

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

**Commission d'enquête
chargée d'identifier les facteurs qui
ont conduit à la chute de la part de
l'industrie dans le PIB de la France
et de définir les moyens à mettre en
œuvre pour relocaliser l'industrie et
notamment celle du médicament**

- Table ronde consacrée aux achats hospitaliers, réunissant M. Charles Guépratte, directeur général du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, président de l'Union des hôpitaux pour les achats (UniHA), M. Bruno Carrière, directeur général de l'UniHA et M. Renaud Cateland, directeur de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris.2
- Présences en réunion **Erreur ! Signet non défini.**

Jeudi

28 octobre 2021

Séance de 15 heures 30

Compte rendu n° 24

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

**Présidence de
M. Guillaume Kasbarian,
président**



COMMISSION D'ENQUÊTE CHARGÉE D'IDENTIFIER LES FACTEURS QUI ONT CONDUIT À LA CHUTE DE LA PART DE L'INDUSTRIE DANS LE PIB DE LA FRANCE ET DE DÉFINIR LES MOYENS A METTRE EN ŒUVRE POUR RELOCALISER L'INDUSTRIE ET NOTAMMENT CELLE DU MÉDICAMENT

Jeudi 28 octobre 2021

L'audition est ouverte à quinze heures trente.

(Présidence de M. Guillaume Kasbarian, président)

La commission d'enquête chargée d'identifier les facteurs qui ont conduit à la chute de la part de l'industrie dans le PIB de la France et de définir les moyens à mettre en œuvre pour relocaliser l'industrie et notamment celle du médicament procède à la tenue d'une table ronde consacrée aux achats hospitaliers, réunissant M. Charles Guépratte, directeur général du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, président de l'Union des hôpitaux pour les achats (UniHA), M. Bruno Carrière, directeur général de l'UniHA et M. Renaud Cateland, directeur de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

M. le président Guillaume Kasbarian. Nous poursuivons nos auditions en tenant une table ronde consacrée aux achats hospitaliers.

Je souhaite donc la bienvenue à :

– M. Charles Guépratte, directeur général du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, président de l'Union des hôpitaux pour les achats (UniHA) coopérative regroupant 1 052 établissements hospitaliers français et commandant pour 5 milliards d'euros par an ;

– M. Bruno Carrière, directeur général de l'UniHA ;

– et M. Renaud Cateland, directeur de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

Les achats des établissements de santé représentent un secteur important pour l'industrie, et notamment l'industrie du médicament.

Notre commission d'enquête a recueilli des témoignages peu amènes sur la manière dont certains marchés publics sont organisés. Les achats hospitaliers peuvent-ils contribuer au développement de l'industrie française ?

Messieurs, je vous remercie de prendre le temps de répondre à notre invitation. Je vous remercie également de nous déclarer tout autre intérêt public ou privé qui serait de nature à influencer vos déclarations.

Auparavant, je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

MM. Charles Guépratte, Bruno Carrière et Renaud Cateland prêtent serment.

M. Charles Guépratte, directeur général du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, président de l'Union des hôpitaux pour les achats (UniHA). Nous sommes particulièrement honorés de vous présenter l'activité de notre groupement ainsi que notre prospective, qui s'articule avec les politiques publiques portées notamment par le ministère de la santé.

UniHA est un groupement de coopération sanitaire créé il y a une quinzaine d'années par les grands centres hospitaliers qui souhaitaient produire de l'efficience dans le système hospitalier et installer la valeur stratégique de la fonction achats dans les hôpitaux en professionnalisant cette fonction au sein des établissements de santé.

UniHA a répondu à l'objectif assigné par ses membres et les pouvoirs publics en cumulant les gains sur achats. Ces gains permettent très concrètement de neutraliser une partie des baisses de tarifs hospitaliers, que nous avons connue dans notre secteur durant de nombreuses années, bien que ce ne soit pas le cas sur les deux derniers exercices, et de soutenir indirectement l'innovation qui est souvent synonyme de surcoûts.

Le réseau UniHA regroupe près d'un millier d'établissements de santé, 115 groupements hospitaliers de territoire, et nous pilotons un portefeuille d'achats qui approche 5,6 milliards d'euros en 2021. Cela représente près d'un tiers des achats hospitaliers hors travaux dans notre pays. L'achat de médicaments constitue les deux tiers du portefeuille.

Nous disposons de 16 équipes achats installées dans les établissements de santé et au plus près des utilisateurs. Les hospitaliers, qu'ils soient médecins, soignants, ingénieurs, ou pharmaciens, sont associés à toutes les étapes de la procédure, de la définition du besoin à l'évaluation des offres. Cette proximité nous semble être une condition essentielle pour la réussite du projet UniHA. C'est sa valeur ajoutée et ce qui constitue sa force. Nous ne sommes pas une centrale d'achats hors sol mais un réseau d'acheteurs publics et hospitaliers.

La notion de performance globale dans les achats se trouve au cœur de notre mission. Nous ne sommes pas uniquement concentrés sur le gain économique mais sur la qualité de la prestation qui est rendue, en particulier sur l'approvisionnement et la qualité des produits vendus.

Cette démarche se nourrit de bonnes pratiques d'achats telles qu'une vision en coûts complets plutôt que le seul critère de prix. Je citerai l'exemple d'un travail sur une entreprise de tissage vosgienne qui fournissait le linge plat. Or, elle était peu performante économiquement, puisque le coût d'achat était plus élevé mais elle n'utilisait pas de solvants ou de produits chimiques, ce qui faisait diminuer le coût du traitement des eaux pour les établissements de santé. Si l'on analyse cela avec une vision en coûts complets, cette entreprise est beaucoup plus performante pour pouvoir gagner des marchés. Je citerai également le développement de centres de vaccination clé en main et la réimplantation d'une ligne de fabrication de gants d'examen en France, ce qui me permet d'évoquer le thème des ruptures d'approvisionnement et des problèmes que cela peut générer. UniHa a créé, avec un autre groupement national, le Réseau des achats hospitaliers (Resah) un consortium qui a travaillé sur les achats souverains en liens très étroits avec le ministère de la Santé, Santé publique France et les différentes cellules de crises sur ces sujets, et nous avons construit ensemble un appel d'offres ensemble pour disposer d'une filière d'approvisionnement française pour des gants d'examen en nitrile, filière reposant sur des lignes de production localisées dans l'Union européenne (UE). Ce sont ainsi près de 1,5 milliard de gants d'examen produits en France qui seront livrés d'ici septembre 2022. Nous avons évidemment travaillé sur le risque économique en amont de l'expression des besoins, c'est-à-dire que nous garantissant un volume de commandes au groupement en échange d'une installation et d'une réindustrialisation sur un site français.

UniHA s'inscrit résolument dans une approche durable des achats hospitaliers embarquant des concepts innovants comme le paiement à la qualité et à la performance globale, la prise en compte du développement durable ainsi que les enseignements issus de la crise Covid, notamment sur les ruptures d'approvisionnement.

M. Renaud Cateland, directeur de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Je compléterai les propos de Charles Guépratte.

L'Assistance publique faisait déjà de la massification en achats et de la performance achats avant la création d'UniHA. C'est une entité juridique unique qui regroupe 37 établissements de santé. Pour autant, l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) est membre d'UniHA. Il y a vraiment une complémentarité, même si nous avons la taille critique pour acheter par nous-mêmes.

L'AGEPS est un des établissements de l'Assistance publique. Il est chargé d'assurer l'ensemble des missions d'évaluation et d'achats pour l'ensemble des produits et équipements de santé consommés à l'Assistance publique.

La deuxième mission qui lui est confiée consiste à fabriquer dans ses locaux ou en sous-traitance des médicaments indisponibles auprès de l'industrie mais indispensables en termes de prise en charge thérapeutique des patients.

L'AGEPS est une structure originale, direction acheteuse pour le compte de ses clients directs que sont les établissements de l'AP-HP. Ses dépenses atteignent un milliard d'euros sur le médicament, 300 millions d'euros sur les dispositifs médicaux implantables et environ 100 millions d'euros sur les consommables de laboratoire. Entre 100 et 200 millions d'euros sont également consacrés aux équipements biomédicaux.

Pour l'Assistance publique, le marché des produits de santé est un domaine largement monopolistique. Sur les médicaments, deux tiers des achats se font en marché négocié et sans mise en concurrence. La proportion est inversée au niveau des dispositifs médicaux.

Par ailleurs, à peine plus des 10 % des laboratoires fournisseurs de médicaments sont totalement français ou avec des outils de production en France. La proportion s'établit entre 15 et 20 % pour les dispositifs médicaux.

La qualité du produit constitue le besoin principal de nos utilisateurs. Il s'agit à la fois de la qualité intrinsèque et de service médical rendu, et de tout ce qui concerne la sécurité et la facilité d'usage pour nos personnels et les patients.

Dans ces conditions, les pondérations de critères font primer la qualité. Le sujet du prix est essentiel également mais sa pondération ne dépasse jamais 35-40 %.

Par rapport à ces deux critères principaux que sont la qualité et le prix, nous veillons de plus en plus à la continuité et à la sécurité des approvisionnements en introduisant des clauses spécifiques de continuité d'approvisionnement dans nos marchés et en menant des expérimentations en matière de validation des plans de gestion de pénurie proposés par les laboratoires. Nous capturons également ces enjeux au travers de la diversification de nos fournisseurs, de notre travail sur les équivalences thérapeutiques, et des anticipations sur les ruptures potentielles.

M. le président Guillaume Kasbarian. Quelle est la part des achats fabriqués en France dans la totalité de vos achats ?

M. Bruno Carrière, directeur général de l'UniHA. Nous ne sommes pas capables de répondre à cette question. Nous avons fait une petite simulation sur les fournisseurs que nous avons référencés qui ont des contrats avec UniHA. Nous avons ensuite fait un traitement à partir des numéros système d'identification du répertoire des établissements (SIRET) ou des numéros de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) intracommunautaires. Il en résulte que 95 % des entreprises sont françaises. En matière de santé, vous ne pouvez pas vendre de médicaments ou de dispositifs médicaux en France sans que vous ayez un établissement pharmaceutique en France.

M. le président Guillaume Kasbarian. Quand vous avez des candidats à vos appels d'offres, comment estimez-vous la part de ce qui est fabriqué en France ?

M. Bruno Carrière. C'est une déclaration de l'entreprise. Cette information apparaît semble-t-il à deux endroits, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et aux douanes.

M. le président Guillaume Kasbarian. Vos acheteurs disposent-ils de cette information lorsqu'ils prennent leur décision ?

M. Bruno Carrière. Oui, à condition que l'entreprise la fournisse. Il existe dans le code de la commande publique des dispositions qui, les entreprises en réseau ou de sécurité, les obligent à déclarer où sont fabriqués les produits, les chaînes d'approvisionnement, mais il n'y a pas d'obligation qui s'applique pour les achats de produits de santé.

M. le président Guillaume Kasbarian. Si vous avez deux fournisseurs sur un même produit de même qualité avec le même usage thérapeutique, si aucun fournisseur ne vous a informé de la part de ses produits fabriqués en France, vous ne pouvez discriminer sur ce critère.

M. Bruno Carrière. Non. Si nous le voulions, il nous faudrait embarquer dans le dossier de consultation des entreprises un critère qui nous permette de différencier une entreprise ou la matière première qui viendrait hors de l'Union européenne (UE). C'est ce que nous faisons actuellement avec un marché de gants.

C'est aussi ce que nous prévoyons pour un appel d'offres de masques qui sera publié la semaine prochaine. Nous avons intégré dans le cahier des charges la nécessité d'une matière première provenant de l'UE ou des ateliers de fabrication situés dans l'espace européen.

M. le président Guillaume Kasbarian. Donc actuellement, vos équipes d'achats ne connaissent pas la provenance des différents fournisseurs.

M. Bruno Carrière. En effet.

M. le président Guillaume Kasbarian. Vous n'avez pas la possibilité de favoriser un producteur français.

M. Bruno Carrière. C'est interdit.

M. le président Guillaume Kasbarian. Vous ne pouvez pas sécuriser l'approvisionnement.

M. Bruno Carrière. Prenons l'exemple d'une direction achats d'une grande entreprise industrielle qui doit sécuriser ses produits à la fois en continuité d'approvisionnement, en qualité de composants, et en secret de fabrication éventuellement. Il existe dans les contrats des clauses qui obligent les fournisseurs à des audits avec un suivi rapproché. Nous ne pouvons pas le faire en raison du droit de la commande publique.

Nous pourrions construire des contrats de plus long terme qui nous permettraient d'accompagner des fournisseurs et de les suivre mais nous ne pouvons pas restreindre l'accès à la commande publique.

M. le président Guillaume Kasbarian. Il ne s'agit pas d'interdire l'accès au marché à des entreprises étrangères ou à des entreprises françaises dont les composants viennent de l'étranger. Dans l'optique de sécuriser les approvisionnements, avez-vous les indicateurs appropriés pour choisir vos fournisseurs ?

M. Bruno Carrière. Je distinguerai deux volets.

Il y a tout d'abord la question juridique. Elle est réglée comme en témoigne le marché de gants que nous avons passé, dont les modalités n'ont pas été remises en cause par le juge.

Il y a ensuite la modalité du travail d'acheteur. La manière d'acheter est encore en retrait au regard des meilleures pratiques des entreprises privées.

L'enjeu est que les acheteurs aient une taille critique suffisante pour pouvoir piloter un panel de fournisseurs comme le font les entreprises privées, et s'assurer que les déclarations de ces entreprises sont réelles.

M. le président Guillaume Kasbarian. Est-ce une volonté partagée par tous les hôpitaux ?

M. Bruno Carrière. Je pense que tous les hôpitaux ne sont pas au même niveau de professionnalisation des achats. Je porte pour ma part le point de vue selon lequel la bonne pratique en termes d'achats consiste à aborder les achats publics sous l'angle de la gestion des risques (d'approvisionnement, économiques, de logistique, de notoriété), notamment en mettant en place des contre-mesures et en évaluant régulièrement le panel fournisseurs.

M. Charles Guépratte. À ce sujet, la crise de la Covid-19 nous a permis de gagner en maturité. Nous avons été conduits à nous interroger sur nos pratiques et nos mauvaises habitudes en termes d'achats.

La force d'UniHA n'est pas d'imposer des bonnes pratiques à nos membres mais plutôt de les faire évoluer dans leur vision des sujets.

Lors des dernières assemblées générales d'UniHA, nous avons ainsi évoqué la nécessité de modifier notre positionnement global par rapport à ces produits à faible valeur ajoutée mais à forte valeur d'usage. Il convient désormais d'intégrer la gestion du risque dans l'achat et donc relocaliser un certain nombre d'éléments qui nous ont fait défaut pendant la crise.

Nous constatons un vrai changement au sein de la communauté hospitalière sur ces sujets. Elle ne souhaite pas revivre les mêmes difficultés que nous avons connues sur ces produits.

M. Renaud Cateland. Je partage ces propos. Même si nous avons historiquement une préférence pour le critère qualité, la multiplication des ruptures d'approvisionnement et la crise Covid ont eu un impact sensible sur nos pratiques. Les cliniciens et les infirmiers s'interrogent désormais sur la continuité de l'approvisionnement et ne sont plus uniquement focalisés sur le service rendu aux patients.

Je partage également le constat sur la difficulté d'accès à l'information. Nous avons fait des expériences auprès d'industriels du médicament. Désormais, nous leur demandons dans les cahiers des charges, ou expérimentations de marchés, des plans de pénuries. Jusqu'à présent, ils n'étaient pas obligés de le communiquer.

M. Gérard Leseul, rapporteur. Je suis interpellé par le statut coopératif d'UniHA. Pourquoi avez-vous choisi ce statut ? Comment fonctionnez-vous ?

M. Charles Guépratte. Nous ne sommes pas une coopérative mais un groupement de coopération sanitaire (GCS), qui est une des formes privilégiées de coopération des hôpitaux. Cela nous permet de coopérer sur des fonctions administratives, logistiques, techniques et administratives.

Nous nous sommes interrogés sur notre glissement vers un groupement d'intérêt public et nous avons envisagé de devenir une centrale d'achats à part entière.

Cependant, nous sommes des acheteurs qui achetons peu. En effet, UniHA passe pour le compte de ses adhérents des marchés que les adhérents vont exécuter. Le budget d'UniHA est de 15 millions d'euros, ce qui est peu. Une centaine de collaborateurs vont procéder à l'analyse des offres et donnent à leurs adhérents sous forme de groupements de commandes. Les adhérents se saisissant des marchés, font leur propre marché et le mettent en exécution. Cela nous pose donc la problématique du suivi des marchés et de leurs exécutions. Notre travail actuel sur un système d'informations centralisé qui nous permettrait de mieux connaître les habitudes de nos adhérents pour mieux préparer les marchés.

Même si nous sommes passés de 80 hôpitaux à l'origine à un millier actuellement, 85 % des hôpitaux nationaux adhèrent à UniHA, nous n'avons finalement pas jugé utile de changer de forme juridique. Nous n'avons trouvé aucune forme plus opérante ou plus efficiente.

UniHA s'appuie sur de l'expertise hospitalière et beaucoup de nos agents et de nos collaborateurs travaillent pour des hôpitaux adhérents et pour UniHA, ce qui permet de représenter à la fois l'utilisateur et l'acheteur. Nous disposons ainsi d'une vraie connaissance du terrain et nous sommes très proches des utilisateurs finaux.

M. Gérard Leseul, rapporteur. Je comprends que les acheteurs de votre groupement possèdent une grande expertise. Les déterminants prix et qualité sont-ils identiques pour l'ensemble de vos adhérents ? Vos 1 000 adhérents bénéficient-ils du même tarif ?

M. Bruno Carrière. Nous avons lancé 26 appels d'offres cette année et nous avons référencé 292 entreprises, pour un volume de 2,137 milliards d'euros. Le marché des médicaments anticancéreux représente à lui seul plus d'un milliard d'euros.

Concernant les critères inscrits dans les documents de consultation des entreprises, le critère technique (qualité du produit, continuité d'approvisionnement, service apporté par le fournisseur en accompagnement du produit, *etc.*) varie entre 40 et 60 %. Le critère économique pèse quant à lui entre 40 et 50 %. Parfois, 10 % de critères complémentaires de développement durable s'y ajoutent (emballage, éloignement des produits).

Le critère économique peut parfois être prépondérant (jusqu'à 70 %) lorsque des produits sont techniquement équivalents et parfaitement substituables. Je pense notamment aux produits radiopharmaceutiques.

Lorsque les appels d'offres pilotés par UniHA sont notifiés aux fournisseurs, le contrat est cédé aux établissements pour qu'ils puissent l'exécuter.

M. Charles Guépratte. Aujourd'hui, la fonction achats est groupée au niveau des établissements supports des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le plus petit des GHT aura les mêmes conditions tarifaires sur le même marché que l'Assistance publique –

Hôpitaux de Paris – à l’exception du prix de livraison qui dépend des conditions logistiques. Nous avons tous les mêmes conditions dès lors que nous sommes adhérents d’UniHA.

M. Gérard Leseul, rapporteur. Merci pour ces réponses claires. D’après vous, le droit de la commande publique permet-il de concilier le respect des deniers publics et la défense de la production française ?

M. Charles Guépratte. Le droit de la commande publique, mais aussi le ressort communautaire de nos appels d’offres, limitent les possibilités d’une préférence pour des produits fabriqués en France.

Par ailleurs, la remise en place d’outils de production sur le territoire communautaire nécessite souvent des marchés plus longs (2 à 3 ans) qui risquent d’affaiblir la concurrence. En effet, si nous confions un marché important à un fournisseur en échange de l’installation d’une usine de production en France, on risque de se priver de fournisseurs qui pourraient répondre à nos critères.

Nous éprouvons en outre des difficultés à estimer les besoins de nos adhérents en termes de consommation. Par conséquent, nous peinons à communiquer un chiffre d’affaires prévisionnel à nos fournisseurs. Cela complique encore la réimplantation de la production. C’est la raison pour laquelle nous avons donc entrepris un travail sur le système d’information.

Quoi qu’il en soit, il nous est impossible d’imposer une production en France dans le cadre d’un marché.

M. Renaud Cateland. Il faut peut-être distinguer le médicament du dispositif médical et des équipements de protection individuelle.

Sur les dispositifs médicaux, les structures sont plutôt nationales et les industriels de taille relativement modeste. Nous pouvons jouer sur la durée des marchés et les équivalences thérapeutiques pour favoriser une fabrication nationale, d’autant plus que l’Assistance publique privilégie le multi-lots sur le multi-attributaires. Pour une même typologie de dispositif médical, nous retenons deux ou trois fournisseurs auxquels nous attribuons un lot avec une quantité définie.

La situation est différente sur le médicament où les structures sont plus lourdes et plus internationales. La réinstallation de capacités de production est beaucoup plus longue.

M. Gérard Leseul, rapporteur. Pourquoi êtes-vous réticents aux marchés multi-attributaires ?

M. Bruno Carrière. Je voudrais tout d’abord insister sur un point : le sujet n’est pas juridique, c’est un sujet de compétences d’acheteurs et de compréhension des besoins hospitaliers.

Nous travaillons avec des juristes qui sont capables de nous construire des mises en concurrence conformes au droit de la mise en concurrence quelles que soient les politiques et les stratégies d’achat. Je vous invite donc à ne pas trop modifier le droit de la commande publique ; il y a une question d’apprentissage collectif à ne pas négliger, il faut que nos équipes se familiarisent. Nous avons la chance d’avoir un référé-précontractuel qui permet au juge d’intervenir et de casser les contrats avant même le démarrage d’un marché, donc cela ne crée pas trop de préjudice à une entreprise qui ne serait pas retenue.

Il existe une illusion sur la réglementation et sur la multi-attribution. Si cette multi-attribution n’est ni pilotée ni organisée, et si les différences entre entreprises ne sont pas lissées, c’est une fausse bonne idée.

Je sais que certains vous ont expliqué le contraire, mais la multi-attribution ne saurait être la solution au déficit de compétitivité d'une entreprise. Quand vous avez un écart de prix qui dépasse 30 %, vous ne pouvez pas le rattraper par un critère technique.

Il faut trouver une solution de moyen terme. Nous avons besoin de tous les acteurs sur ce type de produits à deux ans, trois ans, cinq ans, en accord avec les besoins des prescripteurs. Nous ne pouvons pas être dépendants de politiques de dons de pays étrangers, que nous ne maîtrisons pas. Nous ne connaissons pas la qualité du plasma, par exemple, prélevé en Chine ou au Brésil.

La multi-attribution est une option lorsqu'il est possible de lisser les écarts et de piloter des entreprises concurrentes. C'est une stratégie d'achat, ce n'est ni un outil juridique ni la solution à tous les problèmes.

Ainsi par exemple, nous publions la semaine prochaine un appel d'offres de masques correspondant exactement aux besoins consolidés des hôpitaux. Depuis le mois de juin, il est interdit par la jurisprudence de faire un appel d'offres sans minimum et sans maximum. Nous publions alors un appel d'offres qui correspond au besoin exact des hôpitaux. Nous consoliderons ensuite d'autres besoins qui donneront lieu à un autre appel d'offres. C'est une forme de multi-attribution qui ne dit pas son nom car nous veillerons à ce que les titulaires du premier appel d'offres ne soient pas retenus lors du second.

Sur les masques, nous avons besoin d'industriels et d'entreprises françaises de distribution et de négoce à des critères de qualité qui sont les nôtres. Nous avons aussi besoin de sourcer dans des pays à bas coûts (plus proches du continent européen que la Chine, la Malaisie ou le Vietnam) pour lisser les écarts de prix.

M. Gérard Leseul, rapporteur. Lorsque vous évoquez le lissage, quel est pour vous l'écart acceptable ?

M. Bruno Carrière. Lorsqu'il y a des écarts de prix, deux modalités sont possibles : soit les hôpitaux acceptent, soit nous recourons à un intermédiaire qui proposera un prix moyen pondéré.

UniHA s'inscrit dans cette dernière approche. Nous projetons ainsi d'acheter tous les produits et de proposer un prix moyen pondéré pour le même produit et pour tout le monde. Nous expliquerons aux hôpitaux que nous avons une stratégie de diversification des sources d'approvisionnement qui nous permet de disposer à un horizon de quatre à cinq ans d'un panel d'entreprises suffisant pour répondre à nos besoins.

M. Renaud Cateland. Pour des biens indispensables sujets à tensions ou ruptures, nous retenons le multi-lots. Nous attribuons un lot à chacun des fournisseurs avec une quantité déterminée. Il n'y a pas d'incertitude du multi-attributaires où chaque client se positionnera au dernier moment sans que le fournisseur connaisse son volume.

Le multi-lots permet de donner une visibilité au fournisseur. Le multi-attributaires est peut-être plus une source d'instabilité.

M. Luc Lamirault. Sur les marchés multi-attributaires, il a été évoqué des multi-attributions dans le temps. Qu'en pensez-vous ?

Par ailleurs, quel type de marché nous permettrait d'éviter les ruptures ? La taille de vos établissements ne serait-elle pas une des raisons des ruptures, dans la mesure où ceux qui ne sont pas retenus comme vos fournisseurs se trouvent fragilisés ?

M. Bruno Carrière. J'imagine que la multi-attribution dans le temps correspond aux marchés et appels d'offres successifs que je vous ai présentés.

Il existe aussi une multi-attribution en cascade. Lorsque le titulaire numéro 1 fait défaut, il est remplacé par le titulaire numéro 2. Une telle multi-attribution a beaucoup d'inconvénients en termes de prix, et ce n'est pas une solution durable. Elle conduit notamment des entreprises à rechercher la seconde place et à profiter du défaut du premier pour accroître leur marge.

Concernant les ruptures, celles-ci sont multiples et ont des origines diverses. En face de chaque type de rupture (de nature industrielle, réglementaire, logistique), il faut des contre-mesures appropriées. La solution qui semble la plus pertinente consiste à avoir plusieurs industriels capables de répondre aux besoins hospitaliers, à la condition que les produits soient substituables.

J'ajouterai que le marché des produits de santé n'est pas homogène et qu'il n'est pas toujours facile de donner aux grandes entreprises mondiales l'envie de travailler avec les hôpitaux français. Certains industriels estiment ainsi que les tarifs servis sont insuffisants, comparativement à certains pays européens. Il nous appartient donc d'améliorer l'attractivité des hôpitaux français en consolidant les engagements hospitaliers, voire en pilotant mieux leurs délais de paiement de certains hôpitaux.

M. Charles Guépratte. Sur le médicament, UniHA est souvent vu comme un acteur déstabilisant. Nous pensons qu'il peut aussi être un acteur très structurant dès lors qu'il peut offrir aux fournisseurs une visibilité sur plusieurs années et un volume de chiffre d'affaires garanti important.

Cette force de frappe importante nous permet ainsi de préempter des capacités de production chez les fournisseurs, voire de contribuer à des relocalisations en France, et d'éviter ainsi des ruptures d'approvisionnement.

M. Bruno Carrière. Les industriels cherchent à construire leur plan de charge industriel. Nous devons répondre à ce besoin. En revanche, certaines entreprises pharmaceutiques ne sont intéressées que par l'accès au marché et le tarif de référencement. Nous devons alors leur proposer des contrats différents de ceux que nous négocions avec les industriels.

M. Philippe Berta. Comment voyez-vous l'avenir de vos métiers compte tenu de cette évolution inéluctable vers des médicaments de thérapies innovantes (essentiellement des biothérapies) avec des coûts faramineux ?

Enfin, concernant les difficultés d'approvisionnement en produits dérivés du plasma et en immunoglobulines, comment pourrions-nous ne pas recourir à des acteurs étrangers dès lors que le seul acteur français ne peut satisfaire seul la demande ?

M. Bruno Carrière. Je tiens à vous rassurer. Nous trouverons les immunoglobulines dont nous avons besoin et nous traiterons les besoins immédiats.

À moyen terme, nous devons être capables de mobiliser l'outil de production en construction dans le nord de la France.

Concernant l'innovation, le meilleur exemple que nous pouvons délivrer est celui de Gilead et de l'hépatite C. L'État français a investi une somme excessivement importante pour éradiquer l'hépatite C dans les délais prévus. Fondamentalement, c'est la modalité sur l'innovation. L'évaluation du gain collectif va emporter des marchés de cette nature.

M. Charles Guépratte. Sur l'innovation thérapeutique, nous avons un système français particulièrement performant pour l'accès à l'innovation.

Nous avons beaucoup d'innovations de niche qui donnent souvent des résultats qui sont sans commune mesure avec ce qui a été fait auparavant à des coûts qu'il serait intéressant de consolider.

Ensuite, les indications sur ces nouvelles molécules sont de plus en plus encadrées par les professionnels. Il y a aussi un travail autour d'un paiement à la performance, comme l'a expérimenté l'Italie sur quelques molécules concernant le cancer, car il faut trouver un modèle d'intéressement à la performance sur le traitement de la maladie.

Je pense donc que nous sommes capables de financer une partie de cette innovation qui a un coût élevé mais apporte un service considérable.

M. Philippe Berta. Réfléchissez-vous sur le caractère pluriannuel du paiement ?

M. Renaud Cateland. Il existe quelques propositions des laboratoires concernés. C'est une piste de réflexion.

M. Gérard Leseul, rapporteur. Merci pour toutes vos réponses. Nous restons preneurs de compléments.

Ma dernière question sera la suivante : qu'attendez-vous de la future Agence de l'innovation santé ? Pourrait-elle être un mandataire efficace pour vous relayer, pour négocier et collaborer avec vous et avec les industriels ?

M. Charles Guépratte. Nous serons honnêtes avec vous, nous n'en savons pas encore beaucoup plus que ce que nous avons pu lire dans les différents communiqués de presse publiés lors de la mise en place de cette agence. Nous l'accueillons positivement, dès lors qu'elle nous permettrait d'être un autre espace de discussion avec les industriels que le conseil stratégique des industries de santé (CSIS).

Tout dépendra du positionnement de cette agence à l'intérieur du système et par rapport à l'agence européenne de l'innovation.

Nous attendons de savoir comment nous pourrions contribuer aux travaux de cette agence.

M. le président Guillaume Kasbarian. Merci pour la qualité de vos réponses. Si vous avez des éléments supplémentaires à nous envoyer, n'hésitez pas à les faire parvenir au secrétariat de la commission ; nous les intégrerons bien volontiers à nos travaux.

L'audition s'achève à seize heures quarante-cinq.

Membres présents ou excusés

Commission d'enquête chargée d'identifier les facteurs qui ont conduit à la chute de la part de l'industrie dans le PIB de la France et de définir les moyens à mettre en œuvre pour relocaliser l'industrie et notamment celle du médicament

Réunion du jeudi 28 octobre 2021 à 15 h 30

Présents. - M. Jean-Noël Barrot, M. Philippe Berta, M. Guillaume Kasbarian, M. Luc Lamirault, M. Gérard Leseul

Excusés. - M. Bertrand Bouyx, Mme Véronique Louwagie, M. Jacques Marilossian