

Brigitte LAUTERSLAGER⁵¹ et Hugues POISSONNIER⁵²

LES PERFORMANCES DES ACHATS HOSPITALIERS DANS UN CONTEXTE DE PROFESSIONNALISATION ET DE MONTÉE EN MATURITE DE LA FONCTION ACHAT. UNE COMPARAISON EUROPEENNE

Nombreuses ont été, ces dernières années, les évolutions tendant à rapprocher le fonctionnement des établissements hospitaliers et celui des entreprises. Le « médecin-gestionnaire » (Loubet, 2007) est ainsi de plus en plus appelé à prendre conscience des coûts générés par ses activités. Dans ce contexte, il est intéressant de noter que les achats hospitaliers représentent le deuxième poste de dépenses au sein des hôpitaux, juste après les dépenses de personnel. En 2010, les achats hospitaliers français ont ainsi pesé 16,7 milliards d'euros, dont 15% pris en charge par des groupements, selon le Ministère de la Santé. Ces achats concernent l'acquisition des dispositifs médicaux mais également tous les aspects hôteliers de l'hôpital ainsi qu'un certain nombre de travaux. Le secteur de la santé, soumis à une très forte contrainte budgétaire, se caractérise également, de plus en plus, par une forte concurrence entre hôpitaux et entre fournisseurs. C'est dans ce contexte que les établissements de santé tendent à structurer la fonction achats en vue de développer ses performances. Ces dernières dépassent de plus en plus la vision purement financière pour intégrer une dimension stratégique, aussi présente parfois que dans les entreprises les plus avant-gardistes sur la question. La valeur générée par les achats constitue une préoccupation de plus en plus forte, et souvent bienvenue.

Avant de mettre en évidence les formes prises par la montée en maturité des achats hospitaliers et la professionnalisation des acheteurs à l'hôpital, il nous semble essentiel de présenter en détail les évolutions de la notion de performance achats dans ce contexte si particulier qu'est celui de l'hôpital (I). De nombreuses études témoignent en effet du caractère à la fois subjectif et multi-dimensionnel de la notion de performance. Forts de cette vision clarifiée, nous serons en mesure de présenter les évolutions nécessaires à la poursuite avec succès de la performance achats à l'hôpital. Ces évolutions concernent aussi bien les compétences des acheteurs, que les organisations achats, les outils utilisés et les pratiques nouvelles susceptibles d'accompagner la recherche de performance (II). C'est sur la base de ces nouveaux besoins que nous serons alors en mesure de proposer un outil de diagnostic du niveau de maturité des achats. Ce dernier, construit dans le cadre de la thèse professionnelle de l'un des auteurs, regroupe sur plusieurs axes les principales dimensions d'évaluation de la maturité des achats. Il sera utilisé pour la réalisation d'une comparaison entre des établissements hospitaliers en France et aux Pays-Bas (III). Bien que les performances du système de santé français soient régulièrement louées, elles demeurent loin, en effet, de celles qui sont observées aux Pays-Bas. Il nous a donc semblé intéressant de pointer les forces et les faiblesses du système hollandais, qui s'est rapproché du modèle de concurrence réglementée, avec une compétition rude entre les établissements. Les implications de cette recherche seront structurées autour des sources potentielles d'inspiration que fournissent les établissements hollandais à leurs homologues de toute l'Europe, désireux de faire des achats un contributeur majeur à leur performance globale (IV).

⁵¹ Titulaire du Mastère Achats de Grenoble Ecole de Management, auteur de l'étude comparative France/Pays-Bas , Email : blauterslager@dbmail.com

⁵² Professeur à Grenoble Ecole de Management et Directeur de la Recherche de l'IRIMA, Email : hpoissonnier@yahoo.fr

Quelle performance achats à l'hôpital ?

Avant de présenter les spécificités de la performance achats à l'hôpital, il convient de rappeler à quel point la performance apparaît comme une notion subjective et multi-dimensionnelle.

La performance : une notion subjective et multi-dimensionnelle

Parfois jugée dépassée, l'expression « contrôle de gestion » fait, depuis quelques années, place à celle de « pilotage de la performance » (Bessire, 1999, Mascaret, 1994) ou de « management de la performance » (Malleret, 1994). La notion de performance est, ainsi, devenue omniprésente. Dans tous les domaines, elle est valorisée et recherchée. La performance collective est, en effet, de plus en plus garante de succès au sein d'entreprises qui travaillent en réseau. La capacité à bien collaborer y est devenue une dimension centrale de la performance individuelle.

En vue de bien piloter la performance, individuelle ou collective, il convient, dans un premier temps, de bien la définir. La notion de performance apparaît en effet à la fois subjective et multi-dimensionnelle. C'est ce qu'exprime bien Lebas (1995), lorsqu'il écrit que « *la performance n'existe pas de façon intrinsèque. Elle est définie par un utilisateur de l'information par rapport à un contexte décisionnel caractérisé par un domaine et un horizon temps* ». Plusieurs auteurs s'accordent ainsi à reconnaître le marquage historique et géographique du concept de performance (Bourguignon, 1995 ; Lorino, 1996).

Au-delà de la subjectivité évoquée dans les paragraphes précédents, la notion de performance revêt plusieurs dimensions en ce sens qu'elle peut porter sur la réalisation d'objectifs très divers. En effet, il est possible, pour une entreprise, de créer de la valeur pour ses clients (valeur alors mesurée par le rapport qualité-prix), pour ses actionnaires (valeur mesurée essentiellement en termes de rentabilité), voire pour l'ensemble des parties prenantes (« valeur partenariale » dans ce cas). Définir la performance recherchée ne va donc pas de soi et repose sur de véritables choix. Ces derniers doivent être réalisés en cohérence avec la mission et la stratégie de l'organisation.

Du rôle des achats à la performance achats dans le contexte particulier de l'hôpital

Comme dans les entreprises, dans lesquelles ils représentent une part de plus en plus importante du chiffre d'affaires, les achats constituent l'un des deux premiers postes de dépense de l'Hôpital (avec les salaires). A l'heure où les hôpitaux se trouvent confrontés à une concurrence nouvelle (avec notamment l'introduction de la T2A⁵³), les achats figurent en première place des activités sur lesquelles des économies pourraient être réalisées. Rappelons ici que l'objectif de la T2A est de réduire les dépenses de soins hospitaliers grâce à un remboursement forfaitaire par la CNAMTS⁵⁴ des prestations de soins dispensées par les hôpitaux. Du fait de cette forfaitisation du remboursement, l'établissement est contraint à mieux connaître le coût de réalisation de ses prestations de soin (en personnel, en matériel, en charges fixes) pour maîtriser ses dépenses et garantir son équilibre financier.

Les achats apparaissent donc comme de grands contributeurs potentiels à la réalisation des économies que suppose la situation nouvelle de concurrence.

⁵³ Tarification à l'activité, introduite en France en 2003, sur la base d'un calendrier de montée en charge progressive ayant conduit les établissements publics de santé à être intégralement financés de cette manière à partir de 2008.

⁵⁴ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Professionaliser les achats à l'hôpital : des évolutions complémentaires nécessaires

Comme dans les entreprises, la professionnalisation des achats doit reposer sur trois leviers complémentaires. Le premier concerne les compétences individuelles des acheteurs. Viennent ensuite les compétences collectives, ou organisationnelles, qui permettent aux acheteurs de mettre en œuvre de nouvelles pratiques. Enfin, les outils de pilotage des performances ont vocation à témoigner de l'atteinte des objectifs et du chemin restant à parcourir. En ce sens, ils sont indispensables.

Les évolutions des compétences individuelles

Dans les entreprises privées, comme dans d'autres types d'organisations, la professionnalisation des achats repose d'abord sur les compétences individuelles que les acheteurs mettent en œuvre dans leur activité quotidienne. Moutot et Bernardin (2010) distinguent trois types de savoirs composant le référentiel de compétences d'un acheteur : les savoirs techniques, les savoirs comportementaux et les savoirs métier.

Les compétences techniques sont sans doute celles qui évoluent le moins dans les entreprises. Ceci n'est pas forcément le cas dans le contexte particulier de l'hôpital où le rôle nouveau des achats conduit à l'apparition de nouvelles activités. La définition des besoins, les études de marché, la sélection des fournisseurs, la négociation, le suivi du contrat, la gestion de la qualité, le traitement des litiges et l'évaluation des fournisseurs apparaissent comme des activités classiques dans de nombreuses grandes entreprises. Si le Code des Marchés Publics limite certaines de ces activités à l'hôpital, certaines d'entre elles sont devenues indispensables et requièrent des compétences nouvelles.

A côté des compétences techniques, de nouvelles compétences comportementales sont également nécessaires à l'heure où les acheteurs sont appelés à travailler de manière de plus en plus collaborative (en interne, comme avec leurs fournisseurs) et à utiliser davantage leur « cerveau droit » (Allal-Chérif, Maira & Poissonnier, 2010). L'écoute, l'anticipation, l'esprit de synthèse, la maîtrise de la négociation, mais aussi la capacité à animer une équipe et l'adaptabilité apparaissent comme des compétences comportementales de plus en plus essentielles pour les acheteurs. Les compétences métiers sont également très importantes. Elles reposent sur la bonne connaissance de l'organisation, de sa stratégie, de ses produits, ainsi que sur celle des techniques d'achat. Moutot et Bernardin (2010) en fournissent des exemples particulièrement détaillés.

Vers de nouvelles compétences collectives ou organisationnelles

La maîtrise des compétences individuelles ne seraient pas d'une grande utilité dans une organisation ne permettant pas à l'acheteur de les mettre en œuvre. De plus en plus, un bon achat est le fruit de la collaboration avec le fournisseur, mais également en interne, entre de nombreuses personnes participant à l'acte d'achat, sans forcément être des acheteurs (Poissonnier, Philippart & Kourim, 2012). Les utilisateurs, souvent qualifiés de clients internes, ont ainsi un rôle très important dans la définition du besoin, préalable à tout achat. Bien sûr, les compétences collectives ou organisationnelles se nourrissent des compétences individuelles. Elles doivent également orienter la recherche des compétences individuelles nécessaires pour animer le fonctionnement de l'organisation. Il est très instructif d'observer la place réservée aux achats dans l'organisation pour évaluer leur niveau de maturité. Le tableau 1 présente la cohérence entre la place des achats et plusieurs éléments témoignant de leur maturité.

Tableau 1- Les cinq phases de développement de la fonction achats (DESMA, adapté de Van Weele, 1985, cité par Moutot et Bernardin, 2010)

Place des achats dans l'organisation	Statut	Mesure de la performance achats	Focalisation
Fonction réactive	Bas	Peu de critères sont utilisés	Approvisionner
Objectif principal : convertir les demandes en commandes		Respect des budgets	
Principalement travail administratif	Bas mais en amélioration	Efficacité administrative	Efficacité administrative
Focalisé sur l'acte d'achat			
Utilité de la fonction	Fonction reconnue	Efficacité achats	Efficacité achats administrative
	Couverture achats importante	Réduction de coûts et efficacité dans les négociations	
Utilité de la fonction	Directeur achats dépend hiérarchiquement du PDG	Efficacité administrative	Efficacité achats administrative
Éléments d'engagement stratégique		Réduction de coûts	Mesure de l'efficacité globale sur le long terme
		Évaluation du développement fournisseur	
Fonction achats stratégique	Directeur achats fait partie du comité d'entreprise	Idem + développement stratégique avec les fournisseurs	Efficacité stratégique
		Mesures du coût total d'achats	

Les outils de pilotage des performances : la prochaine frontière en matière de maturité achats

La réunion des meilleures compétences, individuelles et collectives, constitue un élément nécessaire mais non-suffisant à la réalisation de bons achats. Régulièrement, les organisations envoient, par le biais des outils de pilotage de performance qu'elles utilisent, des messages contradictoires avec les discours, pourtant sincères, tenus aux acheteurs et autres participants à l'acte d'achat. Demander à un acheteur de faire des achats responsables et l'évaluer, à la fin de l'année sur le seul et traditionnel critère du « gain sur achats » ne semble pas, en effet, très cohérent. Beauvallet (2009) fournit de très nombreux exemples de ce type. La montée en compétence des achats ne saurait donc être effective sans une évolution des outils de pilotage des performances. Ces derniers doivent aussi bien concerner les performances des fournisseurs que celles des acheteurs et de l'organisation ou du processus achats.

Proposition d'un outil de diagnostic du niveau de maturité des achats

La mesure comparative des niveaux de maturité des achats en France et aux Pays-Bas

L'étude comparative entre le niveau de maturité des achats hospitaliers en France et aux Pays-Bas répondait à l'objectif de trouver une partie des solutions dans un modèle fréquemment cité en exemple. Le choix de benchmarking externe s'est en effet porté sur les Pays-Bas, pays qui a démarré la modernisation de ses achats hospitaliers à peu près au même moment que la France, entre 2003 et 2006, mais en réussissant à générer une performance à la fois plus élevée, systématique et stable. Cette performance est d'autant plus remarquable que le système de santé néerlandais a maintenu un haut niveau de qualité et de satisfaction de ses usagers. En 2009, les Pays-Bas arrivaient ainsi au premier rang de l'évaluation annuelle des systèmes de soins de santé en Europe effectuée par le « *Euro Health Consumer Index* », et cela, pour la deuxième année consécutive.

Aux Pays-Bas, le système de santé semble donc très performant. Or, il s'est rapproché du modèle de concurrence réglementée, avec une compétition rude entre les établissements hospitaliers. D'où la nécessité d'une recherche permanente de la performance des hôpitaux. Nous avons donc mesuré, analysé et comparé la performance des organisations achats des hôpitaux néerlandais avec celle des hôpitaux français.

Le recours au référentiel de benchmarking externe

La mesure de la performance et le pilotage d'une évolution des pratiques supposent des référentiels de comparaison. Nous avons mobilisé trois référentiels classiques de comparaison. Le tableau 2 les détaille.

Tableau 2 - Les trois référentiels classiques de comparaison, Olivier BRUEL, « Management des achats », éditions Economica, Paris, 2007

Référentiels	Avantages	Inconvénients
BASE HISTORIQUE	Mesure de l'amélioration de la performance des acheteurs	Bilan résultats d'événements exogènes Pas de comparaison externe Pas de garantie de l'excellence du niveau de pratique Peu adapté aux achats non récurrents
BENCHMARKING INTERNE	Mise en concurrence Alignement "par le haut" Focalisation des patrons de business units par la direction générale vers leur performance achats	Comparaison inter-métiers difficile Marchés et structure concurrentielle différents
BENCHMARKING EXTERNE	Comparaison effective et "objective" par rapport marché Permet d'avoir des références sur les pratiques (et non pas seulement sur les résultats)	Se heurte à la confidentialité Spécificité des logiques métiers achat

Base historique : il s'agit, comme son nom l'indique, de travailler sur la base de comparaisons historiques. Elle consiste à exprimer un objectif comme une amélioration d'un résultat passé. Cette approche est la plus fréquente ; néanmoins elle présente des inconvénients car elle se fonde sur des constats en valeur relative sans tenir compte de la nature des causes réelles de la performance. On ne mesure ni les pratiques ni les actions mises en œuvre.

Le benchmarking interne : est également une méthode d'évaluation par laquelle une entreprise compare les procédures, les pratiques et les résultats de certains de ses services à ceux des autres services qui la composent. La comparaison inter-métiers s'avèrent souvent difficile. Traditionnellement, on distingue trois sortes de benchmarking. (1) Le benchmarking de performances des produits et prestations achetés ; (2) le benchmarking d'organisation et (3) le benchmarking de processus.

Le benchmarking externe : permet à une entreprise de se situer par rapport à des entreprises considérées comme leaders et d'identifier ainsi des zones de progrès. Elle permet aussi à une entreprise d'un secteur donné de déterminer les meilleures pratiques dans une fonction telle que la gestion du personnel, la gestion de production ou bien la gestion en organisation achats.

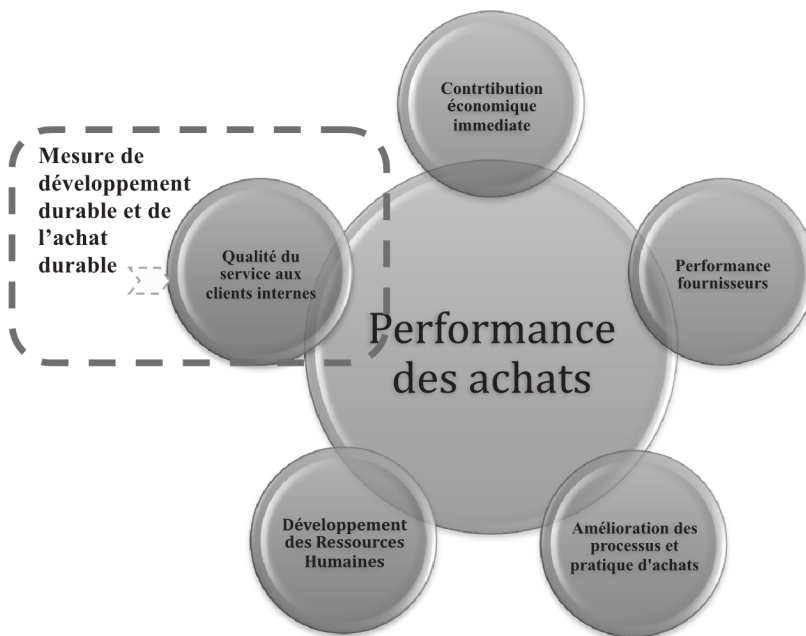
Pour notre étude, nous avons opté pour le référentiel de benchmarking externe car cette méthode nous permettait une comparaison effective et « objective » sur les pratiques en organisation achats dans des établissements hospitaliers. Elle nous a permis une double comparaison en étudiant non seulement les pratiques au niveau des organisations achats entre les établissements mais également entre deux pays, la France et les Pays-Bas. Nous avons confronté l'état de l'art et celui des pratiques afin d'en déterminer les écarts significatifs.

La définition de six axes de la performance achats

Nous avons adapté les cinq axes de la performance achats de la CEGOS, présentés par Petit (2008) en rajoutant un sixième axe, celui de la responsabilité sociétale. En vue de mesurer le niveau de performance et le niveau de maturité des organisations en achats hospitaliers, il nous a semblé nécessaire d'intégrer la notion du développement durable et par la suite de la mesurer. Il s'agit en effet d'un élément qui fait partie intégrante de la fonction achats et qui n'est malheureusement aujourd'hui pas toujours pris en compte à son juste niveau d'importance.

L'idée est de pouvoir mesurer chaque axe sur une échelle de maturité allant du niveau un (le plus faible) au niveau cinq (le plus élevé). Cette échelle est basée sur des matrices de maturité existantes. Pour ce faire, il s'agit de développer chaque axe en détail afin de pouvoir mesurer son niveau de maturité. La figure 1 présente les six axes que nous avons retenus.

Figure 1 - Les cinq axes de la performance achats de CEGOS après adaptation des auteurs (sixième axe)



Une comparaison de la maturité des achats France-Pays-Bas et les enseignements du modèle hollandais

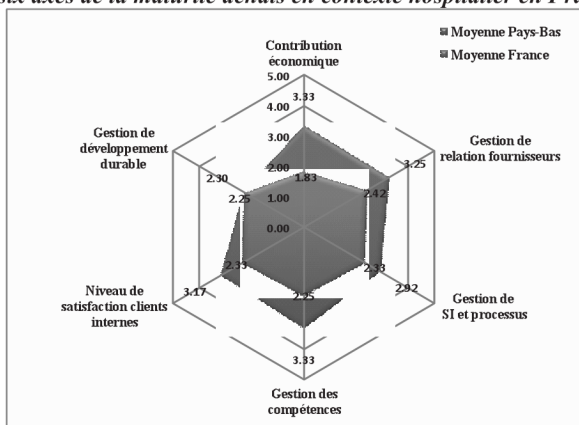
L'étude comparative a été réalisée, au cours de l'été 2010, auprès d'une douzaine d'établissements hospitaliers français et hollandais, à travers des entretiens individuels en face à face avec des responsables ou directeurs achats des hôpitaux. Un questionnaire autour des six axes de la performance achats a été élaboré.

Un niveau supérieur de maturité aux Pays-Bas

Après avoir réalisé cette étude comparative approfondie sur le niveau de maturité des organisations achats hospitalières entre la France et les Pays-Bas, nous avons constaté l'existence d'écarts

significatifs, en particuliers sur deux axes, la contribution économique et la gestion des compétences, comme le montre la figure 2.

Figure 2 – Les six axes de la maturité achats en contexte hospitalier en France et aux Pays-Bas



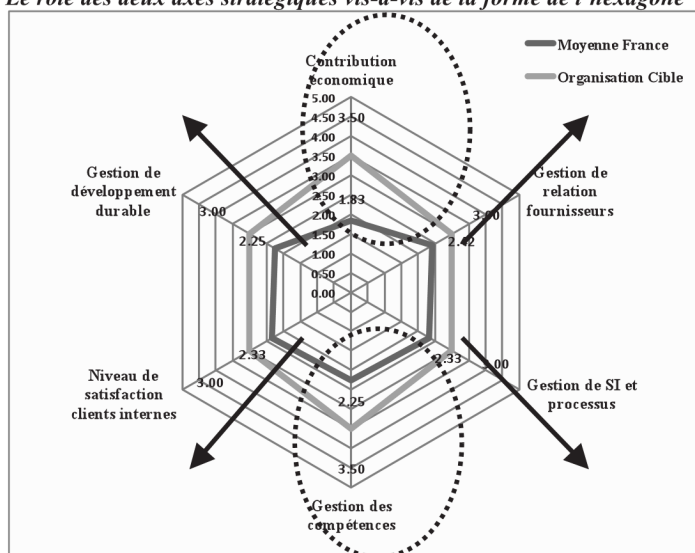
L'axe de la contribution économique est le moins développé en France avec en moyenne un niveau de maturité de 1.83 sur une échelle de 5. Cet axe est donc très peu mature par manque de définition d'objectifs économiques, de mesure des gains économiques, de réelle différenciation entre gains et performance économique. L'écart mesuré sur cet axe entre les deux pays est de 1.5 point (écart le plus significatif). Il s'agit donc clairement d'un axe sur lequel les établissements français se doivent de progresser.

Sur l'axe de la gestion des compétences, la France accuse un retard en moyenne de plus d'un point par rapport aux Pays-Bas. L'étude témoigne d'une insuffisance des compétences techniques achats malgré la professionnalisation en cours de la fonction.

L'étude souligne également les deux niveaux de maturité moyens sur l'axe du développement durable. Cet axe sur les achats durables reste à développer car peu de véritables plans d'action sont en place dans les hôpitaux. Ceci est vrai aux Pays-Bas comme en France. En ce qui concerne les trois autres axes, la gestion de la relation fournisseurs, la gestion des systèmes d'informations et la gestion de la satisfaction des clients internes, les écarts sont beaucoup moins significatifs.

A travers cette étude comparative, nous avons en effet mis en exergue qu'il existe un lien entre les six axes de la performance achats. Nous considérons que la forme de l'hexagone, selon l'établissement, dépend de l'impulsion donnée sur les deux axes stratégiques (figure 3). Selon le degré d'investissement sur le développement des compétences et partant la contribution économique, les quatre autres axes, celui de la gestion des relations fournisseurs, du système d'information et des processus, du niveau de satisfaction des clients internes et enfin de la gestion du développement durable, semblent pouvoir agir en forte rétroaction. En conséquence, en se focalisant sur les deux leviers principaux on doit pouvoir améliorer la performance globale multi axiale. Nous avons donc identifié les efforts à entreprendre en priorité en vue de progresser sur l'ensemble des dimensions de la maturité achats.

Figure 3 – Le rôle des deux axes stratégiques vis-à-vis de la forme de l’hexagone



Réflexion sur les principaux facteurs de performance aux Pays-Bas

Notre étude illustre le fait qu’en 2010 la performance des Pays-Bas, selon l’échelle de maturité des organisations des achats hospitaliers, est supérieure à celle de la France. Cette performance est notamment due, selon notre analyse, à quatre principaux facteurs clés de succès ; **1** le contexte général d’un système de santé modernisé et réformé depuis 2006, selon une logique plus concurrentielle (qui pourra heurter en France) ; **2** le développement de l’axe de la contribution économique, à notre avis déterminant et préalable pour faire réellement émerger et reconnaître la fonction achats dans les établissements de santé ; **3** la reconnaissance de la fonction achats au sein des établissements hospitaliers ; **4** et enfin la communication avec les clients internes mais également avec les fournisseurs à travers des outils de pilotage relationnels.

Vers un outil de management au service des hôpitaux

L’outil de benchmarking sur lequel nous nous sommes appuyés a été développé sous forme de questionnaire centré sur les six axes de la performance des achats, à travers une centaine de questions ciblées, spécifiques et adaptées aux achats hospitaliers. La qualité opérationnelle de cet outil a été testée et validée après des hôpitaux constituant le panel de comparaison. Pour porter nos conclusions, nous avons utilisé cet outil dans des hôpitaux français et néerlandais, au total dans une douzaine d’établissements.

Nous préconisons désormais que cet outil soit mis à disposition des établissements hospitaliers pour leur permettre de mieux mesurer le positionnement de leur fonction achats, d’identifier les voies de progrès et d’en déduire des plans d’actions. Ceci peut être fait sous forme d’autoévaluation ou d’accompagnement externe. Nous estimons disposer d’une méthode assez simple et rapide de positionnement et de diagnostic, d’accès et d’emploi faciles.

Bien sûr, l'outil ne remplacera pas des travaux plus complets et approfondis, mais il pourra contribuer à la prise de conscience, à l'objectivation de la situation locale et à la mise en action de l'établissement.

C'est donc un véritable outil de pilotage, qui peut aider des managers mais également des acheteurs à mesurer leur propre niveau de performance et à le visualiser sur une échelle de maturité pour, in fine, mettre en place des mesures concrètes dans le sens d'une organisation efficiente.

Conclusion

Après l'analyse des différents niveaux de maturité actuels des organisations achats hospitalières en France et aux Pays-Bas, nous sommes en mesure de proposer une organisation cible pour la France, vecteur de performance et de qualité, visant à atteindre en quelques années un niveau de maturité de 3 en moyenne.

Il ressort de notre étude qu'un effort de réflexion sur un nouveau pilotage national et territorial doit être entrepris. Si l'on veut obtenir des résultats probants et durables, et élargir les hexagones, l'impulsion devra être réelle, cohérente et constante, dans les établissements de soins et au niveau des responsables nationaux et régionaux du système de santé.

La comparaison du fonctionnement des établissements de santé français avec les meilleurs élèves européens s'est donc avérée utile et nous a permis de capitaliser sur les bonnes pratiques observées. L'espace européen regorge de leaders dans des domaines divers et variés. Il nous semble, à la suite de cette étude centrée sur les établissements de santé, bienvenu d'échanger davantage avec nos proches voisins, sur les performances visées et atteintes, ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour cela.

BIBLIOGRAPHIE

- Allal-Chérif O., Maira S. & Poissonnier H. (2010), Prospective du management de la fonction achats : vers l'acheteur collaboratif, Colloque Prospective des Métiers, ESSEC, 16 mars 2010.
- Beauvallet M. (2009), *Les stratégies absurdes*, Seuil.
- Bessire D. (1999), Définir la performance, *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 5, vol. 2, Septembre, p. 127-150.
- Bourguignon A. (1995), La performance, essais de définition, *Revue Française de Comptabilité*, n° 269, juillet-août, p. 60-65.
- Bruel O. (2007), *Management des Achats : Décisions stratégiques, structurelles et opérationnelles*, avec la participation de Alleaume, A., Azambre, G., Beauge, T., Huart, G., Macadre, J. et Medjad, K., Éditions Economica, Paris.
- Lebas M. (1995), Le concept de performance, in *Compter le travail*, Travail, n° 34, printemps/été, p. 137-149.
- Lorino P. (1998), Valeur pour l'actionnaire: une mode à risque, *Alternatives Economiques*, n° 162, septembre, p. 55.
- Loubet G. (2007), *Le médecin-gestionnaire : la formation à la gestion a-t-elle une influence sur les conflits de rôle ?*, Thèse de Doctorat, Université de Montpellier II.
- Malleret V. (1994), Du contrôle de gestion au management de la performance, in *Les Professeurs du Groupe HEC, L'Ecole des managers de demain*, Economica, p. 121-143.
- Mascre V. (1994), Passage du « contrôle » de gestion au pilotage de la performance, *Revue Française de Comptabilité*, n° 260, octobre, p. 57-64.
- Moutot J.-M. & Bernardin E. (2010), *Mesurer la performance de la fonction achats*, Eyrolles.
- Petit P. (2008), *Toute la Fonction Achats*, Éditions Dunod, Paris.
- Poissonnier H., Philippart M. & Kourim N. (2012), *Les achats collaboratifs – Pourquoi et comment collaborer avec vos fournisseurs*, De Boeck.

RESUME

Depuis quelques années, les établissements de santé tendent à structurer leur fonction achats en vue de développer ses performances. Ces dernières dépassent de plus en plus la vision purement financière pour intégrer une dimension stratégique, aussi présente parfois que dans les entreprises les plus avant-gardistes sur la question. Les évolutions nécessaires à la poursuite avec succès de la performance achats à l'hôpital concernent aussi bien les compétences des acheteurs, que les organisations achats, les outils utilisés et les pratiques nouvelles susceptibles d'accompagner la recherche de performance. C'est sur la base de ces nouveaux besoins que nous proposons un outil de diagnostic du niveau de maturité des achats hospitaliers. Ce dernier regroupe sur plusieurs axes les principales dimensions d'évaluation de la maturité des achats. Il est utilisé pour la réalisation d'une comparaison riche d'enseignements entre des établissements hospitaliers en France et aux Pays-Bas.