



Rapport d'observations définitives sans réponse

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

Enquête « Achats hospitaliers »

(Département du Pas-de-Calais)

Exercices 2010 et suivants

Observations délibérées le 10 mai 2017

SOMMAIRE

SYNTHESE	4
RAPPEL A LA REGLEMENTATION	5
RECOMMANDATIONS.....	5
I. PROCÉDURE	6
II. OBSERVATIONS DÉFINITIVES	6
I - ENJEUX DE L' ACHAT AU CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS	6
A - CONTEXTE GENERAL ET FINANCIER DU CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS	6
B - ENJEUX FINANCIERS DE L' ACHAT	7
C - CONTEXTE INSTITUTIONNEL DE LA PERFORMANCE ACHAT.....	9
1 - Les composantes d'une fonction achat professionnalisée et performante	9
2 - La fonction achat au centre hospitalier d'Arras.....	9
3 - Le plan de réorganisation de la fonction achat	10
II - LES FONCTIONS JURIDIQUE ET D' APPROVISIONNEMENT DE L' ACHAT	10
A - LA FONCTION JURIDIQUE DE L' ACHAT	10
1 - La cellule des marchés.....	10
2 - Une fonction insuffisamment centralisée	11
3 - La procédure de passation	12
4 - La veille juridique.....	12
5 - L'impact de la constitution du groupement hospitalier de territoire	13
B - LA FONCTION APPROVISIONNEMENT	13
1 - La passation des commandes et l'exécution comptable	13
a - Les délais de paiement	14
b - Le suivi contractuel des marchés.....	14
2 - Les stocks et l'inventaire	14
III - LA FONCTION ECONOMIQUE DE L' ACHAT	15
A - UNE ORGANISATION DE LA FONCTION ECONOMIQUE DE L' ACHAT INABOUTIE	15
1 - L'organigramme de l'achat	15
2 - La professionnalisation.....	17
3 - Le guide de l'achat	17
4 - Le système d'information de l'achat	18
a - Un système d'information non intégré.....	18
b - L'utilisation des procédures dématérialisées.....	19
5 - Le recours à la négociation.....	19
6 - Les évolutions technologiques des produits et des prestations.....	19
7 - Les revues annuelles des contrats	20
8 - Le coût du personnel de la fonction achat	20
9 - Conclusion sur l'organisation de la fonction économique	21
B - LA POLITIQUE ET LES STRATEGIES D' ACHAT	21
1 - L'évaluation des besoins et la nomenclature des achats.....	21
2 - La définition de la politique d'achat.....	21
3 - L'engagement dans le programme PHARE	23
a - Le programme PHARE et les projets ARMEN.....	23
b - Les plans d'action achats.....	23
4 - La massification et la mutualisation des achats.....	24
5 - La veille concurrentielle	25
6 - La définition des stratégies d'achat	26
a - La programmation des achats.....	26
b - Le coût de l'achat : coût global	26
c - La pondération des critères d'analyse des offres.....	27
d - L'achat durable et l'accès des PME à la commande publique	27

C -	LA PERFORMANCE ECONOMIQUE DES ACHATS	27
1 -	Le pilotage économique de l'achat	27
2 -	L'évaluation des résultats économiques de l'achat	28
a -	Les économies réalisées dans le cadre du programme PHARE	28
b -	Les économies réalisées dans les achats de biens dits « produits traceurs » ..	28
c -	Les économies dans les achats de médicaments.....	29
d -	Les économies dans les achats d'équipements d'imagerie.....	36
3 -	Des économies achat non effectives	39

Synthèse

Le centre hospitalier d'Arras est un établissement public de santé qui offre une réponse aux besoins de santé d'un territoire de plus de 300 000 habitants. Sa capacité est de 972 lits et 154 places couvrant outre la médecine, la chirurgie, la gynécologie, l'obstétrique et la psychiatrie, des moyens et longs séjours et de l'hébergement.

Le présent rapport, réalisé dans le cadre d'une enquête de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes, porte sur les achats hospitaliers.

En 2014, le montant des dépenses d'achat de l'établissement, soit 48,5 M€, représente près de 28 % du total des charges courantes, soit 173,8 M€. Entre 2010 et 2014, elles augmentent respectivement de 29 % et de 45 % pour les médicaments et les dispositifs médicaux. L'augmentation parallèle des produits issus de la vente des médicaments et des dispositifs médicaux, de 56 %, établit la croissance nette des dépenses d'achat à 6,1 M€, soit une augmentation finale des dépenses d'achats de 16,2 %. L'année 2015 enregistre à nouveau une croissance élevée de 7 % des achats, dont 9 % pour les produits pharmaceutiques et produits à usage médical.

La performance de la fonction achat dans ses composantes juridique et approvisionnement est atteinte progressivement entre 2010 et 2015. La pratique traduite, en 2015, dans des fiches de procédures, assure la régularité de la commande publique et la sécurité de l'approvisionnement du centre hospitalier.

En revanche, la prise en compte du volet économique dans l'organisation de la fonction achat du centre hospitalier reste inaboutie, à défaut d'existence de responsable des achats dédié, d'outils de pilotage économique et de généralisation aux services des pratiques économiques de l'achat. De plus, en l'absence, à la fois, de définition d'une politique globale des achats fixant des objectifs d'économies et de dispositifs de mesure des gains par segments et familles d'achat, l'évaluation des économies effectives réalisées sur les achats est impossible.

Le principal levier d'économies activé par l'établissement a porté sur les prix, par la massification des achats, obtenue en mutualisant ceux-ci, notamment pour les médicaments. Mais la part des médicaments et des dispositifs médicaux coûteux par rapport aux spécialités génériques reste prépondérante, traduisant une résistance des prescripteurs, autant dans la procédure de référencement des médicaments, qu'au niveau des quantités prescrites. L'action sur les volumes d'achats, premier facteur d'économies, s'engage progressivement avec l'analyse pharmaceutique des prescriptions, la mise en place, en cours, de la dispensation nominative, les préconisations de commande et la gestion des stocks dans les services.

La croissance importante de la dépense de médicaments n'est pas corrélée à une augmentation de l'activité des séjours de médecine-chirurgie-obstétrique. Les achats de médicaments portent essentiellement sur les traitements onéreux de l'hémato-oncologie et de la médecine de jour, dont l'impact sur l'activité du centre hospitalier n'est pas sensible. L'activité du centre hospitalier d'Arras progresse, engendrant des dépenses accrues sur des secteurs d'activité qui ne s'équilibrent pas complètement au plan économique.

Ces résultats démontrent le faible impact sur le budget de l'établissement des actions menées sur les achats ces dernières années. L'affichage, par la direction, d'une politique de gains sur les achats, volontariste et lisible, reste encore à engager.

Rappel à la réglementation				
	<i>Réalisé</i>	<i>En cours de réalisation</i>	<i>Non réalisé</i>	<i>Page</i>
1. Mettre en place les modalités de calcul du délai de paiement en application 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.			X	14

Recommandations				
	<i>Réalisée</i>	<i>En cours de réalisation</i>	<i>Non réalisée</i>	<i>Page(s)</i>
2. Recruter un responsable des achats, rédiger le guide de l'achat, mettre en place un système d'information des achats permettant d'identifier les gains.			X	17, 18, 19
3. Élaborer une nomenclature des achats et formaliser des stratégies d'achat par segment et familles d'achats.			X	21, 22
4. Généraliser la veille concurrentielle à tous les segments d'achat à partir d'une cartographie des achats et des fournisseurs.			X	25
5. Définir une politique globale des gains d'achat avec les stratégies associées.			X	27
6. Formaliser un dispositif d'évaluation de la performance économique des achats.			X	40
7. Assurer la traduction budgétaire des gains envisagés par la stratégie d'achat.			X	40

I. PROCÉDURE

Le contrôle de comptes et de la gestion du centre hospitalier d'Arras a été ouvert le 21 juin 2016 par lettres du président de la chambre, adressées à M. Pierre Bertrand, actuel directeur et ordonnateur ainsi qu'à M. Frédéric Leturque, président du conseil de surveillance.

Par lettres du président du 20 juillet 2016, M. Jean-François Cros, Mme Marie-Odile Saillard et M. Bertrand Prudhommeaux, anciens ordonnateurs, respectivement en fonctions du 1^{er} janvier 2010 au 18 juillet 2010, du 19 juillet 2010 au 31 août 2015 et du 1^{er} septembre 2015 jusqu'au 3 janvier 2016, ont été informés de cet examen.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle a eu lieu respectivement le 10 novembre 2016 avec M. Pierre Bertrand et M. Bertrand Prudhommeaux, le 16 novembre 2016 avec Mme Marie-Odile Saillard et le 17 novembre 2016 avec M. Jean-François Cros.

Le présent contrôle s'inscrit exclusivement dans le cadre d'une enquête nationale de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes sur les achats hospitaliers.

Lors de sa séance du 7 décembre 2016, la chambre a arrêté des observations provisoires, transmises à l'ordonnateur en fonctions, ainsi qu'aux anciens ordonnateurs.

Monsieur Bertrand et Madame Saillard ont adressé leur réponse à la chambre, respectivement par courriers enregistrés au greffe les 13 mars 2017 et 17 mars 2017.

La chambre, dans sa séance du 10 mai 2017, a arrêté les observations définitives suivantes.

II. OBSERVATIONS DÉFINITIVES

I - ENJEUX DE L'ACHAT AU CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

A - Contexte général et financier du centre hospitalier d'Arras

Le centre hospitalier d'Arras est un établissement public offrant une réponse aux besoins de santé d'un territoire de plus de 300 000 habitants, avec une capacité de près de 972 lits et 154 places. Il gère un institut de formation en soins infirmiers et dispose également d'un centre de soins psychothérapeutiques pour adolescents (« La parenthèse ») et d'un centre de soins de suite et de réadaptation en alcoologie (« Le challenge »). Son effectif atteint 2 550 collaborateurs, soit 2 300 personnels non médicaux et 250 personnels médicaux.

Son directeur assure également la direction du centre hospitalier de Bapaume. En 2016, le principe d'une direction commune a été étendu au centre hospitalier du Ternois.

B - Enjeux financiers de l'achat

En 2014, le total des charges courantes s'élève à 173,8 M€. La même année, le total des achats représente près de 28 % des dépenses de fonctionnement, soit 48,5 M€. Conformément à la tendance nationale, le poste des achats est le 2^{ème} poste de dépenses de l'établissement après la masse salariale, qui représente 63 % des dépenses courantes, soit 110 M€.

La dépense d'achat de médicaments du centre hospitalier d'Arras croît de plus de 45 % entre 2010 et 2014 pour atteindre près de 17 M€ en 2014. Elle représente 35 % du total des dépenses d'achat de l'établissement.

Tableau n° 1 – Évolution des dépenses d'achats du centre hospitalier d'Arras 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	
602 - Achats stockés ; autres approvisionnements	21 153 459,04	22 967 132,21	24 451 486,58	25 733 691,14	28 499 398,46	34,7%
<i>dont 602 1 - Produits pharmaceutiques et produits à usage médical</i>	11 617 477,97	12 824 211,26	14 018 171,89	14 517 733,59	16 879 568,20	45,3%
<i>dont 602 11 - Spécialités pharmaceutiques avec AMM</i>	9 891 698,33	11 050 982,08	11 860 546,98	12 358 334,47	14 460 402,47	46,2%
<i>dont 602 12 - Spécialités pharmaceutiques avec AMM inscrites sur la liste en sus</i>	67 903,92	53 058,77	87 752,53	69 714,95	2 033,42	-97,0%
<i>dont 602 13 - Spécialités pharmaceutiques sous autorisation temporaire d'utilisation</i>		179,63	1 664,11	39 159,23	697 981,05	388466,0%
606 - Achats non stockés de matières et fournitures	3 270 040,57	3 840 441,15	4 169 612,61	4 467 073,84	4 026 425,65	23,1%
607 - Achats de marchandises						
609 - Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats						
60 - Sous total comptes 60	24 423 499,61	26 807 573,36	28 621 099,19	30 200 764,98	32 525 824,11	33,2%
61 - Comptes 61*	8 746 648,39	9 654 030,36	9 829 403,23	9 757 076,08	10 664 320,11	21,9%
621 - Personnel extérieur à l'établissement	117 591,42	172 348,34	459 159,48	323 951,53	486 190,07	313,5%
622 - Rémunérations d'intermédiaires et honoraires	142 454,59	122 391,01	170 134,57	181 700,17	169 607,91	19,1%
623 - Informations, publications, relations publiques	32 427,52	52 748,57	42 873,84	58 355,70	41 422,49	27,7%
624 - Transports de biens, d'usagers et transports collectifs de personnel	749 764,79	333 465,85	879 005,46	922 292,58	849 770,47	13,3%
6255 - Frais de déménagement	0,00				599,98	
6257 - Réceptions	5 151,82	3 554,95	2 381,00	1 489,09	5 500,52	6,8%
626 - Frais postaux et frais de télécommunications	613 535,85	658 747,69	589 663,47	514 665,31	479 058,52	-21,9%
627 - Services bancaires et assimilés	119,21	2 133,82	1 085,30	1 175,32	774,16	549,4%
628 - Prestations de services à caractère non médical	2 904 115,03	3 320 561,74	3 343 824,07	3 319 491,82	3 289 927,30	13,3%
<i>dont 6288 - Autres prestations diverses</i>	669 947,69	711 922,10	676 934,96	632 432,11	532 048,75	-20,6%
629 - Rabais, remises, ristournes obtenus sur autres services extérieurs						
62 - Sous total comptes 62	4 565 160,23	4 665 951,97	5 488 127,19	5 323 121,52	5 322 851,42	16,6%
T6 - TOTAL DES ACHATS Classe 6	37 735 308,23	41 127 555,69	43 938 629,61	45 280 962,58	48 512 995,64	28,6%
E6 - EVOLUTION annuelle des achats classe 6	0,00	-3 392 247,46	-2 811 073,92	-1 342 332,97	-3 232 033,06	
7071 - Rétrocession de médicaments	2 910 290,95	3 206 384,43	3 636 410,89	3 979 942,60	5 438 405,24	
73112 - Produits des médicaments facturés en sus des séjours	3 862 627,19	4 915 503,90	4 947 128,07	5 084 050,52	5 621 991,72	
73113 - Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	1 520 548,31	1 632 401,36	1 705 707,22	1 893 148,75	1 907 560,98	
Total recettes	8 293 466,45	9 754 289,69	10 289 246,18	10 957 141,87	12 967 957,94	56%

Source : comptes de gestion.

Sur la période 2010-2014, l'évolution des achats est de 29 %, soit 10,8 M€. Elle est couverte à hauteur de 40 % par l'augmentation des recettes issues de la vente de médicaments et de dispositifs médicaux (4,7 M€), qui progressent de 56 %. La croissance nette des achats de l'établissement s'établit à 6,1 M€, soit une augmentation finale des dépenses d'achats de 16,2 %.

Tableau n° 2 – Croissance nette des dépenses d'achats 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Ecart 2010-2014	% évolution 2010-2014
T6 - TOTAL DES ACHATS Classe 6 (A)	37 735 308,23	41 127 555,69	43 938 629,61	45 280 962,58	48 512 995,64	10 777 687,41	28,6%
EVOLUTION des recettes de médicaments et dispositifs médicaux (B)	8 293 466,45	9 754 289,69	10 289 246,18	10 957 141,87	12 967 957,94	4 674 491,49	56%
Croissance nette des dépenses d'achats (A - B)						6 103 195,92	

Source : infocentre CC enquête achats hospitaliers

L'année 2015 enregistre de nouveau une croissance élevée de l'ensemble des achats par rapport à 2014, de 7 %, perceptible dans les achats de médicaments (+ 9 % pour les produits pharmaceutiques et produits à usage médical) et dans les rémunérations d'intermédiaires et de personnel extérieur à l'établissement (+ 27,6 %).

L'ordonnateur en fonctions précise, dans sa réponse aux observations provisoires, que la forte augmentation des rémunérations d'intermédiaires et de personnel extérieur correspond à la diminution des dépenses de personnel médical du Titre 1, le recours à des prestations de collaborateurs occasionnels venant combler partiellement le déficit de médecins dans certaines spécialités comme la médecine d'urgence ou l'anesthésie-réanimation. En contrepartie, les recettes adossées aux dépenses de médicaments augmentent de 4,8 % pour les rétrocessions de médicaments et de 16 % pour les produits des médicaments facturés en sus des séjours entre 2014 et 2015.

Sur la seule année 2015, la croissance nette des dépenses d'achats du centre hospitalier d'Arras, de 2,5 M€, est proportionnellement supérieure à celle observée sur la période 2010-2014, traduisant une augmentation très importante de la dépense cette année-là.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur actuel souligne qu'outre le coût du recours à des personnels extérieurs, la croissance de la dépense d'achat est liée à l'augmentation de l'activité de cancérologie, à la vente de repas au centre hospitalier de Bapaume et aux nouvelles coopérations médicales avec d'autres centres hospitaliers comme le centre hospitalier régional universitaire de Lille.

Tableau n° 3 – Évolution et croissance nette des dépenses d'achats 2014-2015

	2014	2015	2014-2015
Etat des comptes pour l'exercice	Définitifs	Définitifs	
601 - Achats stockés de matières premières ou fournitures			
602 - Achats stockés ; autres approvisionnements	28 499 398,46	29 941 806,51	5,1%
<i>dont 6021 - Produits pharmaceutiques et produits à usage médical</i>	16 879 568,20	18 432 089,57	9,2%
<i>dont 60211 - Spécialités pharmaceutiques avec AMM</i>	14 460 402,47	15 764 713,32	9,0%
<i>dont 60212 - Spécialités pharmaceutiques avec AMM inscrites sur la liste en sus</i>	2 033,42	34 947,79	1618,7%
<i>dont 60213 - Spécialités pharmaceutiques sous autorisation temporaire d'utilisation</i>	697 981,05	833 674,80	19,4%
606 - Achats non stockés de matières et fournitures	4 026 425,65	4 186 026,59	4,0%
607 - Achats de marchandises			
609 - Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats			
60 - Sous total comptes 60	32 525 824,11	34 127 833,10	4,9%
61 - Comptes 61*	10 664 320,11	11 085 680,75	4,0%
621 - Personnel extérieur à l'établissement	486 190,07	869 483,94	78,8%
622 - Rémunérations d'intermédiaires et honoraires	169 607,91	461 695,03	172,2%
623 - Informations, publications, relations publiques	41 422,49	57 742,70	39,4%
624 - Transports de biens, d'usagers et transports collectifs de personnel	849 770,47	1 061 213,76	24,9%
6255 - Frais de déménagement	599,98		-100,0%
6257 - Réceptions	5 500,52	2 346,32	-57,3%
626 - Frais postaux et frais de télécommunications	479 058,52	553 653,20	15,6%
627 - Services bancaires et assimilés	774,16	676,32	-12,6%
628 - Prestations de services à caractère non médical	3 289 927,30	3 784 941,43	15,0%
<i>dont 6288 - Autres prestations diverses</i>	532 048,75	804 358,57	51,2%
629 - Rabais, remises, ristournes obtenus sur autres services extérieurs			
62 - Sous total comptes 62	5 322 851,42	6 791 752,70	27,6%
T6 - TOTAL DES ACHATS Classe 6 (A)	48 512 995,64	52 005 266,55	3 492 270,91
E6 - EVOLUTION annuelle des achats classe 6	-3 232 033,06	-3 492 270,91	
7071 - Rétrocession de médicaments (B)	5 438 405,24	5 697 378,89	258 973,65
73112 - Produits des médicaments facturés en sus des séjours (B)	5 621 991,72	6 519 411,80	897 420,08
73113 - Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours (B)	1 907 560,98	1 739 292,95	-168 268,03
Croissance nette des achats (A-B)			2 504 145,21
Source	Comptes de gestion du centre hospitalier d'Arras		

C - Contexte institutionnel de la performance achat

1 - Les composantes d'une fonction achat professionnalisée et performante

La fonction achat comporte trois composantes. La fonction économique vise l'achat adapté au besoin et au meilleur prix. La fonction juridique garantit sa sécurité juridique. La fonction approvisionnement l'ajuste aux strictes nécessités des services. Les trois fonctions concourent à la performance économique des achats : la première par l'élimination des coûts de la sur-qualité, la deuxième par les avantages du jeu de la concurrence et la troisième par l'élimination des surcoûts du stockage.

L'organisation de la fonction achat doit assurer la dissociation claire de ces trois fonctions. Leur bonne articulation est un indice de professionnalisation et de performance de la fonction achat.

Quatre acteurs principaux participent à la fonction achat. Les acheteurs et les prescripteurs prennent en charge la fonction économique¹. Les juristes² animent la fonction juridique. Les approvisionneurs³ assurent la fonction approvisionnement.

2 - La fonction achat au centre hospitalier d'Arras

En 2010, au vu de la situation dégradée de la commande publique, la direction générale de l'hôpital d'Arras donne la priorité à la restauration de la sécurité juridique des achats. Entre 2010 et 2013, elle réorganise la cellule des marchés et formalise les procédures de passation. La procédure de certification des comptes de l'établissement, engagée en 2015, enregistre les améliorations apportées.

Plus tardive, la recherche de la performance économique des achats ne se développe qu'à partir de 2013, dans le cadre du programme PHARE⁴, évoqué ci-après. Elle reste timide car la direction générale estime que la performance économique de l'achat public est contrainte par la réglementation du code des marchés publics et ne peut être engagée sans une préparation culturelle préalable du centre hospitalier d'Arras, entamée en 2013.

¹ Acteurs de la fonction économique :

Le prescripteur : expert technique de l'achat placé dans les services qui formalise le besoin, contribue à l'élaboration des pièces techniques du marché, intervient dans la procédure de passation des marchés au stade de l'analyse des offres. Le prescripteur est fréquemment l'utilisateur du marché ainsi que l'approvisionneur ;

L'acheteur : expert qui analyse le besoin et le marché des fournisseurs, formalise la politique et les stratégies d'achat pour obtenir le meilleur rapport qualité/prix, procède à l'analyse des offres, conduit les négociations et assure le suivi de la performance des fournisseurs en relation avec l'approvisionneur.

² Acteur de la fonction juridique :

Le juriste : expert qui pratique la veille juridique et réglementaire, la rédaction des pièces administratives de la consultation, le contrôle et le suivi du déroulement de la procédure de passation des marchés de la publicité à la notification et la gestion des contentieux.

³ Acteurs de la fonction approvisionnement :

L'approvisionneur : agent qui est en charge de l'exécution des marchés avec l'élaboration et la transmission des bons de commande aux fournisseurs, le suivi et le contrôle du respect des délais de livraison, le contrôle de la conformité aux engagements du marché, la gestion et le suivi des fournisseurs ainsi que le contrôle des seuils.

⁴ PHARE : Performance Hospitalière pour des Achats Responsables.

3 - Le plan de réorganisation de la fonction achat

La réorganisation de la fonction achat du centre hospitalier a été lancée fin 2013, à l'issue d'un audit et d'un accompagnement réalisés par un cabinet spécialisé dans les achats, recruté par un groupement de six établissements publics de santé et coordonné par le centre hospitalier d'Arras⁵. La prestation du cabinet précité a été cofinancée par l'agence régionale de santé au titre du plan d'amélioration de la performance des achats des établissements s'inscrivant dans le cadre du programme PHARE. L'intervention du cabinet de conseil avait pour finalité la mise en place d'une politique d'achat pérenne et d'un plan d'action achat pluriannuel mentionnant les perspectives de gains de l'établissement.

Le diagnostic de l'organisation de l'achat au sein de l'établissement a mis en évidence la faible maturité de la fonction achat. Il a particulièrement insisté sur la dispersion de l'organisation de l'achat dans trois directions et 13 services mobilisant au total plus de 10 agents, et sur la confusion des rôles de prescripteur, acheteur, approvisionneur et utilisateur. Il a pointé la faiblesse de la compétence achat, des procédures et de l'aptitude à porter le changement au sein de l'organisation.

Le cabinet recommandait le resserrement de la fonction achat autour d'un responsable des achats et d'un acheteur de services hôteliers, la définition des missions de six acheteurs référents⁶ dans les services et l'identification des approvisionneurs. Il préconisait aussi la rédaction des procédures et un plan de formation des acteurs de l'achat pour développer la compétence et la mobilisation sur les gains de performance. Il conseillait enfin la mise en place d'un pilotage de la fonction achat, avec un comité de pilotage qui assure la gouvernance effective d'une politique achat fondée sur des stratégies par famille d'achats, sur une exécution contrôlée des marchés et sur un suivi de la performance et des fournisseurs.

II - LES FONCTIONS JURIDIQUE ET D'APPROVISIONNEMENT DE L'ACHAT

Trois ans après l'audit, la fonction juridique et la fonction d'approvisionnement sont mises en place.

A - La fonction juridique de l'achat

1 - La cellule des marchés

La fonction juridique est assurée par la cellule des marchés. Rattachée à la direction des ressources logistique et technique, sa place dans l'organigramme garantit son indépendance. Son rôle est précisé dans la fiche de procédure de passation des marchés, rédigée en 2015, et formalisé dans le logigramme du processus associé. Sa composition, les compétences mobilisées et le processus décrit, qui va au-delà du code des marchés publics, garantissent la performance juridique des achats de l'établissement.

⁵ Les six établissements publics de santé concernés : le CH d'Arras, le CH de Boulogne-sur-Mer, le CH de l'arrondissement de Montreuil, le CH de la région de Saint Omer, l'établissement Public de Santé Mentale des Flandres et celui de Lille métropole.

⁶ Acheteurs référents : informatique et prestations, hôtellerie, biomédical, services techniques travaux et énergie, biologie, pharmacie et dispositifs médicaux stériles.

La cellule des marchés prend en charge les procédures d'appels d'offres et de marchés à procédures adaptées, dans le cadre d'une programmation suivie. Aucune délégation en matière d'achat public n'a été accordée dans le cadre des contrats de pôle cliniques et medicotechniques.

2 - Une fonction insuffisamment centralisée

La fonction juridique n'est, toutefois, pas complètement centralisée. Ce constat touche autant la définition des besoins que la programmation des achats.

L'établissement ne dispose pas d'outil de computation des seuils, faute de nomenclature des achats disponible et partagée entre tous les services. Ainsi, sur les 442 marchés activés dans la période 2010 à 2015, près de 28 % des procédures sont passées sans publicité ni mise en concurrence. Cette exclusion du champ de contrôle porte sur 1,8 % des volumes d'achats sur la période 2010 à 2015. Le volume financier des achats échappant au contrôle de la cellule des marchés étant très faible, le risque de fractionnement des besoins est limité.

Tableau n° 4 – Nombre annuel de marchés ayant abouti par type de procédure

Nombre annuel de marchés par types de procédure ayant abouti*									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Répartition	Progression 2010-2015
Nombre total	77	78	71	63	72	81	442		5,2%
Appels d'offres	22	26	5	11	14	16	94	21,3%	-27,3%
MAPA	15	24	26	13	24	33	135	30,5%	120,0%
Négociés sans publicité ni mise en concurrence	32	19	24	22	19	7	123	27,8%	-78,1%
Négociés avec publicité et mise en concurrence	3	5		2	4		14	3,2%	-100,0%
Procédures d'achat hors code des marchés publics (exclusions, etc...)									
Resah-IDF									
UniHA				1	1	1	3	0,7%	0,0%
UGAP (uniquement convention de mise à disposition)		1	1	2	1	2	7	1,6%	
Groupements d'achats (avec personnalité morale propre)				1			1	0,2%	
Groupements d'achats (sans personnalité morale propre)	3		3	6	10	18	40	9,0%	500,0%
Autres (accord cadre et marchés subséquents)	2	3	12	8		4	29	6,6%	100,0%

Source : données CHArtraitement CRC

Tableau n° 5 – Montant annuel (en HT) des achats par type de procédure

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Répartition	Progression 2010-2015
Montant annuel total	18 720 320	24 749 032	22 007 676	25 049 580	31 430 053	31 378 258	153 334 920		67,6%
Appels d'offres	10 391 443	13 197 768	10 234 523	10 240 453	10 586 647	8 311 651	62 962 485	41,1%	-20,0%
MAPA	1 268 956	1 585 175	1 148 510	1 169 263	945 917	3 553 344	9 671 166	6,3%	180,0%
Négociés sans publicité ni mise en concurrence	244 330	307 221	183 950	750 391	671 345	678 639	2 835 876	1,8%	177,8%
Négociés avec publicité et mise en concurrence	939 299	1 588 175	829 885	2 102 735	2 085 447	1 105 435	8 650 976	5,6%	17,7%
Procédures d'achat hors code des marchés publics (exclusions, etc...)									
Resah-IDF									
UniHA				53 082	249 284	361 450	663 816	0,4%	580,9%
UGAP	17 645			409 327	679 275	660 417	1 766 665	1,2%	3642,8%
Groupements d'achats (avec personnalité morale propre)				?					
Groupements d'achats (sans personnalité morale propre)	5 076 520	6 877 045	9 374 281	9 334 871	13 875 372	16 570 372	61 108 459	39,9%	226,4%
Autres (accords cadres marchés subséquents)	782 127	1 193 647	236 527	989 459	2 336 767	136 950	5 675 476	3,7%	irrégulier

Source données CHArtraitement CRC

L'expression du besoin émane des prescripteurs dans les services, qui rédigent une fiche de création mentionnant l'objet, le montant et la durée du marché. L'absence de formalisation du dialogue entre l'acheteur et le prescripteur, laissant ces deux acteurs libres de définir le besoin, ne permet pas d'assurer que la juste évaluation du besoin est obtenue. Font exception les achats importants, tels que les travaux et les équipements d'imagerie médicale, pour lesquels des modalités d'échange sont définies précisément. Ces modalités pourraient utilement être étendues à l'ensemble des achats de l'établissement.

Par ailleurs, la définition du juste besoin n'est pas garantie lorsque les fonctions de prescripteur et d'acheteur sont assumées par la même personne, cas le plus courant dans l'organisation actuelle du centre hospitalier.

3 - La procédure de passation

L'analyse d'un échantillon de cinq marchés passés en appel d'offres (contrôle et maintenance des installations techniques, nettoyage, restauration, assurances, maintenance matériel biomédical) confirme que les procédures de passation sont sécurisées à chaque étape : complétude des dossiers soumis à publicité, publicité et mise en concurrence, réception des offres, analyse des offres, propositions d'attribution et choix des offres.

La présence de la cellule des marchés et les contrôles effectués à toutes les étapes de la procédure (contrôle des candidatures, des offres et de l'analyse des offres) concourent à la sécurisation de l'achat de l'établissement sur la quasi-totalité des volumes achetés.

En septembre 2011, l'établissement a mis en place une commission d'ouverture des plis constituée du responsable de la cellule des marchés, de l'acheteur référent de la famille d'achat, du directeur adjoint du pôle logistique et technologique et du directeur adjoint bénéficiaire du marché.

Les résultats de l'analyse des offres sont soumis à une commission d'analyse des offres. Celle-ci est composée du directeur de pôle concerné par le marché, du prescripteur technique qui est aussi l'acheteur, du responsable de la cellule des marchés, du gestionnaire de la cellule des marchés qui sera chargé du marché et, selon les marchés, de toute autre personne qualifiée. La commission arrête le choix du candidat dans un procès-verbal signé par ses membres. Les candidats non retenus sont informés par courrier comprenant le classement et les motifs de rejet.

Cette commission n'intervient pas pour les marchés passés sans procédure.

4 - La veille juridique

La veille juridique sur les marchés publics est assurée par la cellule des marchés. Sa responsable assure quotidiennement la veille en matière de marchés publics *via* des sites spécialisés tels que Légifrance, Citia⁷, le Moniteur, la direction des affaires juridiques des ministères économique et financier. Elle participe à des formations sur l'actualité des marchés publics, notamment concernant la réforme du code des marchés publics mise en place le 1^{er} avril 2016.

⁷ Citia : cabinet indépendant, spécialisé dans le conseil et l'assistance à l'achat public.

5 - L'impact de la constitution du groupement hospitalier de territoire

Le groupement hospitalier de territoire « Artois-Ternois », créé au 1^{er} juillet 2016, regroupe les centres hospitaliers d'Arras, de Bapaume et de Saint Pol-sur-Ternoise. Celui d'Arras est l'établissement support du groupement.

À ce titre, les experts de l'achat du centre hospitalier d'Arras opèrent les montages des achats des deux autres établissements. Sa cellule des marchés rédige les pièces de marchés, passe les procédures et gère l'exécution des marchés.

La constitution du groupement hospitalier de territoire a essentiellement produit des effets sur l'organisation de la fonction achat de l'établissement de Saint Pol-sur-Ternoise, le centre hospitalier de Bapaume n'étant plus autonome depuis 2010. Les achats sont pour la plupart réalisés en groupement pour favoriser la mutualisation.

B - La fonction approvisionnement

La fonction approvisionnement est distincte de la fonction juridique. L'approvisionnement est pris en charge par les différentes directions de l'établissement.

La gestion comptable est assurée par la cellule « liquidation et mandatement », rattachée au service « marchés et liquidation » de la direction des ressources logistiques et techniques. Cette cellule est distincte de l'approvisionnement sauf pour certaines familles de produits.

1 - La passation des commandes et l'exécution comptable

Les modalités de passation des commandes et d'exécution comptable des marchés sont toutes formalisées dans les fiches de procédure d'achat de laboratoire, de pharmacie, d'achats stockés et non stockés, d'acquisition et d'amortissement d'immobilisations.

Ces fiches, qui ont été rédigées récemment dans le cadre de la procédure de certification des comptes engagée en 2015, sont en cours de validation. Elles organisent la répartition et l'interaction des rôles entre l'approvisionneur et le comptable et décrivent les processus d'exécution des achats de l'établissement.

La cartographie des risques, établie par un prestataire externe en 2015, a démontré la maturité de cette fonction d'exécution des approvisionnements. La précision des spécifications des missions et des tâches des différents acteurs de l'exécution de l'achat, de l'évaluation des besoins d'approvisionnement à l'exécution comptable et au rattachement des charges à l'exercice, garantit, au stade de l'approvisionnement, l'adaptation de l'achat au juste besoin des services. La pratique analysée dans le cadre de l'échantillon n'appelle pas de commentaire.

L'établissement ne recourt pas à l'intermédiation financière du type « carte d'achat ». Les seules cartes en circulation concernent la flotte de véhicules pour l'approvisionnement en carburant.

a - Les délais de paiement

Le centre hospitalier d'Arras estime ses délais de paiement compris entre 31,05 jours (2012) et 43,42 jours (2015). L'évolution de ces délais montre une dégradation sur la période. La fiabilité de ces décomptes est cependant incertaine, faute de centralisation de la gestion et de l'enregistrement des factures. Le contrôle de la date de réception des factures dans les services n'est pas effectué. Les intérêts moratoires ne peuvent, en conséquence, être calculés automatiquement. Aucun paiement n'est ainsi intervenu en 2012 et 2015 et les montants enregistrés en 2013 (14 718 €) et en 2014 (613,14 €) sont faibles.

La chambre recommande la mise en place de modalités de calcul du délai de paiement conformes au décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique. À cette fin, la mise en œuvre de modalités d'enregistrement de la réception des factures serait nécessaire.

b - Le suivi contractuel des marchés

Le suivi contractuel des marchés qui présentent des enjeux techniques et financiers importants est assuré par des réunions portant sur le contrôle des factures et des quantités facturées. Celles-ci donnent lieu, dans certains cas, à des comptes rendus.

Depuis septembre 2015, le marché d'exploitation de chauffage est suivi conjointement par les services techniques du centre hospitalier et par un assistant à maîtrise d'ouvrage chargé de la mise en place d'avenants, du contrôle de la bonne exécution technique du marché et de la validation technico-financière des bons de commande, hors forfait. Les dysfonctionnements identifiés sont les retards d'exécution de maintenance préventive, le non-respect des durées contractuelles, traitées au moyen d'un plan de progrès, ainsi que les retards en matière de délais et le non-respect des obligations contractuelles, ces deux derniers points donnant lieu à application de pénalités.

Plus généralement, le non-respect des dispositions contractuelles donne lieu à l'application de pénalités. Cette bonne pratique pourrait utilement être étendue à d'autres achats.

2 - Les stocks et l'inventaire

La gestion des stocks de la pharmacie, du magasin général et du magasin technique ainsi que les procédures d'inventaires sont consignées dans les fiches de procédures rédigées pour la certification des comptes. Ces fiches correspondent à la pratique constatée dans les services.

La gestion des dotations dans les services de soins fonctionne sur le principe « plein/vide ». Elle est automatisée. Les seuils étant calculés dans le logiciel Copilote, les préconisations, qui accordent une importance plus grande aux consommations récentes, sont validées par le pharmacien. La qualité de la gestion des stocks, attestée par la cartographie des risques, assure l'optimisation de l'approvisionnement, strictement ajusté aux besoins des activités de l'établissement.

La chambre observe, toutefois, que seuls certains médicaments sont en dispensation nominative : stupéfiants, médicaments dérivés du sang, certains antibiotiques, médicaments de la « liste en sus⁸ ». Or, ce type de dispensation devrait en principe s'appliquer à l'ensemble des médicaments.

⁸ Les médicaments de la « liste en sus » concernent des spécialités de produits innovants et onéreux, pour des profils de pathologie atypiques.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur actuel précise que la généralisation de la dispensation nominative est un objectif du contrat de bon usage signé par l'établissement dont la mise en œuvre peut être engagée, suite à l'achat d'un automate de dispensation nominative en 2016.

La gestion des inventaires est décrite dans la fiche de procédure « inventaire du magasin », complétée par la fiche « procédure d'inventaire » du logiciel Copilote et la « note technique de valorisation des stocks tampons de pharmacie ». La pharmacie et le magasin général réalisent un inventaire physique des stocks une fois par an, en fin d'exercice, selon les procédures fixées. Celui du magasin technique a été réalisé pour la première fois fin 2016.

Dans le cadre de la certification des comptes, une valorisation des stocks tampon de pharmacie des unités de soins est réalisée une fois par an, en fin d'exercice. La valeur de ceux-ci est estimée à 215 000 €. Les produits périmés à la pharmacie sont sortis et leur charge est évaluée, contrairement à ceux présents dans les unités de soins, non réintégrés à la pharmacie. La qualité de la gestion des stocks limite les risques de gaspillage.

III - LA FONCTION ECONOMIQUE DE L'ACHAT

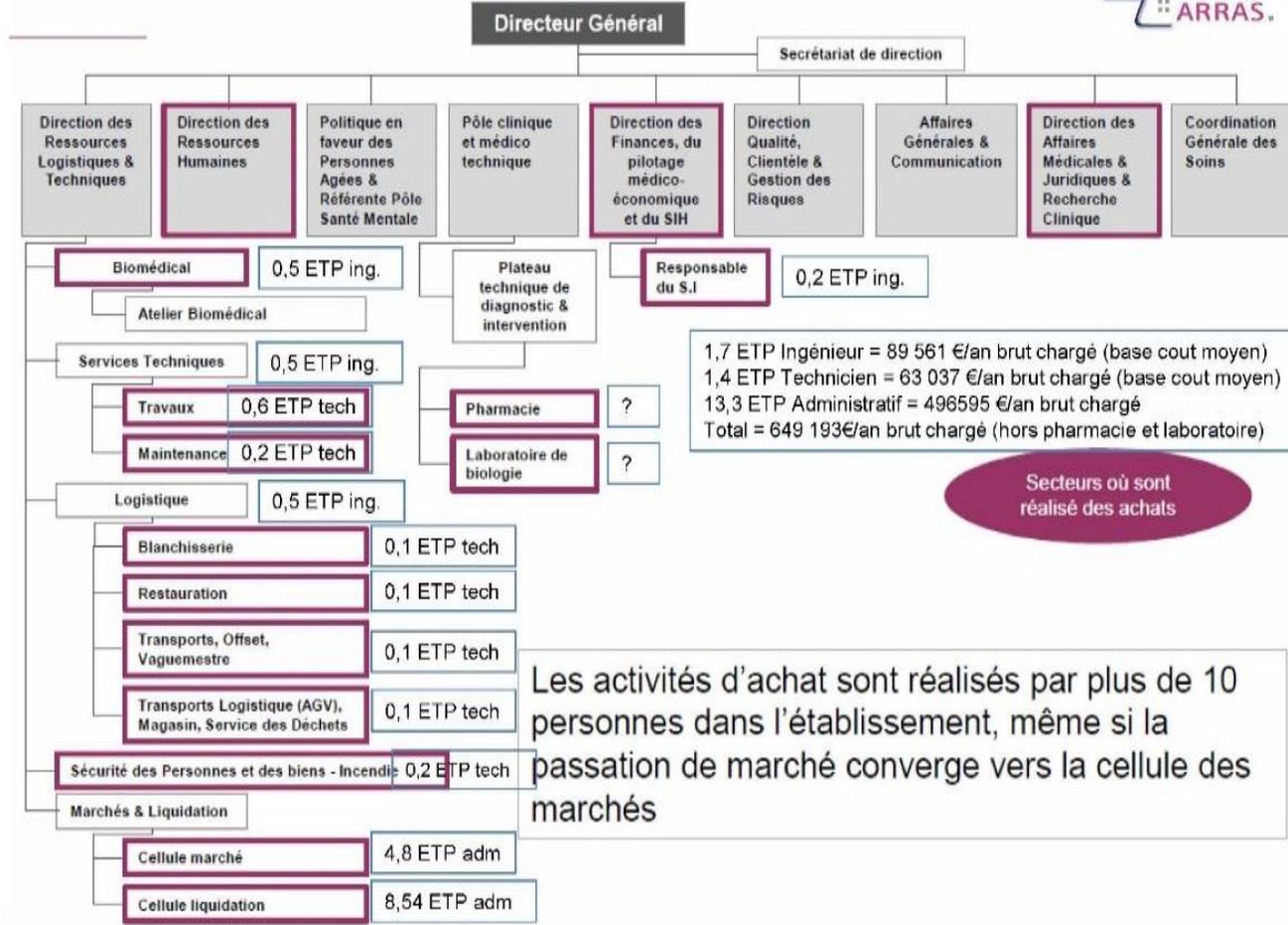
La réflexion de l'établissement sur la fonction économique de l'achat n'est pas complètement aboutie à ce jour.

A - Une organisation de la fonction économique de l'achat inaboutie

1 - L'organigramme de l'achat

La prise en charge du volet économique de l'achat est éclatée dans les directions et services de l'établissement, au sein desquels se situent les acteurs présumés de cette fonction. Au total, 13 services disposent d'un personnel consacré, partiellement, à l'acte économique d'achat.

Qui « achète » aujourd'hui dans l'établissement



1,7 ETP Ingénieur = 89 561 €/an brut chargé (base cout moyen)
 1,4 ETP Technicien = 63 037 €/an brut chargé (base cout moyen)
 13,3 ETP Administratif = 496595 €/an brut chargé
 Total = 649 193€/an brut chargé (hors pharmacie et laboratoire)

Secteurs où sont réalisés des achats

Les activités d'achat sont réalisés par plus de 10 personnes dans l'établissement, même si la passation de marché converge vers la cellule des marchés

Aout 2016

Source : centre hospitalier d'Arras.

Contrairement aux préconisations du programme PHARE et aux recommandations du cabinet de conseil, le centre hospitalier d'Arras ne dispose pas d'un responsable des achats dédié. Cette responsabilité incombe au directeur adjoint du pôle logistique et technique dont l'étendue du profil de poste rend difficile l'exercice, à temps complet, de cette mission. Une expérience de mise en place d'un acheteur responsable des achats s'est arrêtée prématurément.

Les profils de poste des acteurs de l'achat dans les services agrègent les missions d'acheteur référent, de prescripteur et d'utilisateur qui sont, le plus souvent, exercées simultanément. Cette confusion des rôles, contraire au schéma proposé dans le cadre de l'audit conduit en 2013, impose aux agents chargés de l'achat des arbitrages ou compromis entre les objectifs qui leur sont assignés au titre des trois missions confiées. Cette organisation rend difficile la mobilisation des agents sur la seule performance économique des achats. Si la grande proximité des acheteurs avec les prescripteurs, quand les missions sont distinguées, permet une bonne compréhension des besoins des services, elle comporte le risque d'une pression exercée par le prescripteur dont la préoccupation économique peut être secondaire dans le contexte de la priorité accordée à la santé. La veille concurrentielle, quand elle est pratiquée, s'ajoute aux attributions des agents chargés de l'achat.

Aucune mention relative au développement des stratégies d'achat, avec l'objectif de performance économique associé, ne figure dans le logigramme de la passation des marchés. Sa mise en œuvre confirme que le processus économique de l'achat n'est pas complètement intégré à la démarche des achats du centre hospitalier.

La mise en place de processus d'achat « en mode projet » dans le domaine de l'imagerie médicale, où des commissions *ad hoc* définissent des stratégies d'achat concertées entre les acheteurs, les prescripteurs et les utilisateurs, pourrait utilement être étendue à d'autres achats.

2 - La professionnalisation

Le centre hospitalier d'Arras a engagé un processus de professionnalisation de l'achat à l'attention de 19 agents.

Indépendamment des formations sur la réglementation des marchés publics et sur les logiciels de l'achat et de comptabilité, la professionnalisation a porté sur le parcours achat pour 17 d'entre eux. À cette occasion, 476 heures de formation ont été dispensées.

Cet effort marque la volonté de l'établissement de sensibiliser ses agents et de les professionnaliser sur la fonction économique de l'achat et sa performance. Toutefois, il ne s'assure pas de sa mise en œuvre au quotidien, dans tous les secteurs d'achat de l'hôpital.

3 - Le guide de l'achat

Le centre hospitalier n'a pas profité de la dynamique de professionnalisation pour capitaliser les acquis dans la rédaction d'un guide de l'achat complet, à destination de tous les services, comprenant les finalités et objectifs économiques d'une politique d'achat, les savoirs et savoir-faire des acheteurs aux différents stades de l'achat ainsi que la déontologie dans la commande publique.

Les fiches de procédures qui concernent la passation des marchés et essentiellement l'approvisionnement et l'exécution comptable des marchés constituent le socle d'un guide de l'achat incomplet. N'y figurent pas notamment les préconisations des groupes de travail relatives aux projets ARMEN⁹ sur les stratégies par segment d'achats hospitaliers.

Les conditions d'une diffusion large des enjeux de la recherche de la performance des achats et de sa traduction budgétaire ne sont pas réunies à ce jour. La chambre recommande à l'établissement de rédiger un guide des achats récapitulant toutes les fiches de procédures existantes, exposant les enjeux de la performance des achats et décrivant les processus de suivi et d'évaluation de cette performance.

4 - Le système d'information de l'achat

a - Un système d'information non intégré

Le système d'information de l'achat n'est pas unique. Il est confus et incomplet.

La gestion administrative des procédures de passation des marchés est effectuée sur deux logiciels : Marco, seulement utilisé pour la rédaction des pièces administratives des marchés, et Epicure pour la gestion des lots d'achat de consommables.

Le logiciel Sapanet est utilisé pour la gestion des achats de laboratoire.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur actuel précise que l'utilisation du logiciel Sapanet pour l'ensemble de la gestion du laboratoire, notamment la gestion des réactifs et de leur éventuelle non-conformité, est consécutive à l'accréditation du laboratoire par le Comité français d'accréditation. Cet outil permet de dématérialiser les commandes.

Le logiciel de gestion économique et financière de l'achat (passation des commandes, liquidation et mandatement) est MAGH2. Il intègre une fonction bloquante qui délivre un message d'alerte en cas de dépassement des seuils du montant du marché enregistré. Mais celle-ci est inopérante puisque le message délivré n'empêche pas de valider la commande. De plus, elle est contreproductive car elle interdit la liquidation de la facture.

La gestion des stocks est gérée dans le logiciel Copilote. Ce dernier est interfacé avec le logiciel Magh2, notamment par l'envoi de préconisations de commandes (en service à la pharmacie, en projet pour le magasin général qui utilise actuellement des tableaux Excel).

Les demandes d'approvisionnement des achats stockés sont réalisées par les services de soins via le module de demandes Webcopilote.

À défaut d'une cartographie des achats implantée dans le système d'information des achats de l'hôpital, il n'est pas possible de suivre la computation des seuils pour le déclenchement des procédures de passation des opérations de travaux et d'acquisition des fournitures et prestations homogènes.

Aucun support informatique ne suit la performance économique de l'achat.

⁹ Les projets ARMEN, qui sont une déclinaison du programme PHARE, visent à définir des stratégies d'achat par segment d'achat.

Le système d'information de l'achat du centre hospitalier d'Arras n'est pas conçu pour intégrer les processus de l'achat dans un ensemble cohérent : de la veille concurrentielle à la computation des seuils, de la gestion des stocks à la commande.

L'éclatement du système d'information de l'achat est partiellement compensé par la gestion rigoureuse des processus, exprimée dans les fiches de procédures décrites plus haut. La redondance des saisies est génératrice de perte de productivité de la fonction achat.

b - L'utilisation des procédures dématérialisées

La dématérialisation est effective pour la passation des marchés à travers le recours à une plateforme spécialisée externalisée.

La gestion des commandes est dématérialisée pour les seules commandes des dispositifs médicaux et des médicaments *via* la plateforme Hospitalis.

L'hôpital a un projet de facturation électronique à partir de 2017 en utilisant, dans un premier temps, la solution gratuite fournie par l'État, dénommée Chorus Portail Pro.

La procédure comptable est dématérialisée sous MAGH2 à partir de la liquidation. L'enregistrement de la facture n'étant pas informatisé, le suivi des intérêts moratoires n'est pas traçable et leur calcul n'est pas automatisé.

La chambre invite le centre hospitalier à mettre en place un système d'information de l'achat intégrant toutes les étapes de la fonction achat, du recensement des besoins au suivi d'exécution des achats, permettant d'identifier les gains réalisés, afin de garantir la traçabilité des actions de la fonction achat et de suivre leur performance économique.

5 - Le recours à la négociation

La négociation est un outil d'optimisation de l'achat, prévu dans la fiche de procédure de passation des marchés. Pour les segments d'achat hors appel d'offres, une négociation est menée sur tous les éléments de l'offre. La présence d'acheteurs dédiés dans l'établissement permettrait de professionnaliser ce levier d'achat.

6 - Les évolutions technologiques des produits et des prestations

Le centre hospitalier d'Arras procède à l'actualisation de ses marchés de produits et de prestations par l'application de clauses spécifiques présentes dans les marchés des groupements, dans ses propres marchés et par voie d'avenants.

Dans le cadre du groupement d'achat Escaut-Lys, l'établissement précise que des clauses de résiliation sont prévues dans différentes circonstances :

- « Toutefois, en cas de force majeure (incidents répétés de pharmacovigilance, recommandations de l'ANSM¹⁰...), le coordonnateur se réserve le droit de résilier tout ou partie du marché, en cours d'exécution. »
- « En cas de mise sur le marché d'un premier générique (inscription au Répertoire des génériques et perte de l'exclusivité de la fourniture), le marché sera résilié et une procédure de consultation sera relancée, avec les quantités prévues au marché en cours. »

¹⁰ ANSM : agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.

Dans le cadre d'un marché de dispositifs médicaux, des clauses concernant les innovations technologiques figurent dans le cahier des charges :

- « En cours d'exécution du marché, le titulaire peut être amené à arrêter la commercialisation d'une référence de dispositif médical pour lequel il a été retenu, et à le remplacer par un dispositif plus innovant possédant une nouvelle référence ;
- Dans ce cas, le fournisseur est tenu de produire un certificat indiquant :
 - d'une part, que cette nouvelle référence se substitue à l'ancienne pour des raisons d'innovation technologique ;
 - d'autre part, que le prix fixé au marché pour l'ancienne référence est maintenu ».

Concernant les achats en matière de système d'information, l'établissement fait le choix de lancer des marchés subséquents d'accords-cadres mis à disposition par le groupement de coopération sanitaire AMEITIC¹¹. Ce mode opératoire dissocie l'achat en deux étapes : accords-cadres et marchés subséquents permettant d'adapter les achats aux besoins spécifiques de chaque membre et de s'adapter aux évolutions technologiques.

Concernant les achats de matériel médical, l'hôpital précise :

- « Les marchés passés en groupement de commande sont gérés par l'acheteur du groupement. Les évolutions technologiques, quand elles apparaissent, sont intégrées par voie d'avenant transmis au centre hospitalier d'Arras en charge de l'exécution du marché.
- Les marchés passés par le centre hospitalier d'Arras le sont sur une période de 2 à 3 ans selon le type de besoin (ponctuel ou récurrent). Dans le cas où une nouvelle référence se substitue à une ancienne, un avenant est réalisé sous condition de maintien des tarifs initiaux ».

7 - Les revues annuelles des contrats

Le contrôle interne des achats est assuré par l'intermédiaire du « plan achat performance économique ». Si des bilans des marchés venant à expiration sont parfois réalisés pour relancer les marchés suivants, l'établissement ne pratique pas systématiquement les revues annuelles de contrat, qui ont pour but d'optimiser l'exécution des marchés.

8 - Le coût du personnel de la fonction achat

Le coût du personnel de la fonction achat du centre hospitalier, réparti entre les 13 services, s'élève à près de 0,65 M€. Il correspond à 16,5 agents en équivalent temps plein et ne comprend pas les acheteurs référents de la pharmacie et du laboratoire de biologie, dont les temps n'ont pu être identifiés, ni les agents du centre hospitalier du Ternois et du centre hospitalier de Bapaume. Ce coût n'étant pas calculé jusqu'alors, l'évaluation de la performance économique des achats du nouveau groupement hospitalier de territoire, en gains nets, n'est pas possible.

¹¹ AMEITIC : Achat Mutualisé d'Équipements Informatiques et de Technologie de l'Information et de la Communication.

9 - Conclusion sur l'organisation de la fonction économique

L'absence d'acteurs dédiés à la fonction économique de l'achat, et plus généralement la faiblesse de l'organisation de la fonction économique de l'achat, rend difficile l'élaboration de stratégies par segment et familles d'achats, ce qui compromet la définition d'une politique globale des achats et l'évaluation de sa performance.

La prise en charge du volet économique de l'achat dans l'organisation de l'établissement reste perfectible. La chambre recommande au centre hospitalier d'appliquer toutes les préconisations émises en 2013 par le cabinet spécialisé dans les achats, recruté par l'établissement, pour assurer durablement l'implantation de la fonction économique dans l'établissement.

B - La politique et les stratégies d'achat

D'une manière générale, la performance des achats doit être assise sur des objectifs, des résultats et des indicateurs qui permettent de l'évaluer et de la suivre.

Ces éléments sont les composantes d'une politique d'achat, qui doit se décliner en stratégies d'achat sur des segments et des familles d'achats. Ces stratégies se décomposent en plans d'actions programmés qui visent l'obtention de gains d'achat traduits en économies budgétaires.

1 - L'évaluation des besoins et la nomenclature des achats

Le recensement des besoins, maîtrisé, programmé et l'estimation financière fiable des achats préparent la définition de la politique des achats et des stratégies d'achat. L'élaboration des stratégies d'achat s'appuie sur une analyse du portefeuille des achats, qui suppose une connaissance précise des achats inscrits dans une nomenclature. La nomenclature classe tous les achats d'un établissement en segments, familles, sous-familles, domaines d'achat et articles de produit. Elle permet de disposer d'une vue d'ensemble des achats, d'analyser le portefeuille de ceux-ci et d'identifier les stratégies d'achat pertinentes en termes de performance.

En 2016, le centre hospitalier d'Arras n'a toujours pas construit de nomenclature de ses achats complète et précise, qui aurait pu être définie à partir de la segmentation des achats réalisée par le cabinet de conseil en 2013.

L'absence d'une telle nomenclature rend difficile la définition d'une politique globale des achats avec des stratégies d'achat associées, par manque de visibilité d'ensemble des enjeux. L'élaboration de cette nomenclature est cependant en cours.

2 - La définition de la politique d'achat

En dépit des conclusions du cabinet en vue de « l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action achats », la politique des achats du centre hospitalier d'Arras n'a pas été formalisée.

Un comité de pilotage des achats, tenu en juin 2015, rappelait l'objectif global de gains sur les achats formalisé dans le plan ONDAM¹² à environ 2 % du volume d'achats. Pour l'hôpital d'Arras, cet objectif représentait 1,08 M€ d'économies à réaliser sur 40 M€ d'achats pour la période 2015-2017. Il repérait les leviers d'achat et d'approvisionnement généraux que l'établissement peut mettre en œuvre : la massification, la participation à des segments d'achat portés par UNIHA¹³, le groupement de commande avec la commune d'Arras, le resserrement des références, l'amélioration de la logistique, la gestion des risques, l'amélioration de la relation avec les fournisseurs, l'achat innovant et la gestion des consommations et des stocks. Il identifiait un objectif de 3 % de gains potentiels sur le périmètre d'achats de 2015, soit 0,6 M€ sur un volume financier d'achats de 20 M€ (en juin, les gains notifiés atteignaient 0,966 M€). Une première image de la cartographie des achats était produite pour 2014.

Cette approche, conçue en termes très généraux, ne peut, à elle seule, définir une politique des achats propre à un établissement.

Le centre hospitalier d'Arras n'a pas identifié les achats stratégiques en s'appuyant sur la cartographie des achats élaborée fin 2013 par le cabinet. Il n'a pas décrit une feuille de route pour conduire les stratégies d'achats adéquates. Il n'a, plus généralement, pas formulé d'objectifs opérationnels quantitatifs et qualitatifs et d'indicateurs de résultat par segment d'achat, par famille et domaine d'achat, faute de disposer d'une nomenclature de ses achats qui aurait facilité l'analyse du portefeuille des achats. La couverture de ce portefeuille, par une politique générale définie dans tous les secteurs des achats, n'a pas été réalisée.

L'absence de politique d'achat formalisée n'a pas permis aux services prescripteurs d'avoir une vision claire des objectifs et des résultats attendus et, plus globalement, de diffuser une culture de l'achat partagée entre tous les acteurs de l'établissement.

La politique d'achat, qui n'a pas été déclinée au niveau opérationnel avec des indicateurs, ne permet, ni de piloter efficacement, ni d'évaluer la performance de la fonction achat.

La chambre recommande l'élaboration de la nomenclature complète des achats de l'établissement et la formalisation, par segment d'achat et famille d'achats, des stratégies d'achat en s'appuyant sur les leviers d'achats identifiés dans les groupes de travail ARMEN¹⁴ du programme PHARE.

¹² ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance-maladie.

¹³ UNIHA est le premier réseau d'achats groupés de l'hospitalisation publique en France.

¹⁴ Le projet ARMEN consiste à identifier des opportunités de gains, par vagues de segments d'achat :

- La vague 1 d'ARMEN qui s'est déroulée entre mars et juin 2012, s'est concentrée sur 10 segments d'achat : consommables de laboratoire, matériel médico-chirurgical à usage unique, entretien et réparation de biens à caractère médical, véhicules en coût complet, logiciels, imagerie de coupe, blanchisserie, mobiliers de soin, dépenses immobilières et assurances.

- La vague 2 d'ARMEN (novembre 2012-février 2013) a concerné les 10 segments suivants : serveurs, énergie, alimentation, équipements d'endoscopie, solutions d'impression, médicaments, nettoyage et ménage, petit matériel médico-chirurgical non stérile, fournitures de bureau, et gestion des déchets.

- La vague 3 d'ARMEN (septembre à décembre 2013) a abouti à la présentation de plus de 115 bonnes pratiques achat représentant 538 M€ d'économies potentielles sur 10 nouveaux segments : simplification du processus achat nord et sud (de la France), dispositifs médicaux implantables (DMI), prestations intellectuelles, intérim médical et non médical, équipements de bloc opératoire, fournitures d'atelier, équipements de plateau technique de consultation, PC (informatique) en coût complet, équipements logistiques.

- La quatrième vague du projet ARMEN, lancée en septembre 2014, a porté sur des sujets transversaux et de nouveaux segments d'achat métiers : parcours de soin ville-hôpital, relations achat-industrie, achats innovants efficaces, investissements hospitaliers, utilisation de techniques d'achat nouvelles ou originales, examens réalisés à l'extérieur, équipements de médecine dont réanimation, transports sanitaires, équipements d'imagerie hors coupe, produits d'incontinence, voyages et déplacements ainsi que courrier et affranchissement en coût complet.

3 - L'engagement dans le programme PHARE

L'absence de formalisation de la politique d'achat de l'établissement n'a pas signifié l'inaction du centre hospitalier d'Arras en matière de recherche de gains sur les achats.

a - Le programme PHARE et les projets ARMEN

L'établissement s'est impliqué dans le programme PHARE en participant aux groupes de travail nationaux du projet ARMEN : la gestion des déchets (ingénieur logistique), le nettoyage (directrice adjointe du centre hospitalier d'Arras, leader sur ce segment), la gestion de la transition de la fonction achat de groupement hospitalier de territoires et enfin les travaux, prestations patrimoniales et énergie (ingénieur des services techniques).

L'établissement a suivi les recommandations ARMEN sur les segments linge (standardisation, banalisation du linge), fournitures de bureau (mutualisation des besoins avec la mairie), achat d'électricité (groupement d'achat), achat de médicaments (idem) et sur les achats d'imagerie (mise en place de solutions d'impression papier).

Les travaux et recommandations effectués ainsi que les bonnes pratiques d'achat repérées par les groupes de travail ARMEN sont très complets. Quarante-deux segments ont été étudiés couvrant l'essentiel du portefeuille d'achat d'un établissement public de santé. Ils constituent des feuilles de route détaillées des opportunités de gains sur les achats que l'hôpital d'Arras pouvait appliquer dans le contexte d'achat qui lui est propre. La formalisation de stratégies d'achat dans tous les segments analysés dans les projets ARMEN aurait permis de mettre en évidence la sélection par l'établissement des leviers activés.

Les stratégies d'achat étant pré-formalisées au plan national, le centre hospitalier d'Arras pouvait couvrir son portefeuille d'achat avec des stratégies explicites identifiant toutes les opportunités de gains depuis 2012.

À défaut de formalisation de stratégies d'achat au sein de l'établissement, il ne peut être repéré ni les leviers activés par segment d'achat, ni la manière dont les leviers ARMEN sont mobilisés ainsi que les gains prévisionnels estimés par levier.

b - Les plans d'action achats

Le centre hospitalier d'Arras établit des plans d'action achats depuis 2014.

Les contenus de ces plans s'inscrivent dans le cadre des informations normalisées devant être remontées à l'agence régionale de santé. Ils donnent de l'activité annuelle d'achat de l'établissement une image détaillée des marchés réalisés, avec la description, notamment, de la programmation des achats, éventuellement des leviers de gains mis en œuvre, des objectifs de gains et des résultats obtenus avec leur impact sur deux exercices budgétaires.

Les plans d'action achats donnent délivrent une vision rétrospective de l'action de l'établissement et des gains réalisés.

La présentation du plan d'action achats de 2016, en avril de la même année, montre la montée en puissance d'une réflexion plus stratégique sur les achats de l'établissement, à partir d'un bilan du plan d'action achats de 2015, de l'identification des actions à mener et de la fixation des enjeux de gains pour 2017 avec les actions associées. Le plan d'action achats de 2016 est présenté comme le document unique formalisant les bonnes pratiques d'achat pour l'ensemble des acheteurs et prescripteurs de l'hôpital.

4 - La massification et la mutualisation des achats

La massification et la mutualisation des achats sont les leviers les plus utilisés par l'établissement pour la réalisation des achats. La mise en place du groupement hospitalier territorial réunissant Arras, Bapaume et Saint Pol-sur-Ternoise a institutionnalisé des pratiques de mutualisation antérieures.

Le centre hospitalier a développé une politique active de massification de ses achats. Un partenariat a été développé avec la ville d'Arras pour les achats de fournitures de bureau et de matériel électrique, avec les centrales d'achat de l'UGAP (pour l'univers médical) et de UNIHA (pour l'informatique ainsi que pour l'essuyage des mains, l'incontinence infantile, les tenues professionnelles, les articles d'hygiène à usage unique, les achats d'électricité et les achats biomédicaux) ainsi qu'avec d'autres hôpitaux dans le cadre des groupements d'achats du groupement de coopération sanitaire AMEITIC (pour l'informatique) et Escaut-Lys (pour les produits pharmaceutiques)¹⁵.

Le volume de la massification et de la mutualisation progresse entre 2010 et 2015. Il représentait 24 % des 39 M€ d'achats en 2010 (soit 9 M€) et représente 39 % des 58,5 M€ d'achats (soit 22,8 M€) en 2015.

Il est inégalement réparti entre les segments d'achat. L'effort de massification et de mutualisation est le plus significatif dans le domaine des médicaments et des dispositifs médicaux, où il atteint, en 2015, 88 % des 17,6 M€ d'achats de médicaments et 38 % des 6,6 M€ d'achats de dispositifs médicaux. Sa progression de 29 points, entre 2010 et 2015, est la plus spectaculaire. Le centre hospitalier d'Arras est adhérent au groupement d'achat Escaut-Lys pour tous les lots. Pour les dispositifs médicaux, il peut arriver, sur un nombre restreint de lots, que l'établissement se désolidarise du groupement et lance, pour des raisons techniques, sa propre procédure.

Concernant les équipements médicaux (hors imagerie), la part mutualisée représente environ 30 % des achats, sans progression sur la période.

En 2015, l'établissement évolue dans sa stratégie pour les achats d'équipements d'imagerie (36 % d'achats mutualisés), d'assurances (39 %), de logistique et d'achats généraux (16 %), en recourant plus à la mutualisation qu'il ne le faisait en 2010. Concernant plus particulièrement l'imagerie médicale, il participe à des groupements de commandes tels que UNIHA (mobile de radiologie numérique) et UGAP (salle d'angiographie numérisée). Un groupement de commandes avec les établissements de Lille, Béthune et Hazebrouck a été constitué pour un marché de prestations de contrôle de radioprotection et de contrôle de la qualité des équipements d'imagerie.

La mutualisation des achats informatiques est en cours, notamment à partir de 2013. Alors que la part mutualisée n'était que de 13 % en 2010, elle passe à 31 % en 2013, 56 % en 2014 et 43 % en 2015. L'énergie (gaz, électricité, fuel) et les prestations de maintenance associées font l'objet d'un début de mutualisation en 2015. Concernant le marché de fourniture d'électricité avec UNIHA, l'établissement précise que « *le contrôle et le suivi des achats est assuré par le Responsable des Services Techniques et porte sur la vérification des factures, sur la base des documents d'aide de contrôle de facture mis à disposition par UNIHA sur le portail internet SharePoint, les paramètres de variation des prix n'étant pas directement accessibles à l'établissement.* »

¹⁵ UGAP : Union des groupements d'achat public ; Uni HA : Union des hôpitaux pour les achats ; GCS AMEITIC : Groupement de coopération sanitaire achat mutualisé d'équipements informatiques et de technologie de l'information et de la communication ; Escaut-Lys : groupement de commandes pour l'achat de produits pharmaceutiques.

En revanche, restent en dehors de la mutualisation les segments de l'hôtellerie et de la restauration, des travaux, des prestations associées aux installations de chauffage ventilation et climatisation, des prestations d'accompagnement et de service hors immobilier et maintenance, de la fourniture de l'eau.

Concernant la maintenance des bâtiments et les achats d'hôtellerie, l'ordonnateur actuel précise, dans sa réponse aux observations provisoires, que l'établissement est en attente des recommandations de la direction générale de l'offre de soins.

Les modalités de contrôle et de suivi des marchés centralisés suivent la même procédure que celles décrites dans les fiches de procédure analysées ci-dessus. En cas de groupement, les difficultés enregistrées dans l'exécution des marchés sont partagées avec les autres membres du groupement.

5 - La veille concurrentielle

Le centre hospitalier d'Arras indique que « la veille concurrentielle n'est ni organisée, ni systématisée et qu'il n'est pas fait appel à des études de marchés fournisseurs ».

Il précise que « dans le cadre des achats de médicaments, d'équipements médicaux et informatiques, des rencontres avec les fournisseurs ont lieu régulièrement tout au long de l'année et tout particulièrement lors des phases préparatoires au lancement des marchés. Ces rencontres permettent un échange d'informations scientifiques (médicaments), technologiques (autres équipements), financières et commerciales. C'est aussi un moyen de déterminer l'allotissement du marché. Cela peut permettre à certains fournisseurs qui ne sont pas en capacité de couvrir l'ensemble des lots de pouvoir répondre ».

L'absence de généralisation de cette bonne pratique d'achat à tous les segments d'achat de l'établissement est préjudiciable à la correcte évaluation des besoins et à la définition de stratégies actives à l'égard des fournisseurs.

Le déficit de connaissance des marchés des fournisseurs par segment, famille et domaines d'achat, ainsi que de la part des achats de l'hôpital dans le chiffre d'affaires de ses propres fournisseurs, démontre la faiblesse de l'analyse économique de l'achat. La structure du panel des fournisseurs a peu évolué entre 2013 et 2015. L'étude du cabinet recruté repérait en 2013 que 8 % de fournisseurs représentaient 80 % des dépenses (fonctionnement et investissement confondus) et que 77 % des fournisseurs, au chiffre d'affaires inférieur à 2 000 €, représentaient 5 % des dépenses. En 2015, les chiffres varient peu, 8,68 % des fournisseurs représentant 80 % des dépenses et 74,86 % des fournisseurs représentant 5 % des dépenses. En l'absence de réflexion sur les éléments clés de la cartographie des achats et des fournisseurs, l'optimisation économique de l'achat est rendue plus difficile.

La chambre recommande à l'établissement d'étendre la pratique de la veille concurrentielle à tous les segments d'achat du centre hospitalier, dans le cadre de la mise en place d'une cartographie actualisée des achats et des fournisseurs.

6 - La définition des stratégies d'achat

a - La programmation des achats

La procédure de programmation des achats est pilotée par la cellule des marchés, à l'aide d'un tableau de suivi des échéances des marchés en cours. Les acheteurs sont alertés par la cellule des marchés sur le calendrier de la procédure à respecter. Cette procédure et sa mise en œuvre garantissent la continuité de l'approvisionnement.

La méthode de définition des besoins n'est pas formalisée à l'échelle de l'établissement ; elle est laissée à l'appréciation des acheteurs. L'acheteur ne s'appuie pas sur une méthodologie fondée sur la nomenclature des achats commune à tous les services, ce qui ne garantit pas l'exhaustivité du recensement des besoins.

Pour les achats stratégiques, un chef de projet est nommé parmi les utilisateurs pour définir les besoins avec l'acheteur. Les travaux sont tracés dans des comptes rendus.

Les méthodes de recensement et d'analyse des besoins mises en place pour les achats de travaux et de matériel médical assurent plus nettement la qualité de la définition des besoins de l'établissement et responsabilisent les acheteurs et les utilisateurs.

La chambre invite le centre hospitalier d'Arras à généraliser à l'ensemble des segments d'achat les méthodes appliquées aux achats stratégiques, de travaux et de matériel médical.

b - Le coût de l'achat : coût global

Le coût est évalué sur la base du marché antérieur s'il existe, à partir de devis et d'éléments collectés par comparaison des prix des marchés fournisseurs.

L'intégration du coût global de l'achat dans les marchés publics de l'établissement est pratiquée à deux moments : lors de la définition du besoin, en précisant la solution identifiée la plus intéressante, notamment sur les marchés de travaux (exemple : luminaires, menuiseries), et lors de la passation du marché en exigeant les coûts d'exploitation des équipements (énergie, coût des pièces nécessaires à la maintenance sur une période donnée, consommables). Cependant, l'intégration des coûts d'exploitation dans les critères de sélection n'est pas généralisée.

Concernant les équipements d'imagerie médicale, l'approche en coût complet se fait sur la base d'une étude sur sept ans, qui comprend le montant d'investissement et le montant d'exploitation (2 premières années de garantie et 5 ans de garantie tous risques). Ce coût global est utilisé dans le rapport de choix des offres, tel qu'il ressort de l'appel d'offres pour l'acquisition de l'IRM et du scanner et de l'appel d'offres mobile de radiologie.

L'impact financier du coût d'exploitation pour les travaux est évalué en amont du projet et pris en compte dans le plan d'investissement. En revanche, la consommation d'énergie n'est pas intégrée, à ce jour, dans la réflexion du coût total de possession.

Le centre hospitalier d'Arras développe progressivement l'approche de ses achats en coût total de possession. Les résultats des économies budgétaires ne peuvent pas encore être mesurés, faute de dispositif d'évaluation mis en place en cours d'exécution des marchés.

c - La pondération des critères d'analyse des offres

L'établissement privilégie le critère du prix, fixé généralement à 60 % dans ses critères d'analyse des offres. Les 40 % restants se répartissent entre la valeur technique, dominante, les délais d'intervention ou de livraison, la prise en compte du développement durable.

Cette orientation peut être infléchie, en fonction des propositions de stratégie de l'acheteur, notamment lorsque l'achat porte sur des produits ou des prestations spécifiques et/ou techniques.

Dans ce cas, la validation de la modification de la hiérarchie des critères, réalisée par le directeur adjoint en charge des achats, garantit le respect de l'orientation.

A contrario, pour des achats standards, l'application d'une politique d'attribution des marchés basée prioritairement sur le prix indique la volonté de l'établissement d'assurer des gains immédiats.

d - L'achat durable et l'accès des PME à la commande publique

Le développement durable est intégré dans les stratégies d'achat dans le cas des produits à fort impact sur l'environnement. Il est pris en compte en introduisant des critères de sélection des offres tels que l'abaissement des consommations ou l'amélioration des rejets, qui représentent chacun 5 % pour le marché de produits lessiviels.

Le volet social du développement durable est prioritairement pris en compte par la publication de lots ou de marchés réservés, en application de l'article 15 du code des marchés publics, à des entreprises adaptées ou à des établissements d'aide par le travail.

L'hôpital d'Arras pratique l'allotissement des marchés conformément aux principes du code des marchés publics. Il n'exige pas de chiffres d'affaires minimaux pour candidater aux procédures lancées.

C - La performance économique des achats

1 - Le pilotage économique de l'achat

À défaut de définition formalisée d'une politique et de stratégies d'achat identifiant des objectifs et des indicateurs de résultat quantitatifs et qualitatifs, le pilotage économique de la fonction achat demeure partiel, malgré l'implication de la direction de l'établissement dans le programme PHARE et les groupes de travail ARMEN. La diffusion de la culture des achats performants, dépendante de l'approche économique de l'achat, reste insuffisante au sein du centre hospitalier d'Arras pour mobiliser les services sur l'obtention des gains.

La présentation, en avril 2016, du plan d'action achats pour 2016 et 2017 constitue, comme indiqué plus haut, l'amorce d'un pilotage d'ensemble de la fonction achat, notamment de ses perspectives économiques. Au-delà de l'affichage du gain cible de 2 %, l'effort devrait être poursuivi par la fixation d'objectifs propres à chaque stratégie d'achat, concourant à la réalisation d'un gain global attendu, défini par l'état de la situation financière de l'établissement.

La chambre invite la direction de l'établissement à s'impliquer fortement dans la mise en place de la fonction économique de l'achat. Elle lui recommande de définir une politique globale des achats avec les stratégies associées affichant les gains attendus par campagne d'achats et de l'inscrire durablement dans les priorités de l'action de l'hôpital.

2 - L'évaluation des résultats économiques de l'achat

En dehors du tableau de bord de suivi du plan d'action achats, adressé à l'agence régionale de santé dans le cadre du programme PHARE, il n'existe pas de dispositif complet de contrôle de la performance économique des achats, quantitative et qualitative. Le lien entre les gains d'achat réalisés et les économies budgétaires n'est notamment pas tracé.

a - Les économies réalisées dans le cadre du programme PHARE

Jusqu'en 2013, l'établissement reconnaît qu'aucun bilan des gains et des pertes en matière d'achats n'a été réalisé à l'issue de la première période du programme PHARE.

À partir de 2014, les économies réalisées sont suivies dans les plans d'action achats de ce programme. L'objectif de gain de 2 % du volume d'achat de l'établissement, soit 1,08 M€ d'économies par an, constitue le cadre de référence de la performance de l'achat du centre hospitalier.

Pour 2015, alors que les gains cibles calculés selon la méthode PHARE avec un taux de 2 %, s'élevaient à 0,426 M€, les économies atteignaient 2,1 M€ avec un impact d'1,18 M€ en 2015 et de 0,91 M€ en 2016.

Pour 2016, année où le gain cible s'élève à 0,37 M€, les économies atteignaient 0,31 M€ en juin. En ajoutant le report du gain achat de 0,91 M€ pour 2016, réalisé en 2015, le montant des économies pour 2016 s'élève déjà à 1,22 M€, dépassant l'objectif d'1,08 M€ par an.

Dans ces conditions, en 2015 et 2016, le centre hospitalier d'Arras réalise ses objectifs dans le cadre du programme PHARE.

b - Les économies réalisées dans les achats de biens dits « produits traceurs »¹⁶

Les actions d'optimisation (massification et mutualisation) engagées en 2013 pour l'achat des « produits traceurs » ont produit, à partir de 2014, des effets positifs sur les prix de la quasi-totalité des produits listés, à l'exception de l'acide acétylsalicylique voie orale et du furosémide (hors comprimé de 500 mg).

Concernant les familles regroupant des produits substituables, les prix des achats obtenus se situent dans la fourchette basse des prix généralement pratiqués.

¹⁶ Liste de produits : abaisse langue, gants de soin vinyl non stérile sans poudre, seringues à deux pièces, couvre sonde à usage unique pour thermomètre tympanique, compresse non tissée 40g, acide acétylsalicylique voie orale, furosémide, paracétamol en gélule, changes bébé (couches) 2-5 kg, pied à perfusion roulant, pousse seringue électrique une voie, matelas anti-escarre, lit médicalisé électrique à hauteur variable, échographe portable (et non ultra portable), prothèse totale de hanche, bistouri électrique.

c - Les économies dans les achats de médicaments

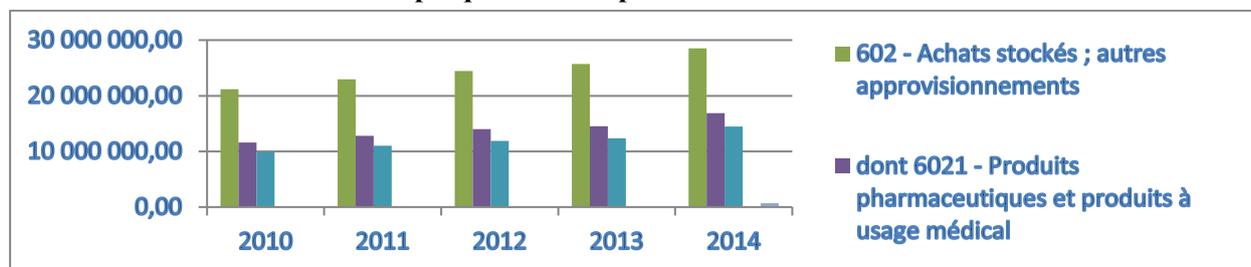
1) Les achats de médicaments

Les achats de médicaments constituent un secteur d'achat primordial pour les hôpitaux en termes de continuité de soins et de montant financier. Au plan national, ils représentent, en 2013, plus du quart des dépenses de fonctionnement et les achats stockés de spécialités pharmaceutiques près de 50 % du total des achats stockés.

(a) *L'évolution de la charge nette des dépenses de médicaments*

Sur la période 2010-2014, la part des achats de médicaments du centre hospitalier d'Arras, enregistrée dans les comptes de gestion, est plus importante qu'au niveau national : elle s'élève à 69,86 M€, soit 57 % des achats du compte 602 « Achats stockés » (122,8 M€) et 32 % du total des dépenses de fonctionnement de la classe 6 (216,6 M€).

Graphique n° 1 - Dépenses de médicaments



Source : comptes de gestion du centre hospitalier d'Arras.

Le centre hospitalier d'Arras a connu une progression importante de près de 35 % des dépenses d'achats stockés entre 2010 et 2014.

Tableau n° 6 – Évolution des dépenses d'achat de médicaments

	2010	2011	2012	2013	2014	
Etat des comptes pour l'exercice	Définitifs	Définitifs	Définitifs	Définitifs	Définitifs	
601 - Achats stockés de matières premières ou fournitures						
602 - Achats stockés ; autres approvisionnements	21 153 459,04	22 967 132,21	24 451 486,58	25 733 691,14	28 499 398,46	34,7%
<i>dont 6021 - Produits pharmaceutiques et produits à usage médical</i>	11 617 477,97	12 824 211,26	14 018 171,89	14 517 733,59	16 879 568,20	45,3%
<i>dont 60211 - Spécialités pharmaceutiques avec AMM</i>	9 891 698,33	11 050 982,08	11 860 546,98	12 358 334,47	14 460 402,47	46,2%
<i>dont 60212 - Spécialités pharmaceutiques avec AMM inscrites sur la liste en sus</i>	67 903,92	53 058,77	87 752,53	69 714,95	2 033,42	-97,0%
<i>dont 60213 - Spécialités pharmaceutiques sous autorisation temporaire d'utilisation</i>		179,63	1 664,11	39 159,23	697 981,05	388466,0%

Source : compte de gestion du centre hospitalier d'Arras.

Parmi celles-ci, les dépenses d'achat de produits pharmaceutiques et produits à usage médical ont augmenté, entre 2010 et 2014, de 45,3 % dont les spécialités pharmaceutiques avec autorisation de mise sur le marché de 46,2 % (compte 6021). En 2015, leur montant atteint 15,76 M€ ; leur progression est de 9 %, ce qui porte à 59,4 % l'augmentation de la dépense au compte 6021 entre 2010 et 2015.

Entre 2012 et 2015, cette croissance est essentiellement due aux achats de médicaments (compte 602110 : 4,6 M€ en 2012 et 5,9 M€ en 2015), qui progressent de plus de 28 %, et aux achats de médicaments coûteux (compte 602111 : 7,3 M€ en 2012 et 9,9 M€ en 2015) qui progressent de près de 36 %. La part des médicaments coûteux représente environ 61 % des dépenses de spécialités pharmaceutiques du compte 60211.

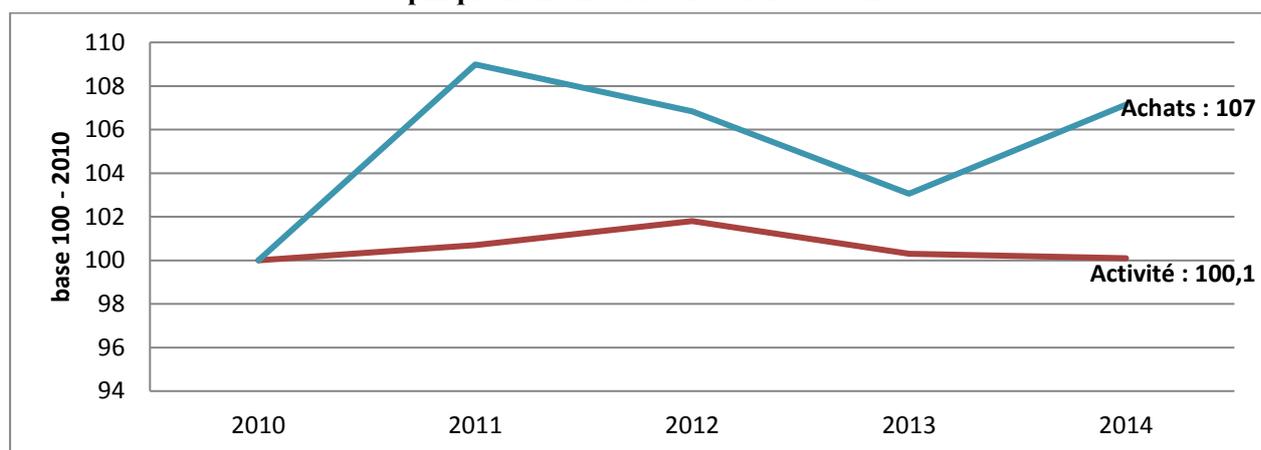
Tableau n° 7 – Dépenses produits pharmaceutiques et produits à usage médical

	CHARGES	2012	2013	2014	2015
H602110	MEDICAMENTS	4 565 115	4 822 430	5 864 057	5 872 395
H602111	MEDICAMENTS COUTEUX (molécules onéreuses)	7 295 432	7 535 905	8 596 345	9 892 318
H602152	PRODUITS SANGUINS « COUTEUX »	9 644	84 595	0	121 131
H60212	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM INSCRITES SUR LA LISTE	87 753	69 715	2 033	34 948
H60213	Spécialités pharmaceutiques sous ATU	1 664	39 159	697 981	833 675
	TOTAL 6021	11 959 608	12 551 804	15 160 417	16 754 467

Source : pharmacie du centre hospitalier d'Arras.
AMM : autorisation de mise sur le marché.

La croissance de la dépense d'achat n'est pas corrélée avec le niveau d'activité des séjours PMSI MCO¹⁷, en stagnation voire en baisse depuis 2010 (à l'exception de l'obstétrique).

Graphique n° 2 - Évolution activité et achats



Source : chambre régionale des comptes.

L'évolution de l'activité du centre hospitalier d'Arras se caractérise par une orientation vers des traitements nécessitant des médicaments onéreux. 70 à 80 % des molécules onéreuses sont utilisées par deux unités de soins, hématologie et médecine de jour, dont l'impact sur l'activité de l'établissement est faible.

¹⁷ PMSI MCO : programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Dans la période 2010-2014, en contrepartie de ces dépenses, les recettes globales provenant des rétrocessions de médicaments, des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours croissent de 56 %, passant de 8,3 M€ à 13 M€.

Tableau n° 8 – Évolution des recettes sur médicaments

	2010	2011	2012	2013	2014	
7071 - Rétrocession de médicaments	2 910 290,95	3 206 384,43	3 636 410,89	3 979 942,60	5 438 405,24	19 171 434,11
73112 - Produits des médicaments facturés en sus des séjours	3 862 627,19	4 915 503,90	4 947 128,07	5 084 050,52	5 621 991,72	24 431 301,40
73113 - Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	1 520 548,31	1 632 401,36	1 705 707,22	1 893 148,75	1 907 560,98	8 659 366,62
Total recettes	8 293 466,45	9 754 289,69	10 289 246,18	10 957 141,87	12 967 957,94	56%

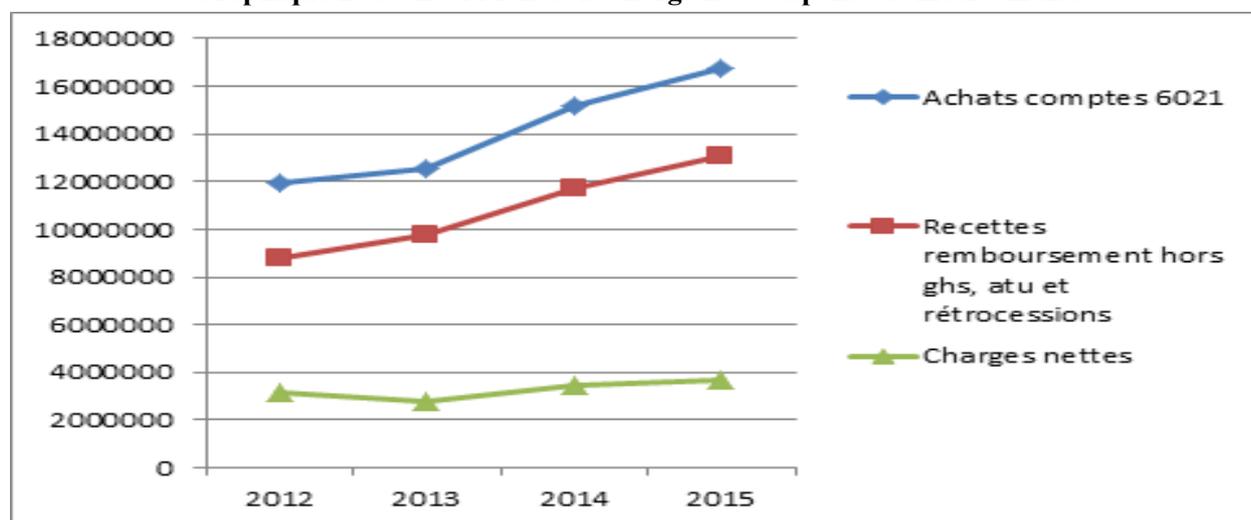
Source : comptes de gestion du centre hospitalier d'Arras.

Les remboursements des médicaments de la « liste en sus »¹⁸ augmentent de 3,87 M€ en 2010 à 5,6 M€ en 2014, puis 6,52 M€ en 2015, soit une progression de 68,4 %.

Les rétrocessions de médicaments aux patients concernent essentiellement les patients des consultations externes du centre hospitalier et d'autres établissements de recours comme le centre hospitalier régional et universitaire de Lille. Cette activité, en croissance, n'a aucun lien avec l'activité de séjours médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de l'établissement.

Globalement, le chiffre d'affaires de l'établissement réalisé par les rétrocessions de médicaments coûteux et de médicaments (compte 7071), adossés à la dépense de même nature, fait apparaître une charge nette qui croît de 17 % entre 2012 (3,16 M€) et 2015 (3,7 M€). Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur souligne que l'arrêt des remboursements de certaines molécules a un impact sur l'augmentation de la charge nette.

Graphique n° 3 - Évolution de la charge nette dépense de médicaments



Source : fichier communiqué par la pharmacie du centre hospitalier.

L'activité du centre hospitalier d'Arras progresse, engendrant des dépenses accrues sur des secteurs d'activité qui ne s'équilibrent pas complètement au plan financier et dont l'impact sur l'activité MCO de l'établissement est faible.

¹⁸ Les médicaments de la « liste en sus » concernent des produits innovants et onéreux, pour des pathologies atypiques

(b) Les prix

L'établissement précise que : « Les critères retenus par la commission technique pour le jugement des offres dans le cadre du groupement d'achat Escaut-Lys sont hiérarchisés de la manière suivante :

- Critères économiques : 30 % : prix coût journalier de traitement
- Critères techniques : 70 %
 - dont 40 % conditionnement :
 - présentation unitaire (nom ou DCI, numéro de lot, date de péremption, présence d'un code barre ou datamatrix) notamment pour les formes orales, oculaires ;
 - conditionnement, boitage (solidité, lisibilité des informations inscrites, encombrement).
 - dont 30 % :
 - autorisation de mise sur le marché (AMM) ou valeur clinique : excipients à effets notoires, interactions médicamenteuses, conditions de conservation, etc. ;
 - prestation laboratoire et promotion du bon usage du produit ;
 - développement durable ».

Concernant la mise en concurrence des molécules encore sous brevet, l'établissement précise que : « Dans l'appel d'offres Escaut-Lys 2014, la mise en concurrence a porté sur les molécules comparables citées dans la liste suivante », soit sur 38 spécialités.

Sur les 111 spécialités de la « liste en sus », l'établissement a obtenu des prix inférieurs au tarif de responsabilité sur 32 médicaments, essentiellement sur les produits dérivés du sang.

Concernant les médicaments cédés à prix faible voire nul, le centre hospitalier d'Arras précise que : « Peu de médicaments sont fournis à prix faible voire nul. Peu d'unités gratuites sont fournies. Des unités gratuites sont fournies pour la Sandostatine LP 20 mg et 30 mg injectable et le Cyramza 100 mg et 500 mg injectable. »

N° Produit	Libelle1 Produit	PMP
11305	DISCOTRINE 5MG/24H DISPOSITIF TRANSDERMIQUE	0
11306	DISCOTRINE 10MG/24H DISPOSITIF TRANSDERMIQUE	0
11430	DISCOTRINE 15MG/24H DISPOSITIF TRANSDERMIQUE	0
16169	PENTASA 500MG COMPRIME	0,000028
11513	LERCAPRESS 20/10 MG CPR	0,000075
16124	PENTASA LAVEMENT	0,000243
16225	PENTASA SUPPOSITOIRE	0,000303
11516	AXELER 40MG/5MG COMPRIME	0,001
11515	AXELER 40MG/10MG COMPRIME	0,00103
11514	AXELER 20MG/5MG COMPRIME	0,001058
10564	TIGREAT 2.5MG COMPRIME	0,001171
11575	COVERAM 5MG/10MG COMPRIME	0,008944
11574	COVERAM 5MG/5MG COMPRIME	0,009606
11577	COVERAM 10/10MG COMPRIME	0,010038
11576	COVERAM 10MG/5MG COMPRIME	0,010148

Source : centre hospitalier d'Arras.

Pour identifier le juste prix, le pharmacien dispose du prix fixé par le comité économique des produits de santé¹⁹. En complément, les coordonnateurs du groupement Escaut-Lys ont procédé à des comparaisons de prix avec l'association hospitalière Nord Artois Clinique et le groupement du Nord pour quelques lots. Une comparaison est en cours avec le prix de la centrale d'achat UniHA.

2) Les médicaments génériques²⁰

En 2015, le livret thérapeutique de l'établissement comprend 312 spécialités de génériques sur un total de 1 997 spécialités présentes dans le livret. Les génériques représentent donc 15,6 % des produits du livret, ce qui est peu. En 2014, la part des génériques était sensiblement identique, avec 312 produits génériques sur un total de 1 640 spécialités.

Le nombre d'unités de génériques consommées en 2014 s'élève à 1 990 064 sur un total d'unités consommées de 7 041 924, soit 28,4 %. En 2015, les consommations ont atteint 1 900 211 unités pour 7 112 528 d'unités consommées, soit 26,7 % du total des consommations de l'année, en diminution d'1,7 point.

Ces consommations représentent un coût toutes taxes comprises de 262 869 € en 2010, 421 034,18 € en 2014 et 361 159,38 € en 2015, soit une part très faible dans la dépense d'achat de médicaments de ces deux années, de l'ordre de 2 %.

Tableau n° 9 – Répartition des spécialités en monopole et génériques

Catégorie	Nb unités 2014	Nb produits 2014	Coût TTC 2014 (en €)	Nb unités 2015	Nb produits 2015	Coût TTC 2015 (en €)
Monopole	5 051 860	1 628	15 713 966	5 212 317	1 685	17 229 841
Génériques	1 990 064	312	421 034	1 900 211	312	361 159
Total général	7 041 924	1 940	16 135 000	7 112 528	1 997	17 591 000
% monop/total	72 %	84 %	97 %	73 %	84 %	98 %
% génér/total	28 %	16 %	3 %	27 %	16 %	2 %

Source : pharmacie du centre hospitalier d'Arras.

La part des achats de médicaments en situation de monopole reste donc prépondérante, conformément à la tendance nationale. Ainsi, sur le nombre total de lots appelés de 10 950 dans les marchés de médicaments sur la période 2010-2015, 4 242 lots contenant un appel aux génériques sont enregistrés, soit 38,7 %, mais seulement 10 % des lots, soit 1 124 lots, font apparaître un générique.

Selon l'ordonnateur, cette prépondérance serait une spécificité de l'activité hospitalière.

La chambre observe, toutefois, tout l'avantage économique et financier que pourrait représenter l'augmentation de la part des produits génériques dans le livret thérapeutique de l'établissement. Elle y voit un axe de progrès de la politique d'achat de l'établissement.

¹⁹ Organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie, principalement chargé par la loi de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

²⁰ La période sous revue ne peut être totalement renseignée du fait d'une rupture dans le système d'informations du centre hospitalier d'Arras en 2013.

3) Le référencement des médicaments

Les décisions de référencement sont prises en réunion de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, qui regroupe des médecins et des pharmaciens de l'hôpital, la direction y étant également représentée.

Les marchés du groupement comportent un nombre important de références qui ne sont pas toutes retenues par le centre hospitalier d'Arras. *A contrario*, dans certains cas, les médecins de l'établissement formulent des demandes de médicaments ne figurant pas dans les marchés du groupement. Si la collégialité se prononce favorablement, une procédure de marché est lancée en local et le pharmacien référent de l'établissement demande le rajout du médicament à la prochaine consultation du groupement. Ainsi, le nombre de références a plutôt tendance à augmenter.

Les fiches de demande de référencement précisent le motif et les bénéfices attendus ainsi que le prix comparé, si possible, au produit de référence. Les prix des médicaments similaires référencés sont généralement présentés en commission des médicaments, ce qui constitue une comparaison de traitements au sein de l'hôpital.

Le référencement est le résultat d'une concertation entre les professions médicales et la direction de l'hôpital. Les décisions de référencement sont contraignantes pour les médecins.

L'hôpital dispose d'un livret du médicament disponible sur intranet. Les médicaments référencés peuvent aussi être consultés sur Webcopilote et dans Clinicom lors de la prescription. Les prix des produits sont sur le livret du médicament mais n'apparaissent pas sur Clinicom lors de la prescription. Dans Clinicom, si le médecin prescrit un médicament hors livret, un message apparaît et le logiciel propose une équivalence en se basant sur le classement anatomique, thérapeutique et chimique. La notion d'équivalence apparaît également dans le logiciel de prescription.

La décision de référencement est opposable au médecin prescripteur : le médicament ne sera pas disponible s'il n'est pas référencé, et lors de l'analyse de l'ordonnance, si le médecin est passé outre le message d'alerte du logiciel, le pharmacien refait une proposition de substitution par un médicament au livret.

4) Les procédures d'achat utilisées

Les achats de médicaments sont effectués, essentiellement depuis 2011 (88 % en 2015), par le groupement d'achat Escaut-Lys, levier privilégié mobilisé pour obtenir les meilleurs prix.

La part des achats mutualisés de médicaments et de dispositifs médicaux représente 64 % du total des achats de pharmacie en 2014, et 74 % en 2015, en progression de 19 points par rapport à 2010.

Tableau n° 10 – Massification des achats de médicaments et des dispositifs médicaux

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pharmacie						
Médicaments	10 564	11 688	12 042	13 831	16 135	17 591
dont part mutualisée en valeur	7 210	9 510	10 513	11 748	12 674	15 541
dont part mutualisée en %	68%	81%	87%	85%	79%	88%
Dispositifs médicaux	4 712	5 230	5 800	6 424	6 672	6 640
dont part mutualisée en valeur	1 229	1 315	1 465	1 623	2 022	2 498
dont part mutualisée en %	26%	25%	25%	25%	30%	38%
Total Pharmacie	15 276	16 918	17 842	20 255	22 807	24 231
dont part mutualisée en valeur	8 439	10 825	11 978	13 371	14 696	18 039
dont part mutualisée en %	55%	64%	67%	66%	64%	74%

Source : centre hospitalier d'Arras.

La procédure d'achat privilégiée est l'appel d'offres. Pour les nouveaux médicaments mis sur le marché entre deux appels d'offres, il est fait recours au marché négocié d'exclusivité.

L'établissement précise que : « Lorsque cela est possible, la mise en concurrence permet d'obtenir le meilleur prix... Lors de l'allotissement, il est prêté attention à mettre dans des lots séparés les formes génériques et les formes non génériques pour une même DCI²¹, pour que les génériques puissent répondre ».

Les médicaments en situation de monopole concernent 985 lots sans concurrence sur 1 859, soit 53 % des lots de l'appel d'offres de 2011 du groupement Escaut-Lys. En 2014, le nouvel appel d'offres comportait 1 007 lots sans concurrence sur un total de 1 828 lots, soit 55 %. Sur ce type de médicaments, l'établissement estime qu'il n'existe pas de leviers d'achat significatifs autre que la massification.

5) Le niveau des consommations de médicaments

La croissance élevée des dépenses de médicaments du centre hospitalier d'Arras sur les dernières années d'activité est, en grande partie, due à l'augmentation des médicaments onéreux. Elle peut, également, être consécutive à des niveaux de consommation élevés.

La chambre a constaté qu'aucun contrôle des quantités prescrites n'était effectué. Elle rappelle à l'établissement que les économies sur les achats ont également pour origine l'adéquation de la dépense d'achat au juste besoin.

Elle prend note de la réponse de l'ordonnateur concernant les mesures de contrôle des quantités prescrites et de pertinence des prescriptions, en cours de mise en œuvre, ainsi que celles relatives à la systématisation de l'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions, à la mise en place de la dispensation nominative et à l'existence de fiches de bon usage. Elle prend également acte de l'association de la pharmacie aux échanges avec les pôles cliniques.

²¹ DCI : dénomination commune internationale.

d - Les économies dans les achats d'équipements d'imagerie

1) L'évolution de la dépense et des prix

Tableau n° 11 – Évolution des prix des équipements d'imagerie

Année	Matériel	Qté	Prix total
2010	Echographe obstétrique	1	50 658,05 €
	Echographe cardiologie	1	158 404,95 €
	Echographe cardiologie (vasculaire)	1	111 568,00 €
	Echographe portable anesthésie / ALR	1	34 985,19 €
2011	Echographe obstétrique	1	102 068,65 €
	Sonde échographique endo-cavitaire	1	5 976,41 €
	Sondes échographiques gynécologie / obstétrique	4	11 036,21 €
	Station de numérisation conventionnelle et mammo	3	102 747,16 €
	Salle de radiologie numérique	1	331 248,94 €
	Echographe portable de cardiologie	1	88 861,32 €
2012	Echographe portable urgences	1	56 485,30 €
	Echographe obstétrique	1	86 343,02 €
	Sondes échographiques gynécologie / obstétrique	3	19 465,34 €
	Echographe portable réanimation adulte	1	54 644,45 €
	Echographe portable de cardiologie	1	54 810,26 €
2013	Echographe cardiologie	1	79 999,99 €
	Echographe obstétrique	1	79 787,26 €
	Echographe portable cardiologie	1	54 810,26 €
	Echographe portable anesthésie / ALR	1	32 755,03 €
	Sondes échographiques	3	10 637,24 €
	Salle os / poumon conventionnelle	1	55 814,80 €
2014	Mobile de radioscopie	1	92 760,00 €
	Sonde échographique transoesophagienne	1	20 834,40 €
	Sondes échographiques gynécologie / obstétrique	2	11 210,40 €
	Salle de radiologie interventionnelle	1	538 046,44 €
2015	Echographe gynécologie / obstétrique	1	84 251,56 €
	Sondes échographiques gynécologie / obstétrique / cardiaque	2	9 848,80 €
	Echographe portable de gynécologie	1	30 837,36 €

Source : centre hospitalier d'Arras.

Tableau n° 12 – Prix des équipements lourds d'imagerie

Année	Matériel	Qté	Prix total
2014	IRM 1,5 T	1	1 369 271,09 €
	Scanner 16 Barrettes	1	442 660,28 €

Source : centre hospitalier d'Arras.

2) La définition des besoins d'achat d'équipements d'imagerie

Les besoins en termes d'équipements d'imagerie sont définis avec les prescripteurs : praticiens spécialisés pour les domaines échographiques (gynécologues, obstétriciens, cardiologues), radiologues (pour les équipements d'imagerie conventionnels ou imagerie lourde) cadres de santé et médecin chef de pôle.

Concernant les échographes, il s'agit généralement de renouvellement de matériel. Aucune étude précise d'activité n'est réalisée. Seuls le nombre annuel de consultations et le taux d'occupation des salles permettent de vérifier la pertinence du renouvellement. Les échographes d'obstétrique sont renouvelés tous les sept ans, conformément aux obligations médico-légales. La chambre prend note de la réaffectation des échographes d'obstétrique renouvelés à d'autres activités de l'établissement. Le dialogue prescripteur acheteur rentre en compte lors du souhait d'intégrer des évolutions technologiques liées notamment aux logiciels de traitement de l'image. Les échographes de cardiologie, achetés sur la période de contrôle, ont également fait l'objet d'un renouvellement de matériel obsolète.

S'agissant des tables de radiologie, une extraction de l'activité est réalisée en lien avec le directeur de l'information médicale. Cette étude d'activité permet de définir précisément les besoins et de rédiger les cahiers des charges.

Dans le cadre d'un achat de mobile de radiologie, un audit a été réalisé par une société d'imagerie. Cet audit a porté sur la description du flux de travail actuel. Il a confirmé le besoin d'évolution technologique : remplacement de deux systèmes en plaques de phosphore par un seul système à capteur plan dynamique.

Pour les modalités d'imagerie lourde, une réflexion avec les prescripteurs a été menée lors de la demande d'autorisation d'exploitation. Une estimation des actes par typologie a été identifiée, permettant d'aboutir au choix d'options spécifiques.

3) Le coût global

Le raisonnement en coût global a trouvé une application particulière au centre hospitalier d'Arras dans le domaine de l'équipement d'imagerie médicale, tel qu'il a été exposé *supra* pour l'acquisition de l'IRM - Scanner (cf. III-B-6-b), et pour l'acquisition du mobile de radiologie.

4) Le recours à la mutualisation pour les achats d'équipements d'imagerie

L'établissement a décidé d'acquérir un équipement d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et un scanner dans le cadre d'une stratégie d'achat propre.

L'appel d'offres contenait un lot unique pour le scanner, l'équipement d'IRM et un serveur commun, avec un triple objectif : opportunité pour les fournisseurs de répondre sur deux modalités, permettant de proposer une offre financière intéressante, mise en place d'un seul serveur informatique pour les deux modalités (diminution des coûts d'investissement et de maintenance associée) et optimisation des contrats de maintenance et des coûts associés via la réalisation des opérations par un prestataire unique.

Pour l'achat de l'équipement d'IRM, l'établissement ne disposant pas d'autorisation jusqu'à l'achat de celui-ci en 2014, le prix obtenu de 1 369 271,09 € ne peut être comparé à un précédent achat, en termes de gains d'achat. Le centre hospitalier ne dispose pas d'IRM spécialisée ou dédiée.

Concernant l'acquisition du scanner au prix de 442 660,28 €, la méthode d'évaluation du besoin et l'approche en coût complet développées par l'hôpital ont permis d'ajuster l'achat au juste besoin de l'établissement. En acquérant, en 2014, un équipement à 16 barrettes au prix de 441 000 € TTC, au lieu d'un équipement à 64 barrettes comme précédemment au prix de 785 000 € TTC, l'établissement a réalisé une économie de 344 000 €.

Pour les achats récurrents des échographes d'obstétrique, les commandes sont réalisées sur des marchés de l'UGAP. Les différences de prix enregistrées entre 2010 et 2015 proviennent des prix consentis dans les marchés successifs de l'UGAP, plutôt à la baisse, et des options demandées par l'établissement (option DICOM²², sondes, logiciels).

²² DICOM « Digital Imaging and Communication in Médecine » désigne la norme pour les fichiers numériques créés lors d'examen d'imagerie médicale.

(c) *Liste des échographes obstétricaux et tarifs :*

- 2010 : 50 658 € : plateforme mobile installée dans le service des urgences, pour prendre en charge les urgences obstétricales. Par sa mobilité (possibilité de se déplacer de box en box) et ses besoins en sondes (par exemple, pas de besoin de sondes volumétriques utilisées pour les échographies fœtales), son prix est différent des prix des échographes suivants ;
- 2011 : 102 068,65 € : plate-forme fixe utilisée pour les échographies morphologiques. Besoin de sondes volumiques ;
- 2012 : 86 343,02 € : plate-forme fixe utilisée pour les échographies morphologiques. Besoin de sondes volumiques ;
- 2013 : 79 787,26 € : plate-forme fixe utilisée pour les échographies morphologiques. Besoin de sondes volumiques ;
- 2015 : 84 251,56 € : plate-forme fixe utilisée pour les échographies morphologiques. Besoin de sondes volumiques : il s'agit d'un échographe mutualisé entre la dernière salle de consultations de gynécologie et les consultations avancées de St Pol ».

5) Les mesures d'économies

Un travail particulier a été engagé pour la location de système d'impression papier sur une période de quatre années. Un marché à procédure adaptée a été mis en place en 2012 dans le secteur de la radiologie, dont le résultat a abouti à une économie annuelle estimée à 60 000 € grâce à la négociation, juridiquement permise, sur le prix.

Coûts avant mise en place des imprimantes	Films radiologiques	77 454,57 €	96 163,05 €
	Pochettes pour films	3 720,94 €	
	Maintenance reprographes	14 987,54 €	
Coûts après mise en place des imprimantes	Location des imprimantes	14 256,00 €	35 875,00 €
	Papier format A4 et A3	8 419,00 €	
	Impression : cout à la page	13 200,00 €	

Source : centre hospitalier d'Arras.

Les achats d'équipements lourds d'imagerie, aux volumes financiers importants, étant réalisés par la voie de l'appel d'offres, la négociation est exclue.

Concernant la gestion de la reprise des équipements existants, l'établissement précise que : « Depuis 2010, une réflexion a été menée sur la reprise des équipements d'imagerie médicale. D'abord facturée, cette reprise a ensuite été négociée à titre gracieux pour ensuite être intégrée de façon optionnelle dans les cahiers des charges sous forme de moins-value financière. La reprise est donc réfléchie et intégrée à l'achat des nouveaux équipements. Dans ce cadre, le fournisseur disposant du nouveau marché d'équipement reprend le matériel (même si l'équipement provient initialement de la concurrence). Dans ce cas, il fait souvent appel à un courtier. »

Le tableau ci-dessous présente les différentes solutions de reprise sur la période contrôlée :

Année	Matériel	Proposition de reprise
2011	Salle de radiologie numérique	Prestation facturée à hauteur de 2684 €
2013	Salle os / poumon conventionnelle	Prestation facturée à hauteur de 5209 €
2014	Mobile de radioscopie	Pas de facturation - intégrée dans la prestation globale
2014	Salle de radiologie interventionnelle	Pas de facturation - intégrée dans la prestation globale
2014	Scanner 16 Barrettes	Pas de facturation - intégrée dans la prestation globale
2016	Mobile de radiologie	Moins value de 900 € - reprise à hauteur de 2,3 % de la valeur à neuf

Source : centre hospitalier d'Arras.

6) La participation à des groupements d'intérêt économique

Le centre hospitalier d'Arras participe à deux groupements d'intérêt économique, constitués, l'un en 2000, le groupement d'imagerie médicale de l'Artois régi par l'ordonnance du 23 septembre 1967, et l'autre en 2014, le groupement d'intérêt économique Churchill, régi par l'article L. 251-1 du code de commerce.

Concernant les coûts d'exploitation, l'établissement a précisé que : « Dans le cadre des conventions du groupement d'imagerie médicale de l'Artois et du groupement d'intérêt économique Churchill, les membres contribuent aux charges de fonctionnement de la façon suivante : pour les charges fixes du groupement au prorata de la répartition du temps d'utilisation des appareils d'imagerie, pour les charges variables au prorata du nombre d'exams réalisés. Le temps d'utilisation des appareils d'imagerie alloué à chacun des membres est précisé dans le règlement intérieur ainsi que la répartition entre charges fixes et variables. »

3 - Des économies achat non effectives

Le centre hospitalier d'Arras a mobilisé des leviers pour optimiser les achats dans certains secteurs de son activité.

Le seul indicateur de performance économique des achats de l'établissement est la réalisation de l'objectif général de gains de 2 % fixé, en 2015, dans son contrat d'objectifs et de moyens.

Les gains affichés dans le tableau de bord transmis à l'agence régionale de santé concernent les achats sur marchés renouvelés dans l'année. Ils résultent de la différence entre un montant annuel de référence des achats réalisés dans les marchés venus à expiration (ou des valeurs de référence recherchées sur le type d'achat considéré) auquel est appliqué le taux cible d'économie de 2 %, et les montants obtenus dans les marchés notifiés. Le taux de 2 % est appliqué indifféremment à tous les marchés à renouveler.

Si cette méthode de calcul des gains satisfait les exigences du compte-rendu d'activité d'achat à l'agence régionale de santé, elle est insuffisante pour rendre compte de la réalité des gains obtenus et ne peut constituer le cadre d'évaluation de la performance économique des achats. L'application indifférenciée du taux de gain cible de 2 % à tous les renouvellements de marchés relève d'une fiction, les niveaux de gains, même s'ils sont effectivement constatés, étant différenciés par nature d'achat.

Les gains et les économies annuels devraient être calculés par rapport aux objectifs retenus dans les stratégies d'achat définies. Les gains et les économies réalisés, le cas échéant, résultent des prix obtenus dans les nouveaux marchés, par rapport au prix historique, multiplié par le volume prévisionnel d'achat.

La chambre constate qu'à défaut de chiffrage de ses stratégies d'achat, l'établissement n'est pas en mesure d'évaluer la réalité des économies obtenues sur les achats effectués. De plus, en l'absence de lien établi entre le gain obtenu et le gain budgétaire, les éventuelles économies qui auraient pu être réalisées dans les achats sur la période n'ont pas reçu de traduction budgétaire. Ainsi, sur la croissance de dépenses d'achat de 10,77 M€ enregistrée entre 2010 et 2014, ramenée à 6,1 M€ déduction faite des recettes adossées aux dépenses, l'impact de la politique des achats ne peut être mesuré.

Dans ces conditions, le suivi de l'exécution budgétaire effectué par la direction du pôle ressources logistiques et technologiques, chargée des achats, visant à s'assurer que le volume d'achat est corrélé avec l'évolution de l'activité²³, n'est pas complet.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur précise : « qu'en commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), est présenté le bilan des consommations des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables ainsi qu'une projection pour l'année suivante. Cette présentation inclut également une analyse des consommations. » La chambre observe toutefois que le bilan d'évolution des dépenses réalisé chaque année, présenté dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments et des prestations, devrait également porter sur les résultats des économies réalisées, incluant l'analyse du niveau de consommation final des médicaments de l'établissement.

En l'absence d'autre mode de calcul des économies que celui du programme PHARE, la chambre constate que le centre hospitalier d'Arras ne peut effectuer d'évaluation budgétaire pertinente de l'impact des actions menées sur ses achats. La progression significative des dépenses d'achat entre 2010 et 2015, même si elle s'explique en partie par la croissance d'activité, démontre la nécessité de la mesure budgétaire précise des actions sur les dépenses d'achat dont les résultats n'apparaissent pas significatifs.

La chambre invite le centre hospitalier d'Arras à établir la correspondance entre les deux types de gains (économique et budgétaire) et à identifier, dans les préparations budgétaires à venir, l'apport de la politique d'achat dans l'arbitrage budgétaire. Elle recommande l'élaboration et la formalisation d'un dispositif d'évaluation de la performance économique et budgétaire des achats, déduit des stratégies d'achat préalablement élaborées.

*

* *

²³ Notamment pour les achats stockés et les dépenses de restauration.



Rapport d'observations définitives sans réponse

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

Enquête « Achats hospitaliers »

(Département du Pas-de-Calais)

Exercices 2010 et suivants

Ordonnateurs en fonctions pour la période examinée :

- M. Jean-François Cros : pas de réponse.
- Mme Marie-Odile Saillard : pas de réponse.
- M. Bertrand Prudhommeaux pas de réponse.
- M. Pierre Bertrand : pas de réponse.

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. **Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs** » (article 42 de la loi 2001-1248 du 21 décembre 2001).