



L'hôpital public se lance dans la mutualisation de ses achats

publié le 27/03/2008

A l'heure où les impératifs de réduction de coûts n'épargnent plus la sphère de l'achat public, l'hôpital fait le pari de la mutualisation pour obtenir des gains de productivité sur ses achats. Dominique Legouge, directeur du RESAH-IDF et auteur du livre « Les achats hospitaliers, vers une nouvelle gouvernance », décrypte les nouvelles orientations d'un secteur en pleine mutation.

Dans quel contexte s'inscrit ce phénomène de concentration des achats dans l'hôpital public ?

La sphère hospitalière publique est composée d'un millier d'établissements qui représentent 18 milliards d'euros d'achats par an. Ces achats s'effectuaient jusqu'à maintenant de manière autonome et diluée dans chaque hôpital. Mais dans un contexte où la pression financière et les impératifs de qualité se font de plus en plus pressants, les établissements affichent clairement aujourd'hui leur volonté de réduire leurs coûts de fonctionnement. Il faut savoir que les achats pèsent lourd dans un hôpital, entre 20 et 25 % du budget, et que cette part va croissante sous l'effet du développement des nouvelles technologies et de l'externalisation des fonctions logistiques comme la restauration, le nettoyage, le gardiennage... Nous avons donc assisté à partir de 2004 à une prise de conscience du secteur sur la nécessité de mieux gérer la fonction achats pour dégager des gains de productivité importants. Cette prise conscience débouche aujourd'hui sur la mise en place dans toutes les régions d'une nouvelle gouvernance basée sur la mutualisation des pratiques et des achats afin d'atteindre la taille critique nécessaire pour peser sur les marchés.

Comment les hôpitaux publics s'organisent-ils pour mettre en place cette nouvelle gouvernance ?

Si l'on prend l'exemple de l'Ile-de-France, nous avons créé en 2006 un Groupement d'Intérêt Public : le Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France (RESAH-IDF). Celui-ci regroupe aujourd'hui 76 adhérents et représente un potentiel d'achats d'1 milliard d'euros. Une petite équipe de six personnes a été constituée au sein du GIP pour piloter, coordonner et animer la mutualisation. Cette équipe que je dirige a également pour mission d'identifier les segments d'achats à mutualiser en priorité, de mesurer les résultats des actions menées et d'apporter aux établissements la méthodologie et un soutien technique et juridique.

Quels sont les leviers activés pour obtenir de meilleures conditions de la part de vos fournisseurs ?

Précision importante : le GIP n'a pas vocation à porter des filières d'achats. Les actions sont toujours menées par les établissements eux-mêmes. Lorsque l'on veut mutualiser un segment, on réalise un appel à candidatures. Les établissements intéressés déposent leur dossier. Le meilleur est retenu pour gérer la filière pour l'ensemble des adhérents. Ceci étant dit, notre principal vecteur de mutualisation, c'est le groupement de commandes. Un hôpital se voit confier un mandat pour effectuer tous les achats des adhérents dans une filière donnée :

médicaments, produits d'entretien, textiles... Dans des secteurs comme la prestation de services (ambulances, restauration, blanchissage...) où le groupement de commandes est plus difficile à mettre en œuvre, nous utilisons un second levier : le benchmarking. On rassemble tous les établissements autour de la table pour comparer les contrats passés, les prix, les évolutions de coûts et essayer d'identifier le meilleur contrat au meilleur prix. Nous utilisons ensuite notre puissance collective pour inciter les prestataires à s'aligner sur la performance souhaitée.

Avez-vous déjà pu mesurer les premiers effets de cette mutualisation ?

Pour 2008, nous sommes déjà sur une base de 220 millions d'euros d'achats communs avec un gain de 18 millions par rapport aux prix historiques payés par les établissements en 2007. L'année prochaine, nous espérons doubler ces résultats avec 450 millions d'euros d'achats et un objectif de 20 millions d'euros d'économie supplémentaire. Pour cela, il va falloir monter en gamme, élargir les segments d'achats traités et faire adhérer de nouveaux établissements au processus. Je pense qu'il nous faudra au moins cinq ans pour stabiliser la démarche et la rendre incontournable.

Cette nouvelle gouvernance va engendrer de profonds bouleversements dans la filière. Comment les établissements perçoivent-ils ces changements ?

Les hôpitaux qui ont toujours effectué leurs achats de manière autonome ne vont pas basculer comme cela du jour au lendemain tous leurs achats vers la mutualisation. D'autant que l'adhésion n'est pas obligatoire. Pour fédérer tout le monde sur des pratiques et des choix communs, nous devons encore mener un énorme travail de pédagogie. Mais la performance de nos premières actions et le nombre des adhésions nous incitent à l'optimisme. D'autant que l'intérêt de la mutualisation n'est pas qu'économique. Elle permet aussi de progresser en qualité, de se maintenir à la pointe des standards et des produits, d'agir sur l'offre industrielle... Celui qui restera à l'écart aura une performance achats très faible. Et comme tout le monde pratique les mêmes tarifs pour traiter les pathologies, il se fera décrocher et se retrouvera dans une position intenable avec un surcoût global d'au moins 30 %.

La mutualisation va aussi impacter les équipes achats...

Cette nouvelle gouvernance aura effectivement un impact important sur les organisations internes. On se dirige vers une professionnalisation et une spécialisation des équipes dans des filières d'achats. Il y aura en revanche probablement moins de personnes affectées à des fonctions administratives sans grande valeur ajoutée. Passer un appel d'offres au niveau régional supprime le travail correspondant dans les établissements.

Ce regroupement des établissements au niveau régional peut-il aussi avoir du sens sur le plan national ?

Des liens commencent en effet à se tisser entre les régions. Tout cela pourrait déboucher à terme sur un réseau des réseaux d'acheteurs, et donc sur un deuxième niveau de mutualisation. Dans des tas de domaines comme les systèmes d'informations ou les plateformes de dématérialisation, nous sommes amenés à faire des investissements communs. Je pense donc que les échanges, la mise en commun de pratiques et la mutualisation de certaines négociations pourraient tout à fait s'effectuer demain à l'échelon national.



Dominique Legouge, 47 ans, est directeur d'hôpital, diplômé de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Après dix années passées à la tête d'établissements hospitaliers, il dirige depuis un an le Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France ([RESAH-IDF](#)). Il représente également l'hôpital public à l'Observatoire Economique de l'Achat Public et est membre du bureau de la CDAF. Dominique Legouge est également l'auteur du livre « [Les achats hospitaliers, vers une nouvelle gouvernance](#) » qui vient de paraître aux éditions Berger-Levrault.