

ACTUALITÉ JURIDIQUE

Du 29 octobre au 14 novembre 2011

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

**Pôle de la Réglementation
Hospitalière et de la Veille
Juridique**

Hylda DUBARRY

Clémence DULIERE

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

**Marie-Hélène ROMAN-
MARIS**

Audrey VOLPE

Organisation hospitalière	page 2
Coopération hospitalière	page 4
Organisation des soins	page 5
Droits de la famille	page 5
Personnel	page 6
Responsabilité médicale	page 6
Droits du patient	page 8
Réglementation sanitaire	page 8
Relations administré / administration	page 9
Sécurité technique à l'hôpital	page 10
Marchés publics	page 10
Publications	page 11

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 6315-3 du code de la santé publique – Cet arrêté précise que les centres de régulation médicale susceptibles de recevoir des appels de permanence des soins procèdent à un enregistrement sonore des appels qu'ils traitent. Les enregistrements de ces appels sont conservés pendant une durée de cinq ans. Ce délai est suspendu par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale des professionnels de santé concernés. Chaque appel donne lieu à l'ouverture d'un dossier conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé relatives aux modalités de prises en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, et qui précise notamment l'identité du patient, le motif, l'heure et le jour de l'appel, l'identité du médecin régulateur, le cas échéant l'identité de l'assistant de régulation médicale ainsi que la suite donnée à l'appel par le médecin régulateur. Ce dossier est un élément du dossier médical du patient.

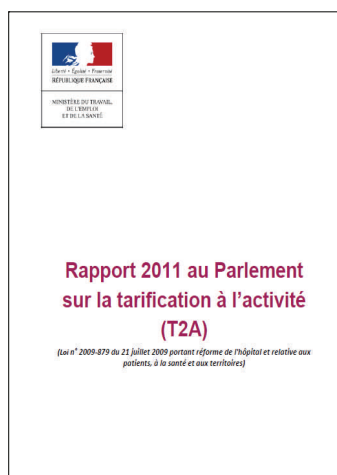
Circulaire interministérielle n° DGCS/USH/2011/39 7 du 21 octobre 2011 relative aux mesures hivernales – La circulaire du 21 octobre 2011 précise les mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des mesures hivernales en termes de mobilisation des capacités d'accueil, d'hébergement et d'insertion dans le cadre de la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri ou mal logés 2009/2012.

RAPPORTS :

L'état des lieux de la réforme du dispositif de financement des établissements de santé publics et privés est présenté au Parlement au moyen de trois rapports annuels distincts, relatifs :

- A la tarification à l'activité (T2A) ;
- Aux missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC), incluant les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ;
- A la convergence tarifaire.

Ces rapports constituent une synthèse de l'évaluation interne opérée par le ministère chargé de la santé, responsable de la mise en œuvre du dispositif de financement de l'hospitalisation sur la base des choix votés par le législateur, ainsi que des évolutions projetées de ce dispositif :



Rapport 2011 du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A) - La réforme de la tarification à l'activité (T2A) est entrée en 2011 dans sa huitième année d'application. Ce rapport du ministère de l'emploi et de la santé détaille les principales conclusions qu'il est possible de retirer de ces huit années de mises en œuvre.



**Rapport 2011 au Parlement
sur les missions d'intérêt
général et l'aide à la
contractualisation (MIGAC)**

(Article L. 162-22-13 Code de la sécurité sociale)

Rapport 2011 du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé au Parlement sur Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) – « *Après six ans de mise en œuvre des MIGAC dans le champ des établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), il convient de tirer un certain nombre d'enseignements. Ainsi, les systèmes d'information doivent permettre un suivi précis et historicisé des dotations. Par ailleurs, les démarches d'allocation en « base » budgétaire doivent être évitées. Enfin, des référentiels d'allocation fondés sur la volumétrie des projets ou des activités ou sur des référentiels de moyens ou de coûts doivent être mis en place dans la logique de justification au premier euro.* »



**Rapport 2011 au Parlement
sur la convergence tarifaire**

(Loi 2003 1159 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée - Titre II Art. 33)

Rapport 2011 du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé au Parlement sur la convergence tarifaire – « *Instaurée en 2004, la T2A a unifié les modes de financement, mais pas les tarifs servis à tous les établissements. Un double processus de convergence a donc été mis en œuvre :*

- *La démarche de convergence intra sectorielle, qui reposait sur un effort d'efficience de la part des établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. En mars 2011, le processus de convergence intra sectorielle a pris fin dans les secteurs public et privé, en avance sur l'objectif fixé à 2012.*
- *La convergence intersectorielle, définie par la LFSS pour 2004 (VII de l'article 33), qui consiste à rapprocher les deux échelles tarifaires applicables aux établissements publics et privés hors écarts de charges justifiés. C'est principalement de cet aspect que traite le présent rapport.* »

COOPÉRATION HOSPITALIÈRE

Depuis la promulgation de la loi HPST, les ministères chargés de la santé et des comptes publics ont été fortement sollicités par les porteurs de projets sur les modalités de gestion de ces nouvelles formes d'organisation. C'est pour répondre à cette attente que la DGOS et la direction générale des finances publiques (DGFIP) ont engagé une collaboration destinée à accompagner au plus près la mise en œuvre de cette réforme.

Ce travail prend la forme de 8 fiches techniques portant sur les différents aspects organisationnels et techniques nécessaires à la compréhension du droit en vigueur :

 Direction générale de l'offre de soins	 DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES	FICHE TECHNIQUE 1 LA CONVENTION CONSTITUTIVE DU GCS	 Direction générale de l'offre de soins	 DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES	FICHE TECHNIQUE 2 LE GCS ERIGE EN ETABLISSEMENT DE SANTE
 Direction générale de l'offre de soins	 DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES	FICHE TECHNIQUE 3 GCS ET PRESTATIONS MEDICALES CROISEES	 Direction générale de l'offre de soins	 DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES	FICHE TECHNIQUE 4 GCS ET STATUT DES PERSONNELS
 Direction générale de l'offre de soins	 DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES	FICHE TECHNIQUE 5 LES REGLES BUDGETAIRES ET COMPTABLES DU GCS	 Direction générale de l'offre de soins	 DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES	FICHE TECHNIQUE 6 LA FISCALITE DES GROUPEMENTS DE COOPERATION SANITAIRE DE MOYENS
 Direction générale de l'offre de soins	 DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES	FICHE TECHNIQUE 7 L'AGENT COMPTABLE DES GROUPEMENTS DE COOPERATION SANITAIRE DE MOYENS	 Direction générale de l'offre de soins	 DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES	FICHE TECHNIQUE 8 LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE

ORGANISATION DES SOINS

[Circulaire du 20 octobre 2011](#) concernant la mise en œuvre de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et de traitement judiciaire des affaires dites de « fin de vie » - La circulaire a pour double objectif d'exposer le cadre posé par la loi du 22 avril 2005, dite « loi Leonetti » sur la fin de vie, et de proposer certaines pistes de réflexion pour le traitement de ces affaires particulièrement sensibles. Elle propose un cadre destiné à l'ensemble des magistrats amenés à traiter ces affaires, en particulier au stade de l'instruction et souligne la nécessité pour le magistrat d'adopter « un discernement et un tact particuliers » à l'égard des familles concernées. La circulaire vient préciser l'ensemble des éléments qui devront être vérifiés dans le cadre de l'enquête, notamment la nature des actes réalisés et la situation du défunt avant sa mort, afin d'aboutir à une qualification pénale aussi précise que possible en s'appuyant sur un certain nombre de ressources : analyses médico-légales, saisie du dossier médical, conseils de l'ordre comme partie civile ou témoin (...).

[Rapport IGAS sur la chirurgie cardiaque](#) à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris - Ce rapport IGAS, à l'initiative du ministre du Travail, doit aider l'AP-HP à identifier lequel de ses quatre centres de chirurgie cardiaque doit cesser son activité en application du schéma régional d'organisation des soins (SROS) arrêté le 27 juin 2010, qui impose la réduction globale du nombre de centre de chirurgie cardiaque en Ile-de-France (de 14 à 10 et de 4 à 3 pour l'AP-HP). Compte-tenu des difficultés spécifiques liées à la mise en œuvre de cette orientation du SROS à l'AP-HP, la mission IGAS préconise que l'AP-HP propose pour septembre 2012 un programme de restructuration global concernant la chirurgie cardiaque ainsi que la cardiologie médicale interventionnelle et chirurgicale lourde.

[Rapport l'IGAS et l'IGSJ juin 2011](#) - Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenus - L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) publient un rapport évaluant le dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues et la place des huit Unités hospitalières sécurisées inter-régionales (UHSI) et leur complémentarité avec les autres structures d'hospitalisation des personnes détenues. L'IGAS et l'IGSJ préconisent d'améliorer l'efficacité des UHSI en revoyant le découpage territorial et en renforçant les liens avec les UCSA. Il est également proposé d'assurer une diversification de ces UHSI, en répondant mieux aux besoins en Soins de suite et de réadaptation (SSR) par la création d'une activité reconnue essentiellement polyvalente.

DROITS DE LA FAMILLE

[Circulaire n°CIV-14-10 du 25 octobre 2011](#) relative à la nouvelle présentation des actes de l'état civil concernant l'indication du double nom de famille - La loi n°2002-304 du 4 mars 2002 portant réforme du nom de famille avait permis aux parents de choisir, lors de la déclaration de naissance de transmettre à leurs enfants soit le nom du père, soit celui de la mère, soit encore un « double nom » constitué des noms de chacun des parents accolés dans l'ordre choisi par eux dans la limite d'un nom de famille pour chacun.

Ces noms, issus de l'accolement du nom de chacun des parents, n'obéissent pas aux mêmes règles de transmission que les noms composés existant avant l'entrée en vigueur de cette réforme. Afin de différencier ces deux types de noms formés de plusieurs vocables la circulaire du 6 décembre 2004 prévoyait que les doubles noms devaient être enregistrés avec un double tiret, ce dernier ne pouvant être imposés aux parents (CE 4 décembre 2009).

L'objet de cette circulaire est d'apporter des préconisations quant aux modalités d'indication des doubles noms dans les actes de l'état civil.

PERSONNEL

Décret n° 2011-1432 du 3 novembre 2011 modifiant les articles D. 4364-2, D. 4364-3 et D. 4364-6 du code de la santé publique – Ce texte clarifie les règles de compétence en matière de délivrance des orthèses de série par les prothésistes et les orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées. Ainsi, les orthopédistes-orthésistes, les podoprothésistes et les orthoprothésistes pourront délivrer des orthèses de série entrant dans le champ de leur exercice et figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Décret n° 2011-1491 du 9 novembre 2011 modifiant les articles R. 4131-2 et R. 4141-2 du code de la santé publique — Ce décret tire les conséquences des articles L. 4131-2 et L. 4141-4 du code de la santé publique, qui prévoient que l'autorisation d'exercice temporaire dont peuvent bénéficier les étudiants en médecine et en odontologie est délivrée par le conseil départemental de l'ordre concerné.

Tribunal administratif de Paris, 10 juin 2011, n° 1011184 (Personnel – Fonctionnaire – Communication de dossiers d'accidents du travail) - Un fonctionnaire, exerçant au sein d'un ministère de 1975 à 1999, date de sa retraite, a été victime à plusieurs reprises d'accidents du travail en 1978, 1980, 1982, 1984, 1996 et 1997. En janvier 2009, il demande copies des pièces constitutives des dossiers de ces accidents du travail. Or, le ministère pour lequel il avait travaillé l'a informé en février 2010 que ces documents avaient été égarés lors d'un déménagement de son administration. Il a saisi le tribunal d'une demande d'indemnisation, régularisée par une demande préalable adressée à cette administration en juillet 2010. Le tribunal administratif relève que ce fonctionnaire à la retraite a attendu près de 10 ans après sa retraite pour demander les dossiers de ses accidents du travail. Il rejette la requête du fait de l'absence de tout préjudice établi. Il indique en effet que le requérant n'a établi ni l'existence d'un préjudice matériel, ni précision permettant au juge d'apprécier en quoi le désintérêt de l'administration à son encontre serait constitutif d'un préjudice moral.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Conseil d'Etat, 1^{ER} juin 2011, n° 339453 (Responsabilité hospitalière – ONIAM) L'association d'avocats de victimes de dommages corporels saisit le Conseil d'Etat aux fins d'annulation, pour excès de pouvoir, le décret n°2010-251 du 11 mars 2010 relatif à l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus d'immunodéficience humaine ou par le virus de l'hépatite C causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang ainsi qu'à l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de vaccinations obligatoires. Les requérants reprochent que l'expert chargé d'instruire les réclamations ait été désigné par l'ONIAM et que les demandes d'indemnisation ne soient examinées dans des conditions d'impartialité et d'objectivité qui s'imposent. Ils ajoutent que cette expertise peut être utilisée lors de la phase contentieuse entre l'ONIAM et le demandeur en cas d'échec de la procédure amiable. Le Conseil d'Etat rejette la requête au motif principal que l'ONIAM ne présente ni le caractère d'une juridiction, ni celui d'un tribunal au sens des stipulations du 1^{er} paragraphe de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

[Conseil d'Etat, 1^{ER} juin 2011, n° 331225](#) (Responsabilité hospitalière – Prescription quadriennale – Etat de consolidation du patient) - En 2005, des époux ont saisi un centre hospitalier d'une demande tendant à l'indemnisation des préjudices résultant du syndrome de Vacterl dont est atteinte leur fille, née avec ce handicap en 1995. Le centre hospitalier a opposé la prescription quadriennale à la demande des époux. S'agissant de la régularité de l'arrêt d'appel rejetant la requête du centre hospitalier tendant à l'annulation du jugement ayant annulé sa décision, le Conseil d'Etat considère « *qu'en indiquant qu'elle prenait en compte les malformations ou aggravations de malformations survenues postérieurement à la naissance de la jeune Pauline A, la cour a suffisamment précisé le motif pour lequel elle a jugé que le point de départ du délai de prescription quadriennale courait non pas à compter de la naissance de l'enfant ou de la date à laquelle ses parents ont été informés du syndrome de Vacterl dont elle était atteinte mais à compter de la date de consolidation de son état de santé ; qu'en indiquant que l'application des dispositions de l'article 1er de la loi du 4 mars 2002, codifiées ensuite à l'article L. 114-5 du code de l'action sociale et des familles, serait en tout état de cause sans incidence sur la question de la prescription, elle a suffisamment répondu au moyen que le centre hospitalier tirait de ces dispositions* ».

[Tribunal administratif de Paris, 21 juin 2011, n° 0915515/6-2](#) (Responsabilité hospitalière – Prothèse – Inventaire) - Concernant une perte de prothèse, le tribunal administratif de Paris retient la responsabilité d'un centre hospitalier universitaire au motif que celui-ci n'a pas rapporté la preuve que les objets de la patiente ont été inventoriés et déposés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1 du Code de la santé publique. Cet article dispose en effet que « *les établissements de santé, ainsi que les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, sont, qu'ils soient publics ou privés, responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées* ».

Conseil d'Etat, 19 octobre 2011, [n° 338686](#) et [339670](#) (Responsabilité hospitalière – Contamination par le virus de l'hépatite C – Lien de causalité) – A l'occasion de ses deux arrêts, le Conseil d'Etat apporte un éclairage intéressant sur le lien de causalité en cas de contamination par le virus de l'hépatite C. Il considère en effet que la « *présomption prévue par les dispositions précitées est constituée dès lors qu'un faisceau d'éléments confère à l'hypothèse d'une origine transfusionnelle de la contamination, compte tenu de l'ensemble des éléments disponibles, un degré suffisamment élevé de vraisemblance ; que tel est normalement le cas lorsqu'il résulte de l'instruction que le demandeur s'est vu administrer, à une date où il n'était pas procédé à une détection systématique du virus de l'hépatite C à l'occasion des dons du sang, des produits sanguins dont l'innocuité n'a pas pu être établie, à moins que la date d'apparition des premiers symptômes de l'hépatite C ou de révélation de la séropositivité démontre que la contamination n'a pas pu se produire à l'occasion de l'administration de ces produits ; qu'eu égard à la disposition selon laquelle le doute profite au demandeur, la circonstance que l'intéressé a été exposé par ailleurs à d'autres facteurs de contamination, résultant notamment d'actes médicaux invasifs ou d'un comportement personnel à risque, ne saurait faire obstacle à la présomption légale que dans le cas où il résulte de l'instruction que la probabilité d'une origine transfusionnelle est manifestement moins élevée que celle d'une origine étrangère aux transfusions* ».

DROITS DU PATIENT



[Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient](#) - Dans le cadre de « l'année des droits du patient » le CNEH propose un guide à destination des professionnels de santé afin de leur apporter la connaissance nécessaire à une application juste du droit d'accès au dossier médical – en effet, près de 10 ans après la promulgation de la loi du 4 mars 2002 les dispositifs ont évolué et s'avèrent parfois complexes pour les professionnels.

[Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 14 octobre 2011](#) relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard de personnes privées de liberté – Cet avis vise notamment les nouvelles dispositions de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement, mais également les étrangers en rétention administrative et des personnes détenues auditionnées au cours de la procédure pénale. Pour le cas de la psychiatrie il est précisé que l'alternative à l'audience au tribunal lorsque le transport du patient n'est pas possible est "l'audience foraine" tenue par le juge qui se déplace dans l'établissement hospitalier et que par conséquent l'emploi de la visioconférence pour le cas de la psychiatrie doit être décidée "au cas par cas". Cet avis précise également les conditions de réalisation de la visioconférence à savoir le consentement éclairé de la personne ou l'accord d'un tiers responsable hors de l'administration (éventuellement l'avocat), des salles ouvertes au public lorsque la procédure est publique, la rédaction d'un procès-verbal faisant état des conditions de réalisation, la possibilité pour l'intéressé de s'entretenir en confidentialité avec son conseil si celui-ci n'est pas sur place.

REGLEMENTATION SANITAIRE

[Décret n° 2011-1448 du 7 novembre 2011](#) relatif à la vigilance exercée sur les produits de santé mentionnés aux 18° et 19° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique – Ce décret précise la mise en place d'une procédure de signalement des incidents mettant en cause les logiciels non dispositifs médicaux et les dispositifs à finalité non médicale utilisés dans les laboratoires de biologie médicale, susceptibles d'entraîner des effets néfastes pour la santé. Le dispositif de vigilance comporte, pour les professionnels de santé, le signalement à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé des incidents relatifs à l'utilisation de ces produits de santé et, pour l'agence, l'évaluation de l'information et la réalisation d'études et travaux relatifs à leur qualité et à leur sécurité.

[Décision du 10 octobre 2011](#) modifiant la décision du 20 octobre 2010 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles

[Décision du 19 octobre 2011](#) modifiant la décision du 20 octobre 2010 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles

[Circulaire n°DGOS/RH3/2011/409 du 26 octobre 2011](#) relative à l'actualisation du dénombrement des agents de la fonction publique hospitalière présentant une maladie professionnelle consécutive à une exposition aux poussières d'amiante au 31 décembre 2011 - Depuis 2003, la DGOS organise une remontée d'informations destinées à recueillir un ensemble de données concernant les agents atteints d'une maladie professionnelle à la suite d'une exposition aux poussières d'amiante - L'actualisation de cette enquête en quatre volets permet d'identifier le nombre de personnes concernées, les pathologies indemnisées et les secteurs d'activité hospitaliers qui ont été les plus exposés au risque amiante dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

Pour aller plus loin : [Point réglementaire relatif à l'amiante.](#)

RELATIONS ENTRE ADMINISTRÉ ET ADMINISTRATION

[Conseil d'Etat du 24 octobre 2011, n°345514](#) (opposabilité circulaires et annexes – [circulaire.gouv.fr](#)) – Le décret n°2008-1281 du 8 décembre 2008 relatif aux conditions de publication des instructions et circulaires, prévoit qu'une circulaire ou une instruction qui ne figure pas sur le site internet relevant du Premier ministre n'est pas applicable. Les services ne peuvent en aucun cas s'en prévaloir à l'égard des administrés.

Par cet arrêt le Conseil d'Etat juge que la portée juridique que confère la mise en ligne d'une circulaire sur le site internet dédié ne s'étend pas à ses annexes si celles-ci n'ont pas également été mises en ligne : « *la portée que ce décret confère à la mise en ligne ne saurait toutefois s'étendre, en cas de mise en ligne partielle de la circulaire* »

SECURITÉ TECHNIQUE

Décret n° 2011-1461 du 7 novembre 2011 relatif à l'évacuation des personnes handicapées des lieux de travail en cas d'incendie - Ce décret prévoit que les nouveaux bâtiments relevant du code du travail devront disposer d'un lieu protégé (espaces d'attente sécurisés ou espaces équivalents) permettant, en cas d'incendie, l'évacuation en deux temps des personnes handicapées dont l'évacuation directe et rapide n'est pas possible. Les dispositions du décret sont applicables : Aux opérations de construction d'un bâtiment neuf ou de construction d'une partie neuve d'un bâtiment existant pour lesquelles une demande de permis de construire ou une déclaration préalable est déposée plus de six mois après la date de publication du présent décret ; aux opérations de construction d'un bâtiment neuf ou de construction d'une partie neuve d'un bâtiment existant ne nécessitant ni permis de construire ni déclaration préalable, dont le début des travaux est postérieur de plus de six mois.

MARCHÉS PUBLICS

Information relative au programme « Performance hospitalières pour des achats responsables » (PHARE) – Ce programme a pour objet de rénover la fonction achats dans les hôpitaux avec comme objectif la maîtrise des coûts, la sécurisation des approvisionnements, l'amélioration des conditions de travail et de développement durable.

Les premières mesures du programme consistent à la désignation d'un responsable achat ayant pour mission d'animer et coordonner la politique achat de l'établissement ou encore au développement de la formation des acheteurs.



Les achats hospitaliers, levier majeur de performance et d'efficacité pour les établissements

Mieux acheter pour dégager des économies intelligentes afin de maintenir et améliorer la qualité de l'offre de soins

Les achats hospitaliers représentent 18 Md€ en dépenses annuelles. Il s'agit du 2^{ème} poste de dépenses dans un établissement après la masse salariale : à titre de comparaison, ce montant est l'équivalent des achats de l'Etat, à hauteur de 17 Md€, hors armement.

Le contexte

De premières initiatives à partir de 2006 ont permis de mettre en place un premier niveau de professionnalisation avec :

- la création de 3 groupements d'achats d'ampleur nationale, représentant 124 marchés mutualisés notifiés ;
- un gain de 150 M€ sur un périmètre d'achats de 2,5 Mds € ;
- des initiatives de plusieurs établissements et agences régionales de santé (ARS).

Le lancement

Le programme national « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE) a été lancé en octobre 2011 aux hospices civils de Lyon par Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins (DGOS).

Une ambition

Les achats sont un enjeu majeur pour la qualité des soins. Un bon achat vise d'abord à garantir l'adéquation avec les besoins du prescripteur, ainsi que la qualité des produits et services achetés par l'établissement. Il sert aussi un objectif de maîtrise des coûts, de sécurisation des approvisionnements, d'amélioration des conditions de travail et de développement durable.

PUBLICATIONS AP-HP

