



EHESP

Elève Directeur d'hôpital

Promotion : **2019 – 2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Mettre en commun sans mettre en
péril : prévenir les risques liés à la
massification des achats hospitaliers**

Louise VILLENEUVE

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement tous les individus qui ont pris le temps de m'aiguiller et de répondre à mes questions dans le cadre de la rédaction de mon mémoire, qu'ils soient hospitaliers, acheteurs publics ou encore parlementaires.

Ma reconnaissance va également aux équipes du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP) qui m'ont accueillie, accompagnée et soutenue tout au long de mon stage, en particulier Carole Festa, directrice des moyens opérationnels de l'établissement et Fabienne Guerra, son adjointe et responsable des achats et de la logistique. La crise épidémique Covid-19 a fortement mobilisé toutes les équipes de l'établissement mais elles ont néanmoins trouvé le temps de me rencontrer et de m'expliquer leur métier.

Merci également à Margaux Jaulent, directrice des affaires financières du CHIAP, qui a évoqué la problématique de la massification des achats avec moi et m'a donné envie de me pencher sur le sujet.

Enfin, merci aux professionnels de l'EHESP pour leur accompagnement durant mon stage, et notamment M. Olivier Gérolimon, responsable des enseignements logistique – achat à l'EHESP, qui m'a permis de distinguer les notions de mutualisation et de massification des achats et de définir la problématique de mon sujet.

Sommaire

Introduction	1
Précisions méthodologiques	5
1 Si la mutualisation constitue un levier indubitable de la performance des achats hospitaliers, la massification qu'elle entraîne est porteuse de risques considérables pour les établissements ainsi que pour le système de santé	7
1.1. La mutualisation des achats a agi comme un levier de performance depuis le milieu des années 2000	7
1.1.1. Une mutualisation progressive de la fonction achats a permis d'utiliser les achats hospitaliers comme un levier de performance	7
1.1.2. La mutualisation par le biais de structures nationales et régionales voire infrarégionales a permis aux établissements de dégager des gains achats réels	10
1.1.3. Le GHT : une nouvelle étape pour la mutualisation des achats	14
1.2. La massification induite par les mutualisations successives occasionne des risques importants pour les établissements de santé	18
1.2.1. La situation oligopolistique créée par la baisse du nombre de fournisseurs induit des risques considérables pour les EPS et pour le système de santé	18
1.2.2. La tendance à la standardisation des produits pourrait se faire au détriment de leur qualité et l'exclusion des petits opérateurs est de nature à fragiliser le tissu économique local	22
1.2.3. Au niveau du GHT, la mutualisation peut complexifier l'organisation de la fonction achats sans dégager d'économies	25
2 La réalisation d'une partie des risques induits par la massification des achats, notamment dans le cadre de la crise Covid-19, implique d'adapter le dispositif de mutualisation, sans pour autant le remettre en question	29
2.1. Certains risques engendrés par la massification des achats se sont réalisés – notamment lors de la crise Covid-19 – et la mutualisation des achats au niveau du GHT constitue opportunité d'éviter ces risques	29

2.1.1.	La crise Covid-19 a entraîné des ruptures de chaînes d’approvisionnement et une augmentation des prix	29
2.1.2.	Hors de la crise Covid-19, le risque se matérialise pour de nombreux établissements.....	34
2.1.3.	Nouvel outil de mutualisation, le GHT constitue une opportunité de prévenir les risques susmentionnés	36
2.2.	Une mutualisation « intelligente » des achats doit permettre de prévenir les risques liés à la massification : recommandations en direction des établissements et des pouvoirs publics	38
2.2.1.	Les établissements peuvent utiliser les possibilités offertes par le droit de la commande publique pour prévenir les risques liés à la massification des achats	38
2.2.2.	La mutualisation au niveau du GHT doit être opérée en tenant compte des réalités de terrain et des besoins des établissements parties	42
2.2.3.	Les pouvoirs publics doivent assumer leur rôle de régulateur pour prévenir les potentiels effets pervers de la massification des achats	46
Conclusion	49	
Bibliographie	51	
Liste des annexes	I	

Liste des sigles utilisés

- ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance
- ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- AP-HM** : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
- ARS** : Agence régionale de santé
- CCIL** : Cellule de crise interministérielle logistique
- CCTP** : Cahier des clauses techniques particulières
- CDC** : Cour des comptes
- CEPS** : Comité économique des produits de santé
- CHIAP** : Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- COPERMO** : Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers
- COFIL** : Comité de pilotage
- CREF** : Contrat de retour à l'équilibre financier
- DAJ** : Direction des affaires juridiques
- DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- EMI** : Écart médicament indemnisable
- EPI** : Équipements de protection individuelle
- FFP** : Filtering Facepiece
- GCS** : Groupement de coopération sanitaire
- GHT** : Groupement hospitalier de territoire
- GIP** : Groupement d'intérêt public
- IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- MARS** : Message d'alerte rapide sanitaire
- MDD** : Mesure de maîtrise des dépenses
- MEAH** : Mission d'expertise et d'audit hospitalier
- MECSS** : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
- MITM** : Médicament d'intérêt thérapeutique majeur
- OECP** : Observatoire économique de la commande publique
- ONDAM** : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
- OPERAH** : Optimisation de la performance des achats hospitaliers
- PAAT** : Plan d'action achats de territoire
- PCR** : Réaction en chaîne par polymérase
- PHARE** : Performance Hospitalière pour des Achats Responsables

Resah : Réseau des acheteurs hospitaliers

SI : Système d'information

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

TPE/PME : Très petite entreprise / Petite et moyenne entreprise

UGAP : Union des groupements d'achats publics

UniHA : Union des Hôpitaux pour les achats

Introduction

La crise Covid-19 a constitué un défi pour les acheteurs hospitaliers, en ce qu'ils ont été confrontés à des tensions sur les chaînes d'approvisionnement ainsi qu'à une augmentation des prix de nombreux équipements de protection individuelle (EPI). Ces difficultés peuvent être expliquées par **une situation extraordinaire, la crise sanitaire, mais également par une situation ordinaire se caractérisant par un mouvement de concentration des achats hospitaliers**. Alors que la dynamique de mutualisation des achats hospitaliers a été engagée par les établissements depuis plusieurs années et a produit des résultats tangibles en matière de gains sur achats, il s'agit de se pencher sur les risques potentiels liés à la démarche de massification de la demande.

L'achat hospitalier peut être défini comme **le fait, pour un établissement public de santé, d'acquérir un produit, un service ou une prestation conformément à la réglementation relative à la commande publique**. Les achats hospitaliers constituent un enjeu essentiel pour les établissements publics de santé, pour deux raisons principales : d'une part, parce qu'ils sont un processus complexe et stratégique faisant intervenir de nombreux acteurs ; d'autre part, parce que ces achats représentent une fraction importante des dépenses de ces établissements, dans le contexte d'une contrainte financière de plus en plus forte pesant sur les hôpitaux publics.

En effet, même si les estimations concernant le volume des achats hospitaliers varient selon les différentes évaluations, ceux-ci sont extrêmement dynamiques. Ces achats représentaient, d'après la Cour des comptes, 25 Mds€ en 2015, répartis entre 19 Mds€ en fonctionnement et 6 Mds€ en investissement¹, tandis que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), estimait ceux-ci à 24,7 Mds€ en 2017, avec 23 Mds€ en fonctionnement et 1,7 Mds€ en investissement².

Les dépenses liées aux achats hospitaliers courants augmentent plus rapidement que les autres charges des établissements : la Cour des comptes relevait une augmentation de 52% en euros courants de ce poste de dépenses entre 2005 et 2015, soit un rythme moyen

¹ Cour des Comptes, *Les achats hospitaliers. Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Juin 2017.

² Source : *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux*, reprenant les chiffres de l'INSEE, 11 décembre 2019.

de plus de + 4%/an, bien plus rapide que celui de l'ONDAM – l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie³. A titre de comparaison, le total des charges des hôpitaux a augmenté, sur la même période, de 35 % - et les dépenses de personnel, fortement contenues, de seulement 28 %.

Cette augmentation considérable du volume des achats hospitaliers peut être expliquée par plusieurs facteurs : augmentation du coût des innovations en santé, vieillissement de la population et augmentation de la demande de soins, externalisation de certaines prestations à des sous-traitants (nettoyage, blanchisserie, etc.). **Elle entraîne une dégradation de l'équilibre financier des établissements dans un contexte de très faible progression des tarifs** après plusieurs années de baisse. En effet, même si les directions hospitalières ont exercé une forte pression à la baisse sur l'augmentation des dépenses de personnel pour maintenir l'équilibre financier, elles se heurtent à « l'effet ciseaux » qui se produit entre l'augmentation des charges et la stabilité des recettes.

Dans ce contexte, pour contenir ce poste de dépenses et permettre aux achats hospitaliers de constituer un levier de performance pour les établissements, **la DGOS a eu pour objectif de piloter une massification et une mutualisation des achats**, notamment à travers le programme PHARE – Performance Hospitalière pour des Achats Responsables. La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a par ailleurs renforcé la logique de mutualisation des achats, en confiant, dans le cadre de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), la fonction achats à l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement.

La mutualisation des achats hospitaliers désigne la mise en commun de leurs forces par plusieurs établissements afin d'atteindre des objectifs relatifs aux achats : disposer d'un poids accru sur les marchés de fournisseurs, réaliser des économies d'échelle, accéder collectivement aux tarifs pratiqués pour les établissements de grande taille, mais aussi sécuriser juridiquement la passation des marchés, en particulier pour les établissements de taille modeste ne disposant pas d'une cellule des marchés. **La massification, quant à elle, peut être entendue comme l'augmentation du volume et la standardisation des achats afin d'atteindre un « effet de masse »** permettant une réduction du prix unitaire de la marchandise ou du service acheté.

Les dynamiques de mutualisation et de massification de la demande doivent permettre d'utiliser les achats hospitaliers comme **un levier de performance, c'est-à-dire comme un**

³ Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, Juin 2017. L'ONDAM affiche habituellement un taux de progression variant de 2 à 3% depuis 2005 (à titre d'exemple, l'ONDAM 2019 s'établissait à +2,5%, et le taux de progression moyen 2010-2018 était de 2,28%)

outil permettant de réaliser des économies tout en maintenant une qualité de service adéquate. La performance achats n'est pas seulement économique : elle doit prendre en compte la qualité de la relation contractuelle entre acheteur et fournisseur, l'adéquation du produit au besoin ainsi que la sécurisation juridique des actes et des pratiques.⁴

Si les économies induites par la dynamique de massification et de mutualisation des achats sont importantes, quoique difficiles à quantifier compte tenu des incertitudes pesant sur la méthodologie de calcul des gains sur achats, la MECSS - Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – de l'Assemblée nationale a également relevé des risques potentiels pesant sur les établissements⁵. **En effet, la réduction du nombre de fournisseurs liée à la massification des achats induit plusieurs effets de bord : baisse de la pression concurrentielle sur certains segments d'achat et augmentation subséquente des prix** puisque le nombre de fournisseurs pouvant se porter candidats aux marchés publics mutualisés est faible, **augmentation du nombre de ruptures d'approvisionnement**, exclusion des petits opérateurs et **potentielle disparition du tissu économique local** (TPE/PME ne pouvant pas livrer les volumes prévus dans les consultations), **éventuelle baisse de la qualité de service**, perte de la compétence achat dans les établissements non support de GHT, etc.

La crise du SARS-CoV-2 (Covid-19) a vu une partie de ces risques se réaliser, en particulier celui de la rupture des chaînes d'approvisionnement. Sans présupposer que la massification des achats est l'unique responsable dans la rupture des chaînes d'approvisionnement, il convient de **s'interroger sur le rôle de la réduction du nombre de fournisseurs et de l'internationalisation des chaînes de production** dans les difficultés rencontrées par de nombreux établissements de santé pour s'approvisionner en EPI dans le cadre de la crise.

Par ailleurs, **la mutualisation des achats dans les établissements de santé est, pour certains GHT, au milieu du gué** : c'est le cas pour le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP) appartenant au GHT des Bouches-du-Rhône « Hôpitaux de Provence » : la structuration de la fonction achats dans le cadre de sa mutualisation reste inachevée. En stage dans cet établissement, j'ai voulu me pencher sur la question et étudier les facteurs expliquant les difficultés à structurer la fonction achats, mutualisée depuis le 1^{er} janvier 2018, parmi lesquels peuvent être cités la taille importante du GHT ainsi que les déséquilibres dans la taille des établissements associés.

⁴ Voir la définition de la performance des achats sur <https://www.decision-achats.fr/Definitions-Glossaire/Performance-achats-239163.htm>

⁵ *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux*, 11 décembre 2019.

Il d'agit dès lors de s'interroger sur la manière d'opérer une mutualisation « intelligente » des achats hospitaliers et de la fonction achats des établissements de santé tout en évitant les risques liés à la massification de ceux-ci.

Alors que la mutualisation *via* les centrales d'achat ainsi que la mise en place des groupements hospitaliers de territoire constituent un levier tangible de la performance des achats, la massification induit des risques considérables pour les établissements et pour le système de santé (I).

La réalisation d'une partie des risques liés à la massification, notamment dans le cadre de la crise Covid-19, ainsi que l'inachèvement de la mutualisation des achats au sein de nombreux GHT imposent de formuler des recommandations en direction des établissements et de la tutelle afin de mettre en commun les achats hospitaliers sans les mettre en péril (II).

Précisions méthodologiques

La présente étude a vocation à **coupler une analyse globale de la mutualisation des achats hospitaliers en France ainsi que ses conséquences et une observation sur le terrain de la situation d'un établissement, le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis**. L'originalité de cet établissement tient au fait que malgré une taille relativement importante – 944 lits et places – le CHIAP n'est pas établissement support de GHT et a dû confier la compétence achats à l'établissement pivot de GHT⁶, l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), ce qui constitue une évolution dans les pratiques potentiellement vécue comme une dépossession par les agents.

Des entretiens qualitatifs menés à l'été 2020 ont permis de compléter l'analyse bibliographique. Si les rapports institutionnels de la Cour des comptes et de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ont constitué une base très riche pour alimenter la réflexion sur les achats hospitaliers, les entretiens qualitatifs menés auprès des acteurs de terrain au sein du GHT « Hôpitaux de Provence » et en dehors ont permis d'étoffer l'étude et de faire le lien entre une étude globale, abstraite, et l'expérience concrète d'un établissement de santé.

Malgré ses limites, cette étude a cherché à **faire transparaître la diversité des points de vue** entre établissement support et établissement partie, entre centrale d'achats et pouvoir politique, **tout en proposant plusieurs pistes opérationnelles**, en direction des managers des établissements de santé mais aussi de la tutelle, afin de tirer parti de la mutualisation tout en prévenant le mieux possible les risques liés à la massification des achats. En effet, compte tenu de l'environnement financier très contraint caractérisant l'hôpital public, la performance de l'achat hospitalier est un enjeu pour tous les directeurs d'hôpital et les régulateurs du système de santé, qui doivent pouvoir opérer des choix stratégiques éclairés en matière d'achats hospitaliers.

Le travail présenté *infra* présente néanmoins des limites :

- **L'une des principales limites est la difficulté à recueillir des données fiables et à jour concernant les achats hospitaliers**. Au niveau d'un établissement, il est possible de connaître les montants liés aux achats courants (comptes 60-61-62 du plan comptable hospitalier), mais le recueil des données est plus difficile au niveau

⁶ L'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 a modifié l'article L. 6132-3.-I. du Code de la santé publique et dispose que « l'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement : {...} la fonction achats ».

du GHT – une unique cartographie des achats du GHT Hôpitaux de Provence date de 2017).

Par ailleurs, au plan global, le calcul des gains achats fait l'objet d'une controverse, en ce que ce calcul présenterait des « *lacunes méthodologiques graves*⁷ » : **outils peu rigoureux, gains surévalués voire comptés plusieurs fois**, à la fois par les centrales d'achat et par les établissements qui bénéficient des marchés négociés par ces centrales. Les gains achats, calculés par rapport à une situation de référence, sont une mesure économique et ne peuvent pas être traduits en gains budgétaires pour les établissements. Même si la DGOS a publié une méthodologie de valorisation de la performance achat afin d'harmoniser les pratiques des acteurs⁸, les incertitudes concernant la mesure des gains achats en font un outil délicat à utiliser.

- **L'étude d'un seul GHT, celui des Bouches-du-Rhône, ne saurait valoir pour l'ensemble des 135 GHT, caractérisés par une forte hétérogénéité**, tant dans leur taille que dans l'avancée dans la mise en œuvre des fonctions support mutualisées : certains GHT ont déjà terminé la structuration de leur fonction achat de territoire et disposent d'un système d'information (SI) commun.
- **Enfin, le faible nombre de travaux d'économétrie sur les conséquences réelles des situations oligopolistiques dans le secteur de la santé ne nous permet que de poser des hypothèses** et non d'évaluer précisément l'ampleur des risques liés à la massification, notamment concernant la baisse de la pression concurrentielle dans le secteur de la santé.

⁷ *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux*, Partie I.B « Au cœur du programme PHARE, un lien discutable entre gains d'achats et économies budgétaires à l'hôpital », 11 décembre 2019.

⁸ Direction générale de l'offre de soins, *Guide opérationnel de valorisation de la performance achat*, programme PHARE, Juillet 2019

1 Si la mutualisation constitue un levier indubitable de la performance des achats hospitaliers, la massification qu'elle entraîne est porteuse de risques considérables pour les établissements ainsi que pour le système de santé

Alors que la mutualisation des achats a agi comme un levier de performance depuis le milieu des années 2000, impulsé par les pouvoirs publics ainsi que par les établissements eux-mêmes (1.1.), la massification induite par les mutualisations successives est à la source de risques considérables, à la fois pour les établissements et pour le système de santé (1.2.).

1.1. La mutualisation des achats a agi comme un levier de performance depuis le milieu des années 2000

1.1.1. Une mutualisation progressive de la fonction achats a permis d'utiliser les achats hospitaliers comme un levier de performance

- **La contrainte financière pesant sur les hôpitaux dans le cadre de l'ONDAM et la difficulté à continuer à contenir les dépenses de personnel implique d'utiliser la fonction achats comme un levier de performance**

Mis en place avec la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 1996, l'ONDAM est l'outil principal permettant de réguler, au niveau macro, les dépenses de l'Assurance maladie. Depuis le milieu des années 2000, l'ONDAM a fait l'objet d'une forte pression des pouvoirs publics afin de limiter son augmentation : d'un taux d'augmentation moyen de 4,78% entre 2000 et 2009, l'ONDAM réalisé est passé à un taux d'augmentation annuel moyen de 2,28% entre 2010 et 2018⁹.

Son découpage en sous-objectifs depuis la loi organique relative aux LFSS en 2005¹⁰ et la fusion des dépenses hospitalière en un seul sous-objectif, « Dépenses relatives aux établissements de santé » (82,7 Mds€ en 2019) permet aux pouvoirs publics de disposer d'un pouvoir de contrôle réel des dépenses de santé. Cette exigence démocratique a néanmoins

⁹ Source : Rapport d'information n° 40 (2019-2020) de Mme Catherine DEROCHE et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 9 octobre 2019

¹⁰ Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

été à l'origine d'une forte pression sur les administrations hospitalières, dans la mesure où **alors que l'augmentation tendancielle des dépenses s'établissait à environ +4%/an, l'ONDAM en général et le sous-objectif relatif aux dépenses des établissements de santé en particulier, ont fait l'objet d'une modération importante.**

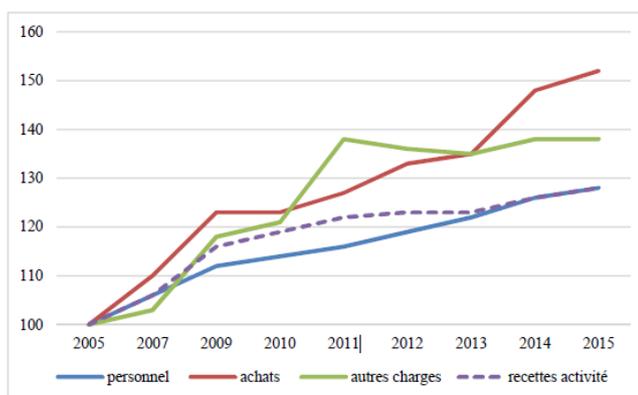
Cette forte modération de l'ONDAM hospitalier se répercute sur les dépenses des établissements. Si la modération salariale a été l'un des principaux leviers utilisés – avec, au plan national, le gel du point d'indice et au plan local, de nombreuses mesures visant à réduire les charges de personnel, comme la renégociation des accords locaux, les non-remplacements de départs à la retraite, etc. – **les marges de manœuvre sont aujourd'hui très réduites concernant les dépenses de personnel.**

En effet, les dépenses de personnel, qui représentent environ 60 à 65% des dépenses des établissements publics de santé (EPS), sont, à l'heure actuelle, considérablement moins élastiques qu'auparavant, dans la mesure où la revue des maquettes organisationnelles atteint ses limites et que le glissement vieillesse-technicité doit être pris en compte. Les mobilisations sociales successives ainsi que, très récemment, les mesures salariales décidées dans le cadre du Ségur de la Santé¹¹, montrent que la modération des dépenses de personnel atteint ses limites et suppose d'agir sur d'autres postes de dépenses.

Parmi les postes de dépenses pouvant être modérés ou réduits, les achats hospitaliers ont donc émergé comme sujet de préoccupation, et ce dès la fin des années 1990. D'après la Cour des comptes, les dépenses d'achat en fonctionnement représentaient, en 2015, 18.7 Mds€, soit 27% des charges des EPS (contre 24% en 2005)¹². Cette préoccupation est d'autant plus prégnante que les dépenses liées aux achats augmentent plus vite que les autres charges, ainsi que les recettes liées à l'activité.

Evolution 2005-2015 tous EPS (base 100 en 2005) – Graphique issu du rapport de la Cour des comptes sur les achats hospitaliers

Entre 2005 et 2015, les dépenses liées aux achats courants ont



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

augmenté de 52% tandis que les dépenses de personnel ont augmenté de 28% et que le total

¹¹ Ministère des Solidarités et de la Santé, *Dossiers de presse « Accords du Ségur de la Santé : Carrières, métiers et rémunérations »* et « *Les conclusions du Ségur de la Santé* », juillet 2020

¹² Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, Juin 2017.

des charges a augmenté de 35%. Au plan des recettes, celles liées à l'activité ont augmenté de 28%.

La forte augmentation des dépenses liées aux achats, qui peut être en partie expliquée par plusieurs facteurs – externalisation d'une partie des fonctions support (blanchisserie, nettoyage) et coût de l'innovation en santé avec la mise sur le marché de molécules onéreuses – **est donc devenue un enjeu de modération des dépenses hospitalières.**

Le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis ne fait pas exception à la règle : **dans le cadre de son COPERMO Performance** (Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers) / **CREF** (Contrat de retour à l'équilibre financier), **l'une des principales mesures de maîtrise des dépenses (MDD) a pour objet de renforcer l'efficacité de la politique achat, par des gains achats annuels d'au moins 3% du total des achats.** Cet objectif est atteint grâce au recours plus important à la mutualisation, notamment pour les dispositifs médicaux, par la mise en concurrence systématique des trois centrales d'achat nationales (UniHA, UGAP, RESAH), et par la pratique habituelle du *sourcing*, c'est-à-dire la démarche active menée par l'acheteur afin « *d'identifier les fournisseurs susceptibles de répondre à son besoin ainsi que les caractéristiques des biens susceptibles d'y répondre* »¹³.

Les résultats annoncés par le CHIAP (7,1% de gains achats en 2017 et 9% en 2018), même si la méthodologie de calculs des gains achats est discutable, montrent que les achats constituent encore, pour certains établissements, **un secteur à fort potentiel d'économies.**

- **Face à l'augmentation de l'enjeu financier lié aux achats, les pouvoirs publics se sont mobilisés pour structurer et optimiser la fonction achats dans les établissements**

Les pouvoirs publics se sont saisis de la question des achats hospitaliers, non plus sous l'angle du respect des règles liées à la commande publique, mais plutôt sous celui de la stratégie et de la performance, à partir des années 2000. En effet, suite à une mission de contrôle réalisée dans 4 CHU, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), a intitulé l'une des parties de son rapport annuel en 1997 « *Les achats hospitaliers, une préoccupation injustement négligée*¹⁴ » et montré la nécessité d'une action publique portant spécifiquement sur les achats des établissements de santé. Entre 2005 et 2007, la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), ancêtre de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP),

¹³ Source : <http://www.acheteurs-publics.com/marches-publics-encyclopedie/sourcing---dialogue-technique---sourcing---marches-publics>

¹⁴ Inspection générale des affaires sociales, *Rapport annuel 1997*, deuxième partie.

créée en 2009, a mené le projet « Optimisation de la performance des achats hospitaliers » (OPERAH), dont le principal objectif était **la structuration d'un réseau d'acheteurs et l'échange de bonnes pratiques**.

Le programme PHARE, lancé par la DGOS en 2011, a pris le relais et constitue aujourd'hui l'outil principal d'accompagnement des établissements pour « *dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire* »¹⁵. **Le programme PHARE** se déroule en plusieurs phases (2012-2014, 2015-2017 et aujourd'hui 2018-2022) et a pour objectif de renforcer la performance des achats hospitaliers par plusieurs actions :

- **L'échange de bonnes pratiques entre acteurs hospitaliers** : celui-ci passe par la mise en œuvre par les ARS d'une politique régionale « achats » et par les vagues du projet « ARMEN » dont le but est de mettre à disposition des managers publics des outils opérationnels pour assurer la diffusion de ces bonnes pratiques.
- **La structuration de la fonction achat dans les établissements**, notamment dans le contexte de la mise en place des GHT. Il s'agit de renforcer la professionnalisation des acheteurs mais aussi d'appuyer les établissements dans la mise en place de leur fonction mutualisée de GHT.
- **La recherche de gains achats par le dialogue entre acheteurs et prescripteurs, par la massification de la demande et par l'activation de nouveaux leviers d'efficience** (achats complexes et innovants, optimisation de la logistique hospitalière).

La mutualisation des achats est donc l'un des principaux leviers des pouvoirs publics pour optimiser l'achat hospitalier et agir sur la performance de la fonction achats.

1.1.2. La mutualisation par le biais de structures nationales et régionales voire infrarégionales a permis aux établissements de dégager des gains achats réels

- **La mutualisation est passée par les centrales d'achats et les groupements de commandes pour remédier à l'éclatement du paysage de l'achat hospitalier**

Les achats hospitaliers se caractérisent par **un paysage éclaté des acheteurs finaux** : en 2017, la Cour des comptes relevait que « *l'acte d'achat était dispersé entre 878*

¹⁵ Présentation du programme PHARE sur le site du ministère des Solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/phare-11061/article/le-programme-phare>

établissements, de taille extrêmement hétérogène, et très inégalement en mesure de définir une véritable stratégie d'achat, faute d'une professionnalisation suffisante »¹⁶. Dès avant la mise en place des GHT, les établissements ont donc cherché à se regrouper afin de massifier la demande et de bénéficier des meilleurs prix. **Cette mutualisation est donc passée par des dispositifs d'intermédiation.** Les établissements publics de santé utilisent prioritairement les centrales d'achat publiques ainsi que les groupements de commandes.

- **Les centrales d'achats** permettent aux EPS de procéder directement à un achat, sans publicité ni mise en concurrence préalable¹⁷, la procédure mise en œuvre par la centrale étant réputée respecter cette obligation. La plupart du temps, les centrales d'achat jouent **le rôle d'intermédiaire grâce à des accords-cadres** fixant des prix *maxima*, les établissements ayant recours à des marchés subséquents. **Plus rarement, la centrale joue le rôle de grossiste** : elle est pouvoir adjudicateur et les établissements peuvent lui acheter les produits, ce qui, à défaut d'obtenir les meilleurs prix, permet de donner une réelle souplesse aux établissements.
- **Les groupements de commandes permettent à des établissements réunis par une convention *ad hoc* de réaliser des achats mutualisés.** Un établissement support gère généralement la procédure pour le compte de l'ensemble des membres. Si le groupement de commandes n'a pas la personnalité morale, plusieurs établissements peuvent constituer un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou un groupement d'intérêt public (GIP) pour par exemple réaliser plusieurs transactions ou gérer un segment d'achat dans sa totalité.

Trois opérateurs nationaux – UniHA (Union des hôpitaux pour les achats), l'UGAP (Union des groupements d'achats publics) et le RESAH (Réseau des acheteurs hospitaliers) – utilisent les dispositifs évoqués *supra* pour mutualiser les achats hospitaliers et massifier la demande. Leur service est généralement rémunéré par le versement d'une cotisation de l'établissement adhérent au groupement d'achat, par un système de lignes de cotisations par produit ou groupe de produits/services.

Centrale	Structure et spécialités	Nombre d'EPS adhérents	Montant des achats mutualisés
UniHA	GCS Spécialité : médicaments et dispositifs médicaux Chaque segment d'achat est confié à un CHU ou à un petit groupe d'établissements	900 EPS et 95 établissements supports de GHT en octobre 2019	4,2 Mds€ en 2019

¹⁶ Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, juin 2017

¹⁷ Article 26 de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics

UGAP	EPIC (établissement public industriel et commercial) Généraliste ; Secteurs : dispositifs médicaux et informatique	NC	600 M€ dans le secteur hospitalier en 2018 (3,5 Mds€ au total)
RESAH	GIP	700 établissements de santé adhérents dont 128 établissements supports de GHT	1,2 Mds€ en 2019

D'après la DGOS, ces trois opérateurs nationaux cumulaient, en 2018, 27% du volume total des achats hospitaliers. Le processus de mutualisation est rapide, puisque le rapport de 2017 de la Cour des comptes indiquait qu'en 2016, seuls 22% des achats étaient mutualisés (mutualisation par les centrales d'achats ou par d'autres dispositifs).

A ces centrales nationales s'ajoutent des groupements régionaux et infrarégionaux, très nombreux : un état des lieux effectué par le Resah comptait **166 groupements d'achats locaux en 2015**. Ces groupements sont de taille hétérogène : ils sont portés par des EPS de taille diverse et associent souvent des établissements médico-sociaux. Certains n'atteignent parfois pas une taille critique pour bénéficier de tarifs avantageux et de remises sur chiffre d'affaires. Dans le cadre du programme PHARE, depuis 2014, les ARS sont chargées de rationaliser le paysage des groupements d'achats locaux afin que ces groupements atteignent une envergure régionale ou interrégionale.

Le nombre important de ces groupements et leur inégale structuration a poussé la Cour des comptes à s'interroger sur leur pertinence et la probable redondance des groupements locaux avec les groupements nationaux, évoquant une offre de mutualisation « foisonnante et non maîtrisée »¹⁸. Interrogé sur la question, Bruno Carrière, directeur général d'UniHA, rappelle que si certains groupements locaux sont très structurés comme le GCS *Achats du Centre*, de nombreux opérateurs locaux ont été créés pour des raisons politiques, sans que la rationalité économique de ces groupements se vérifie¹⁹. **Par ailleurs, avec la mise en place des GHT, la question de la redondance se pose d'autant plus fortement qu'un nouvel échelon de mutualisation se surajoute potentiellement aux dispositifs d'intermédiation nationaux, régionaux et locaux.**

¹⁸ Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, 2017, p.10.

¹⁹ Entretien réalisé le 4 septembre 2020

- **La part des achats mutualisés dépend certes des établissements, mais aussi des segments d'achat**

D'après l'étude de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes, **le recours aux groupements se fait de façon très variable selon les hôpitaux**. A titre d'exemple, en 2015, alors que l'AP-HP n'avait recours aux achats mutualisés que pour 1% du volume de ses commandes – la taille critique de l'AP-HP fait que le recours à la mutualisation ne présente pas d'intérêt financier immédiat – le CHI Meulan les Mureaux y avait recours pour 91% de ses achats²⁰.

Le taux de mutualisation dépend par ailleurs des segments concernés : alors que pour les médicaments, les achats mutualisés représentent 62% du volume total (avec une prééminence importante d'UniHA sur ce segment), pour les dispositifs médicaux, les achats étaient réalisés, en 2015, quasi-exclusivement par les établissements directement, notamment parce que ce type d'achat dépend souvent fortement des choix et des habitudes des équipes hospitalières.

- **Les gains liés à la dynamique de mutualisation sont réels mais difficiles à évaluer**

La mutualisation des achats permet des gains considérables pour les établissements. Ces gains sont financiers, mais concernent également **la sécurisation juridique des procédures**, notamment pour les petits établissements, qui ne disposent pas d'une cellule des marchés ou d'un service juridique en propre. Le passage par une centrale nationale permettrait par ailleurs une meilleure transparence des procédures et la prévention d'une partie des conflits d'intérêt, dans la mesure où l'acheteur final n'est pas celui qui réalise la mise en concurrence préalable : le fournisseur n'a pas intérêt à contacter l'acheteur final dans le cadre d'une procédure d'accord-cadre par exemple. Il est néanmoins nécessaire de noter que la question des conflits d'intérêts n'est que déplacée sur les groupements de commande et pas complètement supprimée.

La massification de la demande liée à la technique de l'intermédiation (centrales d'achats, groupement de commandes) a permis des gains financiers importants, **notamment par la baisse des prix liée aux économies d'échelle et au plus grand pouvoir de négociation des groupements d'achats face aux fournisseurs**. Pour le seul secteur des médicaments,

²⁰ Ibid., p.46.

selon la DGOS, la mutualisation aurait permis, en dix ans, de réaliser environ 45M€ d'économies par an, exclusivement sur le prix des médicaments²¹.

Par ailleurs, la mutualisation permettrait aux établissements de taille moyenne ou modeste de **bénéficier des mêmes prestations et prix que les plus grands établissements, souvent plus faibles**. A titre d'exemple, sur le GHT Hôpitaux de Provence, la directrice des achats, des approvisionnements et des services logistiques de l'AP-HM, Jeanne de Poulpiquet, estime que les petits établissements du GHT – qui en compte 13 – peuvent, dans le cadre de la mutualisation des achats au niveau du GHT, attendre un alignement par le bas des prix pratiqués sur ceux de l'AP-HM et ainsi dégager des gains achats conséquents, dépassant largement les 3% annuels demandés par la DGOS²².

Si l'existence de gains financiers liés à la mutualisation est indéniable, leur montant fait l'objet d'une incertitude. La DGOS a annoncé, pour le programme PHARE, des gains de 810 M€ sur la période 2012-2014, 1,58 Mds€ entre 2015 et 2017 et a fixé un objectif de 2,6 Mds€ sur la période 2018-2022. La centrale UniHA, après avoir atteint un point haut en 2017 du fait de la conjonction de l'ouverture à la concurrence du secteur de l'énergie et de gains considérables réalisés sur le secteur du médicament, estime pouvoir continuer à dégager des gains de l'ordre de 150 M€ par an pendant plusieurs années²³.

La MECSS de l'Assemblée nationale relevait que l'instrument des gains achats était souvent « *déconnecté de la réalité [...] fictif, [...] et un indicateur invérifiable* »²⁴. **Ne pouvant être traduit en gains budgétaires, l'indicateur des gains achats permet de valoriser la fonction achats des établissements, mais ne rend pas possible l'objectivation des effets bénéfiques de la mutualisation.**

1.1.3. Le GHT : une nouvelle étape pour la mutualisation des achats

- **Le principe : l'établissement support assure pour le compte des établissements parties la fonction achats**

La dynamique de mutualisation, déjà bien avancée dans le cadre des groupements d'achats, est relancée par la mise en place des groupements hospitaliers de territoire. En effet,

²¹ Ibid., p.46.

²² Entretien réalisé le 24 juillet 2020.

²³ Entretien avec Bruno Carrière, directeur général d'UniHA, Frédéric Robelin, directeur relations établissements et Coralie Dobrenel, Ambassadrice Sud Est UniHA, réalisé le 4 septembre 2020

²⁴ *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux*, 11 décembre 2019.

l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dispose que « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement : [...] la fonction achats* ».

Conformément à cette nouvelle disposition, **les GHT doivent mettre en place une organisation mutualisée des achats à partir du 1^{er} janvier 2018**. Cette mutualisation s'inscrit « *dans le cadre plus général de la politique d'optimisation des achats hospitaliers* »²⁵ pilotée par la DGOS. Il s'agit de mettre en commun les expertises et les ressources rares au sein du GHT pour mettre en place une politique achat efficiente, au service du projet médical partagé du GHT. Plus précisément, l'établissement support assure les missions suivantes :

- L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat ;
- La planification et la passation des marchés ;
- Le contrôle de gestion des achats²⁶.

Les établissements parties, eux, font remonter leurs besoins et assurent l'exécution des marchés publics. Les GHT se dotent d'outils pour piloter leur stratégie achats, en particulier les PAAT (Plans d'actions achats de territoire), qui visent à centraliser et identifier les gains d'achats potentiels, mais aussi les actions menées, par chacun des établissements parties au GHT et collectivement, pour améliorer la performance achats globale du GHT.

Cette nouvelle organisation de la fonction achats constitue une opportunité de mutualisation supplémentaire, qui pourrait **se traduire par le maintien de gains achats alors que le processus de mutualisation est déjà largement engagé**. Dans son bilan d'étape sur la mise en œuvre des GHT, l'IGAS relevait que « *les gains sur achats sont maintenus, mais ne paraissent pas progresser avec les GHT. La sécurité juridique des procédures a sans doute gagné* »²⁷. Néanmoins, le degré de mutualisation des achats au niveau du GHT – mutualisation qui doit être achevée au 31 décembre 2020 – est inégal selon les territoires.

○ **Hétérogène selon les territoires, la mutualisation des achats au niveau des GHT reste inachevée**

Si elle relève que « *l'état des mutualisations des fonctions support est très hétérogène* »²⁸, l'IGAS convient que le domaine des achats est le plus avancé des fonctions mutualisées. **En**

²⁵ DGOS, *Guide méthodologique « La fonction achat des GHT »*, mai 2017, Introduction.

²⁶ Article R.6132-16 du Code de la Santé publique

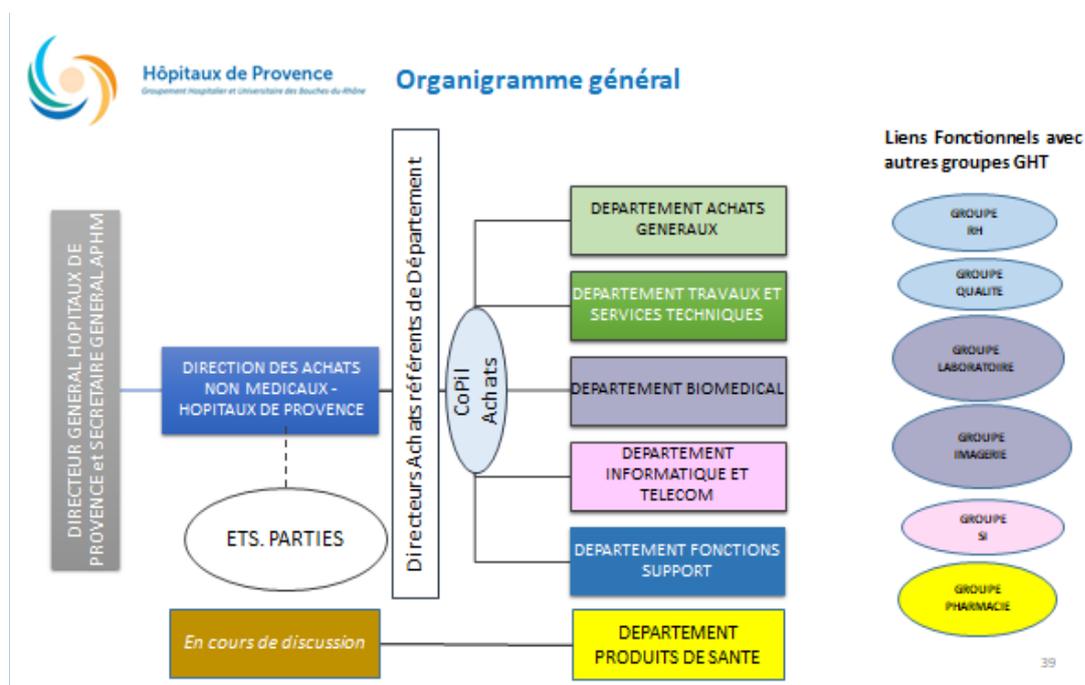
²⁷ Inspection générale des affaires sociales, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Décembre 2019, §18

²⁸ Ibid. §14

effet, en 2019, plus de 80% des GHT déclarent disposer d'une direction des achats commune. La mission de l'IGAS estime que le déploiement des groupements d'achats régionaux reste lent, sans mettre fin aux groupements locaux, qui s'intègrent à la démarche des GHT. Elle remarque « un recours croissant aux opérateurs nationaux, auxquels les établissements de taille moyenne ou petite n'avaient pas accès jusqu'alors »²⁹.

Le rapport de l'IGAS insiste sur la **nécessité d'une co-construction de la stratégie achats** entre un établissement support et les autres établissements du GHT. A titre d'exemple, le GHT « Hôpitaux de Provence », compte tenu des vives inquiétudes exprimées par les établissements parties, a fait le choix d'une logique de coopération³⁰, en évitant une centralisation complète de la fonction achats sur l'établissement marseillais. Toujours en cours de structuration, la fonction achats de GHT est organisée de façon à associer les responsables achats des établissements parties :

- D'une part, **un comité de pilotage (COPI) Achats** a été mis en place et associe tous les responsables achat des établissements parties ;
- D'autre part, **pour chaque département identifié, deux co-responsables** (qui seront nommés début 2021), l'un provenant de l'AP-HM (puisque cet établissement représente près des ¾ des achats du GHT en volume) et l'autre d'un autre établissement partie, seront chargés de définir et appliquer la stratégie achats du GHT (voir annexe n°4).



²⁹ Ibid. §190

³⁰ Entretien avec Jeanne de Poulpiquet, dir. achats AP-HM, réalisé le 24 juillet 2020

Organigramme de la fonction achats du GHT « Hôpitaux de Provence » validé par le comité stratégique du GHT

Le GHT « Hôpitaux de Provence » rencontre des difficultés à structurer sa fonction achats. **Ces difficultés s'expliquent par la taille importante du GHT** (13 établissements parties et 1 établissement associé, 9300 lits et places, un bassin de population de 2 millions de personnes), mais aussi **par les lourdeurs des processus dans le 3^e CHU de France**³¹. Le choix a donc été fait de prioriser les actions :

- Mise en place d'un processus achat de GHT, depuis la définition du besoin jusqu'à l'exécution du marché, notamment grâce à un SI commun et une harmonisation des procédures ;
- Démarche de professionnalisation des acheteurs et accompagnement des filières avec un développement du *sourcing* et de la relation avec les fournisseurs³².

Les établissements du GHT « Hôpitaux de Provence » bénéficient de la mise en place de marchés mutualisés : à titre d'exemple, sur les équipements de biologie, J. de Poulpiquet a déclaré que la nouvelle stratégie achats avait permis de dégager 2,3 M€ de gains sur achats sur 4 ans de marché³³. Le principal défi à relever est aujourd'hui de **faire converger tous les marchés** : l'un des leviers envisagés, dans le cadre du projet médical partagé, était la création d'un livret thérapeutique commun au GHT, qui permettrait de réduire le nombre de références et d'harmoniser les pratiques sur la base d'un projet médico-soignant. Compte tenu du grand nombre d'équipes médicales devant travailler ensemble, ce projet n'a pas encore abouti.

La nouvelle organisation mutualisée des achats au niveau du GHT permet des gains potentiels mais participe également de la massification globale des achats et est porteuse de risques pour les établissements. Certains établissements parties estiment par ailleurs être dépossédés de leur fonction achats sans que les bénéfices liés à cette nouvelle mutualisation soient tangibles.

*

³¹ Entretien réalisé le 15 mai 2020 avec Fabienne Guerra, responsable des achats et de la logistique au CHIAP, adjointe à la directrice des moyens opérationnels.

³² Entretien avec Jeanne de Poulpiquet, directrice des achats de l'AP-HM et du GHT, réalisé le 24 juillet 2020

³³ Ibid.

1.2. La massification induite par les mutualisations successives occasionne des risques importants pour les établissements de santé

1.2.1. La situation oligopolistique créée par la baisse du nombre de fournisseurs induit des risques considérables pour les EPS et pour le système de santé

○ **La réduction de la pression concurrentielle crée une situation oligopolistique sur certains segments d'achats**

Le recours de plus en plus fréquent aux achats mutualisés implique une forte massification de la demande. En effet, pour certains produits, **les volumes commandés via les centrales d'achat nationales sont extrêmement importants** : la cheffe du pôle Pharmacie du CHIAP, le Dr Chaudoreille³⁴, prend l'exemple des produits tels que les seringues ou les perfusions pour montrer que ce type de marchés en groupements de commandes réduit *de facto* le nombre de fournisseurs pouvant se porter candidats. La nécessité pour les candidats d'être en mesure de fournir des milliards d'unités pour un produit donné implique que seuls trois ou quatre fournisseurs soient en mesure répondre à des marchés de cette ampleur sur certains segments d'achat.

Par ailleurs, les cahiers des charges des centrales d'achat, par le biais du CCTP (Cahier des clauses techniques particulières), **imposent souvent des obligations de stocks de 3 à 6 mois, pour les médicaments notamment, qui sont inatteignables pour les petits opérateurs**. Ces exigences, même si elles ont pour objectif de réduire le risque de ruptures d'approvisionnement, excluent *de facto* les laboratoires de taille modérée ainsi qu'un grand nombre de fournisseurs sur plusieurs segments d'achat.

Cette situation oligopolistique créée pour certains produits induit une baisse de la pression concurrentielle pour la fourniture de produits et de services en santé. La concurrence, entendue comme « *l'organisation de mécanismes d'offre et de demande de biens ou de services permettant d'obtenir une répartition (optimale) des ressources disponibles* »³⁵ permet **d'éviter qu'un fournisseur ne se trouve en position dominante et qu'il ait l'occasion d'en abuser**. La question de la concentration dans le secteur de la santé est saillante, en ce qu'elle est porteuse de risques à la fois pour les établissements et pour le système de santé en général (augmentation des prix, ententes, abus de position dominante). A titre d'exemple, en 2017, l'Autorité de la concurrence relevait, lors du rachat d'Anios par Ecolab, leader mondial

³⁴ Entretien réalisé le 15 juillet 2020

³⁵ Marc Guillaume, « La concurrence en économie de la santé : une liaison difficile mais légitime », *Les Tribunes de la santé*, 2007/2 (n° 15), p. 23-29. DOI : 10.3917/seve.015.0023. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2007-2-page-23.htm>

sur les produits et services d'hygiène, « *des risques d'augmentation des prix des produits de nettoyage à destination des industries pharmaceutique et cosmétique* » ainsi qu'un « *risque de réduction significative de la concurrence sur le marché des produits de nettoyage à destination du secteur de la santé et des lessives industrielles destinées aux hôpitaux* »³⁶.

- **Le pouvoir de marché de certains fournisseurs peut induire une hausse des prix, sur le secteur du médicament notamment**

Le secteur du médicament constitue une part considérable des achats hospitaliers. En effet, en comptant les médicaments hors liste (financés principalement par la tarification à l'activité), ceux de la liste en sus (dont le financement est spécifique) ainsi que les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation, **la dépense de médicament représentait 5,8 Mds€ en 2015, soit 28% du total des achats des EPS**. Cette dépense est extrêmement dynamique, dans la mesure où le coût de l'innovation en santé est très important.

L'achat de médicament est fortement mutualisé, avec 62% d'achats mutualisés en 2015. Au CHIAP, les achats de médicaments sont quasi-exclusivement intermédiés : d'après le Dr Chaudoreille et Cécile Perrin, 99% du montant de ces achats sont réalisés via une centrale nationale³⁷. La mutualisation des achats de médicaments au niveau du GHT s'est faite par le passage par une centrale commune, ce qui n'a pas entraîné de modifications des pratiques au niveau de la pharmacie du CHIAP.

Un taux de mutualisation important ne signifie pas pour autant une baisse des prix : le montant des achats de médicaments du CHIAP (30 M€ environ) a augmenté de 2M€ entre 2018 et 2019. Cette augmentation peut certes être expliquée par une augmentation des volumes (activité dynamique, patients chroniques traités plus longtemps), mais l'augmentation des prix est, d'après le Dr Chaudoreille, très significative³⁸.

La hausse du prix des médicaments peut être en partie expliquée par le coût de l'innovation en santé. Néanmoins, des hausses de prix sont également constatées dans plusieurs pays sur des molécules anciennes dont le coût de recherche et développement a largement été amorti, ou sur des génériques³⁹. **Cette hausse des prix serait donc également**

³⁶ Communiqué de presse de l'Autorité de la concurrence du 1^{er} février 2017 : <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/fr/communiqués-de-presse/1er-fevrier-2017-produits-dentretien-et-dhygiene-professionnels>

³⁷ Entretien réalisé le 15 juillet 2020.

³⁸ Entretien réalisé le 15 juillet 2020

³⁹ Jean-Yves Paillé, « Quand les prix des anciens médicaments augmentent plus vite que ceux des nouveaux », *La Tribune*, 7 octobre 2016, accessible sur internet : [https://www.latribune.fr/entreprises-](https://www.latribune.fr/entreprises-louise)

due à la concentration du secteur, qui réduit la pression concurrentielle : dans son rapport de 2017, la Cour des comptes relevait ainsi que « *le poids des vingt premiers laboratoires n'a cessé de croître sur la période sous revue, avec un pic en 2014 de leur chiffre d'affaires à hauteur de près de 1,2 Mds€* »⁴⁰.

Dans le même rapport, la Cour des comptes souligne que **les remises sur chiffre d'affaires consenties par les laboratoires aux EPS** – qui permettent aux établissements de contourner le dispositif de l'écart médicament indemnisable – **constituent un obstacle à la baisse globale des prix de certaines molécules** dans la négociation nationale entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les fournisseurs. Par ailleurs, **les asymétries d'information** entre des acheteurs hospitaliers encore dispersés et les fournisseurs font que « *seuls quelques établissements peuvent espérer tirer bénéfice des procédures actuelles d'achat, soit en raison de leur poids, soit exceptionnellement, parce que le jeu d'acteurs offre une occasion de meilleure négociation* »⁴¹.

Qu'est-ce que l'écart médicament indemnisable (EMI) ?

L'EMI est un dispositif permettant, en cas de négociation d'un prix d'achat d'un médicament inférieur au prix de vente publié au Journal officiel (prix fabricant négocié et publié par le Comité économique des produits de santé), **un partage de l'économie réalisée entre l'établissement de santé et l'Assurance maladie**.

L'EMI est utilisé pour les médicaments de la liste en sus ainsi que pour les spécialités rétrocedées. Son objectif est de faire bénéficier le financeur – l'Assurance maladie – des fruits de la négociation des établissements avec les fournisseurs, sans pour autant retirer aux EPS l'incitation à négocier.

Si le principe de l'EMI est simple, il est concrètement largement détourné. La Cour des comptes relevait en 2017, « *les réticences des fournisseurs à afficher des prix inférieurs au tarif de responsabilité du CEPS dans la crainte d'une renégociation à la baisse de ce dernier par le comité* »⁴². **Les établissements sont par ailleurs peu disposés à partager les gains négociés**, dans le contexte d'une situation financière difficile pour nombre d'entre eux. La volonté d'éviter le recours au dispositif de l'EMI a donc poussé les établissements à négocier d'autres types de remises en privilégiant des gains non tarifaires : unités gratuites, intéressement sur prestation logistique (optimisation du nombre

[finance/industrie/chimie-pharmacie/quand-le-prix-des-anciens-medicaments-augmentent-plus-vite-que-les-autres-605766.html](https://www.courdescomptes.be/fr/finance/industrie/chimie-pharmacie/quand-le-prix-des-anciens-medicaments-augmentent-plus-vite-que-les-autres-605766.html)

⁴⁰ Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, juin 2017, p.86

⁴¹ Ibid. p.95

⁴² Ibid. p. 92

de commandes notamment), escompte, remises sur chiffre d'affaires, sur volume ou en fin d'année.

Le contournement de l'EMI fait que ce dispositif ne permet pas d'exercer une pression à la baisse sur le prix des médicaments.

Enfin, sur le marché du médicament, **la pratique dite du « couplage »** (les remises sont accordées par les fournisseurs contre un engagement à se fournir auprès d'eux, au-delà de la spécialité concernée par la remise, pour d'autres spécialités sur le marché concurrentiel) **fausse le jeu de la concurrence**, comme l'a relevé l'Autorité de la concurrence dès 2003 pour le laboratoire pharmaceutique Novartis⁴³.

- **La réduction du nombre de fournisseurs peut occasionner des difficultés voire des ruptures d'approvisionnement**

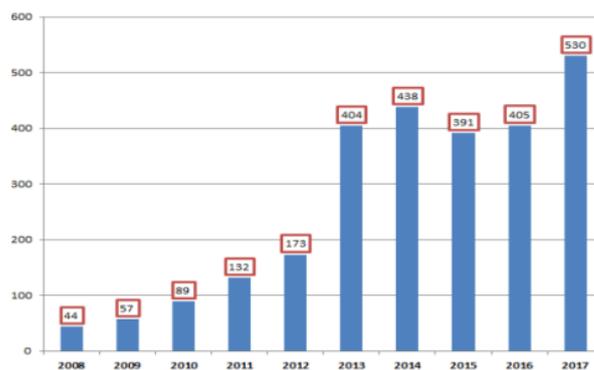
La baisse du nombre de fournisseurs sur un marché donné est de nature à provoquer des difficultés d'approvisionnement pour les établissements de santé, et ce pour deux raisons principales :

- Au plan logistique, la réduction du nombre de points de stockage des fournisseurs est de nature à **allonger les délais de livraison** (puisque les distances à parcourir pour effectuer ces livraisons sont plus importantes), ce qui pourrait entraîner des difficultés d'approvisionnement, pour les articles en hors stock notamment – c'est-à-dire les articles qui sont commandés en cas de besoin et dont les établissements ne gardent pas de stock dédié au sein de leur magasin général. La réduction du nombre de points de stockage **augmente par ailleurs les coûts d'acheminement**.
- De plus, la défaillance d'un seul fournisseur entraîne **une rupture d'approvisionnement si, pour un produit de santé en particulier, le nombre de fournisseurs pouvant prendre le relais et proposer un produit similaire est très faible**.

A titre d'exemple, l'évolution des signalements de ruptures de stocks et de tensions d'approvisionnement par les établissements de santé sur les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) montre que la question des ruptures de stock est un enjeu majeur depuis plusieurs années.

⁴³ Autorité de la concurrence, Décision n°03-D-35 : le laboratoire Novartis détenait une position dominante sur le marché d'un médicament antirejet pour les greffes. Il a profité de cette position dominante en conditionnant les remises sur les achats de ciclosporine (anti-rejet) à l'achat d'autres médicaments pour lesquels le nombre d'offres était plus important.

Évolution des signalements de ruptures de stocks et tensions d'approvisionnement pour les MITM entre 2008 et 2017



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les rapports d'activité de l'ANSM

1.2.2. La tendance à la standardisation des produits pourrait se faire au détriment de leur qualité et l'exclusion des petits opérateurs est de nature à fragiliser le tissu économique local

- **La réduction du nombre de références et la standardisation des produits pourraient se faire au détriment de leur qualité ou de l'adéquation du produit au besoin exprimé**

La massification de la demande en matière d'achats hospitaliers implique une homogénéisation des pratiques afin de réduire le nombre de références achetées. Cette standardisation peut permettre d'assurer la même qualité de prise en charge dans plusieurs établissements différents, ce qui semble être bénéfique pour les patients. Pourtant, la standardisation des produits est critiquée par certains acteurs hospitaliers, en ce qu'elle serait susceptible de mettre à mal la qualité ou la spécificité des soins.

Tout d'abord, **le phénomène de standardisation « à la baisse »** pour comprimer les coûts est souvent critiqué par les équipes médicales et soignantes. A titre d'exemple, les chirurgiens digestifs du CHIAP estimaient, en 2019, que le changement de fournisseurs de clips chirurgicaux (agrafes ligaturantes) pour des clips chinois, moins coûteux, dans le cadre de la mutualisation des achats, entraînait une baisse de la qualité des soins, puisque les nouveaux clips avaient tendance à « sauter » en cours d'intervention⁴⁴. Le Dr Chaudoreille, responsable de la fourniture de dispositifs médicaux au CHIAP, confirmait cette impression, estimant qu'avec la mise en place de marchés GHT pour les dispositifs médicaux, les services de soins étaient particulièrement mécontents⁴⁵. Le secteur des dispositifs médicaux est un

⁴⁴ Entretien avec l'équipe médicale de chirurgie digestive et générale réalisé en février 2019, dans le cadre du stage hospitalier de la formation EDH 2019-2020

⁴⁵ Entretien réalisé le 15 juillet 2020

exemple parlant, car c'est un segment d'achat historiquement très peu mutualisé : la Cour des comptes relevait qu'en 2015, seuls 9% des achats de dispositifs médicaux (3,5 Mds€ annuels) étaient mutualisés⁴⁶. Cette faible mutualisation peut être expliquée par l'importance du prescripteur (le médecin) et des pratiques des équipes médico-soignantes dans le choix du dispositif médical acheté. Ce sont les équipes qui dictent très précisément leurs attentes. Les acquisitions mutualisées pour ce segment ne sont possibles qu'après une homogénéisation des pratiques, fruit d'une négociation qui peut être longue et difficile.

Outre la baisse potentielle de la qualité des produits possible avec la standardisation, **l'inadéquation du produit au besoin exprimé est un risque** qu'il faut prendre en compte et évaluer finement. Fabienne Guerra, responsable des achats au CHIAP, prend l'exemple du marché des ascenseurs du GHT pour illustrer ce risque⁴⁷ : avec l'alignement du besoin sur celui de la tête de pont de GHT (l'AP-HM), le CCTP du marché « ascenseurs » du GHT va bien au-delà des besoins du CHIAP, puisque l'AP-HM exige des ascenseurs grande hauteur pour le site de la Timone. Alors que l'établissement aixois n'a pas besoin d'ascenseurs grande hauteur, il doit souffrir de la baisse potentielle du nombre de fournisseurs pouvant répondre et de prix susceptibles d'être plus élevés pour prendre en compte les besoins de l'AP-HM. Dans le cadre de la mutualisation au niveau du GHT, il semble que même si les établissements parties sont chargés de faire remonter les besoins de leurs équipes, **ce sont les établissements supports qui analysent les besoins et les consolident à l'aune de leurs propres attentes, contraintes, et calendrier**, ce qui est de nature à remettre en cause l'adéquation totale entre le besoin et la réponse qui y est apportée.

Pour les dispositifs médicaux, le lancement d'un marché GHT pour les Bouches-du-Rhône peu après la première vague de la crise Covid-19 a illustré les griefs que peuvent émettre les établissements parties à l'encontre de leur établissement support. En effet, un marché à 400 lots a été lancé dans l'urgence pour les dispositifs médicaux. Les pharmacies des établissements parties ont dû répondre en quelques semaines pendant l'été. D'après la cheffe du pôle Pharmacie, ce marché mutualisé pose plusieurs problèmes⁴⁸ :

- **Les prix obtenus dans le cadre du marché « GHT » ne sont pas nécessairement plus faibles** que dans le cadre des marchés auparavant réalisés directement par le CHIAP (souvent *via* une centrale d'achat). Au contraire, le prix des dispositifs implantables aurait beaucoup augmenté, notamment parce que ces dispositifs sont souvent ceux utiles aux essais cliniques de l'AP-HM : ils sont très ciblés, avec un nombre faible de fournisseurs potentiels et souvent plus chers.

⁴⁶ Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, 2017, p. 45

⁴⁷ Entretien réalisé le 15 mai 2020

⁴⁸ Entretien avec le Dr Chaudoreille réalisé le 15 juillet 2020

- **Les gains achats sur les dispositifs médicaux ne sont pas communiqués**, ce qui ne permet pas d'objectiver la situation.
 - **Plus globalement, les marchés GHT sont calqués sur les échéances des marchés de l'AP-HM** : les établissements parties ont peu de visibilité sur ces échéances (le calendrier des marchés n'étant pas communiqué pour tous les segments d'achats) et doivent s'aligner sur celles de l'établissement support et basculer en marché GHT alors que leurs propres marchés n'arrivent pas encore à échéance.
- **L'exclusion des petits opérateurs – notamment des TPE/PME – serait de nature à affaiblir le tissu économique local**

Comme le relevait l'IGAS dans son rapport d'étape sur la mise en place des GHT, « *la massification des besoins, conséquence directe de la mutualisation, qui a eu des effets bénéfiques sur un plan global a provoqué à certains endroits **des distorsions conduisant à une détérioration de la qualité de l'approvisionnement ou du service.** [...] Pour illustrer ce point on peut évoquer les approvisionnements alimentaires de structures implantées en proximité de zone rurale, où **la massification peut aboutir à faire disparaître des achats s'inscrivant dans des circuits courts.** Pour des prestations de travaux, les procédures de marchés publics si elles ne sont pas adaptées (recours à l'allotissement) peuvent **conduire à écarter des TPE qui participent de l'économie locale** »⁴⁹.*

Les petites entreprises (TPE ou PME) ne sont généralement pas en mesure de répondre aux marchés lancés par les gros opérateurs nationaux lorsque ceux-ci commandent des quantités extrêmement importantes d'un produit ou d'un service et demandent 6 mois de stock. De plus, les marchés, généralement conclus pour 4 ans, excluent durablement certains offreurs de la commande publique. **Même au niveau d'un GHT, les volumes commandés peuvent être trop importants pour que des fournisseurs de taille modeste puissent y répondre.** Jeanne de Poulpiquet prend ainsi l'exemple des marchés alimentaires⁵⁰ : les quantités commandées par l'AP-HM sont telles qu'aucune coopérative agricole de la région PACA ne peut répondre aux appels d'offres. Selon elle, afin de pouvoir disposer d'une offre alimentaire locale suffisante, les coopératives agricoles doivent se regrouper, à l'image du regroupement des établissements de santé, mais aussi fixer comme priorité stratégique la réponse aux appels d'offres des établissements publics.

Interrogée par la MECSS de l'Assemblée nationale le 7 mars 2018, Cécile Chevance, au nom de la Fédération hospitalière de France, estimait que « *tous les achats hospitaliers n'auront*

⁴⁹ Inspection générale des affaires sociales, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Décembre 2019, §192

⁵⁰ Entretien réalisé le 24 juillet 2020

pas vocation à passer par des groupements, même si cela se développe sur un certain nombre de filières. Des secteurs ont vocation à faire l'objet d'achats locaux de proximité, notamment certains achats alimentaires ».

Le phénomène d'éviction des petits opérateurs met en jeu les circuits d'achat locaux des établissements de santé, ce qui affaiblit le tissu économique local. Au-delà de l'importance pour les établissements de participer au dynamisme économique et social de leur territoire, **se pose la question de la qualité de service et de la sécurité d'approvisionnement** : les TPE-PME peuvent s'adapter plus facilement aux besoins des établissements qu'un fournisseur de grande taille situé à des centaines de kilomètres de l'hôpital acheteur.

1.2.3. Au niveau du GHT, la mutualisation peut complexifier l'organisation de la fonction achats sans dégager d'économies

- **Un doublon potentiel de la fonction achats et un risque de désorganisation des processus**

Qualifiés par l'IGAS d'« *organisation apprenante* »⁵¹, les GHT ont dû structurer leur fonction achats en quelques années en opérant le transfert de la compétence achats vers l'établissement support. **Toutefois, le maintien d'une autonomie d'organisation de tous les établissements fait que peu d'établissements publics de santé non-supports de GHT ont drastiquement réduit la taille de leurs équipes** dédiées à la passation des marchés publics. Ils ont souvent préféré faire évoluer les tâches des équipes vers le *sourcing*, la relation avec les prescripteurs, ou encore vers l'exécution des marchés, leur suivi et leur évaluation. Le directeur du CH du Mans, Olivier Bossard, estime que « *l'on a rajouté une couche de gouvernance aux établissements de santé* »⁵² en créant les GHT. La structuration de la fonction achat de GHT a pu entraîner des surcoûts pour les établissements alors que l'aboutissement de celle-ci est très inégal selon les GHT.

La structuration de la fonction achats au niveau des Bouches-du-Rhône a été vécue comme une désorganisation pour de nombreux agents du CHIAP, dans la mesure où il était nécessaire de clore tous les anciens marchés « établissement » au fur et à mesure de la mise en place de marchés mutualisés, ce qui a généré des tâches supplémentaires pour les agents. Par ailleurs, la désignation de responsables achats par département se heurte aux

⁵¹ Inspection générale des affaires sociales, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Décembre 2019, §192

⁵² Audition par la MECSS de l'Assemblée nationale le 17 mai 2018

réticences des établissements parties à dédier une partie de leurs ressources humaines à des projets GHT, notamment parce qu'ils manquent de visibilité sur la prise en charge d'une partie des coûts associés par le budget « G » du GHT porté par l'établissement support.

Enfin, outre les questions organisationnelles, **le transfert de la fonction achat à l'établissement support de GHT a été l'objet de tâtonnements juridiques** : le décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique au sein des groupements hospitaliers de territoire a dû clarifier les compétences respectives de l'établissement support et des établissements parties afin de lever les ambiguïtés du texte législatif. Si la question liée à la compétence de passation des marchés de travaux a été réglée (dérogation à la loi MOP⁵³), le rapporteur de la mission parlementaire sur la politique d'achat des hôpitaux relevait des **incertitudes persistantes sur plusieurs points** :

- **Celle des conséquences concrètes des délégations de signature** aux établissements parties puisque l'établissement support conserve la responsabilité des actes signés en vertu de ladite délégation. Ces délégations doivent faire l'objet d'un contrôle renforcé par l'établissement support puisque c'est lui qui peut voir sa responsabilité engagée en cas de litige sur la passation d'un marché ;
- **La question de la répartition des charges liées à l'exercice de la fonction achat par l'établissement support et de la conséquence d'un refus potentiel** d'un établissement de régler la cotisation calculée par l'établissement support : risque d'un contentieux intra-GHT ;
- **Les modalités d'adhésion des établissements aux accords-cadres en cours d'exécution** : un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 19 décembre 2018 a précisé que les documents de consultation doivent explicitement faire connaître la possibilité, pour un acheteur potentiel, de bénéficier d'un accord-cadre à une date ultérieure, en application de la directive « marchés publics » de 2014. Les établissements intéressés ne peuvent donc pas « se greffer » à un accord-cadre en cours d'exécution sans avoir été identifiés préalablement⁵⁴.

⁵³ La loi MOP est la loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée. Son article 2 dispose que « *le maître de l'ouvrage est la personne morale, mentionnée à l'article premier, pour laquelle l'ouvrage est construit* ». Or dans le cadre du transfert de la compétence achats, c'est l'établissement support qui passe le marché de travaux, même si ces travaux sont réalisés pour le compte d'un autre établissement.

⁵⁴ *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux*, présenté par M. Jean-Carles Grelier, 11 décembre 2019, p.33 à 35

- **La perte de la compétence achat pour les établissements parties est de nature à déstabiliser les équipes**

Le rapporteur de la mission parlementaire sur les achats hospitaliers, Jean-Carles Grelier, relevait, dans certains cas, « *une hostilité de la part des établissements parties à perdre leur compétence en matière d'achat, parfois renforcée par une attitude peu conciliatrice de la part de l'établissement support* »⁵⁵.

L'exemple du CHIAP est parlant, puisque c'est un établissement dont la taille (944 lits et places) aurait pu en faire un établissement support de GHT dans d'autres circonstances. En effet, cet établissement dispose d'une cellule des marchés et les professionnels du CHIAP ont une vision mitigée du transfert de la compétence achats à l'AP-HM. **L'accès à l'expertise juridique de l'AP-HM est considéré comme l'un des points forts de la mutualisation**, notamment pour la formulation des besoins complexes et/ou innovants.

Interrogée sur le processus de structuration de la fonction achat de GHT, Fabienne Guerra estime cependant que **la lourdeur des procédures de l'AP-HM rend le processus d'achat moins fluide**⁵⁶. Le Dr Chaudoreille, sur la question des produits de santé, regrette que les marchés de l'établissement support soient très ciblés sur les produits attendus (fiches produit très détaillées ne laissant pas forcément de marges de manœuvre aux fournisseurs potentiels, pour proposer des variantes notamment) sans toujours respecter ce qu'elle estimait être l'esprit de la commande publique⁵⁷.

Si les risques potentiels liés à la massification des achats ont pu être identifiés, leur réalisation, dans le cadre de la crise Covid-19 notamment, nous pousse à formuler des recommandations en direction des établissements et de la tutelle afin d'être en mesure de les éviter.

*

⁵⁵ *Ibid.* p.35

⁵⁶ Entretien réalisé le 15 mai 2020.

⁵⁷ Entretien réalisé le 15 juillet 2020

2 La réalisation d'une partie des risques induits par la massification des achats, notamment dans le cadre de la crise Covid-19, implique d'adapter le dispositif de mutualisation, sans pour autant le remettre en question

2.1. Certains risques engendrés par la massification des achats se sont réalisés – notamment lors de la crise Covid-19 – et la mutualisation des achats au niveau du GHT constitue opportunité d'éviter ces risques

2.1.1. La crise Covid-19 a entraîné des ruptures de chaînes d'approvisionnement et une augmentation des prix

- **La crise Covid a entraîné des difficultés d'approvisionnement majeures sur les EPI ainsi que sur certaines molécules et une forte augmentation des prix**

La crise épidémique Covid-19 a précipité la réalisation de plusieurs risques identifiés *supra*. En effet, le système hospitalier a été mis sous tension avec un afflux de malades, en réanimation notamment, et une augmentation du besoin en équipements de protection individuelle. Le début de crise sur le territoire chinois et le confinement d'une partie de ce pays a entraîné la rupture d'une partie des chaînes d'approvisionnement en provenance de la Chine. De plus, le caractère mondial de la crise, augmentant la demande de produits de santé de tous les pays, a entraîné des difficultés voire des ruptures d'approvisionnement sur un certain nombre de produits.

Si la première tension apparue dès février est celle sur les masques (chirurgicaux et FFP2) avec la réquisition des stocks par l'Etat et l'organisation de la redistribution aux acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, de nombreux autres EPI ont fait l'objet de tensions d'approvisionnement : surblouses, tabliers, gants, etc.

Au CHIAP, la tension sur les EPI s'est doublée de tensions sur les solutions hydro-alcooliques, sur les produits d'entretien sur plusieurs équipements biomédicaux ainsi que sur les réactifs utilisés pour les tests RT-PCR (réaction en chaîne par polymérase).

Par ailleurs, plusieurs molécules régulièrement utilisées en réanimation ont dû être placées sous séquestre au niveau national : trois curares (Atracurium, Cisatracurium, Rocuronium) et deux hypnotiques injectables (Midazolam et Propofol).

Outre les tensions d'approvisionnement sur de nombreux produits, **les établissements de santé font face à l'augmentation importante du prix de ces produits, liée à l'explosion de la demande**. Jeanne de Poulpiquet, directrice des achats à l'AP-HM mais également temporairement co-pilote de la cellule de crise interministérielle consacrée à la logistique (CCIL), remarque que même en passant par les centrales d'achat, les prix ont énormément augmenté sur de nombreux EPI⁵⁸. A titre d'exemple, des écouvillons – nécessaires pour les tests naso-pharyngés – étaient proposés en avril 2020 par les fournisseurs à 4 € pièce alors que leur prix unitaire était de 0,15 € avant la crise⁵⁹.

Le CHIAP a réussi à se prémunir de ruptures sèches de stock en anticipant les besoins : la cinétique de l'épisode de crise a permis de prendre la mesure de la situation dans les régions Grand-Est et Île-de-France avant que l'augmentation du nombre de malades Covid+ ne soit trop forte en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le Dr Chaudoreille a mis en avant les relations avec les pharmacies hospitalières du Grand Est et l'échange de bonnes pratiques dans la lutte contre l'épidémie : **la pharmacie a ainsi pu constituer des stocks de secours sur les hypnotiques et les curares dès février 2020**.

Si le CHIAP a souffert des augmentations de prix pour de nombreux EPI (pour les seules casaques chirurgicales, l'augmentation des prix de 1,65 € à 3,30 € l'unité entraîne un surcoût annuel de 25 000 €), et de la nécessité d'être extrêmement réactif pour pouvoir être livré – règle du premier commandé premier servi – **l'utilisation de marchés multi-attributaires par les centrales d'achats a permis de bénéficier de fournisseurs « de secours » si le premier d'entre eux était défaillant**. Sur le marché des curares, par exemple, le fait d'avoir trois attributaires dans le cadre du marché UniHA permettait de solliciter plusieurs fournisseurs et ainsi d'augmenter les chances de pouvoir être livré.

- **Une chaîne logistique exceptionnelle a dû être mise en place**

Les difficultés d'approvisionnement des établissements de santé en EPI ont poussé les pouvoirs publics à réagir rapidement et à créer une cellule de crise interministérielle pour la gestion de l'épidémie. **Une cellule de crise interministérielle logistique (CCIL) a été créée**

⁵⁸ Entretien réalisé le 24 juillet 2020

⁵⁹ Sophie Manelli, Marie-Cécile Béranger et Jean-Luc Crozel, « Coronavirus : hôpitaux, collectivités, entreprises... La Provence au cœur de la guerre des masques », *La Provence*, 23 avril 2020

afin de mettre en œuvre une chaîne logistique exceptionnelle. Comme rappelé par le Message d'alerte rapide sanitaire (MARS) n°69, cette chaîne est organisée de la façon suivante : le ministère définit et assure le suivi de la stratégie/doctrine, la CCIL et Santé publique France gèrent l'approvisionnement, tandis que plusieurs acteurs publics et privés gèrent la distribution.

La CCIL est composée d'acheteurs experts, de centrales d'achat notamment, mais aussi de spécialistes de la logistique amont (pour la création de ponts maritimes et aériens) **et aval** (répartition entre établissements, acheminement, suivi sur le territoire)⁶⁰. Elle permet de livrer les établissements et acteurs privés et ce jusqu'à la fin de la période de distribution généralisée de masques et d'EPI, avec un retour à un schéma d'approvisionnement courant prévu début octobre 2020 et la mise en place d'une plateforme de remontée des stocks des établissements d'abord pilotée par la DREES. La gestion de cette plateforme sera ensuite dévolue, en routine, à un consortium formé par le Resah et UniHA. Le retour au schéma d'approvisionnement est indissociable de la constitution de stocks de sécurité d'au moins trois semaines par les établissements sur de nombreux EPI.

Par ailleurs, les règles de la commande publique ont été adaptées dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire afin de fluidifier les approvisionnements des établissements de santé.

D'une part, une note de la direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère des Finances publiée au début de la crise a rappelé qu'en situation de force majeure, il était possible de s'exonérer d'une partie des obligations liées aux règles de la commande publique, avec la possibilité de délais réduits de publicité, voire, en cas d'urgence, une absence de publicité et de mise en concurrence préalable. La DAJ rappelle que « *de tels achats ne doivent être effectués que pour les montants et la durée strictement nécessaires à la satisfaction des besoins urgents* »⁶¹.

D'autre part, **l'ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 portant diverses mesures d'adaptation des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique** et des contrats publics qui n'en relèvent pas pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19, modifiée les 22 avril et 13 mai 2020, a permis des aménagements considérables du droit de la commande publique : prolongation des contrats en cours et des délais de réception des candidatures, aménagement des modalités de mise en concurrence, possibilité d'approvisionnement auprès de tiers en cas de défaillance du titulaire du marché public, protection des entreprises contre les sanctions contractuelles et évolution des conditions de versement des avances.

⁶⁰ Entretien avec J. de Poulpiquet réalisé le 24 juillet 2020

⁶¹ Ministère de l'Economie et des Finances, Direction des affaires juridiques, *Note « La passation et l'exécution des marchés publics en situation de crise sanitaire »*, 16 mars 2020

L'adaptation des règles de la commande publique, si elle était temporaire – le terme de l'application de l'ordonnance étant fixé au 23 juillet 2020 – permet d'envisager, à terme, une adaptation du code des marchés publics pour certains produits stratégiques, comme le souhaite J. de Poulpiquet⁶² : encadrement éventuel des prix, souplesse supplémentaire donnée aux acheteurs dans les cas d'urgence ou si les établissements font face à d'importantes difficultés d'approvisionnement mettant en jeu la qualité ou la sécurité des soins.

- **Les difficultés d'approvisionnement de la crise Covid trouvent leur source dans les phénomènes d'internationalisation et de fragmentation des chaînes de production et dans le mouvement de concentration du secteur de la santé**

Les difficultés d'approvisionnement rencontrées pendant la crise Covid-19 illustrent certains effets de bord liés à la massification des achats : **l'internationalisation des chaînes de production avec la délocalisation de nombreuses usines pour réduire les coûts ainsi que les mouvements de concentration du secteur de la santé auraient rendu le système de santé et ses chaînes d'approvisionnement moins résilients.**

Nathalie Coutinet, économiste spécialiste de l'industrie pharmaceutique, estime ainsi, dans un entretien accordé à la publication *Alternatives économiques* au cours de la crise Covid, que « nous ne sommes plus en mesure d'assurer notre autosuffisance sanitaire »⁶³. L'augmentation du nombre de ruptures de stocks signalées à l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) est parlant : alors qu'en 2008, seuls 44 signalements de rupture de stock étaient décomptés, ce chiffre est passé à 871 en 2018⁶⁴.

Parmi les facteurs explicatifs des difficultés d'approvisionnement, on trouve :

- **D'une part, la concentration du secteur de la production de produits de santé :** la mondialisation du marché de la santé s'est accompagnée d'une concentration forte du secteur : d'après Nathalie Coutinet, « pour doper leur rentabilité, les firmes ont concentré leur production sur un même site pour augmenter le volume et ainsi réaliser des économies d'échelle »⁶⁵. Ainsi, les laboratoires de taille importante rachètent les laboratoires plus petits et concentrent souvent leur production sur quelques usines,

⁶² Entretien réalisé le 24 juillet 2020

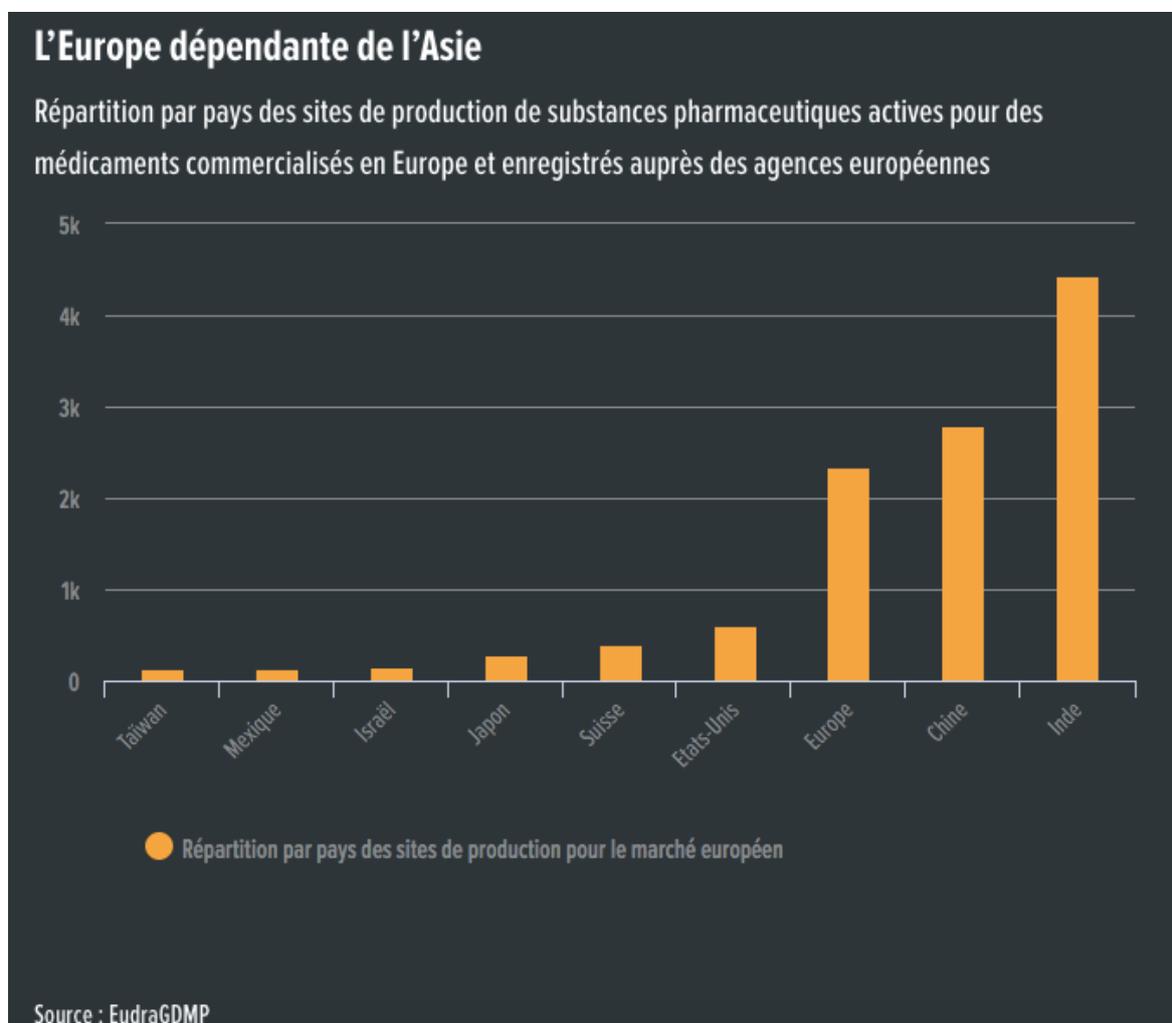
⁶³ Entretien avec Nathalie Coutinet, « Nous ne sommes plus en mesure d'assurer notre autosuffisance sanitaire », propos recueillis par Justin Delépine, *Alternatives économiques*, 12 août 2020, disponible sur internet : <https://www.alternatives-economiques.fr/ne-sommes-plus-mesure-dassurer-autosuffisance-sanitaire/00093445>

⁶⁴ Justin Delépine, « Pénurie de médicaments : la faute à la mondialisation », *Alternatives économiques*, 16 septembre 2019, <https://www.alternatives-economiques.fr/penurie-de-medicaments-faute-a-mondialisation/00090322>

⁶⁵ Ibid.

voire sur un seul site. Si le site de production est défaillant, c'est alors toute la chaîne d'approvisionnement qui est brisée.

- **D'autre part, la fragmentation des chaînes de production et la dépendance aux économies asiatiques** : les industriels ont décidé de délocaliser une partie de leur production vers des pays dont les salaires sont faibles et dont les normes environnementales sont moins restrictives. A titre d'exemple, le dernier site de production de masques chirurgicaux en France, qui se situait à Plaintel dans les Côtes d'Armor, a été fermé en 2018 par le groupe américain Honeywell pour être délocalisé en Tunisie. Pour les médicaments, une part importante des principes actifs sont aujourd'hui produits en Inde et en Chine, ce qui rend le système de santé tributaire de la production de ces pays.



Graphique issu de l'article « Pénurie de médicaments : la faute à la mondialisation » (Alternatives économiques)

La rupture des chaînes d'approvisionnement (EPI et médicaments) de la crise Covid peut donc être en partie expliquée par le phénomène de massification des achats hospitaliers,

dont l'une des conséquences est la délocalisation d'une part importante de la production pour maintenir des prix bas.

2.1.2. Hors de la crise Covid-19, le risque se matérialise pour de nombreux établissements

○ **Le recours à l'intermédiation pour les achats hospitaliers peut être coûteux**

Les personnes interrogées dans le cadre de la présente étude conviennent que le recours aux marchés intermédiés – ceux des centrales d'achat nationales au premier chef – pouvait être coûteux. En effet, **le passage par une centrale d'achat ou par un marché mutualisé à l'échelle du GHT ne garantit pas de prix plus attractifs ou une meilleure qualité de prestation.**

Tout d'abord, le passage par des centrales d'achats peut générer des charges supplémentaires pour les hôpitaux. Le député Jean-Carles Grelier, ancien président du conseil de surveillance du Centre hospitalier Paul Chapron de la Ferté-Bernard prend l'exemple de ce CH pour montrer que le coût de l'adhésion aux centrales, souvent calculé par ligne d'achats, peut représenter un montant non négligeable pour une petite structure⁶⁶. Sur un budget annuel d'une trentaine de millions d'euros, le CH de la Ferté-Bernard consacre environ 200 000 € par an à l'adhésion à diverses centrales d'achat. Compte tenu de l'incertitude du calcul des gains achats liés au recours à l'intermédiation, il est difficile d'évaluer les gains générés par le passage par une centrale, qui peuvent certes être tarifaires, mais aussi constituer **des économies en dépenses de personnel** – puisque l'établissement n'a pas à organiser la procédure de mise en concurrence des fournisseurs – ou en **réduction du risque contentieux**, potentiellement coûteux.

J. de Poulpiquet explique également que l'adhésion aux centrales d'achats nationales peut représenter des montants considérables, *a fortiori* depuis que certaines d'entre elles ont fait évoluer les modalités de calcul des cotisations⁶⁷. A titre d'exemple, UniHA a fait évoluer son calcul des cotisations en mettant en place **un barème dégressif prenant en compte le taux de recours à la centrale en pourcentage des achats confiés, avec une modulation du taux d'intermédiation en fonction du taux de recours.** Ainsi, un établissement qui passe systématiquement par la centrale et s'engage sur des volumes importants voit ses cotisations unitaires baisser, tandis qu'un établissement « mauvais élève », n'y ayant recours que pour

⁶⁶ Entretien réalisé le 20 juillet 2020

⁶⁷ Entretien réalisé le 24 juillet 2020

un ou deux produits, paie des cotisations par ligne considérables. Frédéric Robelin, directeur la relation établissements UniHA, insiste sur la logique de cette évolution : il s'agit de baisser la part fixe (adhésion d'un établissement à la coopérative des achats hospitaliers) au profit d'une tarification à l'usage, plus juste.

Cette modulation des cotisations participe d'une stratégie de fidélisation des centres hospitaliers. Elle peut néanmoins rendre l'utilisateur captif puisqu'il doit recourir à une même centrale pour de nombreux produits afin de bénéficier de conditions optimales d'intermédiation.

Si les centrales d'achats nationales et régionales permettent de réaliser des économies conséquentes dans la plupart des cas, notamment dans le cadre de négociations menées par les GHT, qui disposent d'un pouvoir plus important que les petits établissements, les acheteurs publics doivent rester vigilants : **un parangonnage systématique doit permettre d'identifier si le recours à une centrale est potentiellement bénéfique.**

- **La multiplication des échelons de mutualisation des achats fait émerger un nouveau risque juridique qu'il convient d'évaluer**

Outre les risques juridiques émergents liés à la mise en place de la fonction achats de GHT relevés dans le rapport de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux – délégations de signature de l'établissement support aux établissements parties, participation des établissements aux charges liées à la fonction achats mutualisée, modalités d'adhésion des établissements aux accords-cadres en cours d'exécution – le rapporteur J.-C. Grelier a souhaité insister sur **les potentiels conflits d'intérêt existant au sein des réseaux d'achat mutualisé**⁶⁸.

En effet, le modèle des centrales d'achats est fondé sur le travail en réseau d'acheteurs dont une partie exerce au sein des établissements de santé. Ce modèle permet de profiter de l'expertise d'acheteurs de terrain. A titre d'exemple, le réseau UniHA fonctionne sous forme de coopérative, avec un CHU ou un groupement d'établissements en charge d'une famille d'achats.

La problématique soulevée par J.-C. Grelier est la suivante : l'acheteur final (l'établissement de santé) est parfois la même personne que l'intermédiaire (la centrale d'achats), puisque des directeurs d'hôpital ont des fonctions de direction à la fois dans leur établissement et dans l'administration de la centrale. **Les établissements doivent donc**

⁶⁸ Entretien réalisé le 20 juillet 2020

veiller à l'application des règles sur la prévention des conflits d'intérêts, notamment depuis que la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires⁶⁹ et le décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique ont précisé le cadre de la prévention des conflits d'intérêt.

Bruno Carrière (UniHA) souhaite relativiser l'importance de ce risque, dans la mesure où, au contraire, le fait qu'un établissement s'engage dans un groupement de commandes sans connaître à l'avance l'attributaire du marché est plutôt de nature à réduire le risque de conflit d'intérêt⁷⁰.

2.1.3. Nouvel outil de mutualisation, le GHT constitue une opportunité de prévenir les risques susmentionnés

- **Le GHT constitue une opportunité de limiter les risques de rupture d'approvisionnement par une solidarité entre ses membres**

Le GHT comme échelon de mutualisation des achats est pertinent s'il s'agit de permettre de sécuriser les approvisionnements des établissements parties mais aussi de faire vivre une solidarité entre ses membres. Dans le cadre de la crise Covid-19, par exemple, les GHT se sont organisés pour se doter de plateformes logistiques pour la livraison des EPI aux établissements parties. A titre d'exemple, pour le GHT « Hôpitaux de Provence », l'AP-HM utilisait sa plateforme logistique pour les livraisons aux établissements de santé tandis que le CHIAP s'occupait du stockage pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Cet embryon d'organisation commune a permis de fluidifier les livraisons d'EPI dans le département.

Une organisation pérenne permettant d'associer les établissements d'un GHT, au-delà du seul acte d'achat, à toute la chaîne logistique, permettrait de sécuriser les approvisionnements de tous les établissements en assurant une solidarité entre ceux-ci et de dégager des économies potentielles. Les aides ponctuelles, de gré à gré, observées dans le cadre de la crise pourraient ainsi se transformer en un réel mécanisme de solidarité entre les membres d'un même GHT et ainsi constituer une stratégie de groupe public.

⁶⁹ Cette loi a intégré dans le statut général des fonctionnaires la notion de conflits d'intérêts, qui désigne « toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions »

⁷⁰ Entretien réalisé le 4 septembre 2020.

La demande des autorités de construire un plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) de territoire et d'assurer une continuité de l'approvisionnement des établissements peut s'inscrire dans cette logique de solidarité et permettre d'éviter que les risques réalisés dans le cadre de la crise épidémique ne se reproduisent.

- **Une fonction achat de territoire peut permettre à la fonction achat de se développer et de fournir à tous les établissements, quelle que soit leur taille, l'opportunité d'exercer un contrôle de gestion achats**

Si le GHT réussit à éviter l'écueil du doublon entre acheteurs de l'établissement support et acheteurs des établissements parties, il peut **dégager du temps administratif pour prendre en charge d'autres missions, sans pour autant augmenter les coûts de structure.**

Le relèvement du seuil de publicité des marchés à 40 000 € HT (entendu à l'échelle de l'ensemble du GHT) doit permettre aux acheteurs publics de se consacrer à des achats à fort enjeu financier et d'assurer des tâches à plus forte valeur ajoutée : *sourcing*, relation fournisseurs, contrôle de gestion achats, etc.

Au sein du GHT « Hôpitaux de Provence », la structuration de la fonction achats a pour objectif de développer la fonction contrôle de gestion achat. **L'un des projets est la mise au point d'une méthodologie de conversion des gains achats** (calculés par rapport à une situation de référence) **en gains budgétaires**. Cette méthodologie permettrait de valoriser la fonction achats mais également de fixer des objectifs à la fois ambitieux et réalistes dans le cadre des plans de performance des établissements parties au GHT.

La réalisation d'une partie des risques liés à la massification des achats impose d'envisager des mesures correctives pour que les achats hospitaliers puissent être mis en commun sans induire d'effets non voulus par les acheteurs. Le GHT et les groupements d'achats ont vocation à rester des acteurs centraux de l'achat public, mais en prenant en compte les effets indésirables potentiels de chacun de leurs marchés.

*

2.2. Une mutualisation « intelligente » des achats doit permettre de prévenir les risques liés à la massification : recommandations en direction des établissements et des pouvoirs publics

2.2.1. Les établissements peuvent utiliser les possibilités offertes par le droit de la commande publique pour prévenir les risques liés à la massification des achats

- **Tirer parti du droit de la commande publique pour éviter d'exclure systématiquement les petits opérateurs**

Si le passage par une centrale d'achats est souvent plus rapide et plus économique pour les établissements, **la démarche de parangonnage (*benchmark*) doit être systématique pour permettre aux EPS de définir l'échelon de mutualisation qui leur convient le mieux pour un produit ou service donné** : l'échelle du GHT, la centrale régionale, nationale, etc. Cette démarche d'analyse de marché par les acheteurs doit leur permettre de minutieusement connaître l'offre sur le segment d'achat dont ils ont la charge afin de choisir l'échelon qui leur permettra d'obtenir une offre de qualité au meilleur prix. Même pour les achats de faible montant, c'est-à-dire en dessous des seuils de publicité et de procédure formalisée, la démarche de comparaison est nécessaire pour respecter l'esprit de la commande publique.

Proposition n°1 : Effectuer une démarche de *sourcing* systématique et un *benchmark* des solutions proposées pour tous les achats publics, même ceux dont le montant est peu élevé.

Par ailleurs, les potentialités offertes par le droit de la commande publique doivent être utilisées par les établissements afin de ne pas limiter l'accès à la commande publique des petits opérateurs. Il s'agit de définir une stratégie achats et d'utiliser les techniques d'achat public pour servir cette stratégie.

A droit constant, les techniques d'allotissement permettent de ne pas exclure des candidats potentiels qui pourraient ne répondre que sur une partie du marché (les TPE-PME en particulier). Au niveau du GHT « Hôpitaux de Provence », pour le marché de gardiennage et de sécurité, qui représente plus d'une dizaine de millions d'euros, il est par exemple prévu d'inclure **des lots géographiques et des lots « événements exceptionnels » dans les documents de consultation**, afin de coller le plus possible aux besoins des établissements parties (proximité, réactivité, etc.). La technique de l'allotissement

pour des marchés de services ou de travaux permet de ne pas exclure les petits artisans de la commande publique, ce que J.-C. Grelier déplorait pour les marchés réalisés à l'échelle d'un GHT d'une dizaine d'établissements, celui de la Sarthe⁷¹.

Alors que d'après l'observatoire économique de la commande publique (OECF), les PME constituent plus de 30 % des titulaires de marchés publics⁷², elles ne représentaient que 5% du volume de la commande publique hospitalière entre 2012 et 2014⁷³. Les pouvoirs adjudicateurs, en sus de la technique de l'allotissement, doivent **mettre en œuvre d'autres actions pour faciliter l'accès des TPE-PME à la commande publique : baisse de la pondération du critère du prix dans les marchés publics, marchés multi-attributaires, promotion des variantes, etc.**

Concernant le critère « prix », comme l'explique l'OECF, « *Au-delà des considérations budgétaires, la surpondération du critère prix peut s'expliquer par le fait que certains acheteurs le considèrent plus facile à objectiver (car mathématique) par rapport à celui de la valeur technique*⁷⁴ ». Si l'offre retenue doit être économiquement la plus avantageuse, une analyse complète des coûts (acheminement, maintenance, traitement des déchets) doit être faite, dans une approche de *Value-Based Procurement* – approvisionnement basé sur la valeur – prenant en compte tous les impacts de l'achat. **La pondération par le pouvoir adjudicateur du critère prix est libre et peut être réduite en mettant en avant des critères techniques portant sur la qualité de la prestation** : délais de livraison, modalités de maintenance, moyens humains et techniques mis en œuvre, caractère esthétique ou ergonomique, etc.

Si le pouvoir adjudicateur « *ne peut légalement retenir une pondération, en particulier pour le critère du prix ou du coût, qui ne permettrait manifestement pas, eu égard aux caractéristiques du marché, de retenir l'offre économiquement la plus avantageuse* », le juge administratif admet un critère valeur technique pondérée à 90% et un prix pondéré à 10%⁷⁵. Pour certains marchés et services, une pondération relativement plus faible du critère prix au bénéfice de critères techniques permettrait de réduire l'avantage comparatif des grosses structures pouvant réaliser d'importantes économies d'échelle et de pouvoir faire émerger des concurrents locaux.

⁷¹ Entretien réalisé le 20 juillet 2020.

⁷² Observatoire économique de la commande publique, *Guide pratique pour faciliter l'accès des TPE-PME à la commande publique*, DAJ du ministère de l'Economie et des Finances, juin 2019

⁷³ Source : Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, juin 2017, p. 69

⁷⁴ OECF, *Guide pratique pour faciliter l'accès des TPE-PME à la commande publique*, DAJ du ministère de l'Économie et des Finances, juin 2019, p.15

⁷⁵ Conseil d'Etat, Décision CE n°431194, Ministère de la Défense, disponible sur internet : <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2020-06-10/431194>

La technique de la multi-attribution permet également d'augmenter le nombre de titulaires potentiels du marché public et de sécuriser les chaînes d'approvisionnement : plusieurs entreprises peuvent être titulaires d'un même marché. Les petites entreprises ne pouvant assurer la totalité des livraisons pour un marché donné peuvent tout de même se porter candidates à ce marché. **La multi-attribution sécurise les établissements publics de santé en ce qui concerne leurs approvisionnements** : il est possible de passer commande à un fournisseur et, si celui-ci fait défaut, de se tourner vers d'autres fournisseurs pour ne pas risquer de rupture d'approvisionnement.

Proposition n°2 : Utiliser les marges de manœuvre laissées par le droit de la commande publique aux acheteurs afin de ne pas exclure les TPE-PME de l'achat public hospitalier. Tirer parti des techniques proposées dans le guide pratique pour faciliter l'accès des TPE/PME à la commande publique :

- Utilisation systématique du procédé d'allotissement lorsque cela est possible
- Réduction du poids du critère du prix et valorisation de critères techniques relatifs aux délais de livraison, aux modalités de maintenance, etc.
- Utilisation de la technique de la multi-attribution, autorisation des variantes, etc.

○ **Faire des achats durables et innovants un levier pour permettre l'utilisation des circuits courts et le recours aux TPE-PME**

Les achats innovants et durables sont une opportunité, pour les établissements de santé, de faire appel à des PME, potentiellement plus innovantes que les très grandes entreprises, et de ne pas contribuer au phénomène de massification de la commande publique.

Concernant les achats innovants, l'article L. 2172-3 du code de la commande publique dispose que « *sont considérés comme innovants les travaux, fournitures ou services nouveaux ou sensiblement améliorés. Le caractère innovant peut consister dans la mise en œuvre de nouveaux procédés de production ou de construction, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures de l'entreprise* ». **Le décret n°2018-1225 du 24 décembre 2018 a mis en place une expérimentation permettant aux acheteurs de passer des marchés négociés sans publicité ni mise en concurrence préalable pour leurs achats innovants d'un montant total inférieur à 100 000 €, et ce pour 3 ans.** Les acheteurs publics peuvent donc se saisir de cet assouplissement des contraintes juridiques pour contractualiser avec les entreprises innovantes de leur territoire.

Pour les aider, l'OECP a publié un *Guide pratique de l'achat public innovant* en mai 2019. Il donne des **clés méthodologiques aux établissements mais rappelle également le rôle fondamental des centrales d'achats dans le soutien à l'innovation** : y sont cités l'UGAP et sa démarche de *sourcing* auprès de panels fournisseurs ou encore le Resah et son centre de l'innovation par les achats dont le rôle est « *d'optimiser la relation entre les acteurs de santé et les industriels, en devenant une véritable plateforme d'intermédiation entre établissements, utilisateurs et entreprises* »⁷⁶. Le rôle des opérateurs nationaux dans le soutien à l'innovation dans la commande publique montre la **nécessité d'éviter d'avoir une vision univoque du rôle de l'intermédiation : les centrales d'achats peuvent avoir un rôle de soutien aux PME, dans la mesure où un référencement dans un catalogue national permet à ces entreprises d'éviter de devoir candidater à des appels d'offres multiples** de plusieurs établissements, ce qui serait très lourd pour des opérateurs de petite taille.

Proposition n°3 : Utiliser le dispositif expérimental de dispense de publicité et de mise en concurrence préalable pour les achats innovants jusqu'à 100 000 € pour contractualiser avec des PME innovantes dans le secteur de la santé.

Les achats durables constituent également une opportunité de favoriser les circuits courts, dans le secteur de l'alimentation notamment. La loi n°2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dite **loi EGALIM**, en imposant 50 % de produits durables et de qualité dont au moins 20 % de produits issus de l'agriculture biologique dans les services de restauration collective d'ici au 1^{er} janvier 2022, **constitue une opportunité, pour les établissements de santé, de recourir aux circuits courts dans le cadre des marchés alimentaires.**

Le secteur hospitalier se caractérise par un recours très fréquents aux achats mutualisés pour les achats alimentaires afin de réduire les coûts. La pression à la baisse sur les coûts dans ce secteur se fait au détriment de la qualité des produits, avec des imports fréquents. Interrogé par la MECSS de l'Assemblée nationale le 14 février 2018, Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée déclare : « *il m'est arrivé d'effectuer mes achats en*

⁷⁶ OECP, *Guide pratique de l'achat public innovant*, DAJ du ministère de l'Économie et des Finances, mai 2019, p.13

centrale d'achat, et j'ai été alarmé de voir servir du lapin de Chine, pour réaliser des économies de quelques centimes. Il peut y avoir des dérives⁷⁷ ».

La loi EGALIM constitue donc une opportunité de privilégier la qualité des produits. Pour les marchés alimentaires, le critère prix, s'il reste incontournable, gagnerait à voir sa pondération se réduire. L'acheteur public doit toutefois rester vigilant : **Le caractère « local » d'un produit ne répond pas à une définition officielle et ne peut pas constituer un critère de sélection dans un marché public**, notamment parce qu'il dérogerait au cadre européen. Il est donc nécessaire de définir des clauses relatives à la qualité des produits. Ces clauses peuvent se baser sur des labels (AOP/AOC, Label Rouge, AB, Pêche durable) ou leurs équivalents (équivalence dont l'appréciation relève du pouvoir adjudicateur et repose sur une analyse tirée des éléments de preuve apportés par le fournisseur potentiel⁷⁸).

Proposition n°4 : Préparer la mise en conformité des établissements de santé avec la loi EGALIM au 1^{er} janvier 2022 :

- En réalisant un diagnostic des consommations de produits biologiques, durables et/ ou issus de circuits courts dans leurs services de restauration collective⁷⁹ et en se dotant d'un tableau de bord d'établissement ;
- En incluant systématiquement, pour tous les marchés alimentaires passés à partir du 1^{er} janvier 2021, des clauses au sein du CCTP relatives aux achats durables, à la proportion de produits biologiques ainsi qu'à la qualité des produits (labels ou leurs équivalents, distance des lieux de production, qualité gustative, saisonnalité, etc.)

2.2.2. La mutualisation au niveau du GHT doit être opérée en tenant compte des réalités de terrain et des besoins des établissements parties

- **L'association des établissements parties dans une démarche projet est l'une des conditions de la réussite de la structuration d'une fonction achat de GHT**

⁷⁷ Source : *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux*, 11 décembre 2019

⁷⁸ Articles R. 2111-12 à R. 2111-17 du Code de la commande publique

⁷⁹ La réalisation d'un diagnostic préalable du volume de denrées alimentaires gaspillées et d'une estimation des approvisionnements en produits issus de l'agriculture biologique / durables est rendue obligatoire par l'article 1er de l'ordonnance n°2019-1069 du 21 octobre 2019 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire

Si elle est bien avancée dans de nombreux GHT, **la structuration de la fonction achats de GHT doit être finalisée et adaptée aux réalités du terrain**, dans la mesure où il n'est pas possible de s'organiser de la même façon dans un GHT regroupant 2 établissements et dans un GHT en regroupant une quinzaine. En effet, une organisation pyramidale peut entraîner des réticences des établissements parties, qui se sentent dépossédés de leur compétence. Le choix, dans les Bouches-du-Rhône, de la co-construction et de la coopération⁸⁰, permet d'envisager l'association des établissements parties à la définition de la stratégie achats à l'échelle du GHT. La constitution d'un COPIL achats de GHT participe de cet objectif.

Afin que son organisation se finalise dans un climat de confiance réciproque, **la structuration de la fonction achats de GHT doit faire l'objet d'une vigilance renforcée sur plusieurs sujets : qualité de la communication entre établissements, cadrage juridique de la relation entre EPS** (au plan des délégations de signature notamment) et **suivi de la qualité des prestations** (qualité des produits/services, délais de livraison, coûts d'acheminement, etc.).

Au plan de la communication, il paraît nécessaire de communiquer aux acteurs du GHT (comité stratégique du GHT + directions logistique/achats des établissements parties) **une information sur les principaux objectifs stratégiques de la fonction achats de GHT mais aussi un calendrier exhaustif des marchés arrivant à échéance**, afin que les établissements puissent colliger les besoins sans être placés dans une situation d'urgence.

Par ailleurs, comme le recommande la DGOS dans le guide méthodologique sur la fonction achat de GHT, une organisation de la fonction achat de GHT doit être finalisée, avec un choix entre une organisation pyramidale ou matricielle⁸¹. Afin de limiter les lourdeurs administratives pour les achats de faible montant et de fluidifier le processus de passation des marchés locaux, **la mise en place de délégations de signature à certains acheteurs des établissements parties pour les achats inférieurs au seuil de publicité (40 000 € HT) doit être envisagée**. Celle-ci n'est possible que si la personne bénéficiant de la délégation de signature est mise à disposition, même partiellement, de l'établissement support⁸². Le directeur de l'établissement support gardant l'entière responsabilité de la passation des marchés, un dialogue avec les établissements parties et des mécanismes de contrôles réguliers doivent être mis en place.

⁸⁰ Entretien avec J. de Poulpiquet, directrice des achats de l'AP-HM et du GHT « Hôpitaux de Provence », réalisé le 24 juillet 2020

⁸¹ Ministère des Affaires sociales et de la santé, *Guide méthodologique « la fonction achat des GHT »*, mai 2017, p.27 à 29

⁸² Ibid., p. 34

En particulier, étant entendu que le seuil doit être apprécié au niveau du GHT, il s'agit de vérifier que les marchés passés par les établissements parties ne s'inscrivent pas, compte tenu de leur nature, dans un marché mutualisé de GHT.

De plus, l'association étroite des établissements parties à la définition des besoins est l'une des conditions de réussite de la mise en place d'une fonction achats de GHT. En amont, cette association doit passer par la participation de ces établissements à la définition du besoin et des objectifs stratégiques, ainsi que par des mécanismes de collégialité dans l'instruction des dossiers. **En aval, le contrôle de l'exécution des prestations doit permettre de suivre la qualité des produits ainsi que les délais et coûts d'acheminement pour tous les établissements.**

L'harmonisation des marchés et leur convergence doit associer les établissements parties dans le cadre d'une démarche projet⁸³ réunissant les référents achats de ces établissements. En effet, la convergence des marchés ne doit pas se faire exclusivement en alignant toutes les consultations sur les marchés de la tête de pont de GHT. La convergence des marchés ne doit pas entraîner une réduction importante du nombre de lots dans les marchés ou du nombre de fournisseurs pouvant se porter candidats, ainsi qu'une inadéquation du produit aux besoins de certains établissements.

La mutualisation des achats au niveau du GHT n'est pas un frein au recours aux TPE-PME locales, mais les fournisseurs potentiels doivent disposer d'une visibilité et d'outils pour se porter candidats à ces marchés. Ainsi, comme le relevait l'IGAS : « *certaines GHT avaient d'ores et déjà su s'adapter à des expressions de besoins locaux, notamment par un allotissement adapté de leurs marchés. De même, les fournisseurs locaux peuvent être accompagnés dans les procédures de réponses aux appels d'offres centralisés des GHT, qui peuvent représenter pour eux une charge administrative complexe et dissuasive* »⁸⁴.

Proposition n°5 : Associer étroitement les établissements parties à la définition de la stratégie achats au niveau du GHT afin que les marchés publics passés par l'établissement support correspondent aux besoins et aux attentes des établissements parties. Cette association doit passer par la communication du calendrier prévisionnel des marchés, l'institution de mécanismes de collégialité dans l'instruction des dossiers et la concertation dans le processus de convergence des marchés publics.

⁸³ Ministère des solidarités et de la santé, DGOS, *Guide méthodologique d'aide à la convergence des marchés*, août 2019

⁸⁴ Inspection générale des affaires sociales, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Décembre 2019, §420

- **Se doter d'une réelle expertise sur les achats et disposer d'un SI commun/interopérable doit permettre de réussir la mutualisation des achats au niveau d'un territoire**

La mutualisation des achats au niveau d'un territoire constitue une opportunité, pour les équipes achats, de monter en compétence. En effet, la mise en commun de certains marchés peut potentiellement libérer du temps administratif pour se concentrer **sur des achats durables ou innovants (évoqués *supra*) qui demandent un haut niveau d'expertise de la part des acheteurs publics**. Si le rapport parlementaire sur la politique d'achat des hôpitaux propose de recruter tous les acheteurs publics dans le corps des attachés (catégorie A)⁸⁵, les difficultés de recrutement des attachés d'administration hospitalière imposent d'imaginer des solutions originales, comme **la fidélisation des professionnels par la reconnaissance de la technicité particulière de l'achat hospitalier** par le passage des agents au niveau d'adjoint des cadres pour la filière administrative ou de technicien supérieur hospitalier (TSH) pour la filière technique. A terme, la généralisation du recrutement en catégorie A et B doit être un objectif des établissements de santé afin que les acheteurs publics soient en capacité de porter une vision stratégique et de recherche de performance.

Proposition n°6 : Rendre les fonctions d'acheteur plus attractives à l'hôpital, en faisant progressivement passer tous les acheteurs de la catégorie C à la catégorie B et en étudiant les possibilités de généraliser un recrutement *a minima* en catégorie B.

La mise en place d'un système d'information achat commun ou interopérable doit également permettre aux établissements d'un même GHT de pouvoir travailler en commun, depuis l'expression du besoin jusqu'à l'exécution du marché. Le GHT « Hôpitaux de Provence » a ainsi fait le choix d'un SI commun dédié pour piloter ses achats et disposer d'un fichier commun de fournisseurs⁸⁶. L'analyse coût-bénéfice d'un SI commun doit néanmoins être réalisée : dans certains cas, l'interopérabilité lui est préférable dans un premier temps, dans la mesure où la mise en place d'un SI commun peut être très coûteuse. A titre d'exemple, le député J.-C. Grelier évoque le projet d'un SI commun pour les pharmacies hospitalières du GHT de la Sarthe : le projet est selon lui une « *usine à gaz organisationnelle* », dans la mesure

⁸⁵ Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux, présenté par M. Jean-Carles Grelier, 11 décembre 2019, Recommandation n°12, p.55

⁸⁶ GHT « Hôpitaux de Provence » : des dépenses optimisées et mutualisées grâce à un SI achats dédié », UGAP.fr, 2 septembre 2019

où il représente un coût global de 35 M€ - plateforme logistique comprise – pour des gains achats attendus relativement peu élevés⁸⁷.

Proposition n°7 : Étudier les possibilités de mise en place d'un SI achat commun ou d'une interopérabilité des SI au niveau du GHT afin de favoriser le travail en commun de tous les établissements d'un GHT.

2.2.3. Les pouvoirs publics doivent assumer leur rôle de régulateur pour prévenir les potentiels effets pervers de la massification des achats

- **Inscrire la prévention des pratiques anticoncurrentielles dans le secteur de la santé comme un objectif prioritaire des politiques publiques**

Compte tenu des risques identifiés dans le cadre de cette étude, il semble que la prévention de ceux-ci doit constituer l'un des objectifs prioritaires des pouvoirs publics.

La lutte contre les pratiques anticoncurrentielles et contre les concentrations dans le secteur de la santé doit permettre de prévenir une hausse des prix des produits de santé, comme le relevait un rapport de la Commission européenne sur l'accès à des médicaments abordables et innovants par une application effective des règles de concurrence en 2019. Selon la Commission, les institutions européennes et les autorités nationales de concurrence ont enquêté sur plus d'une centaine d'affaires et adopté 29 décisions depuis 2009 (année de l'enquête de la commission sur la concurrence dans le secteur pharmaceutique) pour des amendes infligées de plus d'1 Md€ au total⁸⁸.

Proposition n°8 : Continuer le travail de lutte contre les concentrations et les pratiques anticoncurrentielles en fixant le marché des médicaments ainsi que celui des dispositifs médicaux comme des secteurs prioritaires pour l'Autorité de la concurrence – en respectant son statut d'autorité administrative indépendante.

⁸⁷ Entretien réalisé le 20 juillet 2020.

⁸⁸ Communiqué de presse de la Commission européenne, « Concurrence : selon un rapport de la Commission, une application effective des règles de concurrence favorise l'accès à des médicaments abordables et innovants », 28 janvier 2019.

Par ailleurs, la spécificité du marché du médicament ainsi que les difficultés à faire appliquer des dispositifs tels que l'EMI impliquent **d'évaluer l'organisation actuelle de la fixation des prix des médicaments afin de choisir le meilleur échelon.**

Alors que le rapport de la Cour des comptes sur les achats hospitaliers recommandait de « *supprimer le dispositif de l'écart médicament indemnisable et d'examiner les conditions dans lesquelles le comité économique des produits de santé pourrait se voir confier la fixation des prix des médicaments hospitaliers* » (proposition n°12)⁸⁹, le rapporteur de la MECSS de l'Assemblée nationale estime au contraire qu'il faut « *appliquer, chaque fois que possible, le principe de subsidiarité* »⁹⁰. J.-C. Grelier rappelle que les pharmacies d'officine achètent directement les médicaments aux répartiteurs sans que cela ne pose de problème.

Proposition n°9 : Lancer un groupe de travail pluridisciplinaire piloté par le ministère des Solidarités et de la Santé associant hospitaliers, administration centrale et élus sur l'opportunité d'une fixation nationale du prix des médicaments.

- **Préparer le système de santé à la multiplication des situations sanitaires exceptionnelles**

La dépendance aux économies asiatiques pour la fourniture de produits de santé stratégiques a été l'un des enseignements de la crise Covid-19 pour les régulateurs du système de santé. Afin de se préparer à de nouveaux épisodes, il a été demandé aux établissements de constituer des stocks de sécurité et aux GHT de construire des plans SSE de territoire.

Au niveau national, **il pourrait être pertinent, comme le proposent certains économistes, de relocaliser une partie de la production de médicaments et de dispositifs médicaux.** Si Nathalie Coutinet propose « *d'imposer, pour qu'un médicament soit remboursé, qu'une partie de sa fabrication, 30% par exemple dans un premier temps, soit réalisée sur son territoire* »⁹¹, il semble néanmoins nécessaire de confier une étude sur la question à France Stratégie – examen notamment de la compatibilité de ce type de dispositif avec le cadre européen.

⁸⁹ Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, 2017, p.110 à 116

⁹⁰ Entretien avec J.-C. Grelier réalisé le 20 juillet 2020

⁹¹ Entretien avec Nathalie Coutinet, « Nous ne sommes plus en mesure d'assurer notre autosuffisance sanitaire », propos recueillis par Justin Delépine, *Alternatives économiques*, 12 août 2020.

Par ailleurs, comme le proposait J. de Poulpiquet⁹², **une adaptation du code des marchés publics pour les produits stratégiques dans le secteur de la santé** pourrait être judicieuse afin de donner des marges de manœuvre aux managers hospitaliers en cas de tension d'approvisionnement ou de crise et éviter les effets d'aubaine de certains fournisseurs : assouplissement des règles de mise en concurrence, encadrement des prix sur certains produits critiques, etc. Une partie des dispositions de l'ordonnance n°2020-319 du 25 mars 2020 pourrait être inscrite dans le droit commun.

Proposition n°10 : Préparer le système de santé à la multiplication des situations sanitaires exceptionnelles en :

- Confiant à France Stratégie une étude sur l'opportunité pour la France de se doter de capacités de production nationales sur certains produits de santé
- Adaptant les règles relatives à la commande publique pour certains produits stratégiques en cas de tension ou de crise

○ **Analyser et piloter la politique achats des hôpitaux à l'aune de critères qualitatifs**

Les gains achats ont été la principale mesure de la performance des achats hospitaliers sur la dernière décennie. Dans le cadre de l'évolution du programme PHARE, une objectivation de critères qualitatifs (satisfaction des utilisateurs, délais de livraison, coûts d'acheminement, etc.) permettrait de donner des outils aux établissements pour améliorer l'organisation de leur fonction achats mais aussi valoriser des données non financières. L'idée d'une incitation financière à l'amélioration de la fonction achats, proche du modèle de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité des soins, pourrait permettre d'analyser la fonction achats par un prisme non économique.

Proposition n°11 : Définir des critères qualitatifs objectivables permettant d'évaluer la fonction achats d'un établissement sur la base d'autres critères que sa performance financière.

*

⁹² Entretien réalisé le 24 juillet 2020

Conclusion

La mutualisation des achats hospitaliers est une nécessité pour de nombreux établissements, confrontés à des tensions importantes au plan de leur situation financière et des ressources humaines à leur disposition. La complexité de la réglementation et les asymétries entre des fournisseurs de grande taille et de petits hôpitaux rendent inévitable une mutualisation à l'échelle d'un territoire ou à l'échelle nationale.

Cette mutualisation entraîne *de facto* une massification de la demande des hôpitaux publics qui permet une baisse des prix grâce aux économies d'échelle. Si les gains achats liés à celle-ci sont réels et considérables, la massification semble rencontrer des limites, qui peuvent devenir des risques dans certaines situations.

Sans remettre en cause la dynamique de mutualisation, il est pertinent, pour les établissements de santé, de toujours réaliser une analyse coût/bénéfice de l'intermédiation : passage par un groupement de commandes, une centrale d'achats, etc.

Les risques liés à la massification des achats sont réels : possibilité de rupture des chaînes d'approvisionnement, d'augmentation des prix, d'exclusion des petits opérateurs de la commande publique, de standardisation des produits au détriment de la qualité des soins, etc. Ils se sont en partie réalisés dans le cadre de la crise Covid-19. **Néanmoins, le cadre juridique actuel donne des marges de manœuvre aux hospitaliers pour prévenir ces risques et pour mener une stratégie achats permettant l'accès des TPE/PME à la commande publique.** Le groupement hospitalier de territoire semble être l'échelon pertinent pour définir et mener cette stratégie.

L'adaptation des règles de la commande publique à l'urgence parfois induite par l'activité de soins est une des préoccupations des pouvoirs publics. En effet, l'une des mesures annoncées dans le cadre des conclusions du Ségur de la santé concerne les marchés publics (Mesure 21 : Adapter les principes de la commande publique aux besoins particuliers des établissements dans les territoires) : il s'agit de « *lancer un groupe de travail sur la clarification et la simplification de la commande publique pour tenir compte des spécificités de l'activité hospitalière* »⁹³.

Enfin, sous une apparence de question technique, le sujet des achats hospitaliers est éminemment politique : il s'agit de déterminer collectivement la stratégie à suivre par les

⁹³ Ministère des Solidarités et de la santé, *Dossier de presse « Les conclusions du Ségur de la santé »*, p. 31, juillet 2020

acheteurs hospitaliers pour faire de l'hôpital public un acteur économique et social de son territoire et garantir la meilleure qualité de soins possible à tous les usagers.

L'enjeu politique peut être illustré par la question des pénuries des produits de santé : comme le remarque le rapport d'information du Sénat sur la pénurie de médicaments et de vaccins, « dans de nombreux cas de figure, les phénomènes de pénuries résultent d'une priorisation des objectifs économiques face aux enjeux de santé publique »⁹⁴. Il semble donc nécessaire, afin de dépasser les limites de l'exercice professionnel des fonctionnaires hospitaliers, que le pouvoir politique continue à se saisir des sujets liés à la régulation du marché des produits de santé.

⁹⁴ Sénat de la République française, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins*, septembre 2018.

Bibliographie

Documents institutionnels

- **Rapports d'inspection**

Inspection générale des affaires sociales, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Décembre 2019

Cour des Comptes, *Les achats hospitaliers. Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, Juin 2017.

Inspection générale des affaires sociales, *Rapport annuel 1997*, deuxième partie

- **Rapports parlementaires**

Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux, présenté par M. Jean-Carles Grelier, 11 décembre 2019

Rapport d'information n° 40 (2019-2020) de Mme Catherine DEROCHE et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 9 octobre 2019

Sénat de la République française, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins*, septembre 2018

- **Ministère des Solidarités et de la santé**

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Dossiers de presse « Accords du Ségur de la Santé : Carrières, métiers et rémunérations » et « Les conclusions du Ségur de la Santé »*, juillet 2020

Direction générale de l'offre de soins, *Guide méthodologique d'aide à la convergence des marchés*, Août 2019

Direction générale de l'offre de soins, *Guide opérationnel de valorisation de la performance achat*, programme PHARE, Juillet 2019

Direction générale de l'offre de soins, *Guide méthodologique « La fonction achat des GHT »*, mai 2017

- **Autres documents institutionnels**

Ministère de l'Économie et des Finances, Direction des affaires juridiques, *Note sur l'ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 portant diverses mesures d'adaptation des règles de procédure et d'exécution des contrats publics pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de Covid-19*, 26 mars 2020

Ministère de l'Économie et des Finances, Direction des affaires juridiques, *Note « La passation et l'exécution des marchés publics en situation de crise sanitaire »*, 16 mars 2020

Olivier Gérolimon, Support du webinaire de la formation d'adaptation à l'emploi de chef d'établissement, « GHT et fonction achat », 2020

Conseil national de la restauration collective, *Les mesures de la loi EGALIM concernant la restauration collective*, janvier 2020

Observatoire économique de la commande publique, *Guide pratique pour faciliter l'accès des TPE-PME à la commande publique*, DAJ du ministère de l'Économie et des Finances, juin 2019

Observatoire économique de la commande publique, *Guide pratique de l'achat public innovant*, DAJ du ministère de l'Économie et des Finances, mai 2019

Communiqué de presse de la Commission européenne, « *Concurrence : selon un rapport de la Commission, une application effective des règles de concurrence favorise l'accès à des médicaments abordables et innovants* », 28 janvier 2019

Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, *Guide pratique « Favoriser l'approvisionnement local et de qualité en restauration collective »*, novembre 2014

Publications scientifiques et données statistiques

Marc Guillaume, « La concurrence en économie de la santé : une liaison difficile mais légitime », *Les Tribunes de la santé*, 2007/2 (n° 15), p. 23-29. DOI : 10.3917/seve.015.0023. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2007-2-page-23.htm>

Articles de presse

Entretien avec Nathalie Coutinet, « Nous ne sommes plus en mesure d'assurer notre autosuffisance sanitaire », propos recueillis par Justin Delépine, *Alternatives économiques*, 12 août 2020, disponible sur internet : <https://www.alternatives-economiques.fr/ne-sommes-plus-mesure-dassurer-autosuffisance-sanitaire/00093445>

Justin Delépine, « *Pénurie de médicaments : la faute à la mondialisation* », *Alternatives économiques*, 16 septembre 2019, <https://www.alternatives-economiques.fr/penurie-de-medicaments-faute-a-mondialisation/00090322>

Jean-Yves Paillé, « Quand les prix des anciens médicaments augmentent plus vite que ceux des nouveaux », *La Tribune*, 7 octobre 2016, accessible sur internet : <https://www.latribune.fr/entreprises-finance/industrie/chimie-pharmacie/quand-le-prix-des-anciens-medicaments-augmentent-plus-vite-que-les-autres-605766.html>

Sophie Manelli, Marie-Cécile Béranger et Jean-Luc Crozel, « *Coronavirus : hôpitaux, collectivités, entreprises... La Provence au cœur de la guerre des masques* », *La Provence*, 23 avril 2020

Sitographie

- Présentation du GHT « Hôpitaux de Provence » sur le site de l'AP-HM : <http://ap-hm.fr/sites/default/files/files/ght-trajectoire.pdf>
- Présentation du programme PHARE sur le site du ministère des Solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/phare-11061/article/le-programme-phare>
- Communiqué de presse de l'Autorité de la concurrence du 1^{er} février 2017 : <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/fr/communiqués-de-presse/1er-fevrier-2017-produits-dentretien-et-dhygiene-professionnels>
- Techhospital.com, « Gaspillage alimentaire : diagnostic obligatoire pour tous les établissements de santé à partir de 2020 » https://www.uniha.org/Newsletters/2019/presse/TecHopital_journee_resto_avril_2019
- GHT « Hôpitaux de Provence » : des dépenses optimisées et mutualisées grâce à un SI achats dédié », UGAP.fr, 2 septembre 2019 : https://www.ugap.fr/ght-hopitaux-de-provence-des-depenses-optimisees-et-mutualisees-grace-a-un-si-achats-dedie_4529245.html
- Définition de la performance achats : <https://www.decision-achats.fr/Definitions-Glossaire/Performance-achats-239163.htm>
- Définition du sourcing : <http://www.acheteurs-publics.com/marches-publics-encyclopedie/sourcage---dialogue-technique---sourcing---marches-publics>

Textes législatifs et réglementaires, jurisprudence

- **Directives et règlements européens**

Directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE

- **Textes législatifs**

Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée

Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires

Loi n°2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous

Ordonnance n°2020-319 du 25 mars 2020 portant diverses mesures d'adaptation des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique et des contrats publics qui n'en relèvent pas pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19

- **Textes réglementaires**

Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire

Décret n° 2018-1225 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures relatives aux contrats de la commande publique

Décret n°2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique

- **Jurisprudence**

Autorité de la concurrence, Décision 03-D-35 du 24 juillet 2003 relative à des pratiques mises en œuvre par les laboratoires SANDOZ, devenus en 1997 NOVARTIS Pharma SA, sur le marché de certaines spécialités pharmaceutiques destinées aux hôpitaux

Conseil d'Etat, Décision CE n°431194, *Ministère de la Défense*, disponible sur internet : <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2020-06-10/431194>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Liste des entretiens réalisés

Annexe n°2 : Liste des propositions

Annexe n°3 : Grille d'entretien

Annexe n°4 : Organigramme de la fonction achats du GHT « Hôpitaux de Provence »

Annexe n°1 : Liste des entretiens réalisés

Nom	Fonction	Date de l'entretien
Mme Fabienne GUERRA	Adjointe à la directrice des moyens opérationnels, responsable des achats et de la logistique au CHIAP	Vendredi 15 mai 2020
Mmes Marie-Madeleine CHAUDOREILLE et Cécile PERRIN	Dr en Pharmacie, respectivement cheffe du pôle pharmacie et pharmacienne au CHIAP	Mercredi 15 juillet 2020
M. Jean-Carles GRELIER	Député de la Sarthe, Rapporteur du rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur les achats hospitaliers	Lundi 20 juillet 2020
Mme Jeanne de POULPIQUET	Directrice des achats, des approvisionnements et des services logistiques de l'AP-HM	Vendredi 24 juillet 2020
MM. Bruno CARRIERE et Frédéric ROBELIN, Mme Coralie DOBRENEL	Respectivement Directeur général d'UniHA, Directeur relation établissements UniHA et Ambassadrice Sud Est	Vendredi 4 septembre 2020

Annexe n°2 : Liste des propositions

Proposition n°1 Effectuer une démarche de *sourcing* systématique et un benchmark des solutions proposées pour tous les achats publics

Proposition n°2 Utiliser les marges de manœuvre laissées par le droit de la commande publique aux acheteurs afin de ne pas exclure les TPE-PME de l'achat public hospitalier.

Tirer parti des techniques proposées dans le guide pratique pour faciliter l'accès des TPE/PME à la commande publique (allotissement, valorisation de critères techniques, multi-attribution, variantes, etc.)

Proposition n°3 Utiliser le dispositif expérimental de dispense de publicité et de mise en concurrence préalable pour les achats innovants jusqu'à 100 000 € pour contractualiser avec des PME innovantes dans le secteur de la santé.

Proposition n°4 Préparer la mise en conformité des établissements de santé avec la loi EGALIM au 1er janvier 2022 (diagnostic des consommations, tableau de bord d'établissement, inclusions de clauses relatives aux achats durables, à la proportion de produits biologiques ainsi qu'à la qualité des produits au sein des CCTP des nouveaux marchés)

Proposition n°5 Associer étroitement les établissements parties à la définition de la stratégie achats au niveau du GHT afin que les marchés publics passés par l'établissement support correspondent aux besoins et aux attentes des établissements parties (communication du calendrier prévisionnel, mécanismes de collégialité dans l'instruction des dossiers et de concertation).

Proposition n°6 Rendre les fonctions d'acheteur plus attractives à l'hôpital, en faisant progressivement passer tous les acheteurs de la catégorie C à la catégorie B et en étudiant les possibilités de généraliser un recrutement *a minima* en catégorie B.

Proposition n°7 Étudier les possibilités de mise en place d'un SI achat commun ou d'une interopérabilité des SI au niveau du GHT afin de favoriser le travail en commun de tous les établissements d'un GHT

Proposition n°8 Continuer le travail de lutte contre les concentrations et les pratiques anticoncurrentielles en fixant le marché des médicaments ainsi que celui des dispositifs médicaux comme des secteurs prioritaires pour l'Autorité de la concurrence – tout en respectant son statut d'autorité administrative indépendante

Proposition n°9 Lancer un groupe de travail pluridisciplinaire piloté par le ministère des Solidarités et de la Santé associant hospitaliers, administration centrale et élus sur l'opportunité d'une fixation nationale du prix des médicaments

Proposition n°10 Préparer le système de santé à la multiplication des situations sanitaires exceptionnelles en :

- Confiant à France Stratégie une étude sur l'opportunité pour la France de se doter de capacités de production nationales sur certains produits de santé
- Adaptant les règles relatives à la commande publique pour certains produits stratégiques en cas de tension ou de crise

Proposition n°11 Définir des critères qualitatifs objectivables permettant d'évaluer la fonction achats d'un établissement sur la base d'autres critères que sa performance financière.

Annexe n°3 : Grille d'entretien

Questions générales

- Tout d'abord, je tiens à vous remercier de m'accorder cet entretien. Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer quelles sont vos fonctions ?

Mutualisation des achats au niveau des GHT

- Pensez-vous que la mutualisation des achats apporte des bénéfices aux établissements parties ? Si oui, comment se matérialisent-ils ?
- Pouvez-vous me communiquer les gains sur achats déclarés par votre établissement chaque année ?
- Trouvez-vous que la mutualisation des achats au niveau du GHT est à l'origine de difficultés d'ordre organisationnel ou juridique ? Quelles seraient ces difficultés ?
- Est-ce que les délégations de signature aux établissements parties ont été mises en place dans votre GHT ?
- Disposez-vous d'un SI achats de GHT et d'un COPIL Achats ?
- Est-ce que les marchés mutualisés au niveau du GHT excluent les TPE/PME ou arrivez-vous à utiliser des techniques (comme l'allotissement ou la multi-attribution) pour éviter que les plus petits opérateurs ne soient exclus de la commande publique ? Quelle est la place attribuée au critère prix ?
- Le travail de convergence des marchés publics au niveau du GHT a-t-il débuté ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans la convergence des marchés ? Réussissez-vous à réduire le nombre de références tout en maintenant la qualité des produits et en respectant les spécificités des établissements parties ?
- Utilisez-vous les marchés durables et innovants comme un levier pour lutter contre une massification excessive des achats ?
- Quel impact de la loi EGALIM sur les achats dans votre établissement ?
- Quelle prévention des conflits d'intérêt dans votre établissement ?

Massification de la demande et centrales d'achats

- Pensez-vous que la massification de la demande des établissements de santé entraînée par les mutualisations successives (recours à l'intermédiation, fonction achat de GHT mutualisée) entraîne des risques ou des difficultés ? Si oui, lesquels ?
- Est-ce que le passage par des centrales d'achat vous permet de dégager des gains sur achats ? Pouvez-vous estimer ces gains ?
- La réduction du nombre de fournisseurs est-elle particulièrement forte sur certains segments d'achats ? Si oui, lesquels ?
- Pensez-vous que les opérateurs régionaux et infrarégionaux d'intermédiation font doublon avec les centrales d'achats nationales ? Sont-ils au contraire complémentaires ?
- Trouvez-vous que les cotisations aux centrales d'achats représentent des montants significatifs ? Comment sont calculées ces cotisations ?
- Est-ce qu'une démarche de sourcing systématique est réalisée dans votre établissement avant de recourir à une centrale d'achats ?

Crise Covid-19 et réalisation d'une partie des risques

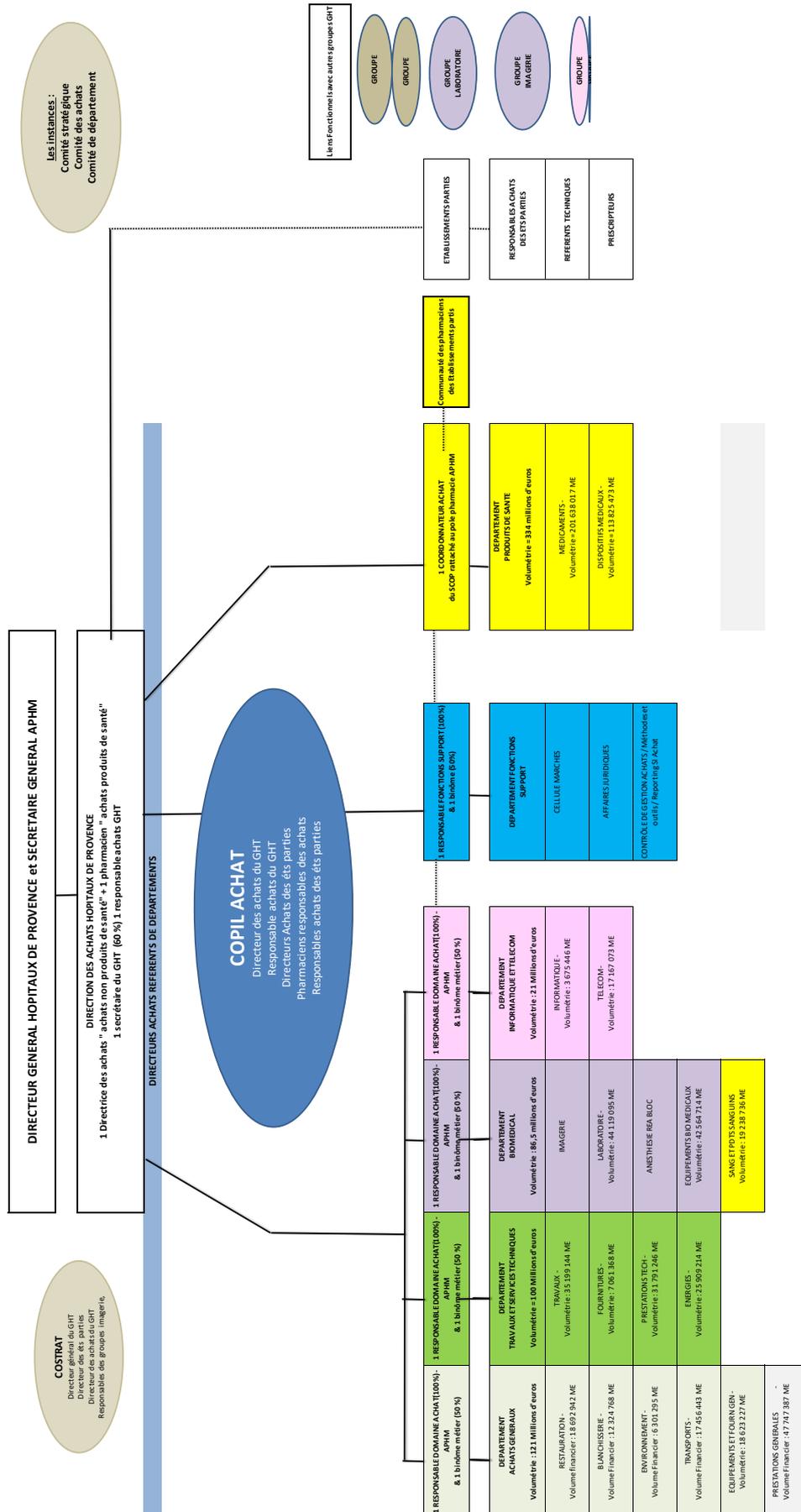
- Avez-vous rencontré des difficultés d'approvisionnement lors de la crise Covid-19 ?

- Les prix des EPI/ médicaments ont-ils augmenté ?
- Pensez-vous que la baisse du nombre de fournisseurs et que l'internationalisation des chaînes de production peut expliquer en partie ces difficultés ?
- Quelle action avez-vous entreprise pour surmonter les difficultés rencontrées ?
- Avez-vous participé à la CCIL ? Comment étaient organisés la distribution et l'acheminement des EPI ?
- Pouvez-vous m'expliquer comment fonctionnera la plateforme de la DREES pour le renseignement des stocks des établissements de santé ?
- Comment prévenir les difficultés qui pourront se présenter lors d'une prochaine situation sanitaire exceptionnelle ?

Actions des pouvoirs publics pour prévenir les risques liés à la massification des achats

- Quelles sont les actions des établissements ainsi que des pouvoirs publics pour prévenir les risques liés à la massification des achats ?
- Quelle appréciation portez-vous sur le programme PHARE – Performance hospitalière pour des achats responsables ? Pensez-vous que ce programme arrive à la fin d'un cycle ?
- Êtes-vous satisfait des mécanismes actuels de fixation des prix des médicaments en France ?

Annexe n°4 : Organigramme de la fonction achats du GHT « Hôpitaux de Provence »



VILLENEUVE	Louise	20 octobre 2020
Directeur d'hôpital Promotion 2019-2020		
Mettre en commun sans mettre en péril : prévenir les risques liés à la massification des achats hospitaliers		
<p>Résumé :</p> <p>Pour améliorer la performance de leurs achats dans un cadre budgétaire contraint, les établissements publics de santé ont recours à la mutualisation. Celle-ci désigne la mise en commun de leurs forces par plusieurs établissements pour améliorer collectivement leur fonction achat : accès à des tarifs avantageux, réalisation d'économies d'échelle, sécurisation juridique de l'achat public, etc.</p> <p>Cette mutualisation se fait via un recours à l'intermédiation (groupements de commandes, centrales d'achats) et se renforce du fait du transfert de la compétence achat à l'établissement support du groupement hospitalier de territoire. Elle induit une massification de la demande, qui peut être entendue comme l'augmentation du volume et la standardisation des achats afin d'atteindre un « effet de masse » permettant une réduction du prix unitaire de la marchandise ou du service acheté.</p> <p>Si la mutualisation a permis des gains achats considérables, la massification des achats est porteuse de risques pour les établissements et pour le système de santé. En effet, la réduction du nombre de fournisseurs sur certains segments d'achat peut entraîner une baisse de la pression concurrentielle, une augmentation des prix, des ruptures d'approvisionnement voire l'exclusion des petits opérateurs (TPE-PME) de la commande publique.</p> <p>Dans le cadre de la crise Covid-19, certains de ces risques se sont réalisés, avec l'augmentation très forte du prix des équipements de protection individuelle et les difficultés rencontrées par les établissements pour assurer la continuité de leurs approvisionnements.</p> <p>Il s'agit donc de formuler des recommandations en direction des établissements mais également de la tutelle pour prévenir les risques liés à la massification des achats.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Achats hospitaliers ; hôpital ; mutualisation ; massification ; risques ; oligopole ; commande publique ; GHT ; Covid-19 ; marchés publics ; centrale d'achats ; TPE-PME ; intermédiation</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		