

ACHATS A LEVIERS COMPLEXES

METHODOLOGIE D'AIDE AU CHOIX DU MEILLEUR MODELE ENTRE INTERNALISATION ET EXTERNALISATION

v.0 – 20 septembre 2022

Auteurs :

Sophie Carlier – Responsable des achats complexes et achats d'innovation – programme PHARE - DGOS
Raphaël Ruano – Responsable du programme PHARE - DGOS

Table des matières

1. INTRODUCTION	3
1.1. Problématique	3
1.2. Enjeux	3
1.3. Référentiel achats d'aide à l'identification des activités relevant du soin au patient	4
2. QUELQUES DEFINITIONS	5
2.1. Le "Faire" ou « l'Internalisation »	5
2.2. Le « Faire-faire » ou « l'Externalisation »	5
2.3. Les achats à leviers complexes	6
3. METHODOLOGIE D'IDENTIFICATION DES ACTIVITES RELEVANT DU SOIN AU PATIENT	7
3.1. Définition de périmètres homogènes ou Domaines d'Activités (DA)	7
3.2. Analyse des domaines d'activités avec la démarche Atouts / Attraits	8
3.3. SWOT et recommandation pour chaque DA ou DAS	11
4. MISE EN ŒUVRE	13
4.1. Conditions de réussite de l'externalisation	13
4.2. Modes de gestion	13
5. CONCLUSION	15
6. CONTACTS	16

1. INTRODUCTION

L'objectif du présent document est d'**accompagner les directions des achats des Etablissements Publics de Santé (EPS) dans leurs projets d'externalisation**, en leur proposant une **méthodologie d'aide à la décision pour déterminer le choix du meilleur modèle entre internalisation et externalisation**, en ayant le **patient comme boussole**.

Après un rappel des problématiques actuelles des EPS en matière de mise en œuvre de l'offre de soin ainsi que des enjeux, nous expliquerons **comment la fonction achats peut contribuer à leur efficacité et leur performance en les aidant à se recentrer sur leur mission fondamentale, le soin au patient**. Après quelques définitions, nous proposerons une **méthodologie d'aide au choix du meilleur modèle entre internalisation et externalisation**, puis nous déclinons les **étapes nécessaires au succès de l'externalisation d'activités éloignées du soin**.

Enfin, nous décrivons comment **réussir la mise en œuvre d'un projet d'externalisation**, puis nous terminerons par une conclusion.

1.1. Problématique

Depuis de nombreuses années, les EPS français sont confrontés à un manque crucial d'attractivité du personnel médico-soignant.

Dans le même temps, le système de santé connaît une révolution technologique avec l'arrivée des nouvelles thérapeutiques et l'accélération de la révolution numérique ; cette dernière est complétée par une inflexion sociétale se traduisant par des « patients acteurs » de leur propre santé et toujours plus exigeants.

Le troisième défi auquel les EPS et le système de santé doivent faire face sont un accroissement continu des coûts lié au développement des maladies chroniques et au vieillissement de la population, au coût des innovations, et plus récemment aux pandémies.

A ces défis s'ajoute la complexité générée par une organisation de soins encourageant notamment le découplage ville-hôpital.

L'ensemble de ces facteurs complexifie le recentrage des EPS sur leur mission de soin au patient.

Pour répondre à cette demande de soin croissante et toujours plus exigeante, la fonction achats peut proposer des solutions permettant aux EPS de s'adapter et de se recentrer sur leur mission fondamentale de soin au patient.

1.2. Enjeux

Le premier enjeu de l'hôpital public est de mener à bien les activités de soin au patient, de manière fluide et sans le mettre en risque, tout en offrant les meilleures conditions de travail aux soignants. Nous considérerons que ces activités relèveront du « cœur de métier », constitueront « les actifs de l'offre hospitalière » et seront gérées en interne par les hospitaliers.

Le second enjeu est l'attractivité de l'hôpital pour les effectifs médico-soignants, sans que sa mission première de soin au patient ne peut être remplie. Ces dernières années, le gouvernement a réaffirmé sa volonté de « revaloriser ceux qui soignent » et « améliorer l'attractivité des métiers du soin » pour faire face aux pénuries de personnels médicaux dans le cadre du SEGUR de la Santé.

Le troisième enjeu est le rôle de l'hôpital dans le bassin d'emploi territorial en tant que contributeur économique majeur.

Il est à noter que les deux premiers enjeux devront être analysés au travers d'une réflexion sur la concentration du temps soignant sur l'activité de soin.

Externaliser certaines activités éloignées du soin, avec la contribution de la fonction achats de GHT, serait une réponse pour donner des marges de manœuvre supplémentaires à l'hôpital. Cela

permettrait de réallouer des ressources vers les métiers du soin, et se ferait dans le but d'améliorer les conditions de travail des fonctions médico-soignantes.

1.3. Référentiel achats d'aide à l'identification des activités relevant du soin au patient

Jusqu'à présent, il n'existait pas de démarche structurée permettant d'étudier les meilleurs modèles entre l'internalisation et l'externalisation.

Le programme PHARE de la DGOS propose une **methodologie d'analyse des activités relevant du soin au patient** à l'hôpital public français, qui, une fois identifiées, rendrait alors possible l'**exploration d'opportunités d'externalisation d'activités éloignées du soin**.

Le présent document constitue le **référentiel de la fonction achats de GHT pour identifier les activités relevant du soin et celles autour du soin**, d'une part, et **proposer des outils permettant d'externaliser certaines activités éloignées du soin** tout en minimisant les risques pour le patient et le soignant, et en garantissant la fluidité du parcours patient, d'autre part.

Dans cette perspective, **la fonction achat, sous l'égide du programme PHARE**, peut contribuer à la **recherche d'efficience et d'amélioration de la performance des EPS en proposant d'externaliser des services ou solutions qui, dans certains cas, seront de meilleure qualité et à un meilleur coût que s'ils étaient réalisés en interne**.

En agissant ainsi, l'hôpital pourra **libérer des ressources** sur ses activités éloignées du soin, et **les réallouer sur des activités relevant du soin au patient**, qui s'apparenteront au **cœur de métier**.

Le projet des **achats à leviers complexes** initié par le **programme PHARE** à compter de janvier 2022 vise à **étudier les meilleurs modèles entre l'internalisation et l'externalisation d'activités éloignées du soin**, dans le cadre du **chantier « Faire ou « Faire-faire »**, qui débutera par une phase de pilotes, à compter du dernier trimestre 2022.

2. QUELQUES DEFINITIONS

Quelques définitions apporteront un premier éclairage sur la notion de cœur de métier, autour du soin au patient, et par déduction, les activités éloignées du soin, susceptibles d'être externalisées.

Nous apporterons également une définition des nouvelles techniques d'achats à leviers complexes, qui seront utilisées dans le cas d'une externalisation.

2.1. Le « Faire » ou « l'Internalisation »

Le « Faire » correspond aux activités réalisées en interne par les hospitaliers. Elles constituent les « actifs clés » de l'hôpital pour soigner le patient. Nous considérerons qu'elles seront conservées en interne pour des raisons stratégiques, et qu'elles ne relèvent pas du périmètre de responsabilité de la fonction achats. Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- Elles apportent de la **valeur pour le patient** (qualité de la prise en charge médicale du patient),
- Elles impliquent une **proximité patient / soignant** (meilleure gestion des files d'attentes du patient),
- Elles nécessitent une **expertise médicale générant des revenus** pour l'hôpital,
- Elles contribuent au **fondement de la mission de service public en matière de santé publique**,
- Elles présenteraient un **risque pour le patient en cas d'externalisation**.

Pour l'ensemble de ces raisons, nous considérerons que ces activités relèvent du « cœur de métier » de l'hôpital public.

2.2. Le « Faire-faire » ou « l'Externalisation »

Une fois les activités relevant du soin au patient identifiées, il devient alors possible d'explorer les opportunités d'externalisation d'activités éloignées du soin, en posant quelques questions préliminaires, telles que :

- Dans quelle mesure l'activité est-elle essentielle pour le soin au patient ?
- Dans quelle mesure permet-elle d'améliorer le soin au patient ou les conditions de travail des soignants ?
- Existe-t-il une offre de service / produit sur le marché ? Quel est son niveau de maturité ? Est-elle suffisamment diversifiée ?
- Quels sont les liens de dépendance entre l'hôpital et les acteurs du marché ?
- Quels sont les risques liés à l'externalisation de ces activités ?

Ces questions devront être posées régulièrement, pour tenir compte de l'évolution du contexte et de l'environnement.

Le « Faire-faire » correspond à **une activité pouvant être réalisée par un prestataire** alors qu'elle aura jusqu'à présent été réalisée en interne. On parlera « d'externalisation » de cette activité.

L'externalisation peut être une **réponse à un besoin d'adaptation et de flexibilité de l'hôpital lorsqu'elle apporte un meilleur service à un meilleur coût**, et lorsqu'elle permet une **réallocation des ressources vers les ressources médico-soignantes**.

Différence entre Externalisation et sous-traitance

L'externalisation se distingue des pratiques de sous-traitance en ce sens où l'activité déléguée était préalablement internalisée, et par le transfert du personnel de la fonction externalisée dans les effectifs du prestataire, ce transfert n'étant pas une obligation. Elle engage l'hôpital dans une relation contractuelle avec ses prestataires. Le lien de subordination laisse place à un achat de bien ou de service formalisé par un contrat commercial.

Enfin, l'externalisation concerne une activité complète, contrairement à la sous-traitance qui se limite à une activité partielle.

2.3. Les achats à leviers complexes

Pour être menée dans les règles de l'art, une opération d'externalisation nécessitera la mise en œuvre de techniques d'achats à leviers complexes.

Les achats à leviers complexes sont des **méthodes d'achats en coût complet basées sur la valeur**, économique et non économique. Cette valeur sera **mesurable**, à l'aide d'éléments objectivables. Elle impliquera un **partage de risques** et une **obligation de résultat** du fournisseur pouvant **influencer sa rémunération (bonus/malus)**. Le vecteur contractuel portant cette démarche sera un **marché global de performance**.

Il s'agit d'**acheter un résultat**, et non plus un produit ou un service seul.

Le projet « Faire ou Faire-faire » s'inscrit dans le cadre du projet des achats à leviers complexes mené par la DGOS.

3. METHODOLOGIE D'IDENTIFICATION DES ACTIVITES RELEVANT DU SOIN AU PATIENT

Face aux nombreux défis et contraintes externes de l'hôpital mentionnés en introduction, les directions d'hôpitaux sont amenées à arbitrer certains **choix d'investissements**, souvent coûteux, afin de **réaliser au mieux la mission première de l'hôpital, le soin au patient**.

Nous leur proposons de prioriser leurs investissements sur la base d'une **réflexion sur les activités qu'il convient de réaliser en interne, et par déduction, sur les activités éligibles à l'externalisation**, en appliquant la présente méthodologie.

Pour ce faire, les premières des secondes en trois grandes étapes :

- Etape 1 : définir de périmètres homogènes d'activité ou Domaines d'Activités (DA)
- Etape 2 : analyser les périmètres ou domaines avec la démarche Atouts / Attraits
- Etape 3 : réaliser un « SWOT » pour chaque activité et faire une recommandation sur l'intérêt d'une internalisation ou d'une externalisation, au bénéfice du patient.

3.1. Définition de périmètres homogènes ou Domaines d'Activités (DA)

Il convient dans un premier temps de **lister les différentes activités de l'hôpital, et de les décliner en sous-activités**. Nous **définirons** ensuite les **facteurs clés de succès (FCS) de chaque sous-activité ou activité**.

Les FCS sont les éléments probants qui feront que les sous-activités ou activités seront bien exécutées ou réussies.

Nous regrouperons ensuite les **sous-activités ou activités ayant les mêmes FCS en périmètres homogènes ou Domaines d'Activités (DA)**. En d'autres termes, **deux périmètres homogènes ou DA différents auront des FCS différents**.

Les exemples ci-après illustrent la démarche.

Exemple de Domaine d'Activités (DA) :

Facilities Management (inclut le FM Multi-Technique et le FM Multi-Services)

Exemples d'activités :

- Blanchisserie
- FM¹ Multi-Technique
- FM Multi-Services
- Restauration
- Stérilisation
- Biologie
- Infogérance
- Etc.

¹ Facilities Management

Exemples de sous-activités du « FM Multi-Services » :

- Sous-activité 1a : nettoyage
- Sous-activité 1b : bio-nettoyage
- Sous-activité 2 : gardiennage
- Sous-activité 3a : ...
- Sous-activité 3b : ...
- Sous-activité 3c : ...

Exemples de FCS d'une activité ou sous-activité :

- Amélioration des conditions de travail du soignant
- Amélioration du service au patient
- Amélioration du soin au patient
- Attractivité du personnel médico-soignant
- Attractivité du personnel non médico-soignant
- Compétences pour réaliser l'activité
- Compétitivité économique de l'activité
- Développement des Talents sur l'activité
- Disponibilité des ressources pour l'activité
- Etat des équipements / infrastructure / outil de production
- Génération de revenus pour l'hôpital
- Maîtrise du procédé industriel / solution
- Niveau de performance de l'activité (quanti/quali) vs externe (marché fournisseur)
- Niveau d'expertise sur l'activité
- Notoriété de l'hôpital (vue patient)
- Reproductibilité de l'activité sur le marché fournisseur

3.2. Analyse des domaines d'activités avec la démarche Atouts / Attraits

Une fois les sous-activités ou activités regroupées en **groupes homogènes** ou **Domaines d'Activités**, nous classerons les FCS en deux catégories :

- Les **facteurs d'Atouts** : ils sont **intrinsèques à l'activité**, et permettent de **mesurer les atouts de l'hôpital, en tant qu'offreur de soin, pour réaliser l'activité**,
- Les **facteurs d'Attraits** : ils sont **externes à l'activité**, et permettent de **mesurer l'attrait de l'activité pour les bénéficiaires** (patient, soignant, payeur, conseil d'administration, partenaires, société, etc.).

Exemples de FCS pour une activité donnée

EXEMPLES D'ATOUTS DE L'HOPITAL PUBLIC (OFFREUR DE SOIN) POUR REALISER L'ACTIVITE	EXEMPLES D'ATTRAITES DE L'ACTIVITE POUR L'HOPITAL
FCS - Atouts	FCS - Attraits
Compétences pour réaliser l'activité	Attractivité du personnel médico-soignant
Complexité de l'activité	Attractivité du personnel non médico-soignant
Disponibilité des ressources pour l'activité	Développement des talents sur l'activité
Reproductibilité de l'activité sur le marché fournisseur	Notoriété de l'hôpital (vue patient)
Niveau de performance de l'activité (quanti/quali) vs externe (marché fournisseur ou autres ES)	Amélioration du soin au patient
Etat des équipements / infrastructure / outil de production	Amélioration du service au patient
Maîtrise du procédé industriel / solution	Amélioration des conditions de travail du soignant
Génération de revenus pour l'hôpital	Impact de l'activité sur le bassin d'emploi territorial (RSE)
	Compétitivité économique de l'activité

Nous attribuerons une note sur une échelle de 1 à 4 pour chaque FCS, 1 étant le niveau le moins favorable pour l'internalisation et le plus favorable pour l'externalisation, 4 étant le niveau le plus favorable pour l'internalisation et le moins favorable pour l'externalisation.

Une fois notés, les FCS seront pondérés selon un rationnel à documenter par l'EPS, en fonction de son contexte.

La notation pondérée de chaque FCS est illustrée ci-après² :

EVALUATION MATRICE ATOUTS-ATTRAITES

Activité => Sous-activité =>	FM Multi-Services			FM Multi-Services			
	Coeff.	Nettoyage	Total	Coeff.	Bio-nettoyage	Total	
FCS ATOUTS	SS-TOTAL PTS		11	SS-TOTAL PTS		16	
	TOTAL MAX		32	TOTAL MAX		48	
	RATIO FINAL		0,34	RATIO FINAL		0,33	
	Compétences pour réaliser l'activité	1	2	2	2	3	3
Complexité de l'activité	1	1	1	2	2	2	
Disponibilité des ressources pour l'activité	1	2	2	2	2	2	
Reproductibilité de l'activité sur le marché fournisseur	1	1	1	1	1	1	
Niveau de performance de l'activité (quanti/quali) vs externe (marché fournisseur ou autres ES)	1	1	1	1	2	2	
Etat des équipements / infrastructure / outil de production	1	2	2	1	2	2	
Maîtrise du procédé industriel / solution	1	1	1	2	3	3	
Génération de revenus pour l'hôpital	1	1	1	1	1	1	
SS-TOTAL PTS			20	SS-TOTAL PTS		25	
TOTAL MAX			60	TOTAL MAX		60	
RATIO FINAL			0,33	RATIO FINAL		0,42	
FCS ATTRAITES	Attractivité du personnel médico-soignant	1	1	1	1	1	
	Développement des talents sur l'activité	1	1	1	1	1	
	Notoriété de l'hôpital (vue patient)	1	1	1	1	1	
	Amélioration du soin au patient	1	1	1	1	2	
	Amélioration du service au patient	2	1	2	2	4	
	Amélioration des conditions de travail du soignant	3	2	6	3	6	
	Impact de l'activité sur le bassin d'emploi territorial (RSE)	1	3	3	1	3	
	Compétitivité économique de l'activité	3	1	3	3	1	
	SS-TOTAL PTS			31	SS-TOTAL PTS		41
	TOTAL MAX			92	TOTAL MAX		108
RATIO FINAL			0,34	RATIO FINAL		0,38	

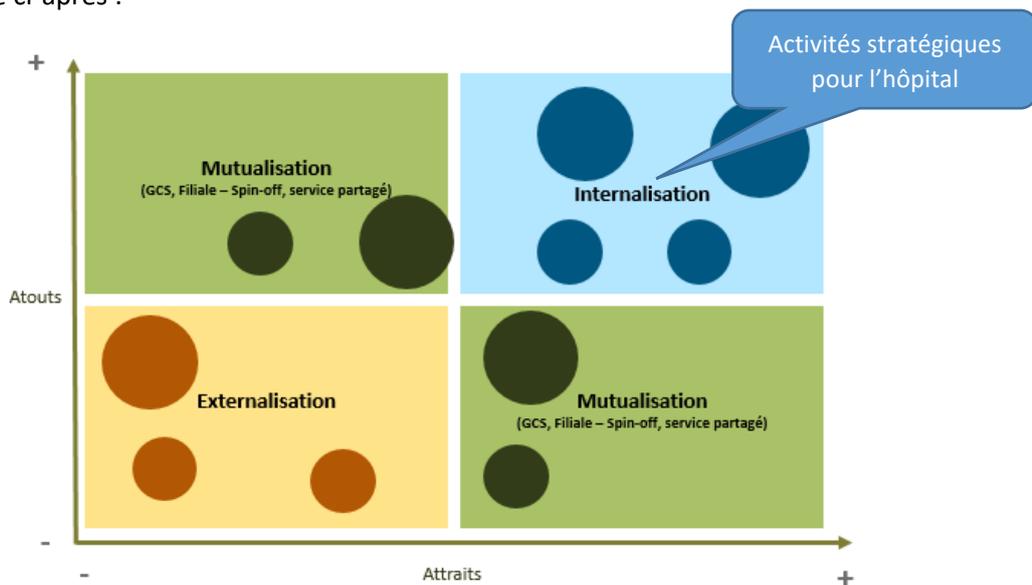
Activité => Sous-activité =>	Blanchisserie			
	Coeff.	Blanchisserie	Total	
FCS ATOUTS	SS-TOTAL PTS		14	
	TOTAL MAX		32	
	RATIO FINAL		0,44	
	Compétences pour réaliser l'activité	1	2	2
Complexité de l'activité	1	1	1	
Disponibilité des ressources pour l'activité	1	2	2	
Reproductibilité de l'activité sur le marché fournisseur	1	1	1	
Niveau de performance de l'activité (quanti/quali) vs externe (marché fournisseur ou autres ES)	1	1	1	
Etat des équipements / infrastructure / outil de production	1	3	3	
Maîtrise du procédé industriel / solution	1	3	3	
Génération de revenus pour l'hôpital	1	1	1	
SS-TOTAL PTS			31	
TOTAL MAX			68	
RATIO FINAL			0,46	
FCS ATTRAITES	Attractivité du personnel médico-soignant	2	1	1
	Développement des talents sur l'activité	1	2	2
	Notoriété de l'hôpital (vue patient)	1	1	1
	Amélioration du soin au patient	2	2	2
	Amélioration du service au patient	2	2	4
	Amélioration des conditions de travail du soignant	3	3	9
	Impact de l'activité sur le bassin d'emploi territorial (RSE)	1	2	2
	Compétitivité économique de l'activité	3	2	6
SS-TOTAL PTS			45	
TOTAL MAX			100	
RATIO FINAL			0,45	

² Exemples fictifs

EVALUATION MATRICE ATOUTS-ATTRAITES

Sous-activité =>	Activité => Imagerie médicale		
	Coeff.	IRM	Total
FCS ATOUTS			
	SS-TOTAL PTS		20
	TOTAL MAX		24
	RATIO FINAL		0,83
Compétences pour réaliser l'activité	1	3	3
Complexité de l'activité	1	3	3
Disponibilité des ressources pour l'activité	1	3	3
Reproductibilité de l'activité sur le marché fournisseur	1	4	4
Niveau de performance de l'activité (quant/quali) vs externe (marché fournisseur ou autres ES)	1		
Etat des équipements / infrastructure / outil de production		3	3
Maîtrise du procédé industriel / solution			
Génération de revenus pour l'hôpital	1	4	4
FCS ATTRAITES			
	SS-TOTAL PTS		53
	TOTAL MAX		64
	RATIO FINAL		0,83
Attractivité du personnel médico-soignant	2	4	4
Développement des talents sur l'activité	1	3	3
Notoriété de l'hôpital (vue patient)	1	4	4
Amélioration du soin au patient	3	4	4
Amélioration du service au patient	2	3	6
Amélioration des conditions de travail du soignant	3	4	12
Impact de l'activité sur le bassin d'emploi territorial (RSE)	2	4	8
Compétitivité économique de l'activité	2	4	12
	SS-TOTAL PTS		73
	TOTAL MAX		88
	RATIO FINAL		0,83

Les notes finales pondérées et cumulées de l'ensemble des FCS pour chacun des axes d'atouts et d'attraits permettront de positionner le **Domaine d'Activité (DA)** ou **Domaine d'Activité Stratégique (DAS)** sur un graphique comportant quatre quadrants, la **matrice Atouts / Attraits de McKinsey**, comme illustré ci-après :



La matrice ci-dessus sera interprétée de la manière suivante :

- Un DA sera considéré comme stratégique lorsqu'il aura une note proche de 4 sur chaque axe Atouts / Attraits. Il se situera dans le quadrant bleu en haut à droite et nous l'intituleront « DAS » ou **Domaine d'Activité Stratégique**. Ce quadrant comporte les DAS susceptibles de faire partie du cœur de métier de l'hôpital,
- Un DA dont les notes se rapprochent de 1 sur chaque axe Atouts / Attraits se situera dans le quadrant jaune en bas à gauche du graphique. Ce quadrant regroupe les DA non stratégiques, et éligibles à l'externalisation.
Pour mémoire, dans le cas où l'hôpital envisagerait une externalisation, il conviendra de la mener sur une fonction complète et non partielle,

- Les DA ayant une note intermédiaire sur l'axe des Attraits et une note proche de 4 sur l'axe des Atouts pourraient faire l'objet d'une mutualisation des ressources, sous la forme de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), de filiale ou de service partagé, après une étude d'opportunité,
- Les DA ayant une note intermédiaire sur l'axe des Atouts et une note proche de 4 sur l'axe des Attraits pourraient également faire l'objet d'une mutualisation des ressources, sous la forme de GCS, de filiale ou de service partagé, après une étude d'opportunité.

Les deux derniers quadrants intermédiaires, de couleur verte, pourraient être considérés comme des étapes vers une externalisation.

La notation finale de ces FCS permettra ainsi de **mesurer l'intérêt ou non d'une internalisation de l'activité**. En procédant ainsi, nous pourrions commencer à **explorer l'opportunité d'externaliser les DA**.

3.3. SWOT et recommandation pour chaque DA ou DAS

Dans un troisième temps, nous compléterons la matrice Atouts / Attraits de McKinsey par un **SWOT**³, pour chaque activité. Il s'agit de **décrire les forces, faiblesses, opportunités et menaces de chaque DA ou DAS**, puis de faire une **recommandation** en faveur de l'une des trois opportunités s'offrant à la direction de l'hôpital concernant le DA ou le DAS :

- **L'internaliser**
- **L'externaliser**
- **La mutualiser.**

Une recommandation finale sera proposée pour chaque activité.

Un exemple de SWOT sur le DA « Facilities Management Multi-Services » est proposé ci-après.

³ Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

Exemple de SWOT sur le DA « Facilities Management Multi-services »

Strengths = Forces	Weaknesses = Faiblesses	
<ul style="list-style-type: none"> • Compétitivité économique par rapport à l'organisation interne (-15%) • Optimisation des ressources et diminution de la masse salariale dédiée à l'activité • Fluidité du pilotage des contrats et meilleure gestion des fins de contrat • Juste besoin • Disponibilité des ressources (par rapport à l'absentéisme) • Mise en concurrence régulière des fournisseurs du panel • Dépense récurrente et « budgétisable » 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparence sur les activités des fournisseurs de rang 2 • Réactivité en cas de problème (?) • Conduite du changement • Reprise de personnel de l'hôpital vers le fournisseur (risques sociaux) 	Interne
Opportunities = Opportunités	Threats = Menaces	
<ul style="list-style-type: none"> • Montée en compétences des ressources achats vers des métiers de « Contract Manager » et « Supplier Manager » • Développement des compétences du personnel non médical vers des entreprises dont l'activité est le cœur de métier • Amélioration du niveau de service pour les utilisateurs • Extension des services apportés aux patients et soignants (ex : • Harmonisation des contrats • Développement de la politique RSE en favorisant l'insertion et le travail des personnes en situation de handicap • Image des établissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de certaines compétences • Défaillance de la société (prévoir une réversibilité) 	Externe
Positif	Négatif	

Dans tous les cas, et pour confirmer l'intérêt de la recommandation, dans l'exemple ci-dessus d'une externalisation, il conviendra de documenter un « business case » qui comportera les éléments suivants :

- L'objectif du projet
- Les éléments contextuels
- La solution proposée
- Les bénéfices recherchés
- Un business case contenant les éléments suivants :
 - Les éléments économiques modélisant les avantages financiers avec un ROI⁴ ou Retour sur Investissement. Ils proviendront essentiellement du résultat d'une consultation du marché
 - Les éléments qualitatifs
 - Les risques et le plan de remédiation associé
 - Les ressources nécessaires à la solution pour mener à bien l'activité
 - Un planning.

Dans le cas ci-dessus, la recommandation finale formalisera la décision d'externaliser, avec un plan d'action détaillé.

⁴ Return On Investment

4. MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre d'une **externalisation** est un sujet **complexe** et **sensible**. Une telle initiative doit faire partie du **projet d'EPS**, avec une **vision systémique de la prestation** (en lieu et place d'une vision technique détaillée).

La **décision d'externaliser sera prise par la Direction Générale qui aura validé les impacts financiers, RSE et qualitatifs de la prestation externalisée.**

4.1. Conditions de réussite de l'externalisation

Une externalisation sera réussie dans le cadre d'une **gouvernance robuste** avec un **engagement de la Direction Générale et de la Direction Métier concernée par le projet**. L'ensemble des parties prenantes devra être impliqué dès l'amont du projet (Direction Générale, Finances, Ressources Humaines & partenaires sociaux, Métier, Achat, etc.).

Les **conditions de réussite de la mise en œuvre d'une prestation externalisée** sont :

- Un pilotage rigoureux de l'activité du prestataire. Pour ce faire, la gouvernance prévoira des comités opérationnels (suivi opérationnel de la prestation, revue des indicateurs de performance, remédiation de premier niveau), des comités de pilotage (suivi par les directions métiers de l'hôpital et le responsable de compte du prestataire, gestion des escalades le cas échéant) et des comités stratégiques (réunions annuelles au niveau de la Direction Générale de l'hôpital et de la Direction Générale du prestataire où sont les décisions stratégiques sont prises),
- Un accompagnement des collaborateurs nécessitant une remise à niveau par de la formation,
- Le cas échéant, des reclassements des collaborateurs potentiellement impactés par le transfert de leur activité,
- Une communication soignée expliquant le projet aux collaborateurs inquiets,
- La mise en place d'un planning de déploiement raisonnable, procédant par étapes, sans précipitation, et en priorisant les activités à externaliser. Les cas pilotes pour tester les solutions externalisées sont recommandés.

D'autre part, un projet d'externalisation doit toujours être mené en pensant à la réintégration éventuelle du processus externalisé (gestion des risques patient, client interne et fournisseur, retournement de conjoncture, etc.). Les processus devront être documentés avec la plus grande rigueur.

Enfin, un projet d'externalisation doit toujours prévoir un back-up « prêt à fonctionner ». Ceci implique des clauses de réversibilité dans le contrat liant l'EPS avec le fournisseur, un benchmark permanent, et une anticipation des litiges fournisseurs. Ceci permet d'anticiper l'incapacité de livrer du fournisseur en cas par exemple d'augmentation brutale de l'activité ou d'un changement de réglementation.

4.2. Modes de gestion

Chacune des trois options possibles (internalisation, externalisation ou mutualisation) impliquera un mode de gestion différent.

En ce qui concerne l'activité logistique, un mode de gestion se caractérise par un positionnement à la fois en matière de gouvernance (centralisée/mutualisée, externalisée ou décentralisée/interne à l'EPS) et de production de l'activité (centralisation/mutualisation des ressources et des locaux, externalisation de la prestation, production mixte ou décentralisée/interne à l'EPS). En fonction de l'activité logistique concernée, de la taille et du contexte de l'EPS, le positionnement du curseur entre l'externalisation et l'internalisation permettant de garantir l'équilibre entre diminution des contraintes de gestion et maîtrise de la qualité sera différent.

Chacun des modes de gestion soumet l'EPS ou l'instance en charge de la gouvernance à des enjeux spécifiques :

Internalisation	Mutualisation	Externalisation
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des coûts d'investissement • Optimisation des achats de consommables (définition du besoin, contrôle des consommations, etc.) • Amélioration de la gestion des ressources humaines (optimisation du temps de travail, contrôle qualité, taux d'absentéisme, etc.) • Amélioration de la planification de l'activité • Amélioration des flux internes de livraison vers les services bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la relation entre les EPS et la ou les instances de gouvernance • Diminution des coûts d'investissement • Optimisation des achats de consommables (définition du besoin, contrôle des consommations, etc.) • Amélioration de la gestion des ressources humaines (optimisation du temps de travail, contrôle qualité, taux d'absentéisme, etc.) • Harmonisation des standards de consommation et des référentiels (produits, matériel, etc.) • Amélioration des flux internes de livraison vers les services bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la relation fournisseur et du contrat • Participation à des groupements d'achats • Contrôle de la qualité de la prestation, • Application de pénalités, négociation, etc. • Optimisation de la gestion des commandes



5. CONCLUSION

Comme indiqué en introduction, le présent référentiel a vocation à donner des **clés** aux acheteurs hospitaliers pour **étudier les meilleurs modèles entre l'internalisation et l'externalisation**.

De tels projets seront structurants pour l'hôpital. Ils permettront aux fonctions médico-soignantes de se recentrer sur les métiers du soin au patient.

Dans le cas d'une externalisation, ils permettront également aux autres métiers d'évoluer vers de nouveaux rôles d'encadrement et de pilotage d'activités, avec une vision stratégique et systémique qui encouragera la recherche d'efficacité, de performance et d'innovation par rapport à un objectif préalablement défini, qui *in fine* bénéficiera au patient et améliorera les conditions de travail des soignants.

6. CONTACTS

Pour toute question concernant le présent document, veuillez contacter vos interlocuteurs du programme PHARE, ci-après :

Raphaël Ruano

Responsable national

du programme PHARE

**MISSION PHARE (Performance Hospitalière pour
des Achats REsponsables)**

Ministère de la Santé et de la Prévention

DGOS (DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS)

**Sous-Direction du Pilotage de la Performance
des acteurs de l'offre de soins**

14 Avenue Duquesne 75007 Paris

Port. : 06 85 63 93 83

Courriel : raphael.RUANO@sante.gouv.fr