

CONCOURS OUVERTS LES 04 et 05 JUIN 2026

**POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES
ATTACHES D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE**

**1ère EPREUVE D'AMISSIBILITE
(Durée 4 heures – Coefficient 4)**

04 juin 2026

**DROIT DE LA COMMANDE PUBLIQUE
CONCOURS EXTERNE, et 3ème CONCOURS**

**Une note rédigée à partir d'un dossier permettant de vérifier l'aptitude du
candidat à faire l'analyse et la synthèse d'une question relative à l'organisation
et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médico-social**

**CYCLE DE FORMATION DES ELEVES
ATTACHES D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE**

Session 2026

Concours EXTERNE et 3^{ème} CONCOURS

Jeudi 04 Juin 2026

1^{ère} épreuve d'admissibilité :

Durée 4 heures – Coefficient 4

Sujet : 44 pages + 2 pages (page de garde + liste des pièces jointes)

« À partir des documents du dossier, vous rédigerez une note présentant les enjeux et les modalités de mise en œuvre de la mutualisation des achats de dispositifs médicaux au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Votre note devra notamment :

- présenter le cadre juridique de la commande publique hospitalière applicable à cette mutualisation ;***
- analyser les bénéfices et les risques associés à cette démarche ;***
- exposer les modalités d'organisation de la fonction achat à l'échelle d'un GHT ;***
- proposer des pistes d'amélioration de la performance des achats hospitaliers. »***

IMPORTANT !

Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages de leur document. Les pages blanches ne sont pas numérotées

Note sur dossier Commande publique

Liste des documents

- Document 1 : Cadre juridique de la mutualisation de la fonction achat
page 1 à 9
- DOCUMENT 2 : Les achats hospitaliers – Cour des Comptes juin 2027
page 10 à 20
- DOCUMENT 3 : APM news : UniHAppro: les GHT vont pouvoir candidater à cette expérimentation "d'ici cet été"
page 21
- DOCUMENT 4 : APM news Achats durables: le GHT Savoie-Belley publie son Spaser 2026-2030
page 22 à 23
- DOCUMENT 5 : La performance achat des GHT examinée
page 24 à 25
- DOCUMENT 6 : La stratégie commune doit se renforcer au sein du groupement hospitalier du Jura
page 26 à 27
- DOCUMENT 7 : Recommandations sur l'organisation de la fonction achat
page 28 à 40
- DOCUMENT 8 : Le Spaser, un outil de planification pour les acheteurs publics
page 41 à 42
- DOCUMENT 9 : Le programme PHARE - de quoi parle t on ?
page 43- à 44

1.3. Cadre juridique de la mutualisation de la fonction achat

1.3.1. Cadre juridique du transfert de compétence au profit de l'établissement support

La mutualisation de la fonction achat a pour objectif de faire du GHT l'échelon pertinent pour la mise en œuvre d'une politique et d'une organisation des achats des établissements parties.

L'article L. 6132-3 3° du Code de la santé publique (CSP) dispose désormais que « L'établissement support désigné par la convention constitutive assure [...] pour le compte des établissements parties au groupement [...] la fonction achats ». Pour cette fonction, le directeur de l'établissement support exerce, par dérogation, les compétences d'un chef d'établissement (L. 6143-7 CSP).

L'article R. 6132-16 du CSP prévoit que la fonction achats mutualisée comprend les missions suivantes :

- l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat ;
- la planification et la passation des marchés ;
- le contrôle de gestion des achats.

Il est également prévu qu'un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.

1.3.2. Le champ d'application de la fonction achat

a) Types de procédures d'achat concernés

Tous les types de procédures d'achat sont traités par la fonction achat de GHT (appels d'offres, dialogue compétitif, enchères inversées...).

b) Types de contrats concernés

Tous les types de marchés sont traités par la fonction achat de GHT (accords-cadres, marchés à bons de commande...).

En revanche, tous les autres types de contrat sont exclus du périmètre obligatoire de la fonction achat de GHT.

Cependant, afin de profiter au mieux des expertises présentes, notamment juridiques, au sein de la fonction achat de GHT, il est recommandé de déléguer à la fonction achat du GHT l'instruction des autres contrats conclus à titres onéreux : autorisation d'occupation temporaire (AOT) ou délégations de service public (DSP).

c) Familles d'achat couvertes

La fonction achat couvre toutes les familles d'achat.

- **Les achats d'exploitation** : produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux), prestations et petits matériels biomédicaux et de biologie, prestations hôtelières (restauration, blanchisserie, déchets...) et petits matériels non médicaux, petits matériels et prestations logistiques, prestations générales (bionettoyage, gardiennage...), prestations de formation, prestations intellectuelles (*consulting*, juridiques...), etc.
- **Les achats d'investissements** : travaux, équipements biomédicaux et généraux, équipements et logiciels informatiques, réseaux informatiques et de téléphonie..., VRD, etc.

» FOCUS SUR LES MARCHÉS DE TRAVAUX

S'agissant de la maîtrise d'ouvrage publique, l'article 2 de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée (MOP) prévoit que le maître d'ouvrage « **est la personne morale [...] pour laquelle l'ouvrage est construit**¹. Responsable principal de l'ouvrage, il remplit dans ce rôle une fonction d'intérêt général dont il ne peut se démettre ».

Il lui appartient ainsi, « après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure, avec les maîtres d'œuvre et entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux² ».

En l'espèce, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit, en son article 107, que l'établissement support désigné par la convention constitutive de chaque GHT assure la fonction achat pour le compte des établissements membres du groupement. Il ne ressort ni de la lettre de ce texte ni des travaux parlementaires que le législateur a entendu réserver ce transfert de compétence aux seuls achats de fournitures et de services. Compte tenu du principe qu'une loi spéciale a, par nature, pour effet de déroger à la loi générale, conformément à l'adage « *specialia generalibus derogant* », il convient de considérer que les dispositions législatives relatives aux GHT dérogent aux dispositions générales de la loi MOP.

Il y a lieu de souligner que les dispositions de la loi MOP continueront à s'appliquer pour les autres missions composant la maîtrise d'ouvrage (définition du programme de l'opération et de l'enveloppe financière, exécution des marchés publics...), pour lesquelles chaque établissement public de santé conserve son entière compétence.

1. C'est-à-dire conçu pour répondre à ses besoins et destiné à lui être remis dès son achèvement (CE, avis 31 janvier 1995, n° 356960 et CE, 17 juin 2009, n° 297509).

2. Cf. article 21 2^e alinéa de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.

d) Processus couverts

Conformément à l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, deux phases peuvent être distinctes :

- La **passation du marché** public, qui comprend notamment la définition préalable du besoin (définition des spécifications techniques) et la signature du marché.

Le directeur de l'établissement support du GHT est seul compétent pour instruire les activités de la phase de passation des marchés, pour chacun des établissements parties au GHT.

- L'**exécution du marché** public, qui comprend notamment l'émission de commandes, les avenants, la résiliation, le paiement.

Le périmètre de compétences du directeur de l'établissement support n'intègre pas la phase d'exécution, à l'exception de la passation des avenants. Relèvent donc des établissements parties l'instruction des commandes, la liquidation, le mandatement.

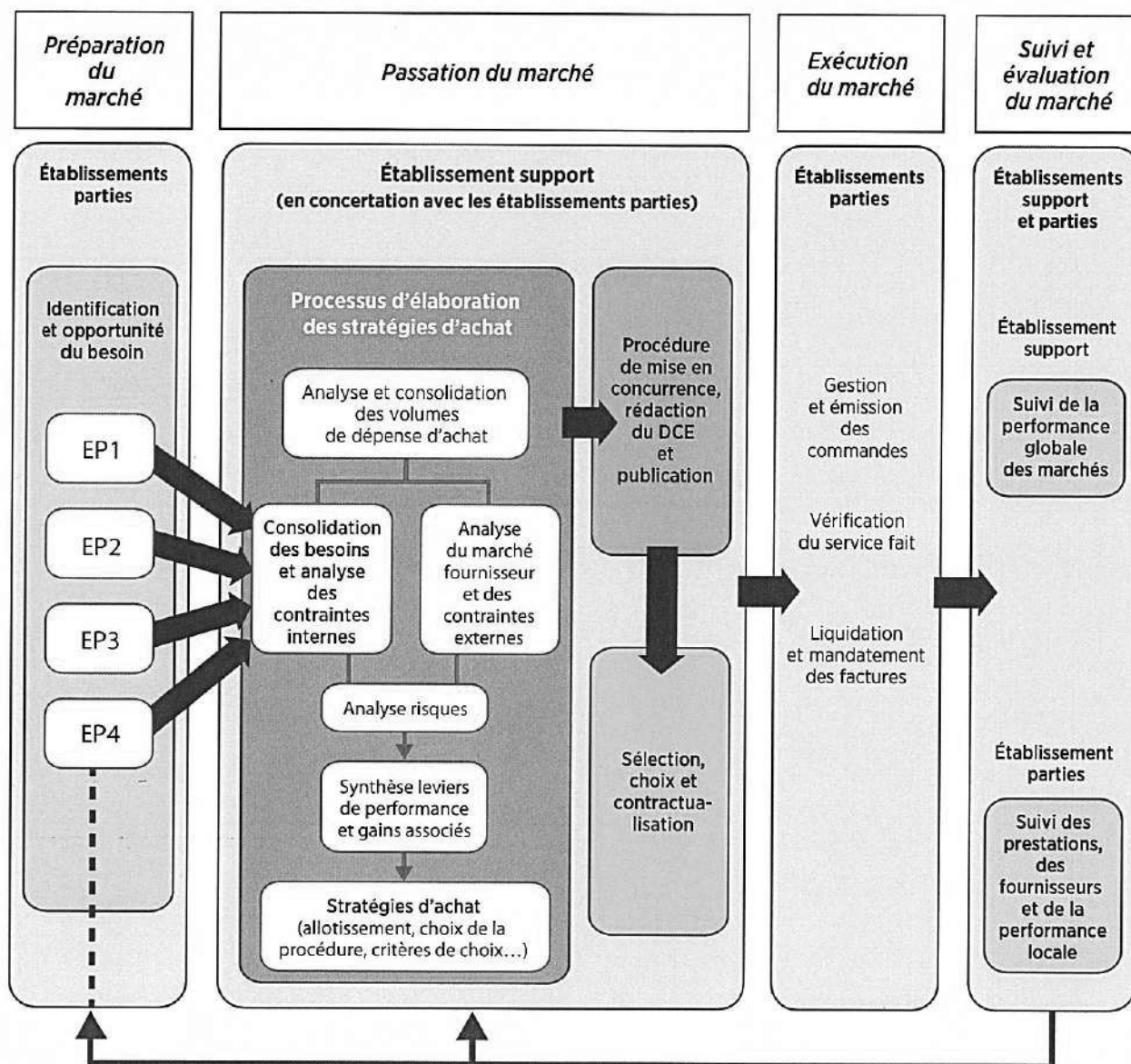
Il convient d'identifier, en amont de la passation, l'identification et l'opportunité du besoin. La répartition des compétences peut être décrite de manière synthétique de la façon suivante :

L'identification et l'opportunité du besoin	établissement partie au GHT
L'analyse et la consolidation des besoins	établissement support du GHT
L'élaboration de la politique d'achat et des stratégies d'achat	établissement support du GHT
La passation du marché	établissement support du GHT
L'exécution du marché	établissement partie au GHT hors avenant des futurs marchés

CHAPITRE 1 • PROBLÉMATIQUES JURIDIQUES DE LA FONCTION ACHAT DE GHT

Dans son acception « métier achat », le processus d'achat recouvre les phases décrites ci-après.

PROCESSUS ACHAT



I. La préparation du marché : l'identification du besoin

L'identification des besoins relève de chaque établissement partie au GHT. Ainsi, au préalable, chaque **établissement partie** se prononce en opportunité et définit ses besoins fonctionnels propres.

Ce travail d'identification des besoins est réalisé en lien avec les prescripteurs concernés, par domaine d'achat. Chaque établissement partie se prononce donc en opportunité sur ses besoins qu'il a la charge d'exprimer.

II. La passation des marchés

La phase de passation des marchés relève de la fonction achat mutualisée portée par l'établissement support (cf.§1.3.1 ci-avant). On peut distinguer les principales phases ci-après.

- L'**établissement support** procède tout d'abord à la **consolidation des besoins** de l'ensemble des établissements parties au GHT.

Il s'agit d'analyser les besoins exprimés en veillant à l'expression fonctionnelle de ceux-ci et sans biais susceptible de générer un litige juridique ultérieur instruit par un fournisseur évincé.

N.B. Les marchés concernés peuvent porter sur les besoins spécifiques d'un établissement ou des besoins communs à plusieurs d'entre eux.

Il s'agit également, pour les acteurs de la fonction achat, d'analyser les spécifications fonctionnelles en s'assurant qu'il s'agit du juste besoin et, à travers les échanges avec les prescripteurs d'achat de tous les établissements parties, de tenter d'obtenir un accord sur l'harmonisation des besoins (sans occulter les spécificités objectives de certains établissements) dans une optique de recherche d'efficacité commune, en lien avec le projet médical partagé du GHT.

- L'**établissement support**, sur la base des besoins consolidés et du *sourcing* des fournisseurs effectué (études de marchés, échanges préliminaires...), élabore ensuite la **stratégie d'achat** après avoir identifié les leviers de performance pertinents et mobilisables.

Les politiques et stratégies d'achat recouvrent les domaines ci-après.

- **La politique d'achat du GHT.** Il s'agit des exigences générales à prendre en compte sur l'ensemble des affaires du GHT. Celle-ci pourra porter sur les interfaces avec le projet médical partagé du GHT, les exigences générales de performance économique, les problématiques de développement durable, les principes et/ou domaines de recours aux opérateurs d'achat mutualisés nationaux ou régionaux, etc.
- **Les stratégies d'achat.** Il s'agit des démarches d'optimisation de chaque achat (périmètre, segmentation, leviers d'action, clauses...) à instruire sur chaque affaire.

- Les équipes de la fonction achat mutualisée procèdent ensuite à la **rédaction du dossier de consultation des entreprises (DCE)** en consolidant les cahiers des charges du marché (CCTP, CCAP, RC...) avant publication. Afin de garantir la qualité, la sécurité et la **performance de l'achat**, il est essentiel que chaque établissement joue un rôle important dans le processus d'élaboration finale des documents de marché, dont la rédaction relève de la compétence de la fonction achats mutualisée.
- Les équipes de la fonction achat instruisent la procédure de passation proprement dite. Conformément aux dispositions relatives aux marchés publics, celle-ci comprend :
 - les **opérations préalables à la publication** (calcul de la valeur estimée du besoin, évaluation préalable du mode de réalisation du projet d'investissement) ;
 - le **choix de la procédure** (procédure formalisée, procédure adaptée, marchés publics négociés sans publicité ni mise en concurrence préalable) ;
 - la **publicité préalable** (avis d'appel à la concurrence, modalités de publication des avis d'appel à la concurrence, l'invitation à confirmer l'intérêt).

Par ailleurs, cette démarche doit respecter :

- les **règles générales de passation** (dématérialisation des procédures, délai de réception des candidatures et des offres, sélection des candidats, choix de l'offre) ;
- le **déroulement des procédures formalisées** selon la nature de la procédure (appel d'offres, procédure concurrentielle avec négociation, procédure négociée avec mise en concurrence préalable, dialogue compétitif), les techniques particulières d'achat (marchés publics à tranche, accords-cadres...), les marchés publics particuliers (marchés publics globaux de performance, partenariats d'innovation...), l'achèvement de la procédure (abandon de la procédure, information des candidats et des soumissionnaires, signature du marché public, notification du marché public, avis d'attribution, transparence).

Actuellement, dans la grande majorité des établissements, en fin de procédure de passation, la notification des marchés puis la mise en place informatique des marchés dans les outils de GEF sont effectuées par les acheteurs, ce qui constitue formellement la fin de la phase de passation des marchés. Si, dans le décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, la notification est bien identifiée comme un élément constitutif de la phase de passation des marchés, il n'en est pas de même pour la mise en place informatique des marchés dans la GEF. Il est néanmoins recommandé de permettre, dans l'organisation de la fonction achat de GHT, une harmonisation des pratiques à ce sujet, voire une organisation de travail mutualisée pour ce faire.

Il convient de préciser que la légalité d'une procédure de passation s'apprécie au regard des textes en vigueur à la date à laquelle le marché est signé. Il s'ensuit que les procédures de passation instruites par un établissement partie mais dont la date de signature serait postérieure à la date de mise en place de la fonction achat mutualisée seraient de fait caduques. Il conviendrait alors de recommencer la procédure. Afin d'éviter cet écueil, il convient d'anticiper la démarche *via* une concertation étroite entre l'établissement partie et l'établissement support.

III. L'exécution du marché

Toutes les activités de la phase d'exécution des marchés (au sens de l'ordonnance « marchés publics » du 23 juillet 2015) relèvent de chaque établissement partie au GHT, à l'exception de la passation des avenants. Aux termes de l'ordonnance relative aux marchés publics, l'exécution du marché couvre son régime financier (règlement, versement d'avances et d'acomptes), le recours le cas échéant à la sous-traitance et aux sous-contrats, le contrôle des coûts de revient.

L'exécution du marché va également générer l'émission de bons de commande, même si celle-ci n'est pas expressément visée comme une composante de l'exécution (sauf en ce qui concerne les accords-cadres).

Actuellement, en pratique, dans la grande majorité des établissements, les approvisionneurs interviennent après l'instrumentation des marchés dans la GEF. Ils assurent alors la mise en œuvre opérationnelle des marchés au profit des utilisateurs finaux avec notamment l'instruction des commandes suivant les demandes d'approvisionnement en fournitures et produits ou services qui sont exprimées au fil de l'eau par les différents services de l'hôpital.

Sur le plan des processus, cette phase d'exécution couvre ainsi :

- la gestion et l'émission des commandes passées au titre des marchés ;
- la vérification du service fait ;
- la liquidation et le mandatement des factures relatives aux prestations accomplies ;
- le traitement de 1^{er} niveau des litiges concernant les commandes (interfaces avec les acteurs internes des différents services à la place de clients internes soignants et exploitants, échanges avec fournisseurs...) ;
- la clôture des marchés en liaison avec les fournisseurs et dans la GEF ;
- la mise en œuvre éventuelle des garanties courant après la clôture d'un marché.

Cas particulier des avenants. Ceux-ci font formellement partie de la phase d'exécution des marchés. Cependant, il convient de distinguer la situation des marchés signés avant la mise en place de la fonction achat de GHT, dont les avenants seront conclus par chaque établissement partie, des marchés signés après cette date et dont les avenants seront conclus à titre dérogatoire par l'établissement support.

1.3.3. Modalités de recours aux achats groupés dans le cadre d'un GHT

La convention constitutive de groupement de commandes confie au coordonnateur le soin d'assurer au nom et pour le compte des autres établissements la passation du marché ainsi que certaines missions liées à l'exécution (décision de reconduction, conclusion d'avenant, décision de résiliation). C'est un dispositif prévu par l'article 28 de l'ordonnance « marchés publics » de juillet 2015, comme une modalité pour mettre en exécution l'étape de passation d'un marché.

Dès lors que **l'établissement support** deviendra compétent pour cette étape de passation des marchés, à partir du 1^{er} janvier 2018 prochain¹, il peut être considéré que **celui-ci deviendra alors compétent pour décider et mettre en œuvre, le cas échéant, le recours à un groupement de commandes qui est une décision de stratégie d'achat.**

Il peut donc être considéré que c'est l'établissement support qui sera habilité, pour le compte de chaque établissement partie au GHT :

- à signer des conventions constitutives de groupement de commandes ;
- à signer des avenants à ces conventions constitutives de groupement de commandes ;
- à dénoncer les conventions constitutives de groupement de commandes.

Le dispositif légal de transfert de compétences en matière de passation de marchés publics à l'établissement support équivaut à lui conférer des facultés analogues à celles des formules d'achats groupés ou centralisés prévus par l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015. Il est donc considéré qu'il n'est pas nécessaire de « doubler » le GHT d'une formule d'achats groupés ou centralisés prévue par l'ordonnance dite « marchés publics » de 2015.

La coordination d'un groupement de commande peut être faite par un établissement partie non support d'un GHT, conformément à ce qui est prévu dans la convention constitutive du groupement de commande.

Dans ce contexte, les groupements de commande conclus antérieurement à la constitution des GHT continuent d'exister. Au terme des marchés qu'ils portent, ils peuvent poursuivre leurs missions dans le cadre des avenants qui pourraient être signés par l'établissement support de chaque GHT concerné, pour le compte de chaque établissement partie concerné. L'établissement support peut en effet permettre à un ou plusieurs des établissements parties du GHT de rejoindre des groupements de commande existants, ou de s'en retirer.

1. Sauf si une date antérieure a été prévue dans la convention constitutive du GHT.



Si la compétence de passation des marchés confiée à l'établissement support lui confère également la responsabilité du recours ou non aux groupements de commande, **il est très fortement recommandé que les décisions relatives aux groupements de commande dans lesquels les établissements parties du GHT sont engagés soient prises en concertation étroite avec les représentants de ces établissements.**

L'enjeu est donc de faire une évaluation, avec chaque établissement concerné, de chaque groupement de commande afin de consolider l'action de ceux donnant satisfaction.

N.B. Dès lors que sur un domaine ou un segment d'achat donné, l'option de convergence des marchés des différents établissements du GHT n'est pas atteignable à court terme, il est possible, pour traiter le même besoin de différents établissements, de recourir à différents groupements couvrant partiellement les établissements d'un même GHT.

Chapitre I

Un enjeu croissant, une politique tardivement structurée

Alors que le poids des achats hospitaliers pèse de manière importante et croissante dans les dépenses des EPS (27 % des charges des établissements en 2015 contre 24 % en 2005), les pouvoirs publics n'ont que récemment structuré une politique d'ensemble pour en améliorer la performance.

I - Un enjeu financier croissant

Les achats constituent une charge en progression continue pour les établissements. Certains segments, tels les médicaments et les dispositifs médicaux, présentent des enjeux financiers tout particuliers.

A - Des dépenses en progression continue

Les achats enregistrés en dépenses de fonctionnement dans les budgets principaux des établissements publics de santé se sont élevés à 18,7 Md€ en 2015⁶. Ce montant représente près de 75 % de la dépense totale d'achats, le solde étant constitué des achats en investissement (dont le montant est estimé à 6 Md€).

⁶ Les travaux de la Cour ont porté sur les dépenses de fonctionnement (comptes 60-61 et 62) des budgets principaux (BP) des établissements sur la période 2005-2015. Les achats retracés dans les comptes d'immobilisations en classe 2 (investissement) n'ont pas été examinés. La période contrôlée par les Chambres régionales des comptes porte sur 2011-2015.

Des données d'achat à considérer avec précaution

Les informations relatives aux achats des établissements hospitaliers sont à considérer avec une certaine précaution du fait de la qualité souvent insuffisante des données. La connaissance des dépenses d'achats des établissements de l'échantillon s'est révélée souvent lacunaire. La déficience des systèmes d'information relatifs aux achats apparaît récurrente. La mauvaise comptabilisation de certaines dépenses a pu aussi être constatée. Beaucoup d'établissements éprouvent de la difficulté à quantifier avec exactitude les volumes et montants mutualisés, en l'absence de suivi spécifique. Cette faiblesse affecte particulièrement les dépenses de médicaments, et plus généralement les produits de santé.

L'absence de données exhaustives et consolidées en la matière empêche non seulement de connaître la situation réelle de l'achat de médicaments par les hôpitaux mais aggrave une asymétrie d'information qui pénalise les pouvoirs publics dans leur rôle de régulateur. L'enquête « médicaments », administrée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et, depuis 2015, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), est renseignée par un nombre très minoritaire d'établissements : 12 années après sa création et en raison de son caractère non obligatoire, moins du quart des établissements a répondu en 2014.

Une nouvelle instruction a été diffusée aux directeurs d'établissements en septembre 2016, reconduisant l'enquête pour les années 2015 et 2016, les données étant à recueillir en 2017. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) y rappelle l'importance des données collectées. Pour disposer, à l'échelon régional et national, d'une meilleure connaissance des prix d'achat, évaluer notamment la pénétration des médicaments inscrits au répertoire, et des biosimilaires ainsi qu'analyser les pratiques de prescription. L'enquête reste cependant facultative, ce qui fait peser de grandes incertitudes sur l'amélioration du taux de réponse, de même que sur la méthode de calcul du prix annuel retenue par certains établissements.

Des lacunes apparaissent également dans le recensement des contrats, marchés ou accords cadre d'un montant supérieur à 90 000 € auquel sont tenus les établissements auprès des comptables publics. Ce recensement, centralisé par l'Observatoire économique de la commande publique (OECF) au sein de la direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère de l'économie et des finances, n'est que très partiel. En 2013 (dernière année complète disponible au moment de l'enquête), seuls 209 établissements étaient présents dans la base (dont 20 CHU) et 9 374 marchés avaient été déclarés pour une valeur totale de 5,6 Md€. La portée des constats qui pourraient être tirés de cet outil de suivi est donc fortement altérée par le manque d'exhaustivité des données qui témoigne du faible respect par les établissements de santé de leur obligation réglementaire de déclaration. Le transfert de la fonction achat à l'établissement de santé support du groupement hospitalier de territoire (GHT) devrait faciliter les opérations de recensement des contrats et un meilleur suivi par le réseau de la DGFIP et par l'OECF.

1 - Une progression des achats supérieure à celles des autres charges

Les 18,7 Md€ de dépenses d'achats enregistrés en 2015 représentent 27 % des charges totales des EPS (près de 70 Md€). Par comparaison, les charges de personnel, d'un peu plus de 40 Md€ en 2015, pèsent pour 57 %.

En 10 ans, entre 2005 et 2015, les dépenses d'achats hospitaliers ont augmenté de 52 %, soit environ 6,4 Md€, au rythme moyen de plus de 4 % par an. Elles ont connu ainsi un taux d'augmentation nettement supérieur aux dépenses de personnel (comptes de la classe 64) qui ont augmenté de 28 % et au total des charges dont la hausse a été de 35 %.

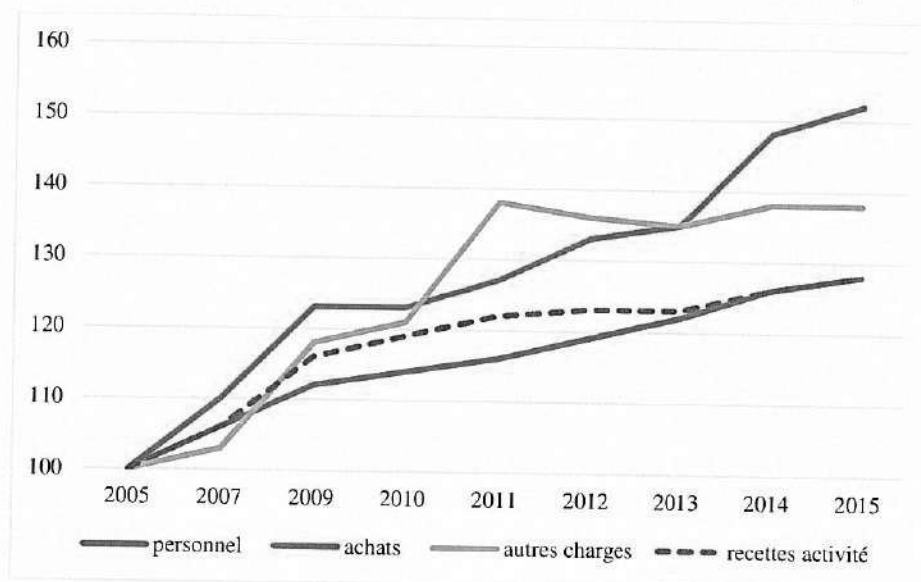
Tableau n° 1 : évolution des charges de fonctionnement entre 2005 et 2015 (M€)

Tous EPS	2005	2015	évol 2005-	évol annuelle
Achats (60-61-62)	12 306	18 690	52 %	4,27 %
Personnel (64)	31 338	40 134	28 %	2,5 %
Total charges	51 644	69 899	35 %	3,04 %

Source : Cour des comptes d'après données DGFIP (infocentre CCI)

Dans le même temps, les recettes liées à l'activité ont progressé de 28 % également, passant de 45 Md€ à près de 58 Md€.

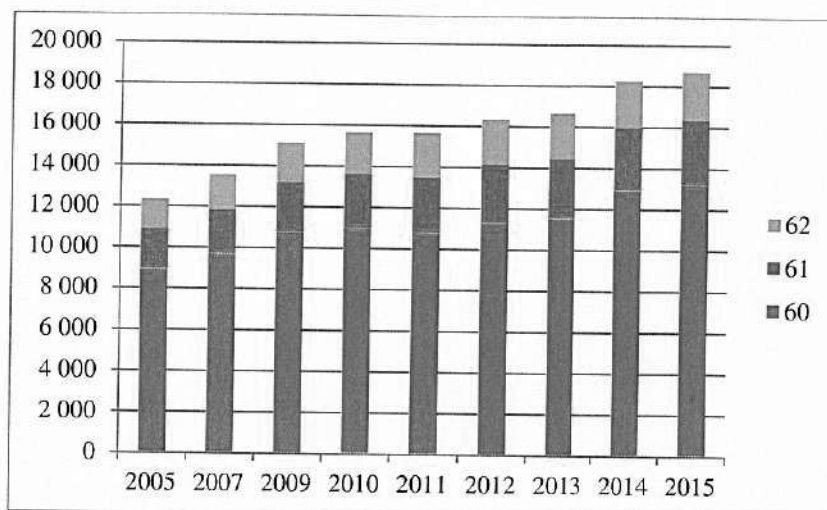
Graphique n° 1 : évolution 2005-2015 tous EPS (2005 : base 100)



Source : Cour des comptes d'après données DGFIP (infocentre CCI)

Les achats *stricto sensu* (comptes de classe 60) ont surtout augmenté dans la seconde moitié de la période, avec une hausse très importante en 2014 liée à la commercialisation de nouveaux médicaments. Les dépenses de services extérieurs (comptes de classe 61 et 62) ont particulièrement progressé entre 2005 et 2010 (+ 32 et + 40 %). Cette forte hausse traduit le passage d'un grand nombre d'établissements d'une gestion internalisée, où la plupart des prestations (nettoyage, blanchisserie, alimentation, etc.) étaient réalisées en interne, à une gestion externalisée où les mêmes services sont achetés à des sous-traitants.

**Graphique n° 2 : progression des achats tous EPS (comptes 60, 61 et 62)
entre 2005 et 2015 (M€)**



Source : Cour des comptes d'après données DGFIP (infocentre CCI)

Les établissements contrôlés par les chambres régionales des comptes ont été affectés par des évolutions semblables à celles de l'ensemble des EPS, notamment la forte progression des dépenses de médicaments. Même si l'on neutralise les dépenses et les recettes des médicaments en rétrocession⁷ et des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus⁸, qui ont connu de très importantes augmentations sur la période, se note, dans la quasi-totalité des cas, une déconnexion entre la progression des achats et celle des recettes d'activité.

2 - Une typologie des achats relativement stable dans le temps

Sur les dix dernières années, les médicaments et les dispositifs médicaux sont restés les premiers postes d'achats tous établissements confondus ; ils en représentent plus de la moitié en 2015 (53 %), ce poids étant stable dans le temps.

⁷ Aux termes de l'article L.5126-4 du code de la santé publique, le ministre chargé de la santé arrête une liste des médicaments que certains établissements de santé, disposant d'une pharmacie à usage intérieur, sont autorisés à vendre au public, au détail, dans l'intérêt de la santé publique. Ces médicaments (médicaments dérivés du sang, antirétroviraux, médicaments des hépatites B ou C chroniques, antibiotiques, antifongiques, anticancéreux, etc.) qui sont achetés par les hôpitaux ne sont pas destinés à des patients hospitalisés dans les services.

⁸ Alors qu'en principe les hôpitaux reçoivent de la sécurité sociale pour chaque séjour d'un patient un paiement forfaitaire global avec lequel ils doivent payer les médicaments et les dispositifs médicaux comme leurs autres charges, ils reçoivent en plus du forfait versé par la sécurité sociale l'intégralité du coût des médicaments et des dispositifs médicaux lorsqu'ils sont considérés innovants et coûteux. La liste des médicaments ou dispositifs médicaux bénéficiant de ce financement est dite « liste en sus ».

Le tableau ci-dessous présente l'évolution sur la période des 12 premiers postes de dépenses (2015). Il fait notamment apparaître les hausses importantes des postes de personnel extérieur (+ 113 %), de prestations de services à caractère non médical (+ 73 %) et de sous-traitance générale (+ 80 %).

Tableau n° 2 : évolution des postes de dépenses supérieurs à 300 M€ en 2015 (M€)

comptes	libellés	2005	2010	2015	évol 05-15
6021	produits pharmaceutiques	4 142	5 252	6 337	53 %
6022	dispositifs médicaux	2 352	2 841	3 491	48 %
606	achats non stockés ⁹	1 076	1 633	1 952	81 %
615	entretien et réparations	926	1 113	1 340	45 %
628	prestations de services à caractère non médical	748	1 062	1 291	73 %
611	sous-traitance générale	508	687	913	80 %
6023	alimentation	662	637	639	-4 %
6026	fournitures consommables	586	623	591	1 %
621	personnel extérieur	177	331	377	113 %
624	transports	230	311	343	49 %
613	locations	173	280	329	90 %
616	primes d'assurances	237	334	305	29 %
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
	Total	12 306	15 618	18 690	52 %

Source : comptes des EPS (infocentre CCI, DGFIP), tous EPS

3 - Des achats concentrés sur un faible nombre d'établissements

Le tableau ci-dessous détaille les dépenses d'achats (des comptes 60+61+62) par typologie d'établissements en 2005, 2010 et 2015.

⁹ Eau, énergie, électricité, chauffage, combustibles, fournitures hôtelières diverses, alimentation non stockable, etc.

Tableau n° 3 : poids des achats dans les budgets principaux, par typologie d'EPS, en 2005, 2010, 2015 (M€)

Catégories	achats 2005	% dép	achats 2010	% dép	achats 2015	% dép	nb étab	% étab
CH	5 901	48 %	7 669	49 %	9 200	49 %	756	86 %
dont								
CH > 30 M€	1 578	27 %	3 452	45 %	5 188	56 %	83	11 %
CH [10-30 M€]	2 645	45 %	2 648	35 %	2 619	28 %	135	18 %
CH [4-10 M€]	966	16 %	917	12 %	748	8 %	117	15 %
CH [2-4 M€]	315	5 %	287	4 %	319	3 %	91	12 %
CH < 2 M€	397	7 %	365	5 %	326	4 %	330	44 %
CHU	5 788	47 %	7 239	46 %	8 800	47 %	32	4 %
CHS	617	5 %	710	5 %	737	4 %	91	10 %
Total	12 306	100 %	15 618	100 %	18 737	100 %	879	100 %

Source : comptes des EPS (données DGFIP)

En 2015, les achats des 32 CHRU se sont élevés à 8,8 Md€, soit près de la moitié de la dépense totale. Les 83 CH les plus importants, dont les achats sont supérieurs à 30 M€, ont dépensé en achats près de 5,2 Md€ la même année. Ainsi, 13 % seulement des établissements (CHU et grands CH) ont généré les trois-quarts de la dépense d'achat. Cette catégorie ne représentait que 7 % des établissements pour 60 % de la dépense en 2005 et 12 % des EPS pour 68 % de la dépense en 2010. Les dépenses d'achats de ces très gros établissements ont presque doublé en 10 ans (+ 90 %) passant de 7,3 Md€ à 13,9 M€.

En 2015, les CH dont les achats sont inférieurs à 2 M€, les plus nombreux puisqu'on en décompte 330 (soit 38 % du total des établissements), ont consacré aux achats 326 M€, soit à peine 4 % de la dépense totale de cette catégorie.

Une proportion importante de marchés sans publicité ni concurrence

L'enquête des chambres régionales des comptes a permis d'analyser les données sur les procédures menées par les EPS de l'échantillon. Les appels d'offres représentent près de 47 % des procédures (soit un total cumulé de 6,9 Md€ sur la période 2012-2015). Les marchés négociés sans publicité ni mise en concurrence sont presque aussi fréquents (41 % des procédures soit 6 Md€ sur un total cumulé de 14,8 Md€ sur la même période).

Cette répartition des procédures n'est pas homogène selon les catégories d'établissements. Le poids des négociations sans concurrence est affecté par les masses en jeu dans les plus grands EPS (notamment celles des achats de médicaments). Si on distingue par catégorie d'établissements, les négociations sans publicité ni concurrence, plutôt mises en œuvre dans le cadre de l'achat de molécules onéreuses, apparaissent marginales dans les hôpitaux de taille moyenne ou réduite, au profit d'une plus grande utilisation des marchés à procédure adaptée.

B - Le poids prépondérant des achats de médicaments

La dépense de médicaments *stricto sensu a* atteint 5,8 Md€ dans les comptes 2015 des établissements publics de santé¹⁰.

Ce montant recouvre les achats de trois catégories de médicaments :

- les médicaments hors liste, financés par la tarification à l'activité et donc les tarifs des séjours ;
- les médicaments de la liste en sus qui en raison de leur coût ne sont pas imputés sur le tarif du séjour et font l'objet d'un financement spécifique par l'assurance maladie ;
- les médicaments qui disposent d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et qui font l'objet également d'un financement spécifique (*via* une dotation MERRI¹¹).

1 - Un poids variable selon les catégories d'établissements

L'achat de médicaments ne pèse pas de façon identique dans tous les établissements. Il ne représente qu'une faible part des achats des centres hospitaliers spécialisés mais constitue 44 % des achats de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 25 % de ceux des CHU et 28 % des CH.

Tableau n° 4 : dépenses de spécialités pharmaceutiques par catégorie d'EPS en 2015 (budgets principaux¹²) (M€)

Libellés de compte	CHU	AP-HP	CH	CHS	Total
Spécialités pharmaceutiques avec AMM non mentionnées dans la liste en sus (compte 60211)	971	540	1 400	53,4	2 964,4
Spécialités pharmaceutiques avec AMM inscrites sur la liste en sus (compte 60212)	1 080	442	1 110	0,6	2 632,6
Spécialités pharmaceutiques sous ATU (compte 60213)	137	49,9	68,5	0,2	255,6
Sous total spécialités pharmaceutiques	2 188	1 031,9	2 578,5	54,2	5 852,6
Poids dans le total des achats	25 %	44 %	28 %	7 %	28 %
Poids dans le total des charges	8 %	14 %	7 %	1 %	8 %

Source : comptes 2015 des EPS (Infocentre CCI-DGFiP)

¹⁰ Les spécialités pharmaceutiques représentent la part la plus importante (92 %) de la catégorie plus vaste des « produits pharmaceutiques et produits à usage médical », qui comprend aussi les produits sanguins ou les fluides médicaux et dont la dépense totale s'est élevée à 6,3 Md€ en 2015.

¹¹ Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), la participation des établissements de santé aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) est financée *via* des dotations financières spécifiques au titre de missions d'intérêt général (MIG).

¹² La dépense de médicament comptabilisé dans les budgets annexes est modique : 80 M€ en 2015.

2 - L'effet de la mise sur le marché de nouvelles molécules

En 2014, 1 284 M€¹³ de dépenses supplémentaires de médicaments ont été enregistrés dans les comptes des établissements (contre une augmentation de 62 M€ seulement l'année précédente). Les CHU (y compris l'AP-HP) ont supporté près des deux tiers de cette hausse.

Cette augmentation s'explique par la commercialisation de nouveaux traitements contre le cancer et l'hépatite C qui a impacté à la fois la dépense de consommation propre des établissements et l'achat destiné à la rétrocession. L'année 2014 a été ainsi une année de rupture, annonciatrice des prochains enjeux liés à l'arrivée de nouvelles molécules onéreuses et à la stratégie des laboratoires qui procèdent à des extensions d'indication très fréquentes afin d'élargir leur part de marché.

Les établissements de l'échantillon ont connu la même évolution, à l'exception des établissements psychiatriques. À l'AP-HP, la progression d'une année sur l'autre, antérieurement inférieure au taux national (3,2 % entre 2010 et 2013), a atteint 47,2 % entre 2013 et 2014 avant que les dépenses de médicament ne reculent légèrement (- 4,9 %) en 2015.

Les établissements de soins psychiatriques présentent une situation atypique. Le poids des achats de médicaments y est moindre que dans les autres établissements de santé. Deux spécificités sont cependant à relever les concernant :

- un moindre recours aux génériques : les produits psychotropes et notamment les neuroleptiques à l'origine de la majorité des dépenses des établissements ont peu d'équivalents génériques. 80 % du livret thérapeutique du CHS de Rouffach est ainsi constitué de spécialités en monopole.
- des innovations thérapeutiques onéreuses : l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules, en particulier des « neuroleptiques retard » de deuxième génération a renchéri le coût du poste médicament. Au CHS du Mas Careiron à Uzès, la part de ces spécialités dans la consommation totale de médicaments est ainsi passée de 11 % en 2012 à 29 % en 2015.

3 - Une dépense peu financée par les séjours

La dépense totale de 5,8 Md€ constatée en 2015 ne correspond pas à une charge nette pour les établissements : en contrepartie de l'achat de médicaments, ceux-ci perçoivent des recettes qui les compensent en grande partie. La part de la dépense, résiduelle, financée par les séjours a été estimée pour 2015 à 994 M€, soit 17 % seulement de la dépense totale, comme le fait apparaître le tableau ci-après, dont les données doivent cependant être considérées avec prudence compte tenu des divergences constatées entre les sources de données¹⁴.

¹³ Ce montant se répartit en : + 900 M€ pour les médicaments hors liste, + 291 M€ pour les médicaments sous ATU et + 92 M€ pour les médicaments de la liste en sus.

¹⁴ S'agissant des médicaments de la liste en sus, 2,6 Md€ sont inscrits dans les comptes 2015 des EPS alors que l'ATIH en décompte 2,4 Md€ pour l'ensemble des établissements ex-DG (incluant donc également les centres de lutte contre le cancer et les établissements privés non lucratifs). En parallèle, la recette correspondante inscrite dans les comptes des établissements s'élève à 2 Md€ seulement. Pour ce qui est des médicaments sous ATU, la charge inscrite dans les comptes s'élève à 256 M€ quand le montant total de la MERRI ATU est d'un peu moins de 62 M€. En ce qui concerne les médicaments rétrocedés, leur suivi comptable est particulièrement défaillant, 96 % des établissements ne présentant pas d'écritures comptables conformes.

**Tableau n° 5 : charges et produits des médicaments
de l'ensemble des EPS en 2015 (M€)**

Charges	Médicaments hors liste	2 964
	Médicaments de la liste en sus	2 634
	Médicaments en ATU	256
	Total	5 854
Produits		
	Dotation MERRI ATU	62
	Produits des médicaments liste en sus	2 087
	Produits de la rétrocession	2 711
	Total	4 860

Source : comptes 2015 des EPS (Infocentre CCI-DGFiP), DGOS (dotation MERRI ATU).

Note de lecture : la différence entre le total des charges et celui des produits (994 M€) représente la part de la dépense de médicaments financée par les tarifs des séjours.

En tout état de cause, les achats de molécules onéreuses et des médicaments destinés à la rétrocession ne sont pas dépourvus d'effets sur la situation financière des hôpitaux, du fait du décalage temporel entre dépenses et remboursements. L'impact en trésorerie est significatif pour les CHU, premiers acheteurs en ce domaine.

C - L'achat des dispositifs médicaux, un secteur mal maîtrisé

Les dispositifs médicaux (DM), qui recouvrent des produits nombreux et hétérogènes, constituent le deuxième poste d'achat des EPS, à hauteur de 3,5 Md€ en 2015¹⁵.

Les dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont définis par le code de la santé publique (article L.5211-1) comme tout instrument, appareil, produit, destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques. Leur mise sur le marché est réglementée et conditionnée par l'obtention d'un marquage CE qui est un processus d'homologation moins lourd et moins long que celui applicable aux médicaments.

Il y aurait entre 800 000 à deux millions de produits, qu'une absence de classification et de codification (dans l'attente de l'instauration à l'échelle européenne d'une codification unique) rend difficiles à comparer.

¹⁵ S'agissant des seuls dispositifs médicaux retracés dans les comptes de la classe 60, qui ne constituent qu'une partie des dispositifs achetés par les établissements. Les autres, notamment les équipements d'imagerie, sont comptabilisés en investissement.

En milieu hospitalier, trois grandes catégories de dispositifs médicaux peuvent être distinguées : les DM destinés à un seul patient pour une ou plusieurs utilisations (implant, gant, pansement, etc.), les DM réutilisables chez plusieurs patients après désinfection et/ou stérilisation le cas échéant (instruments de chirurgie, tensiomètre, etc.) et ceux destinés à être utilisés en général pour plusieurs patients et comportant de la mécanique, de l'électronique, de l'électrique, de l'informatique (IRM, scanner, mais aussi lit médical, matelas anti-escarres, etc.).

Comme pour le médicament, la répartition de la dépense de DM répond aux spécialisations médicales des différentes catégories d'établissements. Les CHU (AP-HP comprise) concentrent 55 % des achats. Comme pour les médicaments également, cette dépense représente à l'AP-HP un poids plus important (20 %) que dans les autres CHU (16 %).

**Tableau n° 6 : répartition de la dépense de DM¹⁶ en 2015
(tous EPS)**

<i>Catégorie d'EPS</i>	<i>Part de la dépense total de DM</i>	<i>M€</i>	<i>Poids dans le total des achats</i>
CHU	41,1 %	1 434	16 %
AP-HP	13,4 %	469	20 %
CH	45,1 %	1 573	17 %
CHS	0,4 %	15	2%
Total	100 %		

Source : comptes 2015 des EPS (Infocentre CCI-DGFIP)

Contrairement à d'autres types d'achats, l'achat des dispositifs médicaux est quasi intégralement réalisé au sein de chaque établissement (à 91 % selon la DGOS contre 38 % pour les médicaments). Les demandes sont liées aux pratiques médicales des différentes équipes, ce qui conduit les établissements à acheter ces produits directement plutôt que dans un cadre mutualisé. Ce lien avec la pratique médicale freine le resserrement des références dans un contexte où au sein d'une même spécialité peuvent coexister plusieurs écoles se différenciant dans les modes de prise en charge et d'intervention, notamment en chirurgie.

De ce point de vue l'exercice de resserrement mené par certains groupes de santé privés est encore trop peu fréquent dans les établissements publics de santé.

Le resserrement des références au sein du groupe Ramsay-Générale de Santé

Le groupe (124 établissements regroupés au sein de 22 pôles territoriaux) réalise ses achats au niveau national via des plateformes internationales mutualisées. Il a engagé un travail de diminution du nombre de références en s'appuyant sur un comité d'évaluation médicale interne qui élabore les recommandations de bonnes pratiques du groupe. Dans le domaine des dispositifs médicaux, cette politique a permis de passer de 71 références de kit de césariennes à deux, pour l'ensemble du groupe. Le groupe indique avoir, en quelques années, divisé par quatre le nombre de ses références.

¹⁶ Compte 6022 « Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique ».

L'achat des dispositifs médicaux se caractérise en outre par le fait que de multiples offres y sont souvent associées, notamment pour les équipements les plus techniques : formation, réparation (sur place ou en télémaintenance), prêt d'équipements de dépannage, prêt d'instruments chirurgicaux (ancillaires), dépôt d'implants¹⁷, hébergement des données de santé collectées par les DM, etc.

Le calcul en coût complet de l'acquisition de certains équipements fait ainsi apparaître des montants réels bien plus importants que le seul coût d'acquisition. Au CHU de Lille, le robot chirurgical Da Vinci, en monopole mondial, a vu ainsi son coût d'acquisition doubler en trois ans du fait des achats de consommables et des frais de maintenance¹⁸. Dans son rapport sur « les produits de santé à l'hôpital », la Fédération hospitalière de France (FHF) a souligné plus généralement en 2015 que les dispositifs consommables « captifs » des équipements (car nécessaires au fonctionnement de l'appareil) sont régulièrement modifiés, améliorés et qu'ils ont un prix élevé ; cette « captivité » et les évolutions fréquentes de l'équipement rendent impossible l'utilisation de dispositifs d'un autre fournisseur.

II - L'évolution tardive et inaboutie de la fonction achat

Alors que, traditionnellement, les EPS géraient seuls leurs achats, sans toujours disposer d'une organisation adaptée, un mouvement de mutualisation s'est progressivement développé dans les années 2000, aboutissant à la création, peu coordonnée, de nombreux groupements d'achats. De manière assez tardive, les pouvoirs publics ont structuré une politique d'ensemble de l'achat hospitalier, à travers la mise en œuvre du programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) piloté par la direction générale de l'offre de soins depuis fin 2011.

A - Une organisation de la fonction achat des établissements encore inachevée

Pour un EPS, l'achat peut se définir comme le fait d'acquérir un produit, un service ou une prestation, en se conformant à la réglementation en matière de marchés publics, processus qui fait intervenir de multiples acteurs.

¹⁷ Les fabricants peuvent mettre à disposition des établissements certains implants en particulier en cardiologie, en neurologie ou en orthopédie. Ces produits constituent pour les fabricants des stocks délocalisés. Les chirurgiens peuvent faire le choix en fonction des besoins spécifiques des patients. Seuls les implants effectivement posés par les chirurgiens sont facturés.

¹⁸ Le robot chirurgical acquis en 2007 par le CHU de Lille, dans le cadre d'une consultation groupée coordonnée par le CHRU de Tours, pour 1,7 M€ (financé à 80 % par le conseil régional et co-utilisé jusqu'en 2015 par le Centre Oscar Lambret) a coûté, entre 2013 et octobre 2016, 576 000 € en maintenance et 1 535 196 € en accessoires, consommables et instruments. Le CHU de Lille coordonnera la passation du prochain marché public groupé d'acquisition de robots chirurgicaux sous l'égide de Uniha. Cette procédure regroupera une vingtaine d'établissements.

UniHAppro: les GHT vont pouvoir candidater à cette expérimentation "d'ici cet été"

Mots-clés :

groupement hospitalier de territoire # hôpital # achats # logistique # pul # investissement # médicaments # chu-chr
établissements de santé

PARIS, 26 mars 2026 (APMnews) - La centrale UniHA va lancer, "d'ici l'été", un appel à manifestation d'intérêt (AMI) à destination des groupements hospitaliers du territoire (GHT) pour expérimenter une sécurisation des chaînes d'approvisionnement de ses adhérents à travers le dispositif UniHAppro, a annoncé jeudi sa présidente, Pascale Mocaër, à l'occasion du Printemps de l'achat hospitalier 2026, réunissant les acteurs de la filière.

Pour mobiliser les GHT qui souhaitent prendre part à cette expérimentation nationale, UniHA va lancer un appel à manifestation d'intérêt (AMI) en France métropolitaine afin de sélectionner des candidats "à la rentrée de septembre", a précisé à APMnews Walid Ben Brahim, directeur général d'UniHA.

L'échantillon d'expérimentateurs concernera "de six à huit établissements", qui seront "modérément dispersés" sur le territoire pour garder une "cohérence" et une "représentativité", a-t-il détaillé.

Les départements et territoires d'outre-mer ne participeront pas à l'expérimentation mais seront intégrés au dispositif à terme.

Un "travail de fond", né avec la crise Covid

Ce sujet n'est pas nouveau, la centrale d'achat y travaille depuis quelques années (cf [dépêche du 23/05/2023 à 18:30](#)). "C'est un travail de fond. L'idée initiale est apparue au moment de la crise Covid. Nous avons alors remarqué qu'il fallait travailler différemment sur la sécurisation des chaînes d'approvisionnement et avoir une meilleure visibilité des stocks", a déclaré Pascale Mocaër à APMnews.

Le projet a d'ores et déjà été "présenté aux tutelles" et les dernières validations sont attendues "dans les prochains jours", a-t-elle indiqué.

UniHA, qui pilote seul ce dispositif, entend s'appuyer sur "des intermédiaires qui existent déjà" pour mettre en place des plateformes de stockage sur les territoires.

Les médicaments critiques sont les premiers produits visés par ce dispositif

Ce dispositif devrait porter pour l'heure uniquement sur les "médicaments critiques", a précisé Walid Ben Brahim.

"Nous ne souhaitons pas nous substituer à la mission du pharmacien dans un établissement, que ce soit dans le choix des médicaments ou pour sa stratégie d'achat. Le sujet, c'est bien l'approvisionnement", a assuré Pascale Mocaër.

La présidente d'UniHA a indiqué qu'"aucun investissement pérenne ne sera consacré uniquement à cette expérimentation". UniHA travaille encore sur le modèle économique de ce système de centralisation des stocks. "Ce modèle est étroitement lié au sujet du développement durable. L'idée sera de ne pas démultiplier les livraisons de l'industriel vers chaque établissement et PUL, pour limiter, d'une part, le coût et, d'autre part, les transports."

ct/san/APMnews

[LQ27867325C]

Achats durables: le GHT Savoie-Belley publie son Spaser 2026-2030

Mots-clés :

auvergne-rhône-alpes # hôpital # achats # développement durable # logistique # groupement hospitalier de territoire
établissements de santé

CHAMBERY, 19 mars 2026 (APMnews) - Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Savoie-Belley a mis en ligne son schéma de promotion des achats publics socialement et écologiquement responsables (Spaser) 2026-2030 sur le site achats-durables.gouv.fr, a constaté APMnews jeudi.

Le GHT, dont le centre hospitalier (CH) Métropole Savoie est l'établissement support, entend transformer ses pratiques d'achat "pour des activités hospitalières plus durables", note-t-il en introduction du Spaser.

Ses objectifs suivent les trois piliers de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE), à savoir les piliers économique, environnemental et social.

Sur le plan économique, le GHT Savoie Belley entend soutenir et promouvoir "des relations équilibrées avec ses fournisseurs et partenaires", écrit le groupement dans son document.

Le délai de paiement des fournisseurs dans les délais impartis est défini comme une "priorité absolue" du GHT, qui s'engage aussi à mettre en œuvre des avances et/ou des acomptes "lorsque cela est possible".

Une "charte des achats durables et responsables", appliquée à l'ensemble des acteurs de la fonction achat du territoire, a été rédigée par le GHT. Ses pratiques d'achats tiennent compte de "l'ensemble du cycle de vie des produits et services", et tendent vers des "études de plus en plus poussées intégrant les externalités", promet le GHT.

Sur le volet environnemental, le GHT plaide "lorsque cela est possible" pour l'intégration de clauses et/ou de critères permettant réduire les émissions de gaz à effet de serre dans les marchés. Il déclare aussi prêter une attention "particulière" aux moyens mis en œuvre pour diminuer la production des déchets, les trier, et les valoriser.

Sur le plan social, le groupement entend rendre accessible la commande publique aux structures d'insertion et d'accompagnement du handicap, et aux entreprises de l'économie sociale et solidaire. Il déclare aussi inciter les fournisseurs à ne pas recourir à l'emploi d'une main-d'œuvre dans des conditions contraires aux droits de l'homme au travail.

Dix-huit objectifs à atteindre d'ici 2030

Les ambitions affichées par le Spaser du GHT se traduisent en 18 objectifs à atteindre d'ici 2030. L'avancée des objectifs est mesurée grâce à 27 indicateurs chiffrés.

Le GHT s'engage par exemple à tenir des délais de paiement moyens inférieurs ou égaux à 50 jours en 2030.

Il annonce aussi vouloir atteindre la barre de 10% de TPE et de PME (très petites, petites et moyennes entreprises) référencées dans ses marchés. Le groupement souhaite que 80% de ses procédures de passation de marché intègrent une considération environnementale 80%, et que 5% prennent en compte une approche en analyse du cycle de vie en 2030.

Le coût global des biens ou des services tout au long de leur cycle de vie devra être intégré dans 5% de ses procédures de passation de marché. Au moins une procédure par an devra aussi comporter un lot innovation, et 10% des marchés devront être dotés d'une étude d'impact carbone.

Jusqu'à 20% de marchés publics notifiés devront intégrer un dispositif en faveur de la réduction des gaz à effet de

serre, et la même proportion devra contenir un dispositif en faveur de la performance et de l'efficacité énergétique.

Les objectifs de la loi Egalim, qui oblige notamment les services de restauration hospitalière à servir 50% de produits labellisés comme des produits de qualité dont 20% de produits issus de l'agriculture biologique (cf [dépêche du 14/01/2026 à 18:15](#)), devront être remplis "à 100%" par le GHT en 2030. Le groupement prévoit d'augmenter de 3% par an ses dépenses annuelles de produits d'origine biologique et labellisés dans son budget alimentaire.

La part de véhicules légers électriques ou hybrides, devra atteindre 40% du parc automobile du GHT.

Afin de promouvoir l'insertion sociale, 10% des marchés du GHT devront inclure un critère relatif à une clause d'insertion, et 10% des critères d'attribution à caractère social.

Environ 200 M€ d'achats annuels pour le GHT Savoie-Belley. Le GHT Savoie-Belley regroupe sept établissements: le centre hospitalier (CH) Métropole Savoie, le CH Albertville-Moûtiers, le CH de Bourg-Saint-Maurice, le CH Vallée de la Maurienne, le CH Bugey Sud, le centre hospitalier spécialisé de la Savoie, et le CH Michel-Dubettier.

Ces établissements totalisent 2.009 lits et places, et couvrent un territoire peuplé de 490.000 habitants répartis sur le département de la Savoie et le secteur de Belley.

En 2024, le GHT a recensé 200 millions d'euros (M€) de dépenses, et 1.121 marchés en cours, dont 51% en consultations internes et 49% en centrales d'achats.

Il a aussi publié 103 consultations, et notifié 300 marchés (dont 88% en consultations internes et 12% en centrales d'achats).

al/nc/APMnews

[LQ27642196C]

©1989-2026 APM International - https://www.apmnews.com/print_story?uid=209394&objet=434685

LA PERFORMANCE ACHAT DES GHT EXAMINÉE

🕒 4 décembre 2025 | Jean-Marc Binot 💬 0

Comment est structurée la politique achat des GHT ? Quelles collaborations peuvent améliorer la performance ? Quels sont les freins qui empêchent de progresser ? Pour en savoir plus, un quatuor d'élèves-directeurs de l'EHESP a investigué. Les résultats de leur travail ont été présentés, le 4 décembre, lors des journées achat logistique à Montrouge.



C'est désormais une tradition bien ancrée. Chaque année, un groupe d'élèves-directeurs de l'EHESP conduit une étude sur un aspect de la performance des fonctions support, à la demande du Resah : portrait-robot de l'acheteur en 2030 (lire notre article du [2 décembre 2021](#)), l'inventaire des défis à relever (lire notre article du [8 décembre 2022](#)), la radioscopie des achats responsables hospitaliers (lire notre article du [7 décembre 2023](#)), et la performance globale (lire notre article du [5 décembre 2024](#)).

UN QUESTIONNAIRE SUR 3 THÈMES

En 2025, il fallait plancher sur le rôle et les compétences des fonctions support dans les GHT de demain. Un quatuor d'élèves-directeurs – Olivier Barreau, Théo Lagier, Lucie Leroy et Guillaume Prost – s'est donc retroussé les manches.

Entre fin juillet et fin septembre, les directions achat/logistique ont été invitées à participer à une enquête portant sur trois thèmes : la structuration de la politique achat, la coordination au service de la performance/les freins et leviers de la performance et de l'innovation.

70 GHT REPRÉSENTÉS

90 professionnels (12 CHU, 55 CH, 2 EPSM, 1 ESPIC) ont accepté d'y répondre. 35 d'entre eux sont des directeurs des achats, 38 des responsables achats, 10 des acheteurs, 7 ont d'autres intitulés de poste. Au total, 70 GHT sont représentés dans l'échantillon (soit le meilleur score de toutes les études menées jusqu'ici).



Théo LAGIER
CHU de Toulouse
Hôpitaux du Bassin de Thau



Lucie LEROY
CHU de Montpellier
CHI Robert Ballanger



Guillaume PROST
CH de Mâcon
CHU de Toulouse



Olivier BARTEAU
CH de Roubaix
CHU de Lille

Quelles sont les principaux enseignements de cette investigation ? S'agissant du premier thème, l'étude montre qu'il y a encore de l'ouvrage en perspective. Seuls 35 % des GHT de l'échantillon disposent d'une stratégie formalisée. Bonne nouvelle : 51 % prévoient de la rédiger dans l'année à venir.

Même s'il est récemment apparu dans le paysage hospitalier, le Spaser semble déjà être passé au rang d'outil pivot en matière d'achat responsable. 78,6 % des GHT l'utilisent pour intégrer des critères RSE.

L'IA, COMPÉTENCE À ACQUÉRIR

Quelles sont les domaines de compétence jugés majeurs ? A cette question, que les praticiens pouvaient noter sur 4, c'est l'intelligence artificielle qui tire les marrons du feu. Avec un score de 3,17. La logistique arrive juste derrière (2,99), suivie de l'analyse du cycle de vie (2,89), les considérations responsables (2,87), l'achat par la valeur (2,75) et l'éco-conception (2,44) qui ferme la marche.

Deuxième thème d'importance : la coopération. Seul, l'acheteur ne peut pas grand-chose. Et une foultitude d'acteurs (unités de soin, autres directions, fournisseurs) participe à la chaîne d'approvisionnement.

L'EXPÉRIENCE PATIENT, TERRA INCOGNITA



© Epictura

Si la collaboration avec les directions financières est jugée « plutôt forte » pour près de 68 % des personnes interrogées, il n'en va pas de même avec la DRH. 64 % de l'échantillon l'estime « plutôt faible ». Autre axe encore sous-exploité : la relation avec les patients. 52 acheteurs sur 87 considèrent le niveau d'intégration des patients dans le processus achat comme inexistant, 23 comme faible et 12 comme modéré.

La majorité des professionnels s'accorde à penser que la performance des achats des GHT peut encore progresser. Les centrales d'achat peuvent apporter leur pierre à l'édifice : 61 professionnels citent en premier lieu un meilleur usage des contrats, 42 la sécurisation des

approvisionnements, 38 l'appui à la performance sociale, 36 l'aide à l'achat innovant. Lequel, selon l'échantillon, est particulièrement handicapé par le manque de ressources, la difficulté d'analyser le marché et la peur des risques inhérents.

DES RESSOURCES HUMAINES JUGÉES INSUFFISANTES

Dernier thème de l'enquête : les freins et les leviers de performance. Est-ce une conséquence du peu de collaboration avec les DRH évoqué plus haut ? En tout cas, le déficit de compétences disponibles (31 %) monte sur la première marche du podium dès que sont évoqués les freins à la performance. Juste devant l'absence d'outils d'évaluation et de pilotage (29 %), les limites budgétaires (19 %) et la carence de coordination avec les prescripteurs (18 %).

Comment continuer à acheter responsable alors que les deniers publics deviennent denrée rare ? Pour 80 % des répondants, la solution la plus pertinente passe par la maîtrise des consommations, ou la lutte contre le gaspillage tous azimuts, qu'il s'agisse des denrées alimentaires ou des produits de santé. Une majorité plus faible penche pour le renforcement de la relation avec les fournisseurs via des plans de progrès.

Les freins à la mise en œuvre de la performance globale



La stratégie commune doit se renforcer au sein du groupement hospitalier du Jura

L'organisation territoriale et les coopérations hospitalières sont à approfondir pour le GHT du Jura, selon les magistrats financiers. Ils soulignent aussi le potentiel d'activité des plateaux techniques chirurgicaux aujourd'hui peu performants.

Par Perrine Debacker

16 janvier 2026 à 16h06

L'accès aux soins est un enjeu particulièrement fort pour le groupement hospitalier de territoire (GHT) du Jura. Celui-ci est constitué du CH Jura-Sud — établissement support dont le site principal est à Lons-le-Saunier, en direction commune avec les CH de Saint-Claude et de Morez — et du CH intercommunal du pays du Revermont. La chambre régionale des comptes de Bourgogne-Franche-Comté rappelle dans un rapport sur le GHT paru mi-décembre le caractère montagneux et rural du territoire. Les hôpitaux du groupement ont ainsi dû trouver des solutions face aux problèmes d'attractivité du personnel soignant — comme la création d'une unité mobile hospitalière paramédicale — pour assurer une aide médicale urgente dans un délai maximum de 30 minutes. Dans ces conditions et face à une carence en offre de médecine libérale, les collaborations de tous les acteurs de la santé sont indispensables.

La chambre relève des relations limitées entre le GHT et son CHU de référence à Besançon (Doubs). *"Bien que des coopérations existent dans un certain nombre de disciplines (pneumologie, cardiologie, gériatrie), les établissements du GHT ne font partie que d'une seule fédération médicale inter-hospitalière avec le CHU, permettant de structurer la filière neurologie"*, note-t-elle. Une de ses recommandations est de formaliser, au sein du projet médical partagé, les modalités d'association avec le CHU, notamment sur la coordination des missions hospitalo-universitaires.

Une stratégie achat à construire

L'offre hospitalière s'est organisée sur le territoire mais davantage autour de la direction commune que du GHT. Le CH intercommunal du pays du Revermont collabore en effet davantage avec les établissements du GHT Centre-Franche-Comté, que ce soit sur les consultations ou les postes partagés, qu'avec le CH Jura-Sud. La direction commune de son côté s'est engagée dans un processus intégratif depuis 2018, lui permettant par exemple de mettre en place des poles inter-établissements et de constituer une équipe territoriale d'urgentistes, ce qui a fait baisser le recours à l'intérim. Si la stratégie de convergence du système d'information au sein du GHT *"a constitué un réel atout pour structurer les filières"*, la stratégie achat nécessite une plus grande maturité. Pour ce faire, une montée en compétences de la direction des achats du CH Jura-Sud et une sécurisation de son processus achat sont préconisées.

Sur le volet cancérologie, la coopération du CH Jura-Sud avec l'Institut régional fédératif du cancer est saluée. Mais le contexte financier des établissements du GHT est dégradé. La chambre souligne que le déficit cumulé de ceux de la direction commune a doublé entre 2018 et 2023, passant de 6,2 à près de 12,5 millions d'euros. Dans sa réponse, l'ancien directeur du CH Jura-Sud, Guillaume Ducolomb, précise qu'en retraitant les aides exceptionnelles versées chaque année en fin de campagne, le déficit du CH Jura-Sud et Saint-Claude *"n'a pas doublé sur la période mais est resté plutôt stable"*.

Une offre publique chirurgicale à réorganiser

Bien pourvu en Ehpad et en soins médicaux et de réadaptation, le département *"connaît un déficit d'équipement en chirurgie"*. Deux recommandations de la chambre portent sur les blocs opératoires du CH de Saint-Claude, qui pâtit d'une carence d'opérateurs et d'une architecture bâimentaire vieillissante. L'hôpital réalise par ailleurs des opérations chirurgicales carcinologiques mammaires sans autorisation. L'activité chirurgicale globale a décru, passant de 542 séjours en 2018 à 267 en 2024. Pourtant, un potentiel de développement existe *"au regard du taux de fuite du CH Jura-Sud qui avoisine les 62% sur sa zone d'attractivité"*, note la chambre.

Elle recommande d'amplifier le développement d'une gouvernance partagée entre le CH Jura-Sud et le CH de Saint-Claude concernant le fonctionnement des blocs opératoires et les services de chirurgie, et de redimensionner le bloc opératoire de Saint-Claude au regard de l'activité réalisée. *"À défaut, la question de la pérennité du plateau technique chirurgical à l'hôpital de Saint-Claude se posera car la faiblesse de son activité pèse sur la situation financière de l'établissement et induit un risque en termes de sécurité des soins pour les patients pris en charge"*, conclut la chambre.

Ressources

- [Le rapport d'observations définitives](#)
- [Les réponses au rapport](#)

MOTS-CLÉS

FINANCE GHT

Par Perrine Debacker

16 janvier 2026 à 16h06

RECOMMANDATIONS SUR L'ORGANISATION DE LA FONCTION ACHAT

Le présent chapitre regroupe des recommandations méthodologiques et organisationnelles pour la mise en œuvre de la fonction achat de GHT. Elles sont à apprécier au regard des caractéristiques de chaque GHT, en particulier sa taille et les ressources dont les établissements parties disposent pour mettre en œuvre les achats hospitaliers.

Certaines recommandations ne s'appliqueront qu'aux GHT présentant une masse critique suffisante pour dégager des ressources dédiées à certaines préconisations.

2.1. Recommandations relatives à la phase d'exécution

La gestion des commandes relève juridiquement de la phase d'exécution des marchés et n'entre pas dans le champ des missions obligatoires de l'établissement support.

Cependant, vu les opportunités de performance, il est recommandé de permettre à la fonction achat du GHT de disposer d'une vision fiable et exhaustive du rythme et du montant des commandes passées dans l'ensemble des établissements et d'instruire une partie du processus de gestion des commandes.

○ Rappel des enjeux relatifs aux activités de gestion des commandes :

Plusieurs axes d'amélioration de ces processus en aval de l'achat constituent autant de pistes d'efficacité et d'économies d'achat. Les principales opportunités consisteraient à :

- **limiter le risque de rupture de stock en fiabilisant les catalogues de produits et de prix**

L'expérience montre que la séparation actuelle des organisations (entre les acheteurs et les approvisionneurs qui gèrent les commandes) rend moins fiable l'information des nouveaux produits (références et prix), la gestion de la transition entre nouvelles et anciennes références et génère régulièrement des

ruptures de stocks (le produit attendu n'est pas bien paramétré dans la GEF et donc non livré) ;

- **réduire les frais administratifs de gestion en régulant le rythme et le montant des commandes**

On observe dans un nombre important d'établissements un morcellement des commandes (variation significative des quantités commandées). Cette situation alourdit la gestion des stocks et la logistique en interne (multiplication des interventions et des manipulations) et accroît la charge et les frais administratifs aussi bien en interne qu'en externe.

Les fournisseurs s'inquiètent régulièrement de ces situations et proposent des clauses d'intéressement sur ces sujets (bonus sur seuil élevé du montant moyen de commande) ;

- **améliorer la fiabilité des quantités indiquées dans les cahiers des charges d'appel d'offres et ainsi rassurer les industriels qui font alors un effort optimal sur le prix**

De nombreux industriels font part régulièrement du manque de fiabilité des quantités prévisionnelles (car celles réellement consommées sont en écart notable [en général à la hausse] avec celles prévues lors de l'appel d'offres).

Ce manque de fiabilité des quantités de produits/fournitures mentionnées dans le cahier des charges des appels d'offres a des conséquences au final sur les prix pratiqués. Une partie du potentiel d'économies n'est donc pas capté ;

- **réduire les coûts globaux de processus en captant les synergies entre achats, approvisionnement (stockage) et logistique (distribution)**

La nouvelle configuration des établissements au sein des GHT devrait permettre dans de nombreux GHT (de moyenne et de grande taille) d'optimiser les processus de stockage et de distribution logistique des fournitures et des produits vers et entre les établissements. Cela aura probablement un impact positif sur les achats du fait de l'optimisation potentielle des distributions par les industriels et des économies induites.

o Recommandations pour l'optimisation du processus de gestion des commandes

Il est proposé de déléguer à l'établissement support certains aspects du processus de commande ci-après :

- **relations avec les demandeurs et utilisateurs finaux des fournitures et des produits commandés afin de préciser, le cas échéant leurs besoins et spécificités**

Ces relations incluent les échanges visant à rationaliser au fil de l'eau le flux de commandes notamment en convainquant le(s) demandeur(s) de les regrouper ou de les différer, voire éventuellement d'y renoncer si le stock (local ou central) est suffisant ;

- **relations avec les fournisseurs concernant la mise au point des éléments précisant les modalités de commande** (détail des références de produits, conditionnement, lieux et date/heure de livraison...) ;

- **analyses et régulation des flux de commandes par type de fournitures ou de produits en collaboration avec la logistique**

Il pourra s'agir soit de consolider les consommations sur une période donnée afin d'extrapoler, au profit de l'acheteur concerné, les besoins prévisionnels à mentionner dans un cahier des charges d'AO, soit d'effectuer une analyse statistique fine ciblée sur un ou plusieurs produits.

La signature des commandes reste au niveau des établissements parties qui sont les ordonnateurs des dépenses et des recettes.

- **Recommandation de confier à l'établissement support la conduite des démarches de retours d'expérience** (évaluation des fournisseurs et des marchés, bilan des ruptures de stock, bilan des interfaces avec la logistique et exploitants...). S'agissant d'une démarche désormais transverse aux établissements du GHT, il semble pertinent et donc conseillé que l'établissement support porte ces activités et en retour en informe tous les acteurs de l'achat du GHT.

2.2. Modalités d'organisation possibles

2.2.1. Principes généraux d'organisation

La mutualisation de la fonction achat a pour objectif de faire du GHT l'échelon pertinent pour la mise en œuvre d'une politique et d'une organisation des achats des établissements parties.

Du fait de la diversité des contextes (en termes de nombre d'établissements, de volume d'achats, de ressources dédiées à l'achat, de maturité de l'achat...), **il ne peut y avoir de modèle d'organisation unique de la fonction achat de GHT.**

Sur le plan juridique, **la signature des marchés relève de la seule compétence du chef de l'établissement support** ou de toute personne qui bénéficie d'une délégation de signature de sa part. Pour bénéficier de cette délégation de signature, la personne doit être placée sous l'autorité du chef de l'établissement support. Ainsi, le directeur de l'établissement support devra identifier les agents bénéficiant d'une délégation de signature.

La nature des liens entre l'établissement support et les acteurs de la fonction achat du GHT dépend, d'une part, de la nature juridique de leurs missions (si celles-ci nécessitent une délégation de signature) et, d'autre part, des choix organisationnels propres à chaque GHT.

Il n'y a qu'une seule équipe de la fonction achat quels que soient la localisation géographique des agents et leur rattachement à l'établissement support.

Parmi les agents composant l'équipe achat, il convient de distinguer ceux qui vont relever de l'établissement support. Cela peut se faire soit par la voie du changement d'établissement, soit par la voie de la mise à disposition (laquelle peut-être partielle). Seront nécessairement concernés tous les agents exécutant, au moyen d'une délégation de signature du chef de l'établissement support, des actes juridiques pour le compte de l'établissement support.

CHAPITRE 2 • RECOMMANDATIONS SUR L'ORGANISATION DE LA FONCTION ACHAT

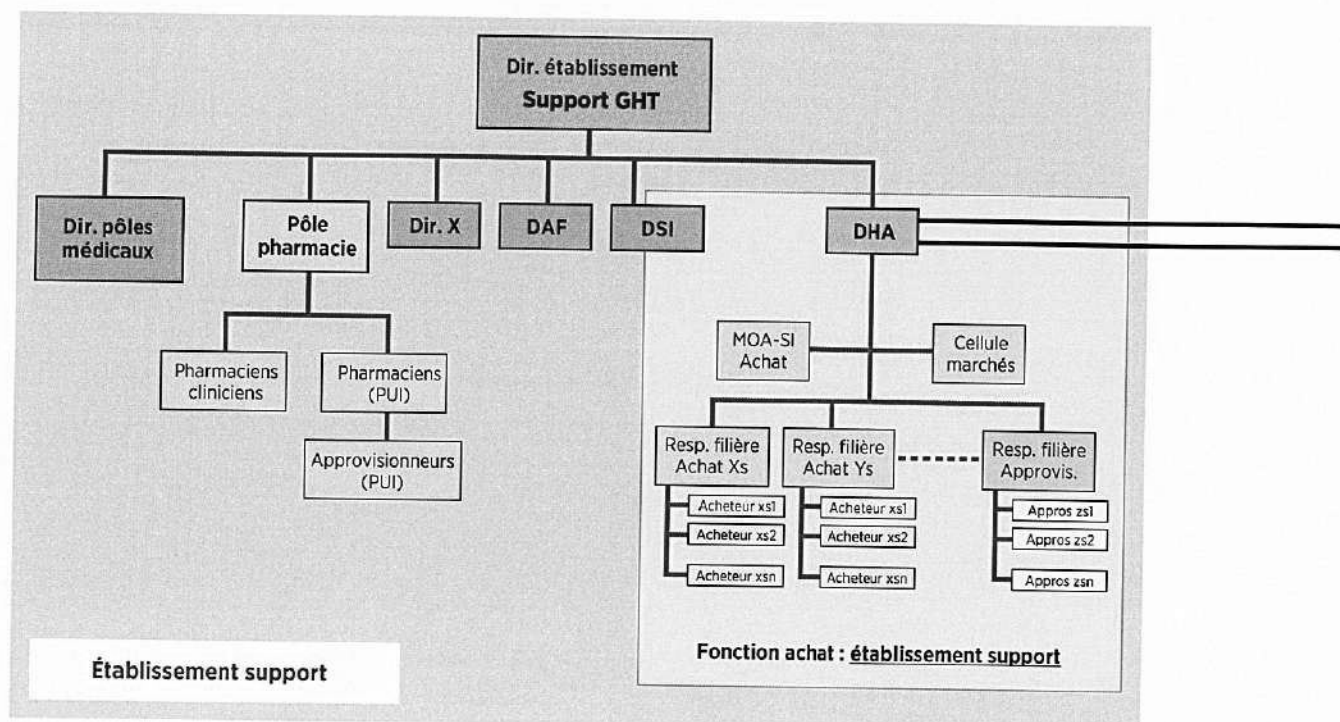
Pour les autres agents intervenant par ailleurs sur la fonction achat, ceux-ci peuvent continuer de relever pleinement des établissements parties. Ils agiront alors dans le cadre d'un lien fonctionnel au sein de la fonction achat afin d'instruire au quotidien les différents domaines du processus de passation des marchés. Il est recommandé que ces agents soient identifiés dans l'organigramme *fonctionnel* détaillé nominatif de la fonction achat qui sera élaboré lors de la phase de transition.

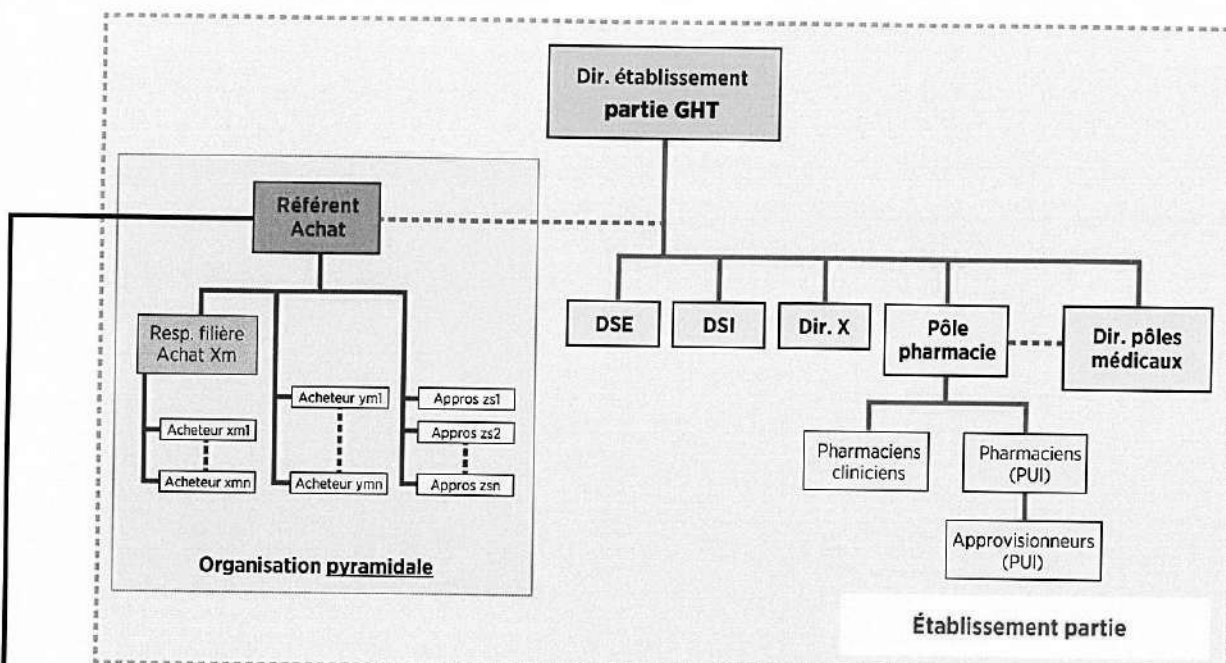
Deux principaux types d'organisations sont possibles (matricielles ou pyramidales). En fonction du contexte particulier du GHT, il peut y avoir des choix unifiés (tout pyramidal ou tout matriciel) ou des choix mixtes.

Même si une organisation pyramidale est plus facile à gérer sur le plan opérationnel (hiérarchie claire, pas de litige sur la disponibilité des agents à gérer), l'organisation matricielle est plutôt conseillée notamment pour des petits établissements car il sera difficile de dédier des agents à temps complet à la fonction achat alors qu'ils sont historiquement polyvalents (achat, logistique, approvisionnement...).

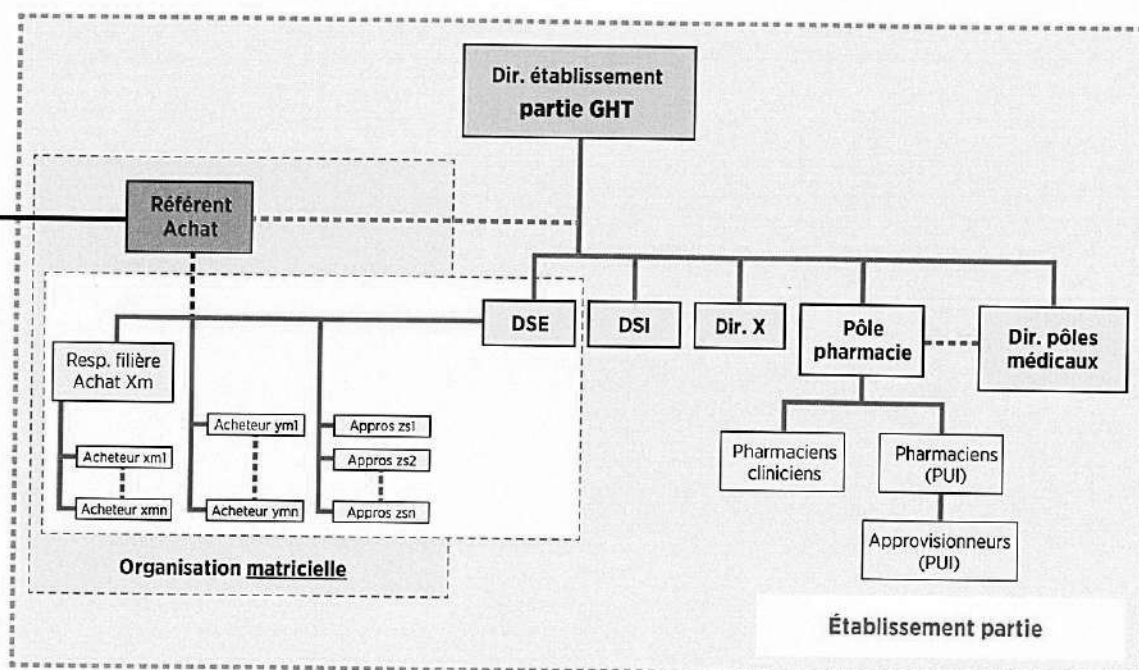
○ Structurations possibles des équipes d'achat au sein des établissements parties

ORGANISATION PYRAMIDALE VS MATRICIELLE





Organisation pyramidale (côté établissement partie) : les acheteurs sont dédiés à temps complet à la fonction achat. Ces acheteurs peuvent continuer de relever de leur établissement partie ou de relever de l'établissement support par la voie d'un changement d'établissement ou d'une mise à disposition. Sur le plan opérationnel, ils sont encadrés par le référent achat de l'établissement partie concerné (lui-même étant sous l'autorité du directeur des achats de l'établissement support).



Organisation matricielle (côté établissement partie) : les acheteurs sont dédiés à temps partiel à la fonction achat. Ils demeurent employés et affectés dans leur établissement partie. Sur le plan opérationnel concernant leurs activités au titre de la fonction achat, ils sont encadrés par le référent achat de l'établissement partie concerné (lui-même étant sous l'autorité du directeur des achats de l'établissement support). Afin de simplifier les relations avec le référent achat (non opérationnelles de l'achat : congés...), il est souhaitable qu'ils soient placés sous l'autorité, au moins à temps partiel, par exemple au DSE (directeur des services économiques) de l'établissement partie. Ces agents effectuent d'autres activités au sein de leur établissement (par ex. logistique, maintenance biomédicale, d'infrastructures ou informatique...).

2.2.2. L'équipe rapprochée du directeur des achats

Les recommandations ci-après ne s'appliquent qu'aux GHT présentant une masse critique suffisante pour dégager des ressources correspondant aux modèles décrits.

i. Le directeur des achats de GHT

Il est indispensable de créer *au plus tôt une dynamique* et un processus de pilotage de la démarche. Dans cette perspective, il est important de veiller à la désignation, le plus rapidement possible, du directeur des achats du GHT *placé auprès du directeur de l'établissement support*. C'est le premier acte fort impulsant la dynamique achat au sein du GHT.

Une fois désigné, le directeur des achats a vocation à organiser très rapidement, **sous la forme d'un projet**, la démarche de mise en place de la fonction achat (cf. *infra* § 2.1). Il semble en effet souhaitable de définir très rapidement après la désignation du directeur des achats la méthodologie générale de conduite du projet, les étapes clés et l'organisation.

ii. Recommandations sur la composition de l'équipe rapprochée du directeur des achats

Vu les impératifs de coordination de la production contractuelle en mode multi-établissements, la nécessité d'harmonisation des méthodes achat, de pilotage des processus, de sécurisation des affaires, il est important de **mettre en place, autour du directeur des achats, une équipe rapprochée** veillant sur le plan opérationnel et des méthodes à la continuité et à l'efficacité du processus de production contractuelle.

Il semble pertinent d'intégrer dans cette équipe rapprochée, les acteurs du management, du pilotage et des activités support transverses **qui vont jouer un rôle majeur au sein de la fonction achat**. Cette équipe rapprochée minimale conseillée pourrait comprendre :

- les responsables de départements d'achat ;

- les référents achat d'établissement

Il peut également être mise en place, suivant les choix organisationnels qui seront faits par chaque GHT, une équipe rapprochée plus large intégrant les responsables de la fonction achat qui interagissent en permanence sur des sujets de méthodologies et d'outils métier avec la communauté de l'achat ;

- la cellule juridique marchés ;

- le contrôleur de gestion

Il peut s'agir d'une personne à temps plein dans les grands GHT, à temps partiel dans les moyens et petits GHT. Il peut être couplé avec la fonction AMOA SI-achat et/ou méthodes ;

- le responsable méthodes

Il peut s'agir d'une personne à temps plein dans les grands GHT, à temps partiel dans les moyens et petits GHT. Il peut être couplé avec le contrôle de gestion achat et/ou la fonction AMOA SI-achat ;

o **l'assistant maîtrise d'ouvrage du système d'information achat (AMOA SI-achat)**

Il peut s'agir d'une personne à temps plein dans les grands GHT, à temps partiel dans les moyens et petits GHT. Il peut être couplé avec le contrôle de gestion achat et/ou méthodes.

Si les établissements du GHT ont fait le choix de faire converger leurs pratiques en matière de gestion des approvisionnements, dans le respect des compétences demeurant au niveau des établissements parties (exécution des marchés au sens de l'ordonnance « marchés publics » de juillet 2015), il peut être pertinent d'intégrer, dans cette équipe rapprochée, le responsable des approvisionnements de la fonction achat commune.

Celui-ci définit la politique de commande du GHT, réalise le suivi et l'ajustement de la politique de commande, valide les commandes dans une recherche d'optimisation des commandes de l'ensemble des établissements (montant des commandes, rythmes des commandes, définition des procédures et référentiels communs). Il met en place les outils de suivi et de *reporting* des commandes en lien avec les établissements parties le cas échéant.

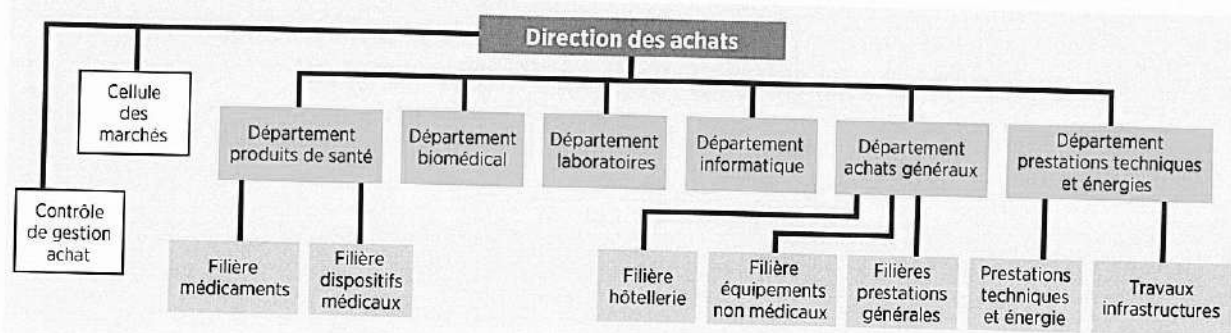
2.2.3. Organisation fonctionnelle en départements d'achat

L'une des modalités d'organisation efficiente les plus couramment rencontrées dans les fonctions achat intégrées et que l'on peut transposer à la fonction achat de GHT est celle de l'organisation fonctionnelle en départements d'achat. Les départements d'achat suivent une logique de découpage fonctionnel et leur nombre peut varier en fonction de la taille du GHT, du nombre d'établissements le composant ou du volume d'achat et du nombre d'acheteurs. Il n'y a pas une organisation type mais plusieurs possibles.

Le schéma ci-dessous propose deux types d'organisation fonctionnelle en départements : la première plus adaptée aux grands GHT est plus détaillée. Il sera pertinent dans cette organisation de rattacher à certains départements des filières d'achat (cas 1) ; la deuxième, plus adaptée aux petits GHT, sera structurée autour de deux départements principaux : le département produits de santé et le département produits non médicaux (cas 2).

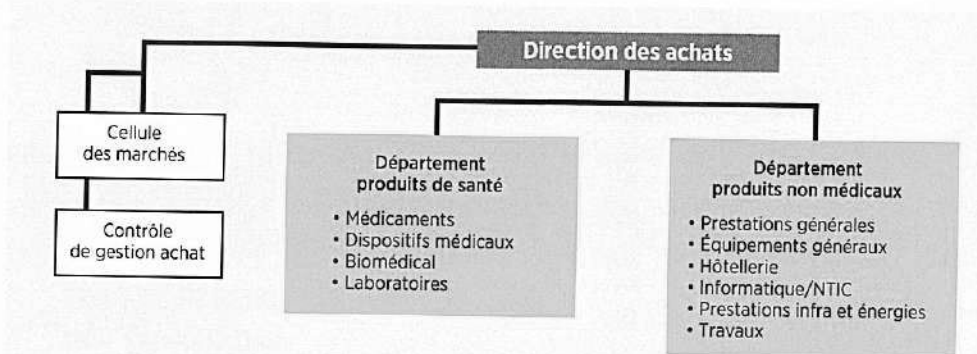
De multiples déclinaisons sont donc possibles entre ces deux organisations en fonction des choix organisationnels et des spécificités du GHT.

CAS 1 : ORGANISATION DÉTAILLÉE ADAPTÉE AUX GRANDS GHT



La fonction achat des GHT

CAS 2 : ORGANISATION SIMPLE ADAPTÉE AUX PETITS GHT



N.B. Les liens identifiés ci-dessus et ci-dessous signifient, suivant les cas, que les agents sont sous l'autorité du directeur des achats (cf. § 1.5.1) ou en lien fonctionnel avec celui-ci.

Les **responsables de département** d'achat ont un rôle d'encadrement opérationnel de tous les acheteurs de leurs familles d'achat (quelle que soit leur localisation géographique).

Ils pilotent la production des marchés (planning, gestion de la charge des agents, proposition de stratégies d'achat, allocation de ressources aux PAAT...).

Ils veillent à l'application des méthodologies d'achat par leurs acheteurs (référentiel d'achat, échanges avec les fournisseurs, consolidation des besoins, conduite des appels d'offres, calcul des gains...). Ils sont les garants de la sécurité juridique et de la performance économique sur leur périmètre vis-à-vis du directeur des achats.

Ils veillent à la prise en compte des spécificités de chaque établissement partie (maturité et nombre d'acheteurs, échéance des marchés, besoins spécifiques...) en liaison avec les référents achat de chaque établissement partie.

Il est conseillé de placer le responsable de département d'achat sous l'autorité du directeur des achats du GHT. Il aura pour rôle, au sein de son département fonctionnel, de piloter les achats d'une ou de plusieurs familles de biens ou de services, en adéquation avec la stratégie achat du GHT et en s'appuyant sur une équipe d'acheteurs « famille ». Il aura donc un rôle d'encadrement des équipes d'acheteurs de son secteur et veillera à l'optimisation globale du processus achat associé à sa famille d'achat.

Il est fortement recommandé que le responsable du département d'achat en charge des produits de santé soit compétent en matière de produits de santé (en particulier pharmacien).

2.2.4. Les référents achat en établissement partie

L'organisation de la fonction achat peut également reposer sur des **référents achat** dans les **établissements parties**. Ces référents, comme les responsables de départements d'achat, peuvent être placés sous l'autorité du chef de l'établissement support, mais placés géographiquement dans un établissement partie.

Il est fortement recommandé que le référent achat d'un établissement partie bénéficie d'une **délégation de signature sur les marchés spécifiques de l'établissement partie** concerné (marchés subséquents, marchés répondant aux besoins particuliers de l'établissement partie...). S'il s'agit d'un agent de l'établissement support, cela n'impliquera pas d'action particulière. Par contre, s'il s'agit d'un agent de l'établissement partie, cela implique que cet agent change d'établissement ou qu'il soit mis à disposition de l'établissement support (même partiellement).

Le référent achat d'établissement aura vocation à intervenir quotidiennement auprès des acheteurs et des approvisionneurs de l'établissement partie concerné.

Le référent achat de chaque établissement partie contribue au pilotage de la production des marchés en liaison étroite avec tous les responsables de département. En amont de la passation des marchés, il veille à l'expression préliminaire des besoins par l'établissement partie concerné sur le plan fonctionnel et suivant une planification pilotée. Dans le cadre de la phase de passation, il pilote en proximité avec les acheteurs concernés l'instruction des marchés spécifiques de son établissement partie (marchés subséquents, marchés spécifiques...).

Il peut continuer à exercer des fonctions diverses au sein de l'établissement partie, en complément des missions qui lui sont confiées par le directeur des achats du GHT ou le directeur de l'établissement support, si le choix d'un rattachement à temps partiel est privilégié.

Il est très important que des échanges de proximité puissent se tenir entre le référent achat et le directeur d'établissement partie concerné.

Le référent achat doit pouvoir échanger régulièrement en toute transparence et en proximité avec le directeur des achats du GHT et avec les agents de l'établissement partie concernés au titre des échanges opérationnels liés aux processus amont (expression de besoins...) et aval (exécution des marchés) mais aussi plus globalement des bonnes relations indispensables à l'adhésion et à la mobilisation des acteurs des établissements parties.

Le référent achat d'établissement a notamment la charge d'instruire la fin du processus achat des affaires spécifiques d'un établissement partie.

Il peut également, dans un but d'efficacité et de fluidité des circuits de signature, signer les marchés à procédure adaptée (MAPA) ou les appels d'offres **répondant spécifiquement et exclusivement aux besoins de l'établissement partie dont il relève**. Ces marchés sont pour autant instruits dans leur phase de passation par la fonction achat commune sous la responsabilité de l'établissement support.

Il peut également assurer la bonne mise en œuvre des orientations stratégiques définies par le directeur de la fonction achat au niveau de son établissement partie ainsi que l'identification et la mise en œuvre des actions achat locales à mener en

complément des actions communes définies dans le cadre du plan d'actions achat de territoire (PAAT).

La proximité géographique (même dans le cas d'un temps partiel) doit permettre **un échange final entre le référent achat et le directeur d'établissement partie** afin qu'ils mènent ensemble une ultime analyse des implications de tous ordres (juridiques, opérationnelles, techniques, financières...) qu'il est utile de partager avant la signature et la notification d'un marché spécifique de l'établissement partie concerné.

Ce **réfèrent achat d'établissement** pourra être issu de l'établissement partie concerné ou non. Néanmoins, il est fortement conseillé de choisir un référent achat qui connaisse déjà l'établissement partie afin de faciliter les relations fonctionnelles avec les agents de l'établissement (par exemple le directeur des services économiques de l'établissement partie ou un directeur adjoint en charge au moins d'une partie des achats, voire un responsable achat de l'établissement).

2.2.5. Les délégations de signature

Il peut être procédé à des délégations de signature de la part du directeur de l'établissement support à certains membres de la fonction achat afin de faciliter le caractère opérationnel des circuits de signature et la fluidité du processus de notification des marchés. Ces délégations de signature peuvent comporter des délimitations de périmètre ou de montant variables en fonction des organisations et des choix propres à chaque GHT.

- Il est conseillé de mettre en place des délégations de signature *a minima* aux membres de l'équipe rapprochée du directeur de la fonction achat.
- Il pourra bien entendu être procédé à des délégations de signature à d'autres agents de la fonction achat, à condition que ces agents soient directement employés par l'établissement support ou mis à disposition de celui-ci (même partiellement).

N.B. Cela n'implique pas nécessairement de modification de l'affectation géographique des agents concernés.

2.2.6. Les acheteurs « familles d'achat » et les acheteurs généralistes

- **Acheteurs « familles d'achat ».** Suivant la même logique que ci-dessus, les acheteurs spécialisés sur des familles d'achat pourraient être désignés parmi les acheteurs des établissements parties et demeurer dans leur établissement.

Afin d'optimiser l'efficacité de l'achat, il est recommandé, quand c'est possible, de mettre en place des acheteurs familles dès lors que les problématiques fonctionnelles et fournisseurs sont voisines (ex : médicaments, dispositifs médicaux, informatique, biologie, biomédical, travaux, restauration, transports...). Un acheteur peut, si son expertise le permet, couvrir plusieurs familles.

Afin de profiter des expertises présentes, mais aussi de créer l'adhésion et la mobilisation de tous les acteurs de l'achat, il est souhaitable dans tous les cas d'avoir **plusieurs acheteurs familles issus d'établissements parties**.

N.B. La diversité des situations sur le territoire national montre que des experts sur de nombreux segments existent dans des établissements de toutes tailles. Il serait dommageable à l'efficacité globale de la fonction achat de se priver de ces experts qui pilotent parfois des groupements territoriaux sur lesquels ils se sont investis historiquement. L'établissement support pourra donc s'appuyer sur ces professionnels de l'achat localisés dans un établissement partie.

Il est donc important de recenser les compétences achat présentes dans tous les établissements du GHT et de désigner les porteurs les plus appropriés segment par segment.

- **Acheteurs pharmaciens.** Du fait de l'expertise nécessaire, il est très fortement recommandé que les acheteurs de médicaments et de dispositifs médicaux soient des pharmaciens ou travaillent en lien très étroit avec ceux-ci. En dehors de ceux historiquement présents dans l'établissement support, ceux-ci sont placés sous l'autorité de leurs chefs d'établissement parties respectifs. Dans le cadre du processus de passation des marchés et sur le plan opérationnel, ils seront encadrés sur le plan opérationnel par le responsable du département d'achat couvrant les produits de santé. Ils doivent veiller à échanger en étroite collaboration et en toute transparence avec les entités prescriptrices d'achat (pôle Pharmacie, Comedims...) et les réseaux d'acheteurs spécialisés.
- **Acheteurs « généralistes ».** Des acheteurs dits « généralistes » sont également nécessaires pour la gestion de marchés divers relevant par exemple d'un département « prestations générales » et/ou « équipements généraux ». Ces acheteurs peuvent prendre en charge la conduite de la procédure de passation de marchés de prestations ou de services divers sans relever pour autant d'une spécialité spécifique (ex : marchés d'assurance, de prestations intellectuelles, de déchets, d'achat d'équipements hôteliers ou généraux...).

D'une manière générale, au-delà des organisations, un esprit d'étroite collaboration doit être entretenu entre les acteurs de la fonction achat et leurs interlocuteurs de tous les établissements du GHT (directions d'établissements ES/EP, prescripteurs d'achat...) afin de veiller à la prise en compte optimisée des besoins, à la qualité des achats et plus globalement à la transparence sur les actions menées *via* des échanges permanents et un *reporting* adapté.

2.2.7. Actions à anticiper vis-à-vis du transfert de responsabilité vers l'établissement support

Compte tenu du transfert de compétences et de responsabilités vers l'établissement support au 1^{er} janvier 2018 au plus tard, il convient d'anticiper certaines actions indispensables au bon fonctionnement opérationnel de la nouvelle organisation.

Cette étape comporte deux temps :

- l'identification des agents concernés par une évolution métier ;
- la détermination des agents devant bénéficier d'une délégation de signature.

o Identification des agents concernés par une évolution métier

La première étape consiste à élaborer la liste de l'ensemble des agents du GHT potentiellement concernés par une évolution métier au sein de la fonction achat du GHT.

L'objectif est d'identifier **les agents qui exerceront les missions couvertes par la fonction achat mutualisée dans les différents établissements du GHT**. Pour mener à bien cette étape, une cartographie complète des ressources humaines achats doit être réalisée pour l'ensemble du GHT (voir détail dans la fiche 2.5 du chapitre 2), l'organigramme fonctionnel détaillé de la fonction achat doit avoir été réalisé et les agents rencontrés individuellement sur la base des nouvelles fiches de poste de l'organisation cible.

Il est ensuite possible de produire une liste détaillée nominative des agents qui rejoindront la fonction achat mutualisée, en identifiant ceux qui seront appelés à changer d'établissement ou à être mis à disposition de l'établissement support car appelés à bénéficier d'une délégation de signature.

Il est en effet très important qu'au moment où le transfert de responsabilité vers l'établissement support s'opère, l'ensemble des agents qui travaillent pour la fonction achat soit identifié, que les agents aient pris connaissance de leur rôle dans la nouvelle organisation, ainsi que de leur fiche de poste et qu'ils soient opérationnels et formés (si nécessaire).

Il est fortement recommandé que les nouveaux processus et le référentiel achat de la nouvelle organisation aient été définis et mis en place en amont de la mise en place effective de la fonction achat. Dans cette perspective, une échéance de mise en place au plus tard le 1^{er} juillet 2017 du référentiel achat unique (cf. § 3.1) est pertinente.

Si ces étapes ne sont pas menées à bien en anticipation du transfert de responsabilité, la fonction achat peut rencontrer des difficultés importantes dans la mise en œuvre opérationnelle des nouveaux marchés.

Le transfert vers la fonction achat mutualisée doit être effectif au 1^{er} janvier 2018. Il est toutefois fortement recommandé que ce transfert s'opère dès la mise en place des processus achat pour pouvoir bénéficier des nouveaux leviers accessibles grâce à la nouvelle fonction achat mutualisée.

2.2.8. Recommandations sur l'organisation en mode projet

Les recommandations ci-après ne s'appliquent qu'aux GHT présentant une masse critique suffisante pour dégager des ressources correspondant aux modèles décrits.

Il est fortement conseillé de mettre en place au sein de la direction des achats une organisation de projet durable décorrélée de l'organisation opérationnelle, avec les acteurs suivants :

- o un **chef de projet « mise en place de la fonction achat »** placé auprès du directeur des achats.

N.B. Ce chef de projet peut être désigné par exemple parmi l'un des DSE des établissements parties au GHT souhaitant se consacrer à temps plein à la fonction achat ;

- un chef de projet « PAAT » (voir *infra* sections 1.7 et 2.1) ;
- un chef de projet « production opérationnelle marchés » (voir *infra* sections 1.7 et 2.1) ;
- un responsable « mise en place des processus achat », notamment chargé d'élaborer et de mettre en place le référentiel documentaire des achats, et placé auprès du responsable de la fonction achat.

N.B. Ce responsable de sous-projet peut être désigné par exemple parmi un des DSE (directeur des services économiques) des établissements parties au GHT ;

- un responsable « mise en place des outils SI-achat », notamment chargé de faire le bilan des besoins, de sélectionner les outils, de contribuer à leur mise en place opérationnelle et d'accompagner les utilisateurs internes et externes à la fonction achat.

N.B. Ce responsable de sous-projet peut être désigné parmi l'un des DSE des établissements parties au GHT.

Quand la situation le permet, il est pertinent de coupler l'une des trois fonctions listées ci-dessus avec l'une des fonctions managériales (ex : responsable de département) ou fonctionnelles (ex : responsable contrôle de gestion achat). Cela donne une plus grande légitimité à l'acteur concerné et faciliterait son action transverse au sein du GHT. Étant donné le large spectre d'intervention, notamment en termes d'interlocuteurs externes à la fonction achat, il est conseillé de recourir, dans ce cas, à un profil expérimenté ayant une expérience professionnelle hospitalière large.

Il semble souhaitable, pour susciter l'adhésion des établissements parties à la démarche, mais aussi pour utiliser au mieux les expertises existantes dans les différents établissements, de désigner une partie des responsables de l'équipe de management parmi des acteurs issus des établissements parties.

2.2.9. Interfaces entre la fonction achat et les prescripteurs d'achat

Il apparaît que l'instruction des achats en mode multi-établissements peut rapidement s'avérer très difficile si quelques précautions d'organisation ne sont pas prises.

Durant la phase amont de collecte des expressions de besoin de la part des prescripteurs d'achat, il peut y avoir des difficultés significatives à faire converger les exigences fonctionnelles attendues.

Il est recommandé de prévoir, lors de chaque affaire à enjeu significatif, la désignation d'un référent prescripteur d'achat par domaine fonctionnel.

Publié le 14 mai 2024

Mis à jour le 10 avril 2025

Le Spaser, un outil de planification pour les acheteurs publics

© Julie Guillem/Citizen Press

Les schémas de promotion des achats socialement et écologiquement responsables (Spaser) permettent de définir une stratégie d'achats durables au sein d'un territoire ou d'une entité.

Les Spaser sont des documents stratégiques et concertés qui permettent à une structure de définir et d'orienter sa politique d'achat au service des trois piliers du développement durable : social, environnement et développement économique. En s'appuyant sur ces trois axes, les acteurs publics définissent ainsi des priorités pour leur territoire ou entité, sur lesquelles s'adossent des objectifs à poursuivre. De ces objectifs découlent un certain nombre d'indicateurs qui vont permettre de suivre la bonne atteinte de ceux-ci aux échéances fixées.

Un champ des assujettis élargi

Les Spaser sont, depuis la loi relative à l'économie sociale et solidaire de 2014, une obligation pour les acheteurs soumis au code de la commande publique. Ce dispositif a considérablement évolué au fil des ans. Initialement destinés au déploiement de l'ESS, les Spaser se sont vus ajouter une dimension environnementale depuis l'adoption de la loi de transition énergétique pour la croissance verte (LTECV) en 2015. Depuis la loi Climat et résilience de 2021, ils doivent obligatoirement être publiés et faire l'objet d'un suivi de l'atteinte des objectifs qui y sont fixés avec des indicateurs. Concernant originellement les plus gros acheteurs soumis au code de la commande publique, le seuil rendant obligatoire la publication d'un Spaser a été abaissé de 100 à 50 millions d'euros d'achats annuels par un décret du 2 mai 2022. Depuis le 25 octobre 2023, la loi Industrie verte a encore élargi le champ des assujettis à l'obligation d'élaborer un Spaser. Désormais, tous les acheteurs soumis au code de la commande publique dont le volume d'achat dépasse les 50 millions d'euros annuels sont soumis à cette obligation.

La loi Industrie verte est venue également préciser le contenu obligatoire de ces schémas, défini à l'article L. 2111-3 du code de la commande publique : les Spaser doivent traiter d'un spectre élargi de sujets environnementaux, parmi lesquels la durabilité des produits, la sobriété numérique et les achats permettant de réduire les émissions et la consommation d'énergie, d'eau et de matériaux. Ce document est rendu public, notamment par une mise en ligne sur le site internet de l'acteur public lorsqu'il existe. Une page dédiée du portail Achats-durables.gouv.fr permet également de publier son Spaser et de recenser l'ensemble des Spaser sur le territoire national.

Une stratégie d'achats responsables concertée

Le Spaser constitue aujourd'hui un outil efficace pour structurer sa démarche d'achats responsables en mobilisant tous les acteurs internes et en communiquant auprès des citoyens sur les progrès réalisés et les objectifs fixés. Il permet en effet de :

- faire un état des lieux
- mener une réflexion globale et s'accorder sur les priorités,
- travailler en transversalité,
- envoyer un signal fort et coordonné aux fournisseurs et acteurs économique du territoire
- professionnaliser le métier d'acheteur.

Surtout, il permet que la politique d'achat soit portée au niveau politique pour embrasser une échelle plus globale afin que les axes stratégiques de cette politique d'achat se traduisent en leviers économiques et en externalités positives pour le territoire. Les acheteurs peuvent ainsi s'appuyer sur les priorités et objectifs du Spaser pour définir des critères environnementaux et sociaux dans leurs marchés publics. D'ailleurs, certaines structures publiques ont aussi décidé de se doter d'un Spaser sans être soumises à l'obligation légale.

Dans son action 13, la troisième édition du plan national pour des achats durables prévoit d'accompagner le développement des Spaser. Dans ce cadre, une série d'outils, comme des fiches, des outils d'aide à la décision, un module de formation en ligne, des webinaires et des événements, est mise à la disposition de l'ensemble des acteurs afin de les aider à mener à bien leur démarche Spaser.

Pour aller plus loin

Publié le 19 avril 2024 | Mis à jour le 7 octobre 2024

Déposer son Spaser

Depuis le 25 octobre 2023, tous les acteurs soumis au code de la commande publique dont le volume d'achat dépasse les 50 millions d'euros annuels doivent...

Publié le 19 avril 2024 | Mis à jour le 29 septembre 2025

Les ressources du CGDD pour élaborer son Spaser

Élaborer un Spaser ou une stratégie d'achat responsable nécessite de mettre en place un processus qui se décompose en plusieurs étapes et fait intervenir...

Publié le 6 décembre 2023 | Mis à jour le 23 octobre 2025

Un module e-learning consacré au Spaser

Formalisez votre stratégie d'achats responsables et élaborer votre schéma de promotion des achats publics socialement et écologiquement responsables grâce...

Le programme PHARE

Objectifs et orientations stratégiques

mise à jour : **15.09.22**

Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

Pour porter la dynamique nécessaire à l'essor et à la structuration de la fonction achats au sein des hôpitaux, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé début octobre 2011 le programme « Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables » - PHARE.

Le programme PHARE : de quoi parle-t-on ?

Les achats, qui constituent aujourd'hui le 2^{ème} poste de dépense des établissements hospitaliers après celui de la masse salariale, jouent un rôle essentiel à l'hôpital. Ainsi, ils représentent au total 25 milliards d'€ en dépenses annuelles, dont 60% d'achats médicaux. Ils sont égaux aux achats de l'État dans son ensemble.

A l'hôpital, les achats sont extrêmement divers. Une part importante d'entre eux est consacrée aux produits de santé et aux dispositifs médicaux : médicaments, matériels biomédicaux, équipements de soins... On estime que les achats directement liés à la production et à la délivrance de soins représentent un peu plus de la moitié du budget dédié par l'établissement dans ce domaine.

Objectif du programme PHARE : dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire.

En 2018, les acheteurs hospitaliers ont su relever le défi de la construction d'une fonction achat mutualisée entre les établissements d'un territoire, dans un objectif de performance commune et un esprit de coopération réelle. Les fondations nécessaires à la recherche de nouvelles opportunités de gains et à l'activation de nouveaux leviers achat sont posées. Et cela autour de 6 axes majeurs :

- Le renforcement de l'organisation de la fonction achat de GHT au profit de tous les établissements membres
- L'appui au développement des opérateurs d'achat mutualisés, nationaux et régionaux
- La captation de nouveaux potentiels d'économies en recourant à l'achat en coût complet de processus ou de fonction, conjuguant économies et qualité des soins
- L'optimisation des circuits d'approvisionnement des GHT dans une approche collaborative avec les industriels pour améliorer la qualité des interfaces logistiques
- La montée en puissance d'un nouveau métier de l'achat et facteur d'efficience : le contrôle de gestion achat
- La mise en place d'un système d'information spécifique et structurant pour piloter la performance achat et l'efficience des processus

Le programme PHARE est composé d'une équipe nationale au niveau de la DGOS et de référents dédiés dans chaque ARS.

PDF **Annuaire des animateurs achats hospitaliers en ARS - mai 2020** [Téléchargement du pdf \(31.2 ko\)](#)

Les orientations 2018-2022 du programme PHARE

1. La montée en efficience de la fonction achat de GHT

- Recentrer l'acheteur sur ses missions stratégiques amont (juste besoin, sourcing,...)
- Harmoniser les pratiques sur la base d'un corpus documentaire unifié « référentiel achat »
- Outiller en SI-Achat (reporting, planification,...),
- Recentrer les établissements hospitaliers sur leur cœur de métier (autour du soin)
- Mettre en œuvre des modalités d'affacturage afin d'éviter les frais réglementaires
- Au final, faire en sorte que ce nouveau cadre produise de la performance lisible

2. Industrialiser le dispositif des opérateurs d'achat mutualisés régionaux

- Optimiser le dispositif des opérateurs régionaux en rendant des services efficaces aux GHT (éviter les doublons, structure juridique pérenne, expertises et outils, indépendance vis-à-vis des GHT...)

3. Mettre en œuvre des processus d'achat complexes et innovants

- Achat en coût complet de processus médical et médico-technique (cibles : marchés de dispositifs médicaux + prestations de conseil avec objectif de baisse de la durée moyenne de séjour)
- Achat en coût complet sur une fonction technique homogène (cibles : parc d'imagerie, infogérance informatique (équipements, maintenance, formation...))

4. Optimiser les processus logistiques (stockage et distribution)

- Rationaliser les moyens de stockage (limitation et/ou spécialisation des entrepôts d'un GHT)
- Optimisation des circuits de distribution en interne GHT et vis-à-vis des fournisseurs (limitation du nombre de points de livraison et de collecte)

Source :

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)

14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Courriel : [DGOS-SDPF\[@\]sante.gouv.fr](mailto:DGOS-SDPF[@]sante.gouv.fr)