d'achat sont respectivement de 396 € et de 306 €. Ces baisses de prix seraient récentes car les biosimilaires de l'infliximab viennent seulement d'être commercialisés.

Peu de médicament, hormis en matière d'essais cliniques et d'ATU, seraient cédés à prix faibles voire nuls. Il est possible cependant de citer le Doliprane pour lequel le CHRO consomme environ 1 million de gélules par an pour un coût de l'ordre de 6 000 €.

La pharmacie ne pratique pas le « *benchmarking* » prospectif. Elle n'est donc pas en mesure, seule, d'identifier le juste prix des médicaments par des comparaisons extérieures. Cependant l'OMEDIT- Centre¹⁸ recueille les données relatives à l'enquête auparavant réalisée par la DREES concernant les prix d'achat des produits de santé et compare les établissements de la région. Cette mission permet ainsi d'interpeler les établissements quand des écarts sont importants. L'établissement connaît ces données et est donc en mesure de se situer dans le paysage régional.

¹⁷ Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) est un tarif de référence fixé par l'assurance maladie en France. Il correspond au tarif du médicament générique au prix le plus bas.

Il a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003^{1,2}, et concerne début 2010 environ 850 produits (sur environ 1 850 produits remboursables).

La mise en place du TFR s'inscrit dans la politique de médicament générique, afin de réduire les dépenses publiques de santé.

¹⁸ L'OMEDIT (Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations techniques) Centre-Val de Loire est une structure régionale d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendante, placée auprès de l'ARS. Il est fortement engagé dans l'accompagnement et la mise en œuvre des démarches de qualité, de sécurité et d'efficacité médico économique liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux, auprès des patients et des professionnels de santé.

6.2. LES SPÉCIFICITÉS DE L'ORGANISATION DE L'ACHAT DE MÉDICAMENTS

Trois missions définissent de façon spécifique la fonction achat en matière de médicaments. Celle-ci s'organise autour d'un suivi des besoins des utilisateurs et met en œuvre une veille réglementaire, technique et scientifique, vis-à-vis de nouveaux médicaments.

Le métier de pharmacien hospitalier est plus celui d'un intermédiaire, qui intervient aussi bien au stade du conseil du prescripteur, que celui d'un acheteur, au sens habituel du terme.

L'approvisionnement en médicaments et en dispositifs médicaux obéit à des marchés dont la durée est définie par les pharmaciens, en fonction de critères scientifiques, techniques ou logistiques voire liés à des contraintes d'investissement. Ces marchés sont aujourd'hui élaborés pour deux, parfois trois ans en ce qui concerne par exemple les solutés massifs, compte tenu d'une période moins riche en innovations médicamenteuses ou du fait du caractère « routinier » du produit.

Les marchés des gaz médicaux sont passés pour 4 ans dès lors qu'ils sont conditionnés par des équipements spécifiques et qu'un changement d'opérateur est à même de demander entre trois semaines et un mois d'interruption de fourniture.

L'approvisionnement en médicaments fait l'objet d'une commande mensuelle pour les produits courants et d'une commande par quinzaine pour les produits onéreux. Les commandes sont regroupées par laboratoires pour une optimisation du nombre de commandes.

La traçabilité des périmés est assurée depuis le 1er mai 2015 et représente sur les huit mois de 2015, un montant de 103 800 € soit 2,5 % du stock moyen. La préparation des médicaments à l'aide d'un robot réalisant des suremballages de doses individuelles au profit d'environ 500 patients par jour, permet le réemploi des médicaments préparés et non dispensés. L'économie ainsi réalisée serait sans doute substantielle mais n'a pas été mesurée.

Trois illustrations nous permettent de voir qu'il est difficile aux pharmaciens de construire une politique d'achat systématiquement efficiente.

6.2.1. Les produits contingentés

Les pharmaciens sont régulièrement confrontés à un rationnement de la part de leurs fournisseurs les obligeant, par un processus long et coûteux au plan de sa gestion administrative, à commander les médicaments, patient par patient, voire même, boîte par boîte pour un même patient. Le CHRO est donc régulièrement confronté à des situations de rationnement touchant les médicaments qu'il souhaite obtenir, situations générant une mobilisation de temps agent particulièrement importante.

L'ACYCLOVIR est un princeps du « ZOWIRAX ». Ce flacon qui coûte 1,2 € était en rupture chez le fournisseur titulaire du marché. L'établissement a cherché à se dépanner chez MYLAN, autre fournisseur, qui était également en rupture. Le second exemple de rupture concerne le « RIFATER à seulement 0,33 € HT le comprimé.

Dans ces deux situations, le pharmacien a dû appeler un numéro de téléphone où on lui a communiqué un numéro d'autorisation, qui lui a ensuite permis de passer sa commande et d'obtenir le produit. Chaque traitement est envoyé « au compte-goutte ». La problématique du coût d'achat devient naturellement secondaire même si les coûts administratifs associés s'envolent. De plus, le fait que le titulaire initial du marché ait l'obligation de rembourser le surcoût, pesant sur l'hôpital, est un facteur qui l'incite à majorer sa marge initiale pour y faire face, le cas échéant.

L'organisation du marché du médicament contraint de façon spécifique les stratégies d'achat, comme l'exposent les pharmaciens : *« C'est un marché où les offreurs travaillent en flux tendus, limitant au plus strict leurs stocks et produisant de plus en plus à la demande, en fonction des marchés qu'ils ont remportés.*

Leurs capacités de production sont optimisées et les mettent dans l'incapacité, régulièrement, de faire face à de gros appels d'offres émanant des centres hospitaliers.

Les fournisseurs contingentent la production française afin de privilégier ou de maintenir l'exportation.

L'apparition d'une situation de pénurie chez un fournisseur dans l'incapacité de produire plus, se répercute rapidement chez ses concurrents qui ont, eux même, des capacités de production limitées et ont du mal à faire face à ce « report de la demande ».

Cette oligopolisation des fournisseurs pèse sur les acheteurs. Ils sont contraints, au-delà des obligations de sécurité (sécurité d'approvisionnement, impératif d'un stockage minimum notamment pour un CHRO qui peut être amené à approvisionner de plus petits hôpitaux en rupture) qui peuvent peser sur eux, à s'y plier et à diversifier leurs fournisseurs.

Dans ce contexte, les stratégies de massification des achats sont, peu opérantes.

A court terme, elles risquent d'aboutir à une rupture de stock au niveau d'un hôpital dès lors que le fournisseur ne sera pas en capacité de produire suffisamment pour satisfaire la demande.

A long terme, elles ne peuvent se traduire que par l'apparition d'une situation de monopole de production du côté des offreurs. Celle-ci sera génératrice alors d'une perte de pouvoir de la part des hôpitaux sur le prix des médicaments ».

Ainsi, selon le CHRO, le fait que le marché des médicaments soit un marché rationné par la structure de son offre ou du fait de la nature des produits qui y sont échangés, aboutit à limiter fortement la liberté d'action des acheteurs hospitaliers.

6.2.2. Les produits concernés par l'article 48 du PLFSS de 2014

Cette situation¹⁹ concerne les anciens médicaments, souvent des produits anticancéreux, antérieurement sous ATU (Autorisation temporaire d'utilisation) qui font l'objet d'une AMM (Autorisation de mise sur le marché).

¹⁹ La circulaire du 8 juillet 2014 présente les dispositions de l'article 48 de la LFSS 2014 et précise les conditions dans lesquelles les spécialités concernées peuvent être vendues au public par les pharmacies à usage intérieur dûment autorisées (PUI) et prises en charge par l'assurance maladie.

L'article 48 de la LFSS 2014 concerne la prise en charge des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Il crée notamment l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale qui généralise le dispositif expérimental lancé par la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des dispositifs médicaux, qui permet de délivrer et de faire prendre en charge par l'assurance maladie certains médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

La circulaire rappelle tout d'abord le dispositif pérenne introduit par l'article L. 162-16-5-2 à savoir que les établissements de santé peuvent se fournir, acheter, utiliser et prendre en charge des médicaments ayant fait l'objet d'une ATU dès l'obtention de l'AMM à compter de la date de la fin de l'ATU, fixée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). *« Ces dispositions prennent fin lorsqu'une décision relative à la prise en charge ou au remboursement du médicament au titre de son AMM est prise et, le cas échéant, jusqu'à la publication de son prix ou de son tarif de responsabilité. »*

Elle détaille ensuite le périmètre de la prise en charge des spécialités concernées en distinguant les poursuites de traitements engagés sous le régime de l'ATU.

- L'initiation de nouveaux traitements passée la date de fin de l'ATU.

Les spécialités concernées par ce dispositif, et non classées en réserve hospitalières, peuvent être vendues au public par les pharmacies à usage intérieur autorisées à cette activité. *« Elles sont prises en charge par l'assurance maladie à 100 %, sur la base de leur prix d'achat par l'établissement, majoré du montant de la marge forfaitaire [...] et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée ».*

« Lorsque le médicament est administré à un patient hospitalisé, son coût est supporté par les crédits relatifs aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ». Ce financement MERRI, qui est décrit par le biais d'une fiche spécifique (« Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation ») dans le guide MIG, se base sur la consommation de médicaments rapportés par les établissements via l'outil FICHCOMP et le codage UCD des médicaments.

Auparavant, ils étaient remboursés à l'établissement dans le cadre de la liste en sus. Désormais, ils sont qualifiés de « *dispositifs pérennes* ». Cette intégration vient alourdir le budget d'achat des médicaments alors même que l'établissement ne mesure pas le niveau de remboursement qu'il pourra obtenir malgré la circulaire ci-dessous rappelée.

6.2.3. Une dépendance excessive vis-à-vis du cycle de vie des médicaments : l'exemple de l'hépatite C

Si les prix des médicaments sont, aux dires des pharmaciens rencontrés, désormais relativement stables, dès lors que la période d'apparition de génériques est globalement révolue, il n'en demeure pas moins que la découverte de nouveaux traitements place l'hôpital dans une situation de dépendance totale vis-à-vis de ses fournisseurs.

Il a ainsi été rapporté le cas de nouveaux produits utilisés pour la lutte contre l'hépatite C dont le coût est de l'ordre de 600 € le comprimé. Ces prix de vente, dont le rapport avec les coûts de production est peu apparent, n'ont d'ailleurs pas été modifiés avec l'apparition d'un deuxième producteur qui a « *calé son prix sur celui du premier entrant sur le marché* ». Il y a peu d'économie à attendre de la mise en place d'achats groupés sur ce type de produits.

6.3. LE RECOURS A LA MUTUALISATION

L'établissement considère aujourd'hui qu'aucune modification (qualitative ou chiffrée, en matière d'impact sur les prix d'achat et sur l'organisation de la fonction achat) ne peut être portée au crédit de la mutualisation des achats de médicaments, de la standardisation de leurs procédures d'achat, d'un recours accru à la négociation ou encore de la dématérialisation. Ces gains sont en outre qualifiés de « *one shot* » dès lors que les fournisseurs peuvent sans doute faire un effort sur les prix, une fois lors de la constitution du groupement, mais que ces efforts sont ensuite restreints.

Cependant, le CHRO a renforcé la mutualisation et la standardisation des achats de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux en adhérant au GCS achat Centre-Val de Loire, à partir de l'année 2016 et pour les années suivantes. Cette adhésion, comme en interne, une mutualisation de la fonction achat entre la direction des services économiques et la pharmacie, doit permettre, selon l'hôpital, des gains de personnel.

Le coût de fonctionnement du GCS évoqué ci-dessus a été de 420 000 € en 2015 pour 103 établissements. Les frais de participation des établissements adhérents « *oscillant entre mille euros et quelques milliers d'euros* » selon la même source, il est vraisemblable que cette adhésion soit neutre sur le plan économique puisqu'elle devrait s'accompagner de la suppression d'un poste de travail.

Pour ce qui a trait aux spécificités orthopédiques, les dispositifs médicaux implantables sont extrêmement divers et ce marché est donc extrêmement segmenté. « *Sur les 20 millions d'achats effectués par le CHRO, seuls dix peuvent être mis en commun* ».

La crainte de la reconstitution d'un monopole chez le fournisseur, du fait d'une éviction des petits fabricants, est enfin présentée comme une limite à une mutualisation excessive. Ainsi, en ce qui concerne les gaz médicaux, il est évoqué la possibilité qu'Air Liquide puisse évincer tous ses concurrents, fragilisant ensuite les établissements.

6.4. LES PROCÉDURES UTILISÉES

La COMEDIMS intervient en matière de décisions de référencement. Son rôle de lieu d'échanges et d'élaboration de compromis entre médecins et pharmaciens acheteurs est souligné par les parties rencontrées.

Les choix de référencement de médicaments sont réalisés en concertation entre le pharmacien et les médecins spécialistes en fonction de leur domaine d'activité, voire même avec les infirmiers du service. Selon l'hôpital, cette tradition « *depuis plus de 20 ans au CHRO de dialogue entre les prescripteurs et les pharmaciens n'a pas attendu d'être suggérée par le programme PHARE* ».

Une illustration est donnée avec les comprimés d'EXOMYL. Le princeps est fourni sous forme de barre sécable en 4 morceaux. Il est souvent utilisé ainsi dans les services. Le recours à un générique équivalent, également sécable mais de façon circulaire, a été abandonnée car il conduisait à une plus grande consommation. Une grande partie des comprimés étaient jetés, ayant été mal coupés et ne pouvant pas être distribués à d'autres patients.

Les classes les plus coûteuses concernent les médicaments destinés à prendre en charge des pathologies cancéreuses. Ces traitements sont protocolisés et validés au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le choix final est arrêté lors de la commission consultative des marchés au sein de laquelle la direction, le personnel médical et le personnel paramédical sont représentés.

Au sein de l'hôpital, il n'y a pas d'évaluation comparée de certains traitements.

L'hôpital dispose d'une liste des médicaments référencés. Cette liste diffusée ne fait pas apparaître les prix des produits ou les coûts de traitement. Le nombre des médicaments référencés est stable et renvoie à environ 2 500 conditionnements. La décision de référencement est opposable aux médecins prescripteurs. Les prescriptions hors livret font l'objet d'une proposition d'équivalence thérapeutique. Toutefois, cette liste ne fait pas apparaître les équivalents thérapeutiques pouvant être objectivement retenus.

L'allotissement à la DCI²⁰ est de mise et plus rarement à la classe thérapeutique²¹ (Ex : Sartan, inhibiteurs de la pompe à proton).

On constate l'existence de règles de choix construites, partagées et qui permettent d'aboutir à une certaine rationalisation des commandes, alors même que la sensibilisation des acteurs médicaux aux coûts des traitements peut encore s'intensifier.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux et le petit matériel, l'organisation retenue qui fait travailler ensemble la pharmacie, la stérilisation et les services économiques, aboutit à des choix et des études « en coûts complets d'usage » de dispositifs médicaux. Cela permet aussi d'éviter les petites commandes, et de limiter le coût de leur passation.

En revanche, au niveau des achats des différents instruments utilisés par les professionnels, la pharmacie reste à l'écoute des demandes des praticiens, estimant qu'il pourrait être contreproductif, médicalement et en termes d'efficacité, de vouloir imposer tel ou tel matériel à un praticien qui a appris à en utiliser un équivalent.

La procédure d'achat la plus commune reste la mise en concurrence avec, chaque fois que cela est possible, une procédure d'appel d'offre. Le dialogue compétitif est également pratiqué.

²⁰ La dénomination commune internationale (DCI) est la façon indépendante des marques commerciales de désigner un médicament. Contrairement aux noms de marque largement utilisés sur les ordonnances des médecins, la DCI est le nom de la substance active – la molécule – contenue dans le médicament.

²¹ Définition d'une classe thérapeutique : Regroupement de médicaments correspondant à une même indication (maladie). Se segmente en sous classes thérapeutiques pour la même indication et une même famille pharmacologique (même groupe chimique ou même mode d'action, par exemple sur un récepteur*). Encore appelé " segment thérapeutique ". Chaque année l'IRDES* publie une énorme base économique en ligne, www.ecosante.fr, dont une facette comprend la consommation en France (marché officinal) par classe thérapeutique.

Dans ce cadre, la définition des besoins est importante : « *Ceux-ci doivent être suffisamment précis, mais pas trop afin de susciter une pluralité de réponses sans encourir de risque juridique de favoritisme* » pour le pharmacien.

Même s'il n'existe pas de code de déontologie écrit, les pharmaciens se sont, par exemple, donnés comme règle de s'interdire de siéger dans une commission de sélection dès lors que le laboratoire où travaille leur conjoint peut être candidat. Selon les dires des pharmaciens interrogés, les laboratoires pharmaceutiques n'hésitent pas à faire pression via le corps médical afin de faire utiliser leurs produits, instruments ou dispositifs.

A la pharmacie, l'essentiel des gains sur achats est obtenu au stade de l'analyse des besoins et en pratiquant, en ce qui concerne les dispositifs médicaux ou le petit matériel, un raisonnement en coûts complets. Si une éthique locale encadre les conditions de passation de commandes, elle gagnerait sans doute à être formalisée au sein d'un guide d'achat interne au CHRO.

7. LES ACHATS D'ÉQUIPEMENTS D'IMAGERIE

7.1. LES SPÉCIFICITÉS DE L'ACHAT EN IMAGERIE ET L'ÉVOLUTION DE CES DÉPENSES D'ÉQUIPEMENTS

7.1.1. Les déterminants des décisions d'achat en imagerie

En matière d'imagerie, « *l'échéance de remplacement est donnée par la durée du forfait à taux plein* ». L'âge des équipements entraînant une diminution du forfait technique payé, les établissements sont peu enclins à conserver du matériel qui leur rapporte moins. Les règles tarifaires de remboursement des actes accélèrent le rythme de renouvellement des équipements.

Au-delà, les critères pris en compte dans une réflexion conduisant au changement de matériel sont les suivants :

- L'état de la science à travers la veille technologique qui est menée ;
- La fiabilité de l'appareil installé ;
- Sa vétusté.

7.1.2. L'évolution des dépenses contemporaines du CHRO en imagerie

La liste des équipements d'imagerie achetés depuis 2010 et les prix d'achat sont rassemblés en annexe 2.

Le nombre important d'achats effectués en 2014 s'explique par la perspective de l'installation dans le nouvel hôpital. Le mode d'acquisition, via l'UGAP plutôt que par un appel d'offre direct, est jugé plus économique. Il laisserait la possibilité au client de dialoguer directement avec ses équipementiers afin d'obtenir des conditions de prise en charge améliorées (extension de garantie ou remise tarifaire) par rapport à l'offre catalogue initialement retenue.

Cet achat massif d'équipement effectué par le biais de l'UGAP apparaît singulier, comme l'est également la marge de négociation directe et efficace, laissée ensuite et encore au CHRO.

7.2. L'ÉTUDE APPROFONDIE D'UN MARCHÉ EN IMAGERIE

Compte tenu de la part importante des achats d'équipements d'imagerie transitant via l'UGAP ou UNIHA (7,2 M€ sur 8,4 M€ d'achats réalisés durant la période sous revue), seul le marché n° 156-108 concernant la fourniture, l'installation, la mise en service et la maintenance d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de 1,5 Tesla a pu être analysé de façon autonome.

7.2.1. L'analyse de l'offre

Le marché des équipements d'imagerie en coupe (IRM, TEP, Scanner, Gamma caméra) est fortement oligopolistique, concentré autour de cinq fournisseurs mondiaux qui sont par ordre d'importance : General Electrics Medical Services (GEMS), Siemens, Philips, Toshiba et Hitachi.

L'étude des acquisitions réalisées par le CHRO montre la présence exclusive des deux principaux fournisseurs, Siemens et GEMS contre trois présents au niveau national.

Tableau 8 : Comparaison répartition fournisseurs du CHRO avec structure du marché national

Equipements d'imagerie en coupe (parts de marché)	CHRO	Marché national
General Electrics Medical Services (GEMS)	43,6 %	45,2 %
Siemens	56,4 %	26,3 %
Philips	néant	26,2 %
Toshiba	néant	2,2 %
Hitachi	néant	0,1 %
TOTAL	100,0 %	100,0 %

Source : CHRO, données SNITEM pour la France reprises par la DGOS

Pour l'appel d'offres relatif à un IRM corps entier de 1,5 Tesla initié à fin 2014, six dossiers ont été retirés mais seulement deux offres émanant des deux fournisseurs leaders sur le marché français (GEMS et Siemens) ont été reçues par l'établissement. Le coût d'acquisition a été de 1,198 M€ TTC auquel s'ajoute un coût de maintenance annuelle de 102 000 € TTC.

Le nombre limité des répondants questionne dès lors que seuls les fournisseurs habituels du CHRO étaient finalement en lice, comme si les autres fabricants, doutant de leurs chances d'être retenus, s'étaient abstenus de candidater, tout en retirant malgré tout un dossier.

Pourtant ce nombre limité de fournisseurs n'est pas perçu par le CHRO comme introduisant un rapport de force qui lui serait défavorable. Cette concentration est même considérée comme facilitant la gestion dès lors que le nombre de relations à construire avec les fournisseurs est moindre. Il estime que la standardisation des protocoles informatiques et le suivi technique, pour et par, les ingénieurs et techniciens biomédicaux sont source d'économies d'apprentissages dès lors que les mises en œuvre, comme la maintenance, sont connues.

L'homogénéisation des équipements facilite l'interopérabilité des appareils. Ainsi le coût d'entrée et d'entretien de la relation avec le fournisseur est réduit. Pour le CHRO, la dimension oligopolistique du marché fournisseur ne constitue donc pas à priori un facteur de surcoût potentiel.

7.2.2. La définition du besoin

Les besoins en termes d'équipements d'imagerie nouveaux passent par une estimation prévisionnelle des actes par typologie ainsi que par un dialogue prescripteur / Direction Générale de façon à les traduire en une demande homogène, rationalisée.

La définition des besoins en équipement d'imagerie du NHO a été l'œuvre concertée du corps médical et de la direction de l'établissement avec le soutien de l'ingénieur biomédical. Cette démarche a été formalisée au sein de la « sous-commission médicale des équipements », les utilisateurs étant étroitement associés à l'évaluation des besoins qui ont été anticipés en amont de leur mise en service.

Dès novembre 2013, des contacts ont été initiés auprès de certains constructeurs d'IRM et de scanners afin de déterminer les produits de leur gamme les plus adaptés aux caractéristiques énoncées par l'établissement. Ces consultations préalables de fournisseurs concernaient l'acquisition de deux IRM (1,5 et 3 Tesla²²) et d'un scanner²³.

Des présentations par les fournisseurs précités et des visites de sites installés ont eu lieu au cours de l'année 2014, avant le lancement de l'appel d'offres pour l'IRM de 1,5 Tesla intervenu en novembre 2014.

Le CHRO indique avoir effectué une consultation séparée pour cet IRM parce que « *l'IRM 1.5 Tesla proposé par l'UGAP ne correspondait pas, pour des raisons techniques, (qualité médiocre des examens abdominaux et vasculaires) aux besoins des radiologues* ».

Cette pratique peut s'apparenter à du *sourçage* (« *sourcing* » en anglais) qui consiste pour les acheteurs publics à adapter le contenu de leurs cahiers des charges à l'offre présente, en consultant préalablement les fournisseurs. D'abord admise par la jurisprudence administrative (CE 14 novembre 2014, *SMARG*, req. n° 373156), elle a été consacrée par l'article 4 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 concernant les phases de préparation et de passation des marchés publics.

Le recours au *sourçage* se conçoit aisément dans le contexte d'un achat d'équipement de très haute technologie, sujet à innovations, où la définition du besoin prend tout son sens. Les modalités de l'achat de l'IRM de 1,5 Tesla comportent cependant un risque juridique significatif que le CHRO a sans doute limité. Il a pris la précaution de contacter les principaux fournisseurs d'IRM simultanément, sans pré-sélection d'un cercle réduit d'industriels, en leur faisant parvenir un descriptif technique détaillé qui constituera pratiquement le futur cahier des clauses techniques particulières.

L'existence de réunions de présentations à l'intention du corps médical, de la direction et de l'ingénieur biomédical donne également un caractère ouvert, à ce stade amont du marché.

Il n'en demeure pas moins que la pratique du *sourçage* qui permet de bien connaître l'offre disponible et de la confronter précisément à une demande, elle-même bien circonscrite, pourrait, par prudence, être mieux encadrée par quelques principes ou quelques règles énoncées dans un guide de la commande publique propre au CHRO.

7.2.3. Une appréciation de la procédure globale de passation

Le marché public « *Fourniture, installation, mise en service et maintenance d'un IRM de 1,5 Tesla* » a été lancé en novembre 2014 sous la forme d'un appel d'offres ouvert (n° 2014-111) relevant de l'article 33 de l'ancien code des marchés publics.

Ce marché ne comporte pas de lots, l'acquisition et la maintenance de cet appareil d'imagerie sont appréhendées globalement. Ces deux postes sont difficilement dissociables sur ces machines à fort contenu technologique, le constructeur étant la plupart du temps le seul à disposer des techniciens compétents pour l'appareil acquis permettant de garantir une indisponibilité réduite pour la maintenance. Le recours au marché global rentre dans le cadre de l'article 10 de l'ancien code des marchés publics dans la mesure où l'allotissement de l'acquisition et la maintenance aurait pour conséquence de rendre techniquement difficile l'exécution du marché.

²² IRM 3 Tesla acquis en 2015 via l'UGAP pour un coût de 1,601 M€ TTC.

²³ Scanner acquis en 2014 via l'UGAP pour un coût de 479 000 € TTC.

Les modalités de publicité du marché sont conformes aux exigences légales : l'avis d'appel public à la concurrence a été publié le 5 novembre 2014 au BOAMP et au JOUE ainsi que sur le profil acheteur du centre hospitalier.

Fixée au 15 décembre 2014, la date limite de réception des offres est conforme aux dispositions de l'article 57 de l'ancien code des marchés publics (bénéfice des réductions de délais liées à la publication électronique de la consultation).

Un écart a été relevé entre le nombre (3) de dossiers déposés enregistrés sur le registre des dépôts d'offres (dépôt sur plateforme informatique Achatpublic.com) et le nombre (2) de dossiers déclarés reçus dans le procès-verbal d'ouverture des plis. Il s'explique par le dépôt par erreur sur ce projet d'une offre par la société Philips, laquelle concernait en réalité l'appel d'offres n° 2014-110 relatif à un appareil de tomographie à émissions de positons. L'absence de mention de cette erreur dans le procès-verbal montre que la traçabilité des offres reçues peut être améliorée encore. Siemens et GEMS, qui se verra attribuer le marché, sont donc les deux sociétés à avoir soumissionné.

Le rejet de la candidature a été notifié à la société Siemens par courrier du 26 décembre 2014 conformément à l'article 80 de l'ancien code des marchés publics. La motivation du courrier comporte bien les exigences dégagées par la réglementation et la jurisprudence administrative²⁴ (notes et classement de l'entreprise non retenue, nom de l'attributaire et notes obtenues par celui-ci, motivation du choix).

Le délai de suspension de la signature du marché²⁵ a été respecté. L'acte d'engagement a été signé personnellement par le directeur de l'établissement le 14 janvier 2015, soit 19 jours après l'envoi du courrier de rejet de l'offre concurrente.

L'avis d'attribution prévu pour les marchés à procédure formalisée (article 85 de l'ancien code des marchés publics) a été publié dans le délai de 48 jours imparti selon les formes requises (BOAMPO, JOUE).

La procédure apparaît conforme à la réglementation et aux procédures internes du CHRO.

7.2.4. L'analyse des offres

L'achat de cet appareil comporte une démarche approchant celle du coût global. Outre, le prix d'acquisition, les offres doivent inclure les coûts d'installation, de formation et de maintenance comme le recommande la démarche ARMEN du programme PHARE.

Les critères de choix retenus sont :

- Le prix, pondéré à hauteur de 40 % et lui-même subdivisé en deux sous-critères : prix d'acquisition et « prix » ou coût de maintenance.
- Les fonctionnalités et l'ergonomie qui comptent pour 30 %.
- Les performances techniques qui pèsent enfin pour 30 % de la note globale.

La méthode de notation du prix des offres²⁶ reprend celle préconisée par la direction des affaires juridiques du ministère de l'économie et des finances dans son guide des prix dans les marchés publics.

²⁴ CE, 19 avril 2013, *Commune de Mandelieu-la-Napoule*, n° 365617 ; CE, 18 décembre 2012, *Métropole Nice Côte d'Azur*, n° 363342.

²⁵ L'article 80 du code des marchés publics dispose que « pour les marchés et accords cadre passés selon une procédure formalisée [...], le pouvoir adjudicateur, dès qu'il a fait son choix pour une candidature ou pour une offre, notifie à tous les autres candidats le rejet de leur candidature en leur indiquant les motifs de ce rejet ». Il prévoit « qu'un délai d'au moins 16 jours est respecté entre la date d'envoi de la notification [...] et la date de conclusion du marché ». Le délai de 16 jours, qui peut dans certains cas être réduit à 11 jours, est destiné à rendre possible l'exercice d'un référé précontractuel de la part des candidats évincés.

²⁶ Note de l'offre = note maximale x valeur meilleure offre / valeur offre.

Cependant, les critères de jugement des offres retenus par le CHRO ne reflètent pas complètement les exigences majeures qu'il a formulées quant au contenu de l'offre à présenter, lesquelles figurent à l'alinéa 6.3 du règlement de consultation. C'est le cas des délais de livraison et d'installation, de la durée de garantie et de l'évolutivité du bien acheté.

Ces éléments qui ne sont pas érigés en critères, ne sont pas analysés de façon détaillée dans le rapport de présentation des offres. Il n'est donc pas possible d'évaluer l'impact de ces prescriptions sur la notation des candidats, ce qui diminue quelque peu la transparence de la procédure.

Contrairement aux caractéristiques techniques et opérationnelles de l'IRM acquis, les prestations relevant de la maintenance de l'équipement n'ont pas fait l'objet d'une analyse détaillée dans le rapport de présentation des offres alors que leur coût est l'une des composantes du critère prix.

Pourtant le guide de la direction des Affaires Juridiques du Ministère de l'économie, précité, rappelle que « *Le prix ne doit pas être déconnecté de la qualité des prestations proposées. Un prix seul n'a aucune valeur d'expertise. Il ne prend cette valeur que mis en face de prestations dont la qualité doit être évaluée.* »

L'appréciation des offres déposées est perfectible et demande à mieux prendre en compte les attentes qui figurent dans l'appel d'offres initial, notamment en ce qui concerne la maintenance de l'équipement.

7.2.5. L'efficacité de la procédure

L'enveloppe initiale prévue par le programme d'équipement médical pour l'acquisition de cet IRM de 1,5 Tesla, s'élevait à 1,7 M€.

Le processus d'achat a permis d'aboutir à un coût d'acquisition de 1,198 M€, représentant une économie de 502 000 €, soit 29,53 % du montant initialement envisagé. La part de l'effet-prix ou celle tenant à une modification de la demande ne peut cependant pas être clairement établie.

7.2.6. La pratique d'une démarche d'achat en coût complet

Dans les procédures d'achat d'appareils d'imagerie, l'établissement privilégie l'acquisition en propre (investissement et maintenance) plutôt la location qui n'est pas encore une voie exploitée. Ainsi, l'appel d'offres relatif à cet IRM de 1,5 Tesla n'incite pas les candidats à proposer de formules alternatives à l'acquisition, par exemple sous forme de location maintenance.

L'établissement invite les candidats à inclure au prix d'achat, le coût de maintenance et d'autres coûts directs. Si cette démarche lui permet d'appréhender de manière plus complète le coût des appareils d'imagerie, elle ne le conduit pas à visualiser l'ensemble des coûts liés au cycle de vie de l'équipement acquis, et ne recouvre pas totalement la notion de coût complet, pour l'achat de l'équipement considéré.

Le CHRO ne réalise à priori d'étude de coût complet que lors de l'installation d'un appareil correspondant à une nouvelle prise en charge médicale. Il a donc la compétence pour le faire comme il a pu y procéder en matière de tomothérapie²⁷, même si cette étude peut encore être développée.

²⁷ En 2014, le CHRO d'Orléans a doté son service d'onco-radiothérapie d'un appareil de tomothérapie de haute technicité.

L'analyse de coût de la tomothérapie intègre, à partir une hypothèse d'activité journalière, des recettes, un résultat annuel et le calcul d'un point mort. Les coûts injectés (remboursement de l'emprunt de financement, dotations aux amortissements, fluides, maintenance et charges de personnel) dans cette simulation reprennent l'ensemble des composantes du coût global²⁸ à l'exception des coûts de préparation (ingénierie amont et service achat...) et de séparation (retrait du service de l'appareil, traitement des déchets...).

Fondée sur une approche statique des coûts, cette étude mériterait d'être complétée par une approche dynamique en affectant les dépenses variables de coefficient de variation (maintenance, charges de personnel...) permettant d'affiner la connaissance du point mort d'activité.

Enfin cette étude ne semble pas faire l'objet d'un suivi pluriannuel ou de réactualisation permettant de s'assurer de la pertinence des hypothèses initiales d'activité et de rentabilité, comme de la pertinence des coûts associés au mode d'organisation retenus. Ce suivi pourrait permettre d'améliorer un pilotage médico-économique continu de l'établissement, notamment eu égard aux investissements futurs.

Tableau 9 : Analyse en coût complet à laquelle a procédé le CHRO lors de l'acquisition d'un appareil de Tomothérapie

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	total	structure
tomothérapie												
équipement	3 300											
Travaux	1 500											
total	4 800											
avance (-5% par an sur les 5 premières années)	450	428	406	385	367	348	313	282	254	228		
nombre de séances par jour	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25		
recettes pour 240 jours / an	2 700	2 565	2 437	2 315	2 199	2 089	1 880	1 692	1 523	1 371	20 771	
amortissement équipement sur 10 ans	330	330	330	330	330	330	330	330	330	330	3 300	23%
charges d'emprunt à 60% sur 10 ans à 2,5%	288	288	288	288	288	288	288	288	288	288	2 880	20%
maintenance	0	0	270	270	270	270	270	270	270	270	2 180	15%
manipulateurs (x4)	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	1 760	12%
ph : passage de 4 à 5 (x1,67)	175	175	175	175	175	175	175	175	175	175	1 754	12%
amortissement travaux sur 10 ans	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	1 500	10%
physicien : passage de 2,9 à 3,9 (x1,3)	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	923	6%
énergie	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	150	1%
provision upgrading	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	1%
divers	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	0%
depenses	1 242	1 242	1 512	1 512	1 512	1 512	1 512	1 512	1 512	1 512	14 577	100%
résultat annuel	1 458	1 323	925	803	688	578	369	181	11	-141	6 195	
résultat annuel cumulé	1 458	2 782	3 707	4 510	5 198	5 775	6 144	6 324	6 336	6 195		
point mort, hors charges indirectes, à			166 €									

Lorsqu'il s'agit de simplement procéder au remplacement d'un appareil existant, une étude encore plus succincte est élaborée, comme l'illustrent les éléments rassemblés au sujet de l'IRM 1,5 tesla.

Tableau 10 : Synthèse de l'analyse « en coût complet » réalisée pour l'achat de l'IRM 1,5 Tesla

Données en milliers d'euros	Siemens	GE	Ecart	Ecart en %
Acquisition	707	890	-183	-21 %
Maintenance	484	536	-52	-10 %
Total sur 7 ans	1 191	1 426	-235	-16 %

Source : CHRO

²⁸ Le coût global (ou coût complet) d'une procédure d'achat prend en compte tous les coûts de l'acquisition à la fin de vie de la prestation ou du produit. Les différentes composantes du coût global sont les suivantes : coûts de préparation, d'acquisition, de possession, d'utilisation et de séparation.

L'établissement a cherché à comparer le coût annuel de la maintenance pour chacune des deux propositions en défalquant les durées différentes de garantie (18 mois pour Siemens et 21 pour GE) et en rapportant le coût prévisionnel de la maintenance sur le nombre de mois non couverts par la garantie²⁹.

L'étude de coût de l'IRM de 1,5 Tesla se borne à projeter sur sept ans les coûts d'acquisition et de maintenance des offres reçues des candidats, sans retenir d'autres coûts ni simuler la rentabilité de l'équipement eu égard à la dégressivité du forfait technique au bout de 5 ans. Cette dégressivité est un facteur qui incite à un renouvellement des équipements peu ou prou calqué sur cette durée alors même que le CHRO indique pouvoir utiliser ces appareils sur des durées plus longues.

La chambre souligne la capacité de l'établissement à construire une démarche en « coûts complets », démarche qui mériterait toutefois d'être systématisée et actualisée en continu dans le cadre d'un pilotage plus précis des investissements.

7.2.7. Une réelle attention portée sur la maîtrise des coûts de maintenance de l'IRM

Sur la période contractuelle maximale de quatre ans, la maintenance représente hors révisions périodiques un coût total de 340 000 € HT, soit 38 % environ du coût d'acquisition de l'équipement.

La parfaite connaissance des déterminants de ce poste et une réversibilité éventuelle des choix effectués contribue donc nécessairement à la maîtrise des charges d'exploitation. A cet égard et avec pertinence, l'établissement s'est réservé la possibilité contractuelle de remettre en concurrence le poste maintenance au terme de chaque année. La prestation « Maintenance » de l'IRM de 1,5 Tesla ne débutera en outre qu'à compter de la fin de la période de garantie de 21 mois, soit en juin 2017 pour un appareil entré en service septembre 2015.

En outre et de façon complémentaire, l'établissement n'a pas laissé aux entreprises candidates le soin d'élaborer leur propre formule paramétrique pour déterminer les révisions annuelles du prix de la maintenance. L'article 5 du CCAP instaure ainsi une formule paramétrique avec une part fixe de 40 % et une part variable de 60 % comportant deux indices de révision liés à l'objet-même du marché³⁰.

Si la formule de révision du prix proposée par Siemens s'approche de celle formulée par le CHRO, celle de l'attributaire GEMS comporte en revanche une faible part fixe (10 %) et des indices de révision dont le lien est lointain, voire inexistant, avec l'objet du marché³¹. Cette formule, susceptible d'introduire une forte volatilité dans le coût de la prestation, est totalement déconnectée de l'activité sous-jacente, au détriment de l'acheteur public. La structure de la formule de révision proposée par GEMS illustre le soin que les constructeurs attachent aux marges qu'ils peuvent dégager sur la maintenance d'un appareil, marges comptant sans doute autant que la vente de l'équipement lui-même.

²⁹ 7 ans = 84 mois. Pour Siemens, 66 mois de maintenance (84 – 18) coûtent 484 000 €, soit 7 118 € par mois, soit environ 86 000 € par an, contre 102 000 € pour la solution GE, en opérant par la même méthode de calcul.

³⁰ Le coût horaire du travail révisé des salariés des industries mécaniques et électriques françaises (ICHT rev-TS) et l'indice de prix de la production française d'énergie, de biens intermédiaires et de biens d'investissements (EBIQ).

³¹ Indice du coût de la construction (ICC) et indice des services et transports, des communications et hôtellerie, des cafés et de la restauration (TCH).



CONDITIONS SPECIFIQUES

Revalorisation : OUI

Date anniversaire de révision : 1 Janvier

Le Prix Annuel Total HT sera révisé sur la base de la formule de revalorisation ci-dessous :

$$P = P_o \left[0,100 + 0,700 \frac{I_{ct}}{I_{cto}} + 0,155 \frac{E_{biq}}{E_{bico}} + 0,025 \frac{T_{ch}}{T_{cho}} + 0,020 \frac{I_{cc}}{I_{cco}} \right]$$

Source : Offre de la société GEMS.

Le CHRO a su se prémunir d'une éventuelle hausse des coûts de maintenance en conservant la possibilité de remettre en cause régulièrement des contrats qui pourraient devenir défavorables et en maîtrisant précisément l'index servant de base à l'évolution de ces coûts.

7.3. L'ABSENCE DE VALORISATION DES ÉQUIPEMENTS USAGERS

A l'autre extrémité du cycle de vie des équipements, le CHRO indique que la valeur résiduelle de ses appareils d'imagerie est quasi nulle. Dès lors il considère qu'il lui revient de négocier au mieux le coût de son enlèvement et non de sa reprise. A titre indicatif, le démontage et l'enlèvement d'une salle de radiologie standard coûte entre 5 000 et 6 000 € TTC. Pour cette raison, l'établissement souhaite systématiquement intégrer la reprise à l'appel d'offres et la négocier lorsque l'achat se réalise via un groupement d'achat.

La reprise pour 70 000 € par Philips d'un scanner acheté 736 260 € TTC en 2008 (9,5 % de son prix) est présentée par le CHRO comme une exception et une illustration.

Pour l'hôpital, les sociétés d'imagerie médicale et les courtiers spécialisés ne sont pas réellement intéressés par la reprise d'anciens matériels. Ils ne s'intéressent qu'à une marque et ciblent un ou deux types d'appareil dans cette marque car il leur faut des techniciens ayant la connaissance technique, des logiciels spécifiques de maintenance et des pièces détachées afin de continuer à faire fonctionner ces équipements. La valorisation des équipements anciens est donc difficile.

8. LA PERFORMANCE DE LA FONCTION ACHAT

8.1. UNE ILLUSTRATION DE LA PERFORMANCE ACHATS ET DE SON ÉVALUATION : L'EFFICACITÉ DU PROCESSUS D'ÉQUIPEMENT DU NOUVEL HOPITAL D'ORLÉANS

Dans le cadre de l'équipement global du NHO, l'établissement a d'abord procédé à un recensement des besoins exprimés par les services utilisateurs. Ces demandes recensées s'élevaient à 58 M€.

La sous-commission médicale des équipements a ensuite effectué un premier arbitrage qui a permis de ramener les besoins à 34 M€. Elle a réalisé un second arbitrage pour faire cadrer les demandes avec l'enveloppe budgétaire disponible pour l'armement du NHO, une fois le montant de celle-ci déterminée, 30 M€.

L'ordonnateur indique avoir réalisé une économie globale de 2 M€, les achats effectués, toutes catégories d'équipement confondues, s'élevant *in fine* à 28 M€. Le détail des économies réalisées est présenté dans le tableau suivant transmis par l'établissement :

Tableau 11 : Programme d'équipement du NHO selon les départements

Programme d'équipement Médical NHO	Besoins	Enveloppe	Réalisation	Gains / Besoins	Gain / Enveloppe
Imagerie	11,7	10,5	9,4	-2,3	-1,1
Chirurgie	6,2	6	5	-1,2	-1
Femme enfant	4,5	4	3,1	-1,4	-0,9
Biopathologies	4,2	4	4,2	0	0,2
Médecines interventionnelles	2,2	2	1,4	-0,8	-0,6
Métiers de l'urgence	1,5	1,4	1,2	-0,3	-0,2
AQS	1,3	1	1,5	0,2	0,5
Médecines forte consultation	1,2	1	0,9	-0,3	-0,1
Institutionnel	1,5	0,2	1,6	0,1	1,5
Sous Total	34,2	30	28,2	-6	-1,8
Revente équipement			0,5		
Total	34,2	30	27,7	-6,5	-2,3

Source : CHRO

Globalement, les gains obtenus par rapport aux besoins exprimés avant le lancement des procédures représentent 19 % de la valeur de ces besoins, illustrant la « force de persuasion » du CHRO vis-à-vis de ses praticiens appelés à modérer leurs demandes. Cette pression qui vise à cibler en interne le « juste besoin » peut même être mesurée à l'aune d'une demande initiale chiffrée à 58 M€, comme indiqué plus haut.

Le CHRO a réussi en outre à économiser presque 8 % de la valeur du montant qu'il entendait consacrer à ces nouveaux achats, chiffre qui peut être retenu comme étalon de mesure de la performance de la négociation menée par l'hôpital. Les gains propres aux équipements d'imagerie sont du même ordre d'idée que pour l'ensemble des équipements.

Quand il y a négociation, celle-ci porte d'ailleurs autant sur le prix, afin de faire baisser le coût d'une configuration de machine, que sur l'extension de la période de garantie, voire sur les deux. Les « consommables » apparaissent peu concernés.

Enfin s'il est difficile de vérifier précisément les chiffres de gains affichés par l'ordonnateur en raison du caractère non toujours formalisé des processus de définition du besoin et de sourçage, leur réalité paraît être significative.

Un processus efficace de rationalisation et de discussion des besoins, réalisé au sein de l'établissement, constitue la première source d'efficacité en matière d'achat pour la direction du CHRO qui estime qu'elle représente les ¾ de sa performance achat.

8.2. L'EVALUATION DE LA PERFORMANCE ACHATS

En matière d'achats, l'objectif est de répondre aux besoins des services au plan qualitatif et quantitatif dans le respect du budget alloué. En cas d'accroissement de l'activité il y a engagement de négociations avec la direction des services financiers afin d'obtenir des moyens nouveaux

L'établissement affirme que les volumes d'achats sont corrélés à l'évolution de l'activité par le biais de tableaux de suivi mis à la disposition des responsables de pôles, afin également de sensibiliser les personnels aux consommations. Si cette mesure est de nature à responsabiliser les services sur leurs consommations, les achats n'étant pas délégués à ce niveau de l'organisation, leur optimisation au stade d'une analyse continue des besoins par pôle reste limitée.

Le CHRO dispose d'un suivi de gestion interne des achats. Un audit qualitatif sur la fonction achat de la direction des services économiques a été réalisé en 2010 et une proposition d'une nouvelle organisation a été faite.

Cet audit a démontré l'intérêt de séparer la fonction achat de la fonction comptable afin de gagner en efficacité dans la gestion de dossiers par des acheteurs qui se sont professionnalisés sur leur cœur de métier et qui ont ainsi pu enregistrer des gains significatifs, aux dires de l'hôpital. Ces gains n'ont cependant pas été précisément évalués depuis lors. Les préconisations n'ont pas été réactualisées.

La performance achat doit donc pouvoir être mieux mesurée, et augmentée, dès lors que tous les niveaux de l'organisation y seront associés en continu.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Procédure

Annexe 2 : Médicaments

- Liste des 20 premières spécialités.
- Liste des rétrocessions, en valeur et en volume
- Liste des 10 plus gros fournisseurs

Annexe 3 : Evolution des achats en imagerie depuis 2010

Annexe 4 : Liste des produits traceurs

ANNEXE 1 : PROCÉDURE

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

Objet	Dates	Destinataires	Dates de réception des réponses éventuelles
Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle	04/02/2016	M. Olivier Boyer, ordonnateur en fonction	
Entretiens de fin de contrôle	03/11/2016	M. Olivier Boyer	
Délibéré de la chambre	07/12/2016		
Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)	30/01/2017	M. Olivier Boyer	27/03/2017
Délibéré de la chambre	04/04/2017		
Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)	06/04/2017	M. Olivier Boyer	Sans réponse

ANNEXE 2 : MEDICAMENTS, LISTE DES 20 PREMIERES SPECIALITES

Produits	Prix Unitaire TTC	Nombre d'unités	Valeur en €
PARACETAMOL 500 mg gel - Doliprane	0,008168	1 170 000	9 557
(indication : antalgique)			
SODIUM CHLORURE 0.9% nasale - 5mL PHYSIOLOGICA	0,045130872	338 880	15 294
(indication : liquide physiologique)			
MACROGOL 4000 adulte sachet 10g - Forlax	0,093703828	253 400	23 745
(indication : constipation)			
OXAZEPAM 10 mg cp - Seresta	0,037777181	149 000	56 288
(indication : anxiolytique, sevrage alcoolique)			
SODIUM CHLORURE 0.9% 50mL POCHE REF.GA10005A	0,490080156	148 960	73 002
(indication : liquide physiologique)			
PARACETAMOL 1000 mg sach - ex Doliprane	0,09189047	133 808	13 234
(indication : antalgique)			
SODIUM CHLORURE 0.9% 100mL POCHE REF SA10010A	0,500289352	120 960	60 515
(indication : liquide physiologique)			
SODIUM CHLORURE 0.9% 10ml 0.09g inj	0,097515918	98 000	9 557
(indication : liquide physiologique)			
PANTOPRAZOLE 40 mg cp - Eupantol	0,048310461	92 250	4 457
(indication : acidité gastrique)			
DALTEPARINE 5000UI anti-xa/.NPU 0.2ml inj -Fragmine(v1507)	0,714699911	90 240	64 494
(indication : héparine, anti thrombotique)			
POTASSIUM CHLORURE 600mg gel - Diffu K	0,024653837	86 000	2 120
(indication : insuffisance de potassium : hypokaliémie)			
PANTOPRAZOLE 20 mg cp - Eupantol	0,048610619	84 750	4 120
(indication : acidité gastrique)			
PREGABALINE 25 mg gel - Lyrica	0,181887975	81 500	14 824
(indication : anxiolytique, anti épileptique)			
HYDROXYZINE 25 mg cp - Atarax	0,063302133	75 000	4 748
(indication : anesthésie réanimation, hypnotique)			
TRAMADOL 3,5 mg+PARACETAMOL325 mg.NPU cp - ex Ixprim(v2806) (indication : antalgique)	0,034713465	73 080	2 537
ACETYLSALICYLIQUE ACIDE 75 mg sach - Kardegic	0,035734583	72 000	2 573
(indication : anti inflammatoire : aspirine)			
ZOPICLONE 7,5 mg cp - Imovane	0,038627025	69 120	2 670
(indication : hypnotique, anxiolytique, sédatif)			
PARACETAMOL 1g/100ml - Paracetamol.NPU (v2778)	1,000323572	68 640	68 662
(indication : antalgique intraveineuse)			
AMLODIPINE 5 mg gel - Amlor	0,045948302	64 800	2 978
(indication : hypertension)			
TERBUTALINE 5 mg/2ml sol inhal/nebulis - ex Bricanyl	0,177729475	64 800	11 517
(indication : asthme)			

Source : CHRO

Liste des rétrocessions (comptes 4111/4112) : palmarès des produits en valeur

	2014		2015		ECART		
	Qté	Valeur	Qté	Valeur	Qté	Valeur	%
2621 LEDIPASVIR 90 mg + SOFOSBUVIR 400 mg			6 330	3 649 986	6 330	3 649 986	
2468 SOFOSBUVIR 400 mg cp – Sovaldi	8 490	5 482 637	4 194	2 186 148	-4 296	-3 296 489	-60,13 %
2578 DACLATASVIR 60 mg cp – Daklinza	1 013	421 636	2 476	970 573	1 463	548 937	130,19 %
2373 LENALIDOMIDE 25mg gel – Revlimid	3 339	646 803	4 312	834 205	973	187 402	28,97 %
1252 OCTANATE 1000UI 10ml inj	285	209 337	872	640 497	587	431 160	205,96 %
2456 POMALIDOMIDE 4 mg gel – Imnovid	1 237	469 937	1 365	589 727	128	119 790	25,49 %
2275 EMTRICITABINE/RILPIVIRINE/TENOFOVIR cp	27 840	625 850	23 490	528 061	-4 350	-97 789	-15,62 %
2526 DIMETHYL FUMARATE 240mg gel-Tecfidera	12 152	381 871	16 296	511 264	4 144	129 393	33,88 %
1012 FEIBA 1000UI FL 20ML	120	110 572	540	497 201	420	386 629	349,66 %
2160 GAMMANORM 165 mg/ml inj 20ml	3 666	554 124	3 175	474 405	-491	-79 719	-14,39 %
Total des dépenses		20 741 012		20 908 311		167 299	0,81 %

Source : CHRO.

Liste des rétrocessions : palmarès des produits rétrocedés en volume

	2014		2015		ECART		
	Qté	Valeur	Qté	Valeur	Qté	Valeur	%
2275 EMTRICITABINE/RILPIVIRINE/TENOFOVIR cp	27 840	625 850	23 490	528 061	-4 350	-97 789	-15,62 %
2467 DOLUTEGRAVIR 50 mg cp – Tivicay	22 140	411 316	21 720	390 091	-420	-21 225	-5,16 %
35 EMTRICITABINE 200 mg +	26 760	400 883	21 150	308 930	-5 610	-91 953	-22,94 %
2223 PHENYTOINE 100 mg cp - Di-hydan	8 820	735	17 330	1 608	8 510	873	118,68 %
2526 DIMETHYL FUMARATE 240mg gel-Tecfidera	12 152	381 871	16 296	511 264	4 144	129 393	33,88 %
891 IDEBENONE 45mg cp Mnesis	17 700	20 304	12 930	15 008	-4 770	-5 296	-26,08 %
559 SILDENAFIL 20 mg cp – Revatio	15 300	86 543	11 710	66 230	-3 590	-20 314	-23,47 %
1296 RALTEGRAVIR 400 mg cp - Isentress.	22 256	217 098	11 340	102 866	-10 916	-114 233	-52,62 %
6004 ABACAVIR 600mg + LAMIVUDINE 300mg cp -	18 000	214 168	11 250	133 728	-6 750	-80 440	-37,56 %
276 RITONAVIR 100 mg cp- Norvir	22 380	14 938	10 740	7 156	-11 640	-7 782	-52,09 %
Total des dépenses		20 741 012		20 908 311		167 299	0,81 %

Source : CHRO

Les dix plus gros fournisseurs de 2012 à 2015

Fournisseurs (donnés en €)	2012		2013		2014		2015	
ROCHE	6 685 208,00 €	1	6 224 474,00 €	1	6 649 670,00 €	2	7 726 133,00 €	1
GILEAD Sciences	1 028 882,00 €	10	1 396 105,00 €	7	7 652 981,00 €	1	6 930 011,00 €	2
MSD France	5 100 433,00 €	2	4 897 151,00 €	2	4 772 779,00 €	3	4 916 926,00 €	3
CELGENE	1 192 338,00 €	8	2 497 386,00 €	3	2 898 423,00 €	4	3 081 411,00 €	4
LFB Biomédicaments	2 727 830,00 €	3	2 170 202,00 €	4	2 471 709,00 €	6	2 547 144,00 €	5
JANSSEN CILAG	1 906 167,00 €	5	1 356 101,00 €	8	2 781 861,00 €	5	2 261 155,00 €	6
BRISTOL Myers Squibb	-	-	-	-	2 042 025,00 €	7	2 073 995,00 €	7
ALEXION Pharma France	-	-	1 858 271,00 €	6	1 788 281,00 €	8	1 994 166,00 €	8
ALLOGA France	2 035 588,00 €	4	1 323 491,00 €	9	1 779 713,00 €	9	1 882 817,00 €	9
OCTA Pharma	-	-	-	-	-	-	1 273 205,00 €	10
PFIZER	1 649 759,00 €	6	2 002 437,00 €	5	1 745 517,00 €	10	-	-
BAXTER	1 377 645,00 €	7	1 184 300,00 €	10	-	-	-	-
LILY France	1 143 007,00 €	9	-	-	-	-	-	-
TOTAL dix Premiers	23 703 750,00 €		24 909 918,00 €		34 582 959,00 €		34 686 963,00 €	

Source : CHRO

ANNEXE 3 : EVOLUTION DES ACHATS EN IMAGERIE DEPUIS 2010

2010	Type d'appareil	scanner SIEMENS 64	Gamma caméra hybride SIEMENS							
	Prix d'achat TTC	813 673,00 €	638 358,00 €							
	Mode d'achat	UNIHA	UGAP							
2011	Type d'appareil	appareil mobile radiographie SIEMENS								
	Prix d'achat TTC	40 550,00 €								
	Mode d'achat	marché								
2012	Type d'appareil	scanner SIEMENS 64								
	Prix d'achat TTC	669 580,00 €								
	Mode d'achat	UNIHA								
2013	Type d'appareil	appareil mobile radiographie GEMS								
	Prix d'achat TTC	133 127,00 €								
	Mode d'achat	UGAP								
2014	Type d'appareil	Gamma Caméra DISCOVERY 670 GEMS	Gamma Caméra DISCOVERY 530 GEMS	Scanner OPTIMA 660 GEMS	Panoramique dentaire CS 8100	salle radiologie Platinum CARESTREA M	salle radiologie DRX CARESTREA M	salle radiologie Digital diagnost PHILIPS	salle radiologie LUMINOS SIEMENS	appareil mobile de radiologie Veradius PHILIPS
	Prix d'achat TTC	700 243,00 €	500 000,00 €	479 267,00 €	51 541,00 €	538 399,00 €	243 900,00 €	262 255,00 €	361 346 €	185 495,00 €
	Mode d'achat	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP
2015	Type d'appareil	IRM SKYRA 3 T SIEMENS	IRM 1,5 T GEMS							
	Prix d'achat TTC	1 601 288,00 €	1 198 479,00 €							
	Mode d'achat	UGAP	appel d'offres							

2010	Type d'appareil	scanner SIEMENS 64	Gamma à caméra hybride SIEMENS							
	Prix d'achat TTC	813673	638358							
	Mode d'achat	UNIHA	UGAP							
2011	Type d'appareil	appareil mobile radiogra- phie SIEMENS								
	Prix d'achat TTC	40550								
	Mode d'achat	Marché								
2012	Type d'appareil	scanner SIEMENS 64								
	Prix d'achat TTC	669580								
	Mode d'achat	UNIHA								
2013	Type d'appareil	appareil mobile radiogra- phie GEMS								
	Prix d'achat TTC	133127								
	Mode d'achat	UGAP								
2014	Type d'appareil	Gamma Caméra DISCOVE RY 670 GEMS	Gamma Caméra DISCOVE RY 530 GEMS	Scanner OPTIMA 660 GEMS	Panorami- que dentaire CS 8100	salle radiologie Platinum CAREST REAM	salle radiologie DRX CAREST REAM	Salle radiologie Digital diagnostic PHILIPS	salle radiologie LUMINOS SIEMENS	appareil mobile de radiologie Veradius PHILIPS
	Prix d'achat TTC	700243	500000	479267	51541	538399	243900	262255	361346	185495
	Mode d'achat	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP	UGAP
2015	Type d'appareil	IRM SKY RA 3 T SIEMENS	IRM 1,5 T GE MS							
	Prix d'achat TTC	1601288	1198479							
	Mode d'achat	UGAP	appel d'offres							

ANNEXE 4 : LISTE DES PRODUITS TRACEURS

Type de dispositif	2010				2011				2012				2013				2014				2015			
	Prix unitaire	qté	Prix total	mode achat	Prix unitaire	qté	Prix total	mode achat	Prix unitaire	qté	Prix total	mode achat	Prix unitaire	qté	Prix total	mode achat	Prix unitaire	qté	Prix total	mode achat	Prix unitaire	qté	Prix total	mode achat
abaisse langue	0,005	50000	251,14	AO	0,005	40000	210,48	AO	0,0043	50000	262,4	AO	0,0043	44100	230,46	AO	0,044	53900	285,67	AO	0,0049	51300	303,63	AO
gants de soins vinyl non stérile sans poudre	0,0162	7767000	128825,4	AO	0,0167	6248000	104341,6	AO	0,0167	5730000	95691	AO	0,0167	1308000	21843,6	AO	arrêt d'utilisation							
seringues deux pièces	non utilisées dans l'établissement																							
couver sonde à usage unique pour thermomètre tympanique	0,04066	897600	36499,03	AO	0,058	1214400	70436,07	AO	0,03	897024	32209	MAPA	0,03	1177152	43304	MAPA	0,03	1123584	41495	MAPA	2,96	11454	40629	MAPA
compresse non tissée 40 g	0,007	420000	2940	AO	0,007	540000	3780	AO	0,004755	480000	1997,1	AO	0,004755	480000	2282,4	AO	0,004834	480000	2320,2	AO	0,004834	570000	2755,38	AO
acide acétylsalicylique voie orale	0,052	2400	124,8	AO	0,055	2400	132	AO	0,055	2400	132	AO	0,06	1200	72	AO	0,06	1600	96	AO	0,06	2000	120	AO
furosémide	0,026	61600	1601,6	AO	0,026	6000	1560	AO	0,026	62400	1622,4	AO	0,026	56200	1461,2	AO	0,025	58100	1452,5	AO	0,06	2000	120	AO
paracétamol en gélule	0,012	1130000	13560	AO	0,008	1030000	8240	AO	0,008	1040000	8320	AO	0,008	978000	7824	AO	0,008	842000	6736	AO	0,008	1050000	8400	AO
changes bébé 2-5kg	0,087	144990	12658,57	UNIHA	0,081	146124	11981,8	UNIHA	0,06	146394	10542	UNIHA	0,051	149066	9225	UNIHA	0,05	142459	8646	UNIHA	0,049	157419	9230	UNIHA
ped à perfusion roulant	182,88	16	2 926,08	Ugap	182,88	30	5 486,40	Ugap	182	25	4 550,00	Ugap	179,72	67	12 041,24	Ugap								
pousse seringue électrique une voie	752,54	31	23 328,74	Ugap	752,54	55	41 389,70	Ugap	748,94	56	41 940,64	Ugap	739,57	67	49 551,19	Ugap	739,54	16	11 832,64		739,54	142	105 014,68	UGAP
matelas anti escarre																								
lit médicalisé électrique à hauteur variable	2892	35	121485	Ugap	2309	113	260917	Ugap	1955	41	80155	Ugap	1911	88	168168	UNIHA	2074	40	82960	UNIHA	2466	478	117874	UNIHA
échographe portable (et non ultra portable)	19 367,33	3	58 101,99	Ugap	20 811,71	3	62 435,13	Ugap	22 708,75	3	68 126,25	Ugap	18 006,30	1	18 006,30	Ugap					14 788,80	1	14 788,80	UGAP
prothèse totale de hanche	1023,06	100	102306	AO	1023,06	120	122767,2	AO	1023,06	130	132997,8	AO	1023,06	150	153459	AO	1023,06	160	163689,6	AO	961,68	200	192336	AO
bistouri électrique					11 600,00	100	11 600,00	MAPA					8 830,13	6	52 980,78	Ugap					9 243,21	10	92 432,10	UGAP



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes du Centre-Val de Loire
www.ccomptes.fr/Centre-Val-de-Loire

Chambre régionale des comptes du Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

www.ccomptes.fr/Centre-Val-de-Loire