



N° 2496

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 décembre 2019.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et
de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
sur la politique d'achat des hôpitaux*

ET PRÉSENTÉ PAR

M. JEAN-CARLES GRELIER,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. LES ACHATS HOSPITALIERS : UNE FONCTION STRUCTURANTE DE L'ÉCONOMIE HOSPITALIÈRE	7
A. UNE IMPORTANCE QUI JUSTIFIE LES POLITIQUES ENTREPRISES POUR AMÉLIORER LA PERFORMANCE DE L'ACHAT HOSPITALIER	7
1. Un enjeu financier majeur, en raison de dépenses qui ont continué de croître au cours des dernières années	7
a. Une masse financière considérable	7
b. Une information insuffisante	8
c. Une réelle dérive des achats courants	9
2. Les efforts trop tardifs d'optimisation de la fonction achats	11
3. Le programme PHARE, levier principal de la DGOS	13
a. Une attention enfin portée à l'efficience des achats hospitaliers	13
b. À terme, des conséquences potentiellement dommageables	15
B. AU CŒUR DU PROGRAMME PHARE, UN LIEN DISCUTABLE ENTRE « GAINS D'ACHAT » ET ÉCONOMIES BUDGÉTAIRES À L'HÔPITAL	15
1. La notion de gains d'achat présente de sérieuses lacunes méthodologiques	15
a. Un instrument déconnecté de la réalité	15
b. Un indicateur invérifiable, en deçà des standards de l'évaluation de la performance publique	18
c. Une notion sans lien avec le service médical rendu	19
2. Les modalités d'intégration des « gains d'achat » dans l'ONDAM hospitalier sont discutables voire dangereuses	20
a. Un adossement discutable des gains d'achat à l'ONDAM	20
b. Un cercle vicieux nuisible pour l'amélioration de la fonction achats	21
c. Un risque appelé à prendre de l'ampleur	22
d. Des promesses de perfectionnement à surveiller	22

II. LES ACHATS HOSPITALIERS : UNE ORGANISATION DONT LA PERTINENCE RESTE À DÉMONTRER	24
A. LA STRUCTURATION DES ACTEURS : LE GHT POSE-T-IL PLUS DE PROBLÈMES QU'IL N'EN RÉSOUT ?	24
1. Le GHT : une logique de « groupe » qui implique une hiérarchisation des établissements	24
a. La création du GHT : le dépassement du principe de coopération volontaire entre pairs.....	24
b. Le transfert de la fonction achat : un processus tout sauf fluide	29
2. L'impact sur les autres acteurs de l'achat hospitalier : un paysage plus simple ou plus complexe ?.....	37
a. Les groupements d'achat, un paysage très stratifié	37
b. Le partenariat avec le secteur privé, une complémentarité plus étroite pour une efficacité accrue.....	40
B. LA PERFORMANCE DE L'ACHAT HOSPITALIER : QUELS APPROFONDISSEMENTS ? QUELS FREINS ?	41
1. Au cœur de la stratégie d'achat, la recherche de l'efficacité	41
a. Faire de la mutualisation une source d'efficacité et non de coûts	41
b. Préserver l'accès des petites entreprises aux achats hospitaliers, un gage de la performance.....	46
c. Poursuivre la montée en compétence des acheteurs hospitaliers.....	52
2. La nouvelle donne de l'achat hospitalier, un coût d'entrée important ?.....	55
a. La consolidation de la fonction achat, une condition de réussite des GHT	55
b. La convergence des systèmes d'information achat, un prérequis de la performance.....	58
c. La logistique, un chantier pour l'hôpital de demain	59
LISTE DES RECOMMANDATIONS	65
TRAVAUX DE LA COMMISSION	67
ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION	69
ANNEXE 2 : LISTE DES AUDITIONS	71

INTRODUCTION

Dotés de la personnalité morale, les établissements publics de santé effectuent au quotidien une multitude d'achats pour remplir leurs missions et satisfaire la demande de prévention et de soins qui leur est adressée. Couvrant les médicaments, l'alimentation, les transports, l'hôtellerie ou encore l'équipement biomédical, ces achats sont au cœur du fonctionnement de nos hôpitaux.

Deuxième poste de dépenses après les charges de personnel, les achats hospitaliers représentaient près de 25 milliards d'euros en 2017. Leur progression continue depuis 2005 en fait un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses de santé.

Par lettre du 3 décembre 2014, Mme Gisèle Biémouret et M. Pierre Morange, alors présidents de la MECSS, ont demandé au Premier président de la Cour des comptes une étude sur la politique d'achat des hôpitaux. Celle-ci a été remise à la MECSS le 30 juin 2017 et présentée par ses auteurs le 12 octobre 2017.

Indicateurs de pilotage peu rigoureux, organisation juridique perturbée par la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), faiblesses dans la structuration interne de la fonction achat, formation insuffisante des acheteurs : le rapport de la Cour dressait un constat sévère de la gestion de leurs achats par les établissements hospitaliers.

Faisant suite à ce rapport, et dans une volonté de continuité du travail du Parlement dans l'exercice de ses missions de contrôle, la MECSS reconstituée sous la XV^e législature a décidé de poursuivre ce travail. Il s'agissait notamment de tirer au clair toutes les implications des nouveaux GHT sur les achats, dans le contexte délicat que fut celui du transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT.

D'indéniables progrès ont été réalisés depuis que la Cour des comptes a réalisé son enquête. Le transfert de la fonction achat a fait l'objet, par voie réglementaire, d'une clarification. Les acteurs de terrain – directeurs d'établissements, acheteurs, mais aussi prescripteurs – ont su développer des solutions innovantes pour tirer parti au mieux du nouveau paysage de l'achat.

Trois points demeurent toutefois préoccupants, et méritent des efforts supplémentaires.

Le pilotage des achats à l'échelle nationale, mené par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre du programme « Performance hospitalière

pour des achats responsables » (PHARE), présente des faiblesses majeures. Loin de donner une image fiable de la situation financière des hôpitaux, ce programme semble aujourd'hui avoir parmi ses objectifs la production statistique de « gains d'achat », transformés ultérieurement en économies budgétaires demandées aux hôpitaux. De façon préoccupante, et en dépit des intentions vertueuses à l'origine du programme, le rapporteur constate à l'issue de ses travaux que les gains d'achat ne reposent souvent sur aucune réalité clairement identifiable.

En deuxième lieu, le cadre juridique de la fonction achat mutualisée demeure source d'incertitudes. Mise en œuvre de l'achat groupé, répartition des charges financières liées à la fonction achat, dialogue de gestion : les points de tiraillement entre établissements parties et établissement support sont parfois notables. Par ailleurs, le rapporteur souligne les risques juridiques liés aux délégations de signature, dont les conséquences en termes de responsabilité demeurent souvent négligées.

Enfin, la massification rapide des achats promue par le programme PHARE comporte des risques. La constitution d'un oligopole sur chaque segment de marché est en effet susceptible de réduire la pression concurrentielle, ce qui peut avoir des conséquences graves : accroissement des ruptures d'approvisionnement, hausse des prix, baisse de la qualité de service.

Indispensable dans un contexte de tension budgétaire, la montée en performance de la fonction achat ne pourra se faire sans certains ajustements.

Il est tout d'abord urgent de refonder le programme PHARE, en clarifiant le lien entre optimisation des achats d'une part, et économies budgétaires d'autre part.

Déjà bien engagée, la prise de conscience par les acteurs des risques de la massification doit se poursuivre.

La fonction achat doit être consolidée, afin de parfaire les mécanismes mis en place lors de la création des GHT. La mise à niveau des systèmes d'information achat et le perfectionnement de la logistique seront des chantiers majeurs.

Enfin, les achats devront continuer à se faire, autant que possible, sur une base territoriale. Outre la vitalité des territoires ruraux, dont les entreprises comptent parfois l'hôpital local parmi leurs premiers clients, il y va de la qualité des produits et des services fournis.

I. LES ACHATS HOSPITALIERS : UNE FONCTION STRUCTURANTE DE L'ÉCONOMIE HOSPITALIÈRE

Le rapporteur prend acte de la prise de conscience progressive par la communauté hospitalière au cours des quinze dernières années de l'importance de la fonction achats. Cette dernière est au cœur des exigences, souvent conflictuelles, de qualité des soins d'une part et d'efficacité budgétaire d'autre part. Une révision du pilotage de la performance des achats hospitaliers est aujourd'hui indispensable pour permettre aux établissements de répondre aux défis qui leur sont posés.

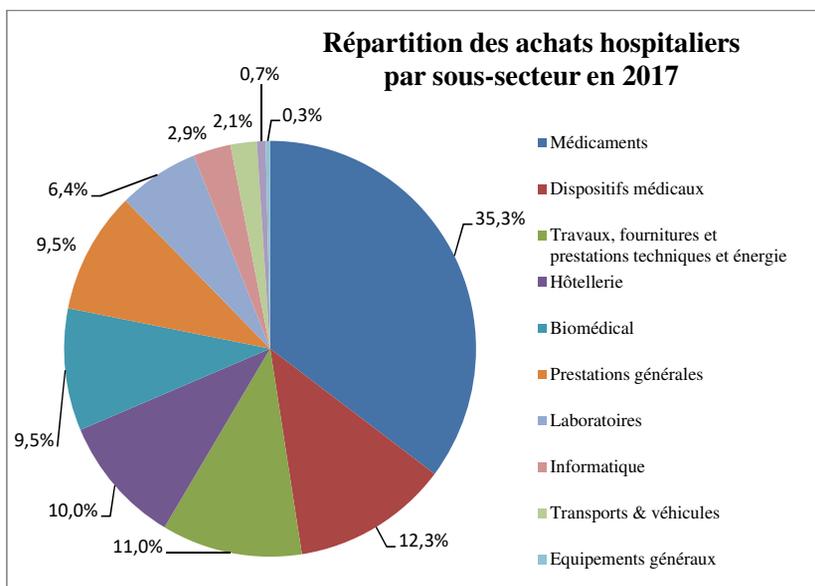
A. UNE IMPORTANCE QUI JUSTIFIE LES POLITIQUES ENTREPRISES POUR AMÉLIORER LA PERFORMANCE DE L'ACHAT HOSPITALIER

1. Un enjeu financier majeur, en raison de dépenses qui ont continué de croître au cours des dernières années

a. Une masse financière considérable

Les achats hospitaliers représentaient en 2017 24,7 Md€, dont 23 Md€ de dépenses de fonctionnement et 1,7 Md€ de dépenses d'investissement. À titre de comparaison, ce montant est supérieur aux 16 Md€ de dépenses d'achat des services de l'État la même année (hors achats de défense).

Les médicaments constituent le premier poste de dépense, avec 35,3 % des achats enregistrés en 2017. Suivent les dispositifs médicaux (12,3 %), les travaux (11 %), l'hôtellerie (10 %), l'équipement biomédical (9,5 %) et les prestations générales de services (assurance, communication, gardiennage, nettoyage, etc. : 9,5 %).



Source : DGOS.

b. Une information insuffisante

Le rapporteur a pu constater tantôt la mauvaise qualité, tantôt l'absence d'informations budgétaires et comptables agrégées au niveau national s'agissant des achats hospitaliers. Les chiffres globaux et précis année par année ne sont pas rendus publics, et ne font notamment l'objet d'aucune documentation dans le cadre du PLFSS, de façon inexplicable.

Le suivi comptable des achats entre dépenses d'investissement et dépenses de fonctionnement semble en premier lieu manquer de fiabilité, leur volume estimé ayant varié au fil des années. Le rapport de la Cour des comptes de juin 2017 ⁽¹⁾ faisait ainsi état de 25 Md€ de dépenses répartis entre 19 Md€ de dépenses de fonctionnement et 6 Md€ de dépenses d'investissement. Ce chiffre est contredit par les dernières estimations de la DGOS, qui évaluent respectivement à 23 Md€ et 1,7 Md€ les dépenses de fonctionnement et d'investissement.

En outre, certains mouvements d'une année sur l'autre paraissent difficiles à expliquer. Ainsi, le montant total des achats (en prix) aurait décliné entre 2016 et 2017. Ceci semble surprenant, compte tenu à la fois de la dérive spontanée à la hausse des dépenses et de l'inflation (0,2 % en 2016 et 1 % en 2017 ⁽²⁾).

(1) Cour des comptes, Les achats hospitaliers, juin 2017.

(2) Source : INSEE.

Le rapporteur invite l'administration à se saisir pleinement du sujet de la consolidation comptable des achats des hôpitaux publics, afin de produire une estimation fiable de leur montant. L'absence de consolidation compromet l'entreprise de pilotage des achats au niveau national.

Recommandation n° 1 : Améliorer la qualité de l'information comptable relative aux achats au sein des établissements, de façon à permettre un réel pilotage financier sur une base nationale.

En outre, comme le relevait la Cour des comptes en 2017, les enquêtes en matière de prix d'achat menées au niveau national sont facultatives et connaissent par conséquent un taux de réponse très faible. Elles n'ont pas été rendues obligatoires depuis. Seul un indicateur inclus dans les CAQES (contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins) conclus entre les ARS et les établissements incite aujourd'hui les hôpitaux à y participer ⁽¹⁾. Une note d'information adressée aux directeurs d'établissement en janvier 2019 les invitait à y participer, sans en faire une obligation ⁽²⁾.

Ceci prive les pouvoirs publics de toute vision globale sur un domaine pourtant stratégique à la fois pour la santé et pour les finances publiques, et réduit fortement sa capacité d'action.

Recommandation n° 2 : Rendre obligatoire la participation aux enquêtes « médicaments » menées par la DREES, et l'étendre aux autres segments d'achat afin de permettre une comparaison transparente des pratiques entre les établissements.

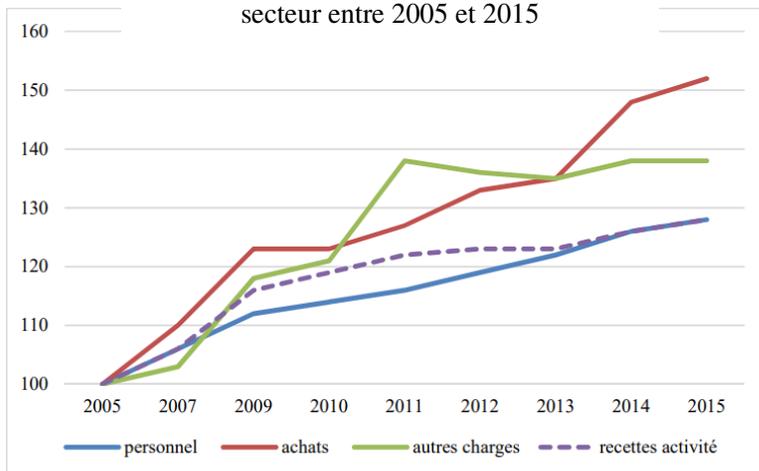
c. Une réelle dérive des achats courants

La masse des dépenses de fonctionnement a connu une importante progression au cours des quinze dernières années. Comme le relevait la Cour des comptes dans son rapport de juin 2017, elle est passée de 12,3 Md€ en 2005 à 18,7 Md€ en 2015, soit une progression de 52 % en dix ans. À titre de comparaison, les dépenses de personnel ont progressé dans le même temps à un rythme presque deux fois inférieur (28 %), de même que les recettes liées à l'activité (28 %).

(1) Il s'agit de l'item I.1.10 : « L'établissement répond dans les délais impartis aux enquêtes diligentées et/ou relayées par l'OMÉDIT Ile-de-France (dont les enquêtes de consommation des médicaments ATIH, clip mitral, TAVI). »

(2) Note d'information n° DGOS/PF2/2019/16 du 23 janvier 2019 relative à l'enquête achat et consommation des médicaments à l'hôpital menée par l'ATIH.

Évolution des dépenses hospitalières par sous-secteur entre 2005 et 2015



Source : Cour des Comptes, Les achats hospitaliers, juin 2017.

Deux phénomènes permettent d'expliquer en partie cette hausse :

- s'agissant de la période 2005-2010, l'externalisation d'un certain nombre de prestations (nettoyage, blanchisserie, etc.) a entraîné de façon mécanique le transfert de dépenses de personnel vers des dépenses d'achats ;
- le pic observé en 2014 s'explique quant à lui par le prix de nouveaux médicaments introduits cette année-là sur le marché.

Ces explications apparaissent cependant trop partielles pour expliquer la croissance observée, qui fait peser un poids considérable sur les finances sociales. En effet, le pic de 2014 – à supposer qu'il ne provienne que des médicaments – n'explique qu'un cinquième de la progression constatée ; l'effet financier de l'externalisation vers les achats de certaines dépenses de personnel paraît quant à lui limité, comme en témoigne la croissance constante de ces dépenses sur la période.

La dérive des dépenses d'achats a des conséquences très concrètes sur le fonctionnement des établissements de santé et la qualité des soins. Elle nuit en effet aux marges de manœuvre globales des établissements publics de santé, dont les recettes, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), dépendent essentiellement de tarifs fixés au niveau national (les groupes homogènes de séjour ou GHS) sur lesquels ils ne disposent pas de levier¹. En situation de dépenses croissantes, les établissements se retrouvent contraints d'agir sur le seul facteur d'ajustement disponible, à savoir la masse salariale. En aval, la situation sociale en est lourdement affectée, comme en témoigne la crise rencontrée par l'hôpital public depuis le mois de mars 2019.

¹ L'équilibre financier s'agissant des médicaments obéit à un régime particulier, dit de la « liste en sus », en vertu duquel un certain nombre de médicaments innovants et coûteux font l'objet d'un remboursement intégral auprès de l'hôpital par l'Assurance maladie.

2. Les efforts trop tardifs d'optimisation de la fonction achats

Le rapporteur ne peut que constater les efforts trop longtemps insuffisants des pouvoirs publics pour contenir la croissance en volume des achats hospitaliers.

Il a en effet fallu attendre la fin des années 2000 pour que le sujet des achats hospitaliers soit traité dans sa globalité, et non selon une approche technique ou sectorielle, en dépit de leur masse sans cesse croissante.

Les actions de rationalisation se sont d'abord limitées au domaine des équipements lourds, dans un contexte de technicisation croissante de la médecine. La création en 1974 du Centre national de l'équipement hospitalier (CNEH)¹ visait ainsi à superviser les achats de machinerie biomédicale, via un travail de référencement des équipements, d'assistance aux établissements et de régulation du marché.

Deux décennies plus tard, et suite à l'arrivée sur le marché de nouveaux appareils de radiographie (IRM, scanners), est apparu le problème d'une coordination insuffisante des établissements de santé dans leurs acquisitions. La mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) par les réformes hospitalières de 1991² et 1996³ devait y apporter une réponse. Ces schémas ainsi que la coopération interhospitalière qui en résultait visaient ainsi à éviter la multiplication mal maîtrisée d'équipements lourds en des points divers du territoire, source de dépenses redondantes, et à dégager des économies d'échelle.

Il a fallu attendre 1997 pour que l'IGAS, dans son rapport annuel, se saisisse du sujet des achats hospitaliers en une partie au titre éloquent : « *Les achats hospitaliers, une préoccupation injustement négligée* ». ⁴

Ce n'est pourtant qu'avec le passage à la T2A, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004⁵, que la question de la performance de la fonction achats dans sa totalité a commencé à être abordée. Le nouveau mode de financement des hôpitaux poussait en effet les établissements à se saisir de la fonction achats comme un levier d'économies capable de libérer en aval des marges de manœuvre financières.

La Mission d'expertise et d'audit hospitalier (Meah) a été la première manifestation de ce que l'État entendait désormais traiter le sujet. Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et opérationnelle à partir de mai 2003, la Meah a assisté les établissements de santé dans un triple objectif d'amélioration de leur qualité de service, de leur efficacité économique et des conditions de travail du personnel. Elle était chargée « de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités

¹ Arrêté du 14 mai 1974 portant institution d'un centre national de l'équipement hospitalier.

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

³ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁴ Rapport Annuel 1997 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

⁵ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, art. 22 à 34.

des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits »¹. Son mode d'intervention a consisté en des actions de terrain, menées avec des équipes hospitalières volontaires et des cabinets de conseil sélectionnés sur appel d'offres et financés.

Si la fonction achats n'a constitué qu'une partie des champs d'action de la Meah, celle-ci a néanmoins permis de mettre sur la table les préoccupations d'efficacité économique dans la gestion hospitalière, de même qu'elle a initié une dynamique de partage de bonnes pratiques entre les établissements.

La Meah a notamment mené le projet OPERAH, pour « Optimisation de la performance des achats hospitaliers », auprès de 92 établissements de santé sur la période 2005-2007. Axé autour de trois volets (formation, accompagnement, capitalisation), le projet a eu pour objectif une montée en compétence de la fonction achat via la structuration d'un réseau d'acheteurs, capable par la suite de réaliser des échanges de bonnes pratiques. Témoignant des difficultés rencontrées, la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins² notait alors que « la dynamique enclenchée sur le terrain s'essoufflera[it] rapidement en l'absence d'une structuration du projet³ »,

La démarche initiée avec la Meah s'est institutionnalisée avec la création en 2009 de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), groupement d'intérêt public (GIP) constitué de l'État, de l'Union des caisses d'assurance maladie (Uncam), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et des fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Financée par l'État, les régimes obligatoires d'assurance maladie et la CNSA⁴, son objet est « *d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses* »⁵.

L'action s'est poursuivie au cours des années 2007-2011 avec des rencontres régionales entre établissements, dans le cadre de projets régionaux d'optimisation des achats. Ces rencontres ont abouti en 2011 à la publication par l'ANAP d'un guide achats destiné aux professionnels en établissement, intitulé « Démarche et pratique organisationnelle des achats hospitaliers ».

¹ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, art. 23.

² Renommée Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en mars 2010.

³ Ministère de la Santé et des Solidarités, « Les enjeux de la fonction achat dans les établissements de santé et le pilotage du projet », Dossier de presse, 6 janvier 2006.

⁴ Article L. 6113-10-2 du code de la santé publique.

⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 18.

Avec le lancement du programme Phare, le pilotage public en matière d'achats hospitaliers est passé de l'ANAP à la DGOS¹.

3. Le programme PHARE, levier principal de la DGOS

Le dernier effort en date d'action sur les achats hospitaliers a été entrepris en 2011, avec le lancement du programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) piloté par la DGOS.

Si le programme a eu le mérite, souligné par la communauté hospitalière, d'attirer l'attention sur l'efficacité de la fonction achats, ses effets à long terme s'annoncent particulièrement préoccupants.

a. Une attention enfin portée à l'efficacité des achats hospitaliers

Le programme Phare a pour objectif, selon les termes de la DGOS, de dégager des « économies intelligentes », autrement dit de « mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire, tout en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients »².

Ses principales caractéristiques sont :

- *un appui stratégique aux établissements*, via l'accompagnement de 150 grands établissements dans l'élaboration de leur premier plan d'action achats (PAA) ;
- *une démarche de massification de la demande*, par l'accès de tous les établissements à des marchés groupés d'achats ;
- *une professionnalisation de la fonction achats*, via l'identification dans chaque établissement ou regroupement d'établissements d'un responsable achats unique ;
- *une meilleure gestion budgétaire à qualité de soins constante*, via l'amélioration du dialogue entre les responsables achats et les prescripteurs au sein des établissements.

La première phase du programme a été guidée par un plan de performance des achats hospitaliers, qui a fixé un objectif national de gains à hauteur de 910 M€ sur la période 2012-2014. Lancé en septembre 2011, le plan était notamment axé autour du développement d'une fonction achat au sein des établissements avec un responsable achats unique, et l'animation d'une politique régionale des achats par les ARS. La DGOS revendique en fin de compte 840 M€ de gains sur cette période³.

¹ Audition de Mme Sophie Martinon, directrice générale de l'ANAP, 21 mars 2018.

² Ministère des Solidarités et de la Santé, Plaquette de présentation, Les achats hospitaliers. Le programme PHARE, 2019.

³ Audition de Mme Marie-Anne Jacquet, sous-directrice..., 21 février 2018.

La seconde phase, qui s'est déroulée de 2015 à 2017, a quant à elle fixé un objectif de 1,4 Md€ de gains d'achat, « *en maintenant au moins le même niveau de qualité* ». Parmi ses objectifs figuraient notamment l'achèvement de la transformation de la fonction achat, la systématisation du dialogue prescripteur acheteur et la mise en réseau durable des acheteurs. En exécution, ce second plan pluriannuel aurait donné lieu à 1,58 Md€ de gains selon la DGOS¹.

Un troisième plan pluriannuel de 2,6 Md€ de gains d'achat, couvrant la période 2018-2022, est aujourd'hui en cours. Il prévoit une montée en puissance de la fonction achat, avec une croissance des gains attendus de 412 M€ en 2019 jusqu'à 740 M€ en 2022². Cette croissance doit être permise, selon la DGOS, par la consolidation de la mise en place de la fonction achat mutualisée de GHT, le lancement d'une dynamique sur la mutualisation des opérateurs régionaux et la mise à profit de nouveaux leviers d'efficience (achats complexes et innovants, l'optimisation de la logistique hospitalière). En exécution, ce plan a pour l'instant donné lieu à 550 M€ de gains en 2018, contre 310 prévus initialement.

Depuis la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016³, la mise en œuvre concrète du programme repose sur deux principaux axes.

Chaque groupement a tout d'abord l'obligation d'élaborer un Plan d'Action Achat de Territoire (PAAT), sous l'égide de la direction achats de l'établissement support du groupement (voir II.A.). Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire précise qu'« *un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement* »⁴. Élaboré par une équipe rassemblant des acheteurs de tous les établissements partie au groupement et dirigée par un acheteur de l'établissement support, le plan d'action a pour objectif de fixer une stratégie d'optimisation de la fonction achat commune aux GHT. Il est ainsi censé initier une dynamique de partage des bonnes pratiques entre les différents responsables de la fonction achats au sein des établissements.

Le programme Phare repose en second lieu sur le projet « Armen », mené par la DGOS auprès des établissements. Il consiste en l'organisation de séquences successives (« vagues ») de partage de bonnes pratiques, chaque séquence portant sur dix thématiques liées à l'achat. La sixième « vague », qui s'est déroulée entre mars et juin 2019, a porté sur des thématiques telles que l'organisation de la fonction d'achat, la maîtrise des consommations ou encore la question du « *make or buy* » (gérer en interne ou externaliser). La DGOS affiche un total de 225 bonnes pratiques partagées depuis la première vague de 2012.

¹ Audition de Mme Marie-Anne Jacquet du 21 février 2018.

² 310 M€ en 2018, 412 M€ en 2019, 548 M€ en 2020, 633 M€ en 2021, 740 M€ en 2022.

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 107.

⁴ Art. R. 6132-16 du code de la santé publique.

b. À terme, des conséquences potentiellement dommageables

En dépit des efforts accomplis par la DGOS et des effets bénéfiques qu'il a pu avoir en termes de prise de conscience chez les acteurs hospitaliers, le programme Phare risque à terme de causer de lourdes difficultés aux établissements. Ceci s'explique par deux raisons principales :

– *La massification excessive des structures d'achat*, à l'origine de risques considérables pour l'approvisionnement en médicaments et la place des entreprises locales à long terme,

– *La structuration du programme sur la notion de « gains d'achat »*, notion floue servant à la fois de critère d'évaluation et de support pour des économies budgétaires d'une ampleur toujours croissante.

Sur la base des éléments détaillés ci-après, le rapporteur tient à souligner le grave péril que rencontrera inévitablement le programme Phare, et avec lui l'hôpital public, d'ici quelques années.

B. AU CŒUR DU PROGRAMME PHARE, UN LIEN DISCUTABLE ENTRE « GAINS D'ACHAT » ET ÉCONOMIES BUDGÉTAIRES À L'HÔPITAL

L'évaluation des résultats du programme Phare repose sur la notion floue de « gains d'achat », censée refléter les économies réalisées par les acheteurs grâce à l'amélioration de leurs pratiques, par comparaison avec une situation de référence.

Le principal problème rencontré par la mission et souligné par la quasi-totalité des personnes auditionnées tient à l'extrême difficulté de mesure de ces gains d'achats. Il en résulte en aval l'impossibilité d'évaluer les effets du programme Phare, et une pression financière considérable sur l'hôpital public via la mutation des gains d'achat enregistrés en mesures d'économies budgétaires dans le cadre de l'ONDAM.

1. La notion de gains d'achat présente de sérieuses lacunes méthodologiques

Des lacunes méthodologiques graves empêchent de considérer les gains d'achat comme un indicateur fiable. Le rapporteur ne peut que déplorer que le pilotage de l'offre de soins hospitaliers repose depuis de nombreuses années sur un outil dénué de rigueur, aussi bien dans sa conception que dans sa collecte et son traitement.

a. Un instrument déconnecté de la réalité

Le rapporteur a pu constater que la notion de gains d'achat recouvre des réalités très hétérogènes – voire inexistantes – et aisément falsifiables.

- *Un gain d'achat n'est pas une économie budgétaire*

Tout d'abord, et comme l'avait relevé la Cour des comptes, les « gains d'achat » ne sont pas synonymes d'économies budgétaires. Les gains sont en effet calculés par comparaison à une situation de référence, parfois fictive, et sont décorrélés de l'évolution des dépenses de l'année n à l'année $n+1$.

Un gain d'achat ne représente pas nécessairement une économie : exemple

La méthode de calcul des gains d'achat est fondée sur la comparaison entre des prix ou situations « historiques » ou « de référence » et des prix ou une situation « nouveaux », après intervention de l'acheteur¹.

Supposons qu'un établissement soit acheteur d'un produit dont le prix est égal à 100 à l'année n . Le prix de catalogue passe à 120 à l'année $n+1$. L'établissement obtient toutefois, grâce à la qualité de ses pratiques (mise en concurrence, négociation en volume, etc.) une baisse de 5 par rapport au nouveau prix de catalogue.

Budgétairement, l'établissement enregistrera un gain d'achat de 5, malgré une dépense supplémentaire effective de 15.

La DGOS reconnaît elle-même les limites de la notion de gains d'achat, qui visent selon elle à estimer des « coûts potentiels évités » et relèvent d'« une approximation et non d'un calcul mathématique exact »².

Les auditions menées par la mission ont montré que la différence entre gains d'achat et économie est très bien comprise par les acteurs. Le rapporteur ne peut que soulever ici une première interrogation sur la pertinence de l'indicateur « gains d'achat », compte tenu de l'impossibilité de l'utiliser raisonnablement à des fins de gestion budgétaire.

- *Une mesure souvent fictive*

La notion de gains d'achat recouvre en outre des réalités très hétérogènes, voire aucune réalité.

La mesure des gains d'achat est en premier lieu parfois d'ordre quasiment fictif, lorsqu'aucun prix de référence (avant amélioration de la performance de l'acheteur) n'est connu. Dans le cas d'un achat récurrent, le prix de référence est aisé à calculer : il s'agit du prix historique. Dans le cas d'un achat ponctuel, il est fréquent que ce prix historique n'existe pas. L'acheteur doit alors estimer un prix de marché pour le produit, au moyen d'une comparaison avec un autre acheteur ou d'une étude de marché. Ceci laisse une marge d'appréciation considérable au gestionnaire dans l'estimation du gain d'achat réalisé, d'où une tendance probable à la surestimation.

¹ Source : DGOS, Note, Calculer et utiliser les gains d'achat, novembre 2011 ; DGOS, Formation à la méthodologie de calcul des gains, décembre 2015.

² DGOS, Note, Formation à la méthodologie de calcul des gains, novembre 2014.

Pour leur part, les groupements d'achat ont confié à la mission avoir fréquemment recours aux prix moyens pondérés observés sur le marché, en l'absence de prix de référence communiqué par l'établissement adhérent.

En second lieu, la réalité des gains d'achat enregistrés est variable, dès lors que, comme le notait la Cour des comptes, certains gains d'achats comptabilisés par les hôpitaux sont en réalité des gains « identifiés », en amont de la signature des marchés, et non des gains effectivement réalisés.

Gains identifiés, gains notifiés et gains réalisés

Selon le moment de l'achat, trois types de gains d'achat peuvent être distingués :

- les « gains identifiés » sont estimés pour réaliser des prévisions sur les opportunités de gains avant l'acte d'achat. Ils sont calculés à partir du volume de l'année précédente (en cas d'achat récurrent) ou prévisionnel (en cas d'achat ponctuel) valorisé par la différence entre l'ancien prix et le prix ciblé attendu ;
- les « gains notifiés » sont estimés lors de la passation des marchés ; ils sont calculés à partir du volume prévisionnel de l'année précédente valorisé par la différence entre le prix de référence et le nouveau prix obtenu ;
- les « gains réalisés » sont estimés lors du suivi de l'exécution des marchés. Ils sont calculés à partir du volume effectivement consommé valorisé par la différence entre le prix de référence et le nouveau prix obtenu.

Source : Cour des comptes, Les achats hospitaliers, juin 2017.

Comme le relevait la DGOS elle-même, « au final, les gains d'achat comptabilisés sont une combinaison de gains identifiés, notifiés voire réalisés »¹.

Enfin, il existe des phénomènes de double comptabilisation, les gains réalisés par l'intermédiaire des groupements d'achat étant parfois repris par l'hôpital à son propre compte. Le volume de gains enregistrés par la DGOS se voit alors artificiellement gonflé.

La Chambre régionale des comptes de Nouvelle Aquitaine relevait ainsi des pratiques préoccupantes dans son examen de la gestion du CHU de Limoges :

« Le lien entre le plan d'actions achats et les produits intégrés dans les groupements d'achats est source d'ambiguïté. En effet, les gains achats des groupements d'achats sont calculés par les groupements eux-mêmes et font l'objet d'une remontée d'informations directement auprès de la direction générale de l'offre de soins. Cependant, le CHU de Limoges a intégré les gains achats réalisés par l'intermédiaire d'UNIHA et du GRC au sein du PAA de 2014 puis 2015. »²

¹ Cour des comptes, Les achats hospitaliers, juin 2017.

² CRC Nouvelle Aquitaine, Rapport d'observations définitives, Examen de la gestion du CHU de Limoges, Exercices 2010 à 2015, juillet 2017.

b. Un indicateur invérifiable, en deçà des standards de l'évaluation de la performance publique

Outre les faiblesses méthodologiques susmentionnées, le contrôle des gains déclarés est rendu presque impossible par le faible niveau de développement des systèmes d'information achat utilisés par les hôpitaux, qui empêche un traitement exhaustif des remontées de gains.

La chambre régionale des comptes des Hauts-de-France notait ainsi sévèrement dans son rapport d'observation sur le CH de Saint-Quentin :

« Les économies affichées dans les plans d'actions achats annuels révèlent une certaine hétérogénéité et une fiabilité incertaine. En effet, les données sont renseignées par chaque service, selon des méthodologies qui peuvent varier et qui sont peu explicites. Les montants annoncés varient d'une version à l'autre et il existe un certain manque de lisibilité entre les notions de gains cibles, gains réalisés et leur impact sur chaque exercice. Au final, la consultation de ces tableaux ne permet pas de discerner avec exactitude le montant des gains projetés ni dans quelle mesure ils ont été réalisés¹ ».

Ce constat a été confirmé par les personnes auditionnées par la mission. Mme Sophie Martinon, directrice générale de l'ANAP, a ainsi fait état des « limites » de la notion de gain d'achat, « qui tiennent à des enjeux plus systémiques sur l'évaluation du gain d'achat, son mode de calcul et sa structure. Ces pratiques ont un niveau de maturité très variable en matière de comptabilité analytique de chaque établissement. Quelle que soit la méthode employée, il y a des facteurs limitants. Il n'existe pas d'évaluation chiffrée² ».

Le rapporteur ne peut à cet égard que déplorer la non-conformité totale des gains d'achat aux standards en vigueur en matière d'indicateurs de performance. Selon le guide méthodologique publié lors de l'entrée en vigueur de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF)³, un indicateur doit être :

– *pertinent*, « c'est-à-dire permettre d'apprécier les résultats réellement obtenus (cohérents avec l'objectif, se rapportant à un aspect substantiel du résultat attendu, permettant de porter un jugement, évitant les effets contraires à ceux recherchés) » ;

– *utile* (« disponible à intervalles réguliers, se prêtant à des comparaisons, exploités par les administrations, compréhensible ») ;

¹ *Chambre régionale des comptes des Hauts-de-France, Rapport d'observation définitives sans réponse : Centre hospitalier Saint-Quentin dont achats hospitaliers (Département de l'Aisne), Exercices 2010 et suivants, 24 mars 2017.*

² *Audition du 21 mars 2018.*

³ *Direction de la réforme budgétaire, Commission des finances de l'Assemblée nationale, Commission des finances du Sénat, Cour des comptes, Comité interministériel d'audit des programmes, La démarche de performance : stratégie, objectifs, indicateurs, Guide méthodologique pour l'application de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001, juin 2004.*

– *solide* (« pérenne, de fiabilité incontestable, tout en étant élaboré à un coût raisonnable ») ;

– *vérifiable et auditable*.

Si l'émulation générée parmi les professionnels de santé permet au critère des gains d'achat de remplir partiellement le critère de l'utilité, force est de constater qu'il ne satisfait aucun des trois autres critères. En particulier, il n'est ni solide, ni vérifiable.

Le rapporteur appelle par conséquent le gouvernement à revoir complètement la notion de gain d'achat, afin de la remplacer par un indicateur permettant réellement d'évaluer la performance de l'achat hospitalier. Les modalités d'ordre quasi soviétique entourant actuellement le calcul et l'usage des gains d'achat sont des plus alarmantes.

Recommandation n° 3 : Remettre à plat la notion de gains d'achat, en la remplaçant par un indicateur permettant d'apprécier réellement la performance des achats hospitaliers, fondé sur les économies budgétaires effectivement réalisées par les hôpitaux et consolidées avec un haut niveau de fiabilité.

c. Une notion sans lien avec le service médical rendu

De nombreux acteurs hospitaliers auditionnés par la mission ont mis en doute la pertinence du critère des seuls gains pour évaluer les progrès de la fonction achat. La notion de gain d'achat, de nature comptable, fait en effet abstraction de l'évolution de la qualité du service hospitalier et des soins.

Mme Cécile Chevanche, directrice du pôle Finances de la Fédération hospitalière de France, s'est ainsi montrée critique de l'usage exclusif de cet indicateur : « *le gain d'achat ne tient pas compte de l'évolution du besoin, et des nouveaux produits mis sur le marché les années suivantes. [...] Il ne faut pas percevoir la politique d'achat à travers le seul prisme du gain d'achat et du gain budgétaire. Il y a aussi la qualité de la prestation, mais également la qualité d'approvisionnement, de respect des délais, de dépannage d'urgence, etc.* ».¹

Le rapporteur ne peut que constater qu'en négligeant la dimension qualitative de l'offre de soins, la notion de gains d'achat met sous pression les gestionnaires d'établissement et les professionnels de santé. Ces derniers se voient incités à réaliser toujours plus de gains, réduisant à peu de chagrin les considérations d'amélioration de la qualité de service.

Mme Véronique Chasse a mis en garde la mission lors de son audition², en regrettant « *que PHARE réduise le sujet des achats aux seuls gains. Il y a aussi une exigence de qualité, car nous nous situons au sein du secteur hospitalier. [...]* À

¹ Audition

² Audition du 14 février 2018.

force de prendre le sujet sur la position unique des gains, il y a un risque d'essouffler les professionnels ».

De même, M. Alain Mourier, responsable de la formation à l'EHESP, a pointé « *un risque, celui de se dire que l'on peut intéresser uniquement via une dimension économique de l'achat* » et a confié à la mission qu'il n'était « *pas convaincu par une telle évolution*¹ ».

Le rapporteur souhaite rappeler la nécessité impérieuse de préserver un cadre de travail adapté pour les professionnels de santé, contre le risque d'« essoufflement » dont ils sont actuellement victimes et que ne fait qu'exacerber le programme Phare. Seule une politique de santé fondée sur une perspective d'amélioration de la qualité du service et des soins est en mesure de les mobiliser, et de produire les résultats qui peuvent en être légitimement attendus.

Recommandation n° 4 : Évaluer l'impact des changements de pratiques en matière d'achat sur la qualité des soins, au moyen d'un système de traçabilité des bonnes pratiques d'achat mises en place dans les établissements.

2. Les modalités d'intégration des « gains d'achat » dans l'ONDAM hospitalier sont discutables voire dangereuses

Le problème déjà préoccupant des gains d'achat est aggravé par leur transformation, sans retraitement, en mesures d'économie budgétaire dans le cadre de l'ONDAM. Le rapporteur invite le gouvernement à clarifier au plus vite cette situation, sous peine de voir le système hospitalier s'effondrer sous la pression financière qui en résulte.

a. Un adossement discutable des gains d'achat à l'ONDAM

En dépit des limites inhérentes à la notion de gains d'achat telles qu'elles viennent d'être exposées, celle-ci a été reprise comme base de calcul pour des économies budgétaires dans le cadre de l'ONDAM.

Dans son rapport de juin 2017, la Cour des comptes relevait ainsi 1,2 Md€ d'économies entre 2015 et 2017 au titre de l'optimisation des achats, tandis que la DGOS affichait 1,4 Md€ d'objectifs de gains d'achats – soit un montant quasi-équivalent.

Le lien a même été expressément reconnu par la DGOS, qui déclarait en novembre 2018 que les gains d'achats enregistrés dépassaient « largement » les mesures d'économie prévues dans l'ONDAM à ce titre sur la même année².

¹ *Audition du 21 mars 2018.*

² *APM News, Achats hospitaliers : les objectifs de gains pour 2018 seront « largement » dépassés (DGOS), 29 novembre 2018.*

Le rapporteur souhaite insister sur le caractère artificiel du lien entre gain d'achat et économie budgétaire. L'usage de cette notion à des fins d'économies budgétaires sur le plan national ne peut être, au mieux que hasardeux.

b. Un cercle vicieux nuisible pour l'amélioration de la fonction achats

La pression financière issue de l'adossement à l'ONDAM risque en outre de faire obstacle à la réalisation de véritables gains d'achats, en créant un cercle vicieux budgétaire. En effet, des investissements sont nécessaires afin de réussir les mutualisations attendues, en matière de systèmes informatiques notamment. Or ces investissements ne peuvent pas être réalisés si les établissements ne disposent pas de marges de manœuvre suffisantes.

M. Olivier Bossard, directeur du CH de Mans, s'est à cet égard montré pessimiste devant la mission¹ :

« La difficulté à laquelle nous sommes confrontés, c'est que la pression qui est exercée sur les ressources des établissements rend difficile le fait d'être en capacité de dégager les moyens financiers qui nous permettraient aisément de faire les investissements nécessaires. Cela concerne le système d'information, mais il y a également des surcoûts d'exploitation qui peuvent être ponctuels. »

Il s'est en outre inquiété des moyens trop réduits en capital dont disposent les hôpitaux, et notamment ceux de la Sarthe, pour conduire la transformation de leurs pratiques d'achat :

« Aujourd'hui, nous sommes contraints par le manque de ressources, en exploitation et en investissement, pour conduire ces restructurations. La DGOS a tenu compte de cela avec des aides ponctuelles. Mais cela ne se substituera pas aux aides en capital, dont nous aurons besoin pour refondre intégralement un système d'information. Je pense qu'à grands traits, nous dépenserons entre 15 et 20 millions d'euros sur la refonte du système d'information du GHT de la Sarthe. De la même façon, lorsqu'il sera nécessaire de mettre en place une logistique commune, et des magasins en commun, il faudra investir. À ce moment-là, je pense que nous serons en difficulté. Je plaide pour qu'il y ait un accompagnement des investissements induits par une restructuration du tissu sanitaire, à savoir une aide en capital et non pas en exploitation. Sans aide de capital, et ce sera le cas de la Sarthe, les situations financières dégradées de beaucoup d'établissements interdiront l'investissement qui serait nécessaire pour mettre en place ce système d'information. »²

À terme, ce sont les bénéfices attendus de la création des GHT qui risqueraient de s'en retrouver compromis :

¹ Audition du 17 mai 2018.

² Audition du 17 mai 2018.

« Le système d'information achat est absolument indispensable pour aller jusqu'au bout de la logique du groupement, et en particulier sur le projet médical. Pour faire un projet médical commun et mettre en place des filières communes, il faut que l'outil dossier patient soit similaire. Il faut que les praticiens aient le même outil, et c'est d'autant plus indispensable dès lors qu'on va mettre en place des équipes territoriales Il faut qu'on puisse conduire ces investissements informatiques, d'abord pour le projet médical ensuite, pour les fonctions support. Si on n'a pas cette capacité, une grosse partie de l'intérêt des groupements n'atteindra pas pleinement sa cible. »¹

c. Un risque appelé à prendre de l'ampleur

Le rapporteur constate avec inquiétude que le montant des mesures d'économie budgétaire de l'ONDAM issues des gains d'achat va continuer à croître au cours des prochaines années.

Mme Jacquet a ainsi confié à la mission en février 2018 que *« le programme PHARE et les économies d'achat font partie des actions importantes dans le plan quinquennal de maîtrise de l'ONDAM pour 2018 – 2022 »*². Les 585 M€ d'économie

Ceci a pu se confirmer en novembre 2018, avec l'annonce par la DGOS d'un objectif de 2,3 Md€ de gains d'achats entre 2019 et 2022.

Les objectifs de gains de 633 M€ en 2021 et 740 M€ en 2022 – soit une progression supérieure à 200 % sur la période 2015-2022 – paraissent à cet égard tout à fait irréalistes.

Le rapporteur estime que la pression financière considérable que ces objectifs surévalués vont imposer à l'hôpital public dans les années à venir fait courir un risque d'implosion à un système déjà sous tension.

d. Des promesses de perfectionnement à surveiller

Mme Marie-Anne Jacquet avait assuré à la mission que la DGOS travaillerait à partir de 2018 à l'amélioration du mode de calcul des gains d'achat. *« L'objectif »,* a-t-elle expliqué, *« est de continuer à outiller les établissements dans l'analyse de l'évolution des médicaments et de la fonction achat »*³.

Le rapporteur n'a toutefois pas connaissance des avancées d'un tel « outillage » a eu lieu, et le montant élevé d'économies inscrites à l'ONDAM 2019 et 2020 laisse craindre une persistance des tares méthodologiques décrites ci-dessus. L'absence d'investigations de l'ANAP sur le sujet, dont a témoigné Mme Sophie

¹ Audition du 17 mai 2018.

² Audition du 21 février 2018.

³ Audition du 21 février 2018.

Martinon devant la mission en mars 2018¹, est à cet égard des plus inquiétantes. La note d'information relative à la méthodologie de la performance achat publiée en août 2019² ne répond pas aux inquiétudes pouvant être formulées à ce stade.

Recommandation n° 5 : Prévoir, chaque année en annexe du PLFSS, un document retraçant le montant et l'évolution des achats hospitaliers ainsi que leur place dans les mesures d'économies budgétaires dans le cadre de l'ONDAM.

¹ *Audition du 21 mars 2018.*

² *Note d'information N° DGOS/PF1/2019/183 du 2 août 2019 relative à la méthodologie de calcul de la performance achat.*

II. LES ACHATS HOSPITALIERS : UNE ORGANISATION DONT LA PERTINENCE RESTE À DÉMONTRER

A. LA STRUCTURATION DES ACTEURS : LE GHT POSE-T-IL PLUS DE PROBLÈMES QU'IL N'EN RÉSOUT ?

1. Le GHT : une logique de « groupe » qui implique une hiérarchisation des établissements

a. La création du GHT : le dépassement du principe de coopération volontaire entre pairs

- De nombreux dispositifs de coopération volontaire depuis 1970, sans réel succès

La coopération interhospitalière est une préoccupation ancienne des pouvoirs publics, qui ont mis en place un nombre croissant de dispositifs depuis 1970.

Modifiée pas moins de dix-sept fois depuis sa promulgation, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a constitué la première étape vers le système actuel¹. Elle a en premier lieu divisé le territoire national en régions et secteurs d'action sanitaire, en un effort de planification et d'association des hôpitaux situés dans une même zone géographique. Les établissements appartenant à un même secteur étaient ainsi appelés à forme un « *groupement interhospitalier de secteur* » (GIHS), dont l'équivalent à l'échelon supérieur était le « *groupement interhospitalier régional* » (GIHR). Ayant vocation à favoriser les coopérations entre les établissements, et administrés par un conseil au sein duquel aucun établissement ne pouvait être majoritaire², ces groupements n'étaient pas pourvus de la personnalité morale³.

En outre, la loi de 1970 a ouvert aux hôpitaux la possibilité de former des établissements mutualisés, dénommés syndicats interhospitaliers⁴. Leur création était conditionnée à l'appartenance de ses établissements constitutifs à un même secteur (*syndicat interhospitalier de secteur*) ou une même région (*syndicat interhospitalier régional*). Le texte ouvrait timidement la voie à une mutualisation des compétences, sur la base du volontariat. Dotés de la personnalité morale, ces syndicats pouvaient en effet, selon les termes de la loi, exercer, pour tous les établissements parties ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, « *toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public* ».

¹ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

² Art. 7.

³ Art. 6.

⁴ Art. 8.

hospitalier », selon une liste limitative comprenant notamment la gestion de la trésorerie des établissements ou la création et la gestion de services communs¹.

Vingt ans plus tard, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a permis aux établissements de santé de se constituer en groupements d'intérêt public (GIP) ou groupements d'intérêt économique (GIE)². Ces structures permettaient aux établissements de réaliser des actions en commun, telles que l'achat d'équipement, dans un cadre à la fois sécurisé juridiquement et plus souple que celui des syndicats interhospitaliers.

Une nouvelle étape a été franchie avec l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, qui a créé les groupements de coopération sanitaire (GCS)³. Dotés de la personnalité morale, les GCS visaient à compléter le paysage des syndicats en permettant à des établissements ne remplissant pas la condition d'appartenance à un même secteur ou une même région de mettre en œuvre des actions de mutualisation. Chaque groupement disposait ainsi la capacité de « réaliser et gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun⁴ ». Ses compétences ont par la suite été élargies par l'ordonnance du 4 septembre 2003 aux interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux⁵.

Comportant un chapitre dédié à « favoriser les coopérations entre établissements de santé », la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi « HPST ») a fait passer la coopération interhospitalière à un stade plus avancé. Elle a tout d'abord élargi les compétences des groupements de coopération sanitaire (renommés « *groupements de coopération sanitaire de moyens* »), en leur permettant d'organiser ou de gérer des activités administratives, logistiques ou encore techniques⁶. La loi ouvrait également la possibilité pour un GCS, sur sa demande et après autorisation, de se constituer en GCS « *établissement de santé* » afin d'exercer, en propre, des activités de soins selon des modalités analogues à un établissement classique⁷.

De plus, la loi HPST introduisait une nouvelle structure de coopération, les « communautés hospitalières de territoire » (CHT). Instituée par convention entre les établissements parties, la CHT ouvrait de nouvelles possibilités aux hôpitaux souhaitant s'engager plus avant dans la définition d'une stratégie commune sur leur territoire. La loi introduisait ainsi la notion de *projet médical partagé*,

¹ Art. 10.

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, art. 7.

³ Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, titre VII.

⁴ Art. 39.

⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, art. 18.

⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. 23.

⁷ *Id.*

impérativement défini par la convention constitutive de la CHT. Dans le cadre de ce projet, le texte permettait aux établissements volontaires de procéder à des transferts de compétence. Les CHT n'étaient cependant pas dotées de la personnalité morale.

Le caractère facultatif des CHT, de même que leur absence de personnalité morale, a limité leur mise en œuvre par les établissements : fin 2014, seuls 250 établissements (soit 27 % du total) étaient membres d'une CHT.

Dans l'ensemble, les dispositifs mis en place de 1970 à 2015 ont en commun leur absence de caractère coercitif, et, par suite, leur faible efficacité. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2015, la Cour des comptes relevait ainsi « *la préférence marquée pour des méthodes coopératives et incitatives, d'efficacité limitée* », notant par ailleurs que les dispositifs de coopération se faisaient parfois « *au détriment des restructurations nécessaires*¹ ».

- *Le GHT, une coopération à caractère obligatoire*

Le dispositif actuel résulte de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, qui a introduit un nouvel objet juridique succédant aux CHT, le « *groupement hospitalier de territoire* » (GHT)². Son objet est « *de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* »³. Dans ce cadre, et selon les mêmes modalités que pour les CHT, les établissements constituant le GHT élaborent un projet médical partagé, dont le contenu doit orienter l'organisation de l'offre de soins au sein du groupement.

Le Dr Frédéric Martineau, membre avec Mme Jacqueline Hubert de la mission relative à la mise en place des GHT (novembre 2014 – mars 2016), a résumé devant la mission les objectifs de la réforme :

« Nous nous sommes dit qu'il était urgent de travailler enfin ensemble, et d'organiser sur le territoire l'offre par des filières de soins et non plus à partir d'établissements. Le GHT devait permettre cette mise en place, avec un maillage territorial et la gradation de l'offre. [...] Nous sommes arrivés au constat – sans hospitalo-centrisme – que puisque l'on fait face à des contraintes médico-économiques, de démographie médicale, mais aussi d'hyperspécialisation des médecins et de haute technicité de la médecine, on ne peut pas se permettre aujourd'hui de diffuser les services dans tous les endroits de la même façon. [...] Le GHT, le projet médico-soignant, c'est tout simplement, même si ce n'est pas facile à mettre en place : qui fait quoi, où, et comment »⁴.

¹ Cour des comptes, *Rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, Chapitre V : Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant, p. 205.

² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³ Art. L. 6132-1 du code de la santé publique.

⁴ Audition du 20 juin 2018.

Le rapport Hubert-Martineau se fixait ainsi comme ambition de « *donner naissance à un outil organisant partout et pour tous une gradation des soins hospitaliers, dans le cadre d'une approche centrée sur le patient* »¹.

À la différence des CHT, l'appartenance à un GHT est obligatoire pour tous les établissements publics de santé présents sur le territoire national². Une dérogation peut toutefois être accordée par la loi, ou par décision du directeur général de l'ARS, en raison de spécificités des établissements dans l'offre de soins régionale³. 26 établissements bénéficiaient début 2019 d'une telle dérogation⁴. L'appartenance à un GHT est facultative pour les établissements publics médico-sociaux.

D'autres établissements peuvent s'associer au GHT dans l'élaboration du projet médical partagé. L'association, qui n'entraîne pas de transfert de compétence, est obligatoire pour établissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile, et facultative pour les hôpitaux des armées et les CH autorisés en psychiatrie. En cas d'absence de CHU dans le périmètre du GHT, un CHU extérieur est obligatoirement associé. Enfin, un régime de « partenariat » est ouvert aux établissements privés locaux, impliquant comme l'association une participation au projet médical partagé.

» LES DIFFÉRENTS ACTEURS D'UN GHT

	PARTIE	ASSOCIÉ	PARTENAIRE
Établissements publics de santé dont CHU dont CH autorisés en psychiatrie	Obligatoire	Obligatoire Facultatif	
Établissements publics médico-sociaux	Facultatif		
Hôpitaux des armées		Facultatif	
Établissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD)	Obligatoire si HAD publique	Obligatoire	
Établissements de santé privés			Facultatif
			
	PROJET MÉDICAL PARTAGÉ * MUTUALISATIONS		PARTICIPATION À L'ÉLABORATION DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ (tout ou partie)

Source : ministère des Solidarités et de la santé.

¹ Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mission Groupements hospitaliers de territoire, rapport intermédiaire, mai 2015.

² Article L. 6132-1 du code de la santé publique.

³ Art. L. 6132-6 du code de la santé publique.

⁴ Chiffres fournis dans l'étude d'impact jointe au projet de loi relatif à l'organisation et la transformation du système de santé (2019).

- *L'établissement support, pivot de la coopération au sein du GHT*

La particularité du GHT est de ne pas disposer de la personnalité morale, cette option ayant été écartée lors de la mise en place de la réforme. Mme Jacqueline Hubert a défendu ce choix devant la mission lors de son audition¹ :

« Le projet initial, c'était de dire : chaque établissement garde sa personnalité morale et puis on crée une super personnalité morale pour les achats, le département d'information médicale et les systèmes d'information. Cela aurait signifié qu'on augmentait la technostructure, avec des frais supplémentaires, une direction, une administration. Je me suis toujours opposée à cela. Donc, comme on ne souhaitait pas de personnalité morale, on a dit : un des établissements au sein du GHT sera établissement pivot et portera les fonctions mutualisées. »

L'idée centrale de la réforme était d'instituer une logique de groupe, en obligeant les établissements à collaborer et définir ensemble l'organisation de l'offre de soins sur leur territoire. Mme Hubert et le Dr Martineau écrivaient ainsi dans leur rapport intermédiaire : *« conscients de l'environnement contraint dans lequel nous exerçons nos responsabilités, en particulier en termes de démographie médicale et de dynamique tarifaire, il nous paraît incontournable d'outiller nos hôpitaux de dispositifs permettant de passer d'une stratégie concurrentielle à une véritable stratégie de groupe »*².

En l'absence de personnalité morale, la mise en œuvre de cette stratégie de groupe repose notamment sur le transfert obligatoire de certaines fonctions des établissements « parties » du groupement à l'établissement désigné « support ».

Certaines fonctions sont obligatoirement assurées par l'établissement support : il s'agit de la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ; la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ; la fonction achats ; la coordination des instituts, écoles et plans de formation opérés dans le cadre du groupement³. D'autres peuvent être transférées à l'établissement support avec l'accord de l'établissement partie : il s'agit de la gestion d'équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement, et des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques⁴. Enfin, trois activités doivent être organisées « en commun », sans prééminence de l'établissement support : l'imagerie diagnostique et interventionnelle, la biologie médicale et la pharmacie⁵.

¹ Audition du 20 juin 2018.

² Jacqueline Hubert, Frédéric Martineau, Mission Groupements hospitaliers de territoire, Rapport intermédiaire, mai 2015.

³ Art. L. 6132-3 du code de la santé publique, I.

⁴ Id., II.

⁵ Id., III.

La fonction achats fait ainsi partie des compétences obligatoirement transférées. L'article L. 6132-3 du code de la santé publique prévoit que « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure [...] pour le compte des établissements parties au groupement* », « *la fonction achat* ».

Un décret du 2 mai 2017¹ est par la suite venu préciser la portée de ce transfert de compétences. L'établissement support est chargé de « *la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants* », et assure « *la passation des marchés et de leurs avenants* ». L'établissement partie assure quant à lui l'exécution des marchés². Celle-ci comprend, selon le guide d'achat publié par la DGOS en mai 2017³ : la gestion et l'émission des commandes passées au titre des marchés ; la vérification du service fait ; la liquidation et le mandatement des factures relatives aux prestations accomplies ; le traitement de premier niveau des litiges concernant les commandes (interfaces avec les acteurs internes des différents services à la place de clients internes soignants et exploitants, échanges avec fournisseurs, etc.) ; la clôture des marchés en liaison avec les fournisseurs et dans la gestion économique et financière (GEF) ; enfin, la mise en œuvre éventuelle des garanties courant après la clôture d'un marché.

En application du décret, le transfert de compétences est devenu effectif au 1^{er} janvier 2018⁴.

La finalité du transfert de compétences est la mise en œuvre d'une stratégie consolidée au sujet des achats, dans un objectif d'amélioration de l'efficacité, de la sécurité juridique des achats et du service rendu à l'activité médicale.

b. Le transfert de la fonction achat : un processus tout sauf fluide

Le transfert de compétences est néanmoins source d'incertitudes pour les établissements, notamment en raison des nombreuses questions juridiques et pratiques soulevées par la distinction entre passation et exécution de la commande publique.

Le schéma publié par la DGOS dans le guide de la fonction achat illustre la complexité du système mis en place :

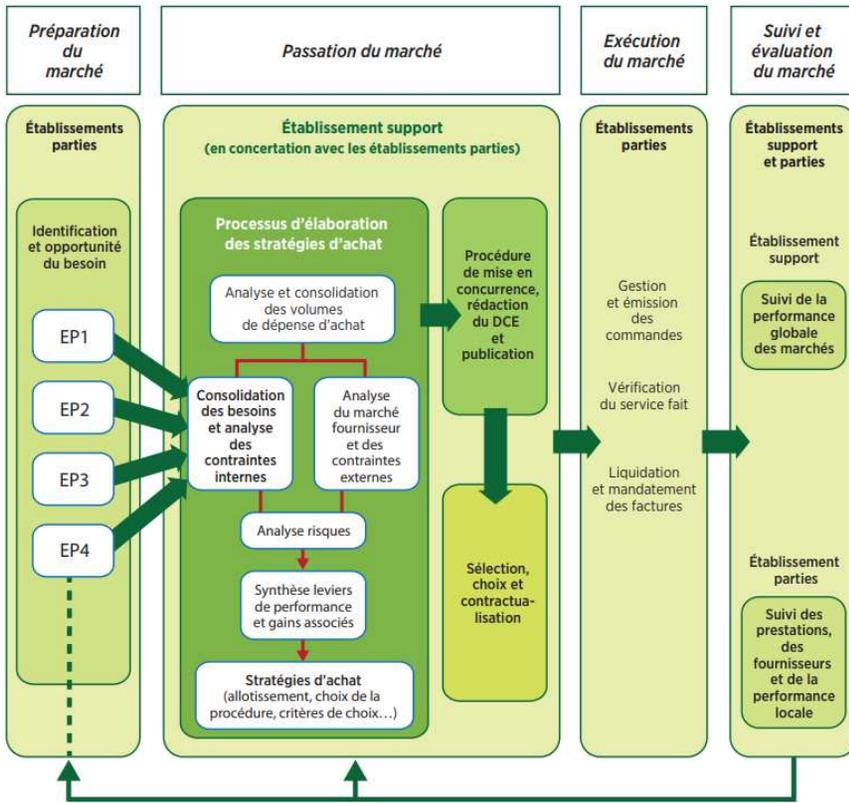
¹ Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

² R. 6132-16.

³ DGOS, Guide méthodologique : la fonction achat des GHT, mai 2017.

⁴ 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., article 2.

PROCESSUS ACHAT



Source : DGOS, Guide méthodologique : la fonction achat des GHT, mai 2017.

La répartition des compétences entre établissement partie et établissement support se décompose en trois temps. Dans un premier temps, l'établissement partie identifie et exprime ses besoins à l'établissement support. Ce dernier doit ensuite les analyser, puis passer le marché correspondant. L'établissement partie assure ensuite l'exécution du marché.

La répartition des tâches et compétences s'effectue ainsi de la manière suivante :

L'identification et l'opportunité du besoin	établissement partie au GHT
L'analyse et la consolidation des besoins	établissement support du GHT
L'élaboration de la politique d'achat et des stratégies d'achat	établissement support du GHT
La passation du marché	établissement support du GHT
L'exécution du marché	établissement partie au GHT hors avenant des futurs marchés

Source : ministère des solidarités et de la santé

- *Une mise en œuvre difficile*

Les auditions ont mis en évidence les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la réforme.

Sur le plan de l'organisation des GHT tout d'abord, la mise en place des nouvelles structures s'est souvent avérée complexe. M. Olivier Bossard, directeur du centre hospitalier du Mans, a détaillé lors de son audition¹ les difficultés rencontrées par les établissements lors de la mise en place du GHT de la Sarthe :

« Il est clair que globalement, le dispositif du groupement est un dispositif complexe. On a rajouté une couche de gouvernance aux établissements de santé, au travers de l'ensemble des instances qui permettent l'animation du groupement : le comité stratégique, comité territorial des élus, collège médical, commission de soins. Et ce sans compter la propre structuration que nous avons voulu mettre en place pour permettre l'animation de ce groupement. »

Sur le plan juridique, les établissements ont fait face à des difficultés, certains points n'ayant été précisés qu'un an et demi après l'adoption de la loi. Ainsi, la question de l'établissement compétent en matière de passation des avenants comme d'exécution est restée en suspens même après le premier décret d'application d'avril 2016². En effet, celui-ci n'incluait pas ces sujets dans la liste des missions correspondant à la fonction achat et ne mentionnait pas les compétences de l'établissement partie. Il a fallu attendre mai 2017 – soit près d'un an et demi après

¹ Audition du 17 mai 2018.

² Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

l'entrée en vigueur de la loi – pour qu'un deuxième décret d'application¹ vienne clarifier la situation.

M. Jérémie Sécher, président du Syndicat des managers publics de santé, a témoigné des difficultés rencontrées par les hôpitaux pendant cette période de flottement :

« En 2017, la situation s'est révélée un petit peu complexe pour les établissements publics de santé en raison du cadre juridique de la fonction achat au sein des GHT. Nous sommes aujourd'hui dans un statut de délégation de compétences des établissements parties vers l'établissement support. Ceci est un élément de complexité, puisque la délégation de compétences organise un niveau d'intervention entre les établissements parties et les établissements support qui suppose des interactions permanentes. Or ces interactions ne sont nécessairement pas les mêmes sur le plan juridique, sur le plan fonctionnel ou sur le plan financier, selon que nous sommes dans un GHT de 2 établissements ou dans un GHT de 20 établissements. Il y a 135 GHT et aucun GHT n'est identique ; c'est probablement une bonne chose pour coller aux besoins du terrain, mais la transposition du dispositif législatif et réglementaire a été complexe. J'en veux pour preuve que le décret d'application a été publié en deux temps à douze mois d'intervalle, avec des dispositions parfois différentes. »²

Des interrogations avaient notamment été formulées quant à la conduite des travaux au sein des GHT. Les dispositions de la loi de modernisation du système de santé, en attribuant la fonction achat – et donc la capacité de signer des marchés de travaux – à l'établissement support, dérogent en effet à l'article 2 de la loi du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'œuvre privée (MOP)³, qui prévoit que le maître d'ouvrage « est la personne morale [...] pour laquelle l'ouvrage est construit ». Ces dispositions législatives contradictoires avaient suscité l'inquiétude des établissements, avant que la DGOS ne vienne clarifier cette situation en décembre 2017, en indiquant que la loi de modernisation du système de santé, dérogeant à la loi MOP, confiait la compétence de passation des marchés de travaux à l'établissement support.

Comme en a témoigné M. Jérémie Sécher devant la mission⁴, la mise en œuvre de cette compétence reste difficile à appréhender pour beaucoup d'hôpitaux sur le plan fonctionnel.

Le rapporteur note l'impréparation que révèlent ces tâtonnements juridiques de plus d'un an, et déplore les effets regrettables évoqués par M. Sécher.

¹ 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

² Audition du 7 mars 2018.

³ 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

⁴ Audition du 7 mars 2018.

- *Des incertitudes persistantes*

En dépit des clarifications apportées par voie réglementaire, trois points d'incertitude majeurs persistent à ce jour et laissent craindre l'apparition de tensions entre établissements parties et établissements supports dans les années à venir.

La première incertitude tient aux conséquences concrètes des délégations de signature mises en place après l'entrée en vigueur du transfert de la fonction achat. Afin de faciliter la passation de marchés concernant un établissement partie, le directeur de l'établissement support peut en effet déléguer sa signature à un agent de l'établissement partie, sous réserve que celui-ci soit mis à disposition (même partiellement) de l'établissement support – un lien hiérarchique devant exister entre le délégué et le délégataire. L'article R. 6132-21-1 du code de la santé publique, créé par le décret du 2 mai 2017 susmentionné, prévoit ainsi que « *le directeur de l'établissement support peut déléguer sa signature aux agents recrutés par cet établissement ou mis à sa disposition* » pour assurer les fonctions mutualisées.

Aisé à mettre en œuvre grâce à la convention-modèle publiée par la DGOS¹, ce dispositif laisse néanmoins planer des doutes sur ses conséquences contentieuses à terme. L'établissement support conserve en effet l'entière responsabilité des actes signés à l'aide de cette délégation. Si cette situation ne présente pas de difficultés lorsque l'établissement support exerce un réel contrôle sur les actes signés à l'aide de la délégation, elle devient problématique dès lors que l'établissement partie utilise la délégation de signature de façon indépendante. L'établissement support, qui demeure responsable des actes signés et peut voir sa responsabilité engagée à l'occasion d'un litige, fait alors face à un risque financier important.

Le rapporteur attire donc l'attention sur les risques encourus en cas de contrôle insuffisant des délégations accordées par la direction de l'établissement support.

En deuxième lieu, un risque existe s'agissant de la répartition des charges liées à l'exercice de la fonction achat par l'établissement support. L'article R. 6145-12 du code de la santé publique² prévoit en effet que les charges liées à l'exercice de la fonction achat mutualisée font l'objet d'un budget annexe porté par l'établissement support. Ces charges sont ensuite réparties entre les établissements du groupement, selon une clé de répartition fondée sur la part des charges globales de chaque établissement (sauf charges exceptionnelles et financières, et dotations aux amortissements³) dans le total des charges des établissements du groupement (selon la même base de calcul). Pour ce faire, les établissements parties communiquent le montant de leurs charges à l'établissement support, qui les agrège

¹ DGOS, Modèle de convention de mise à disposition pour les fonctions, activités et missions mutualisées du GHT, 2017.

² Créé par le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

³ Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, de l'article L. 6132-3, article 1.

puis calcule le taux de contribution prévisionnelle de chaque établissement partie pour l'exercice à venir¹.

La principale difficulté réside dans les résistances que peuvent opposer les établissements partie face à des charges perçues comme « imposées » par l'établissement support. En particulier, il a été porté à la connaissance du rapporteur que des établissements partie ont pu contester le montant des dépenses liées à la fonction achat retenu par l'établissement support.

S'il a parfois pu être évité depuis le 1^{er} janvier 2018 grâce à une attitude conciliante de la part des établissements supports, souvent disposés à supporter une charge plus que proportionnelle des dépenses de façon à apaiser le climat au sein du GHT dans un contexte de transfert de compétences, ce point de discordance pourrait prendre de l'ampleur lors des exercices à venir. De tels compromis paraissent en effet fragiles à compter de l'exercice 2020, la période de mise en place de la réforme étant désormais passée. Divers scénarios de contentieux, telles qu'une cessation de paiement de la cotisation au budget annexe, sont à craindre.

Le rapporteur souligne le risque sur la continuité du service public de santé que comporteraient des contentieux entre établissements d'un même GHT, et invite la DGOS à mettre en place un dispositif de remontée d'information pour que ces éventuels problèmes trouvent des solutions rapides et non contentieuses.

Ces deux points sont rendus encore plus sensibles par la circonstance qu'un grand nombre de marchés ont été signés en décembre 2017, juste avant l'entrée en vigueur du transfert de la fonction achat au 1^{er} janvier 2018. Les marchés étant le plus souvent conclus pour une durée de plus de trois ans, les points contentieux sont par conséquent susceptibles d'émerger à partir de l'exercice 2021, à mesure que ces marchés arrivent à échéance.

Par ailleurs, le rapporteur souhaite attirer l'attention de la MECSS sur les modalités d'adhésion des établissements aux accords-cadres en cours d'exécution. En application du décret du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics², transposant la directive européenne de 2014 dite « marchés publics »³ et repris aujourd'hui par le code de la commande publique⁴, les marchés subséquents ou les bons de commande ne « *peuvent être conclus ou émis que par les acheteurs identifiés à cette fin dans l'avis d'appel à la concurrence, dans l'invitation à confirmer l'intérêt ou, en l'absence d'un tel avis ou d'une telle invitation, dans un autre document de la consultation* ». L'effectivité de ces dispositions a été confirmée par un arrêt de la

¹ Arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, II de l'article L. 6132-3, article 2.

² Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, art. 78.

³ 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, art. 33.

⁴ Article R. 2162-6 du code de la commande publique.

Cour de Justice de l'Union européenne du 19 décembre 2018¹, qui précise que l'acheteur potentiellement bénéficiaire de l'accord-cadre à une date ultérieure doit être clairement désigné comme tel « *dans les documents d'appel d'offres par une mention explicite qui soit de nature à faire connaître cette possibilité tant au pouvoir adjudicateur « secondaire » lui-même qu'à tout opérateur intéressé* ».

Il apparaît aujourd'hui primordial de tenir compte de ces obligations légales, afin de sécuriser juridiquement l'achat mutualisé tout en garantissant l'accès à la commande publique de tous les fournisseurs. Le risque couru par les acheteurs hospitaliers, en cas d'absence de mention d'un établissement acheteur dans le texte initial de l'accord, est celui d'une annulation des marchés concernés.

Recommandation n° 6 : Engager, sous l'égide de la DGOS, une opération de sensibilisation à la régularité des adhésions aux accords-cadres au regard du droit européen de la commande publique.

- *Des résultats variables selon les groupements*

En définitive, le rapporteur a pu constater au cours de ses travaux que la qualité des relations entre établissement support et établissement partie était extrêmement variable selon les groupements.

Il apparaît tout d'abord que dans une majorité de groupements, les relations se sont bien structurées, et la répartition des rôles s'est effectuée de manière relativement fluide.

Dans certains groupements en revanche, les effets attendus de la réforme ont été entravés par une hostilité de la part des établissements partie à perdre leur compétence en matière d'achat, parfois renforcée par une attitude peu conciliatrice de la part de l'établissement support. Le dialogue constructif censé résulter du transfert de compétences prend alors la forme d'une relation d'approvisionnement, l'établissement partie passant « commande » auprès de l'établissement support. Le rapporteur a également été informé que des établissements parties ont pu tenter de contourner l'établissement support de leur GHT en recourant à un groupement d'achat national, sans succès car ne disposant plus de la compétence.

Le Dr Michel Claudon, président de la conférence des présidents de CME de CHU, a résumé devant la mission² les tensions existant dans certains GHT :

« On a beaucoup attaqué les achats on niveau des réunions de GHT, puisque cela a été quand même très sensible. Pour les établissements qui ne sont pas les établissements supports, il y a eu souvent des constats difficiles, qu'il fallait mutualiser, etc. Je pense que ce que mouvement est inévitable, mais on l'a mis en

¹ CJUE, 19 décembre 2018, Aff. N° 216/17, *Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato – Antitrust & Coopservice Soc. coop. arl c/ Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Vallecamonica – Sebino (ASST), ASST del Garda (ASST) & ASST della Valcamonica (ASST)*.

² *Audition du 27 juin 2018*

route. [...] La difficulté vient de bien positionner l'établissement support par rapport aux établissements associés, avec ce risque de ne pas être suffisamment à l'écoute et d'imposer un peu les règles de l'établissement support à des plus petits établissements, et qui parfois expriment leur insatisfaction parce que ça les prive d'une liberté de manœuvre qu'ils avaient. »

De manière générale, une enquête menée par le SMPS en 2018¹ a dressé un constat mitigé de la réforme, avec de fortes divergences d'opinion chez les directeurs d'hôpitaux s'agissant de ses effets. Ainsi, 60 % des répondants jugeaient moyenne ou mauvaise la qualité des relations de travail entre directions au sein du GHT, ce nombre atteignant 73 % pour les relations entre les équipes médicales.

Le rapporteur souligne la nécessité de continuer le travail de suivi des relations entre établissement support et établissement partie, de façon à apaiser un climat encore trop souvent nuisible à la qualité du service public hospitalier.

Une transition mouvementée mais réussie : le GHT de la Sarthe

Le GHT de la Sarthe compte 10 établissements de santé ⁽²⁾, répartis sur l'ensemble du territoire du département. Son activité est très concentrée sur le centre hospitalier du Mans, qui représente 80 % de l'offre en nombre de lits et 85 % de l'activité MCO du département.

Une structuration audacieuse et anticipant l'entrée en vigueur de la réforme a permis au groupement de mutualiser la fonction achats de façon solide, à partir d'une stratégie définie dès 2017 pour chaque filière et segment d'achat. Il a ainsi été décidé d'établir une direction des achats, regroupant des acheteurs spécialisés en filières d'achat, qui se réunissent deux à quatre fois par an. Elles sont en contact permanent avec les référents achats situés dans chaque établissement partie, chargés d'exprimer le besoin et disposant d'une délégation de signature pour les achats d'un montant inférieur au seuil de 25 000 euros hors taxes. En outre, une cellule centrale des marchés a été mise en place, comprenant 2 responsables et 3 gestionnaires de marchés publics.

De façon innovante, une fonction de contrôle de gestion des achats a été instaurée, de façon à évaluer la performance des achats effectués et contrôler l'usage des délégations de signature au sein des établissements parties. Dirigée par un professionnel de l'achat recruté spécifiquement pour le poste, cette fonction comprend également un tableau de suivi de la convergence des marchés, de façon à coordonner les achats à l'échelle du groupement et faciliter les achats groupés. Une charte de déontologie de la commande publique a également été rédigée.

La mise en place du groupement a toutefois été marquée par le refus opposé par l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Sarthe, situé à Allonnes. Après une phase de conflit avec l'ARS Pays-de-Loire, puis de recours contentieux devant le tribunal administratif, l'établissement a finalement été contraint de rejoindre le GHT par une décision du tribunal administratif de Nantes du 9 octobre 2018.

¹

² CHS d'Allonnes, CH de Beaumont-sur-Sarthe, CH de Bonnetable, CH Paul Chapron (La Ferté-Bernard), CH de Château-du-Loir, CH François de Daillon (La Flèche), CH du Mans, CH Pôle Santé Sarthe et Loir, CH Saint-Calais.

2. L'impact sur les autres acteurs de l'achat hospitalier : un paysage plus simple ou plus complexe ?

Née avec la mise en place du programme PHARE puis accélérée avec les GHT, la logique de centralisation et de massification se superpose aujourd'hui aux formes de mutualisation existant déjà à travers les groupements d'achat. Force est de constater que le paysage de l'achat hospitalier présente une certaine complexité, en raison des différents niveaux mobilisés.

a. Les groupements d'achat, un paysage très stratifié

Deux niveaux de groupements d'achat peuvent être identifiés : les groupements nationaux d'une part, et les groupements régionaux ou locaux d'autre part.

- *Les groupements nationaux, une logique de complémentarité avec les GHT*

Les opérateurs d'achat nationaux constituent aujourd'hui des interlocuteurs quotidiens pour les établissements, qui y trouvent des avantages juridiques et financiers notables.

On compte aujourd'hui trois principaux groupements d'achat nationaux généralistes : UniHA, le Resah et l'UGAP. À eux trois, ils cumulaient en 2018 et selon la DGOS 27 % des volumes d'achat du secteur hospitalier public¹.

Créé en 2005 à l'initiative de 32 CHU et 20 CH, UniHA (Union des hôpitaux pour les achats) est un groupement de coopération sanitaire destiné à mutualiser les achats de ses adhérents². Il présente la particularité de confier la gestion de chacun des 16 segments d'achat qu'il fournit à un établissement ou petit groupe d'établissements (ex. le CHU de Nancy pour les achats d'hygiène). En octobre 2019, le groupement comportait 900 établissements de santé adhérents dont 95 établissements support de GHT, pour un total de 4,2 Md€ d'achats groupés attendus sur l'année.

Le Resah (Réseau des acheteurs hospitaliers d'Île-de-France) est un groupement d'intérêt public, constitué en 2008 par convention entre établissements de santé d'Île-de-France. Il a élargi ses activités à l'ensemble du territoire français à partir de 2016. Le groupement comptait, en octobre 2019, 321 établissements de santé adhérents dont 128 établissements support de GHT, pour un montant total prévisionnel d'achats mutualisés de 1,2 Md€ en 2019.

Créée en 1968, l'Union des groupements d'achats public (UGAP) est un EPIC placé sous la tutelle du ministre chargé de l'Action et des Comptes publics et du ministre chargé de l'Éducation nationale. Seule centrale d'achat public généraliste, elle totalisait en 2018 3,5 Md€ d'achats dont 600 M€ pour le secteur

¹ Audition de Mme Marie-Anne Jacquet (DGOS) du 21 février 2018.

² Arrêté n° 2005-RA-342 du 16 novembre 2005 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône Alpes portant approbation de la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire (GCS) dénommé « GCS UniHA ».

hospitalier. L'UGAP est particulièrement active sur le segment des dispositifs médicaux (66 % de son activité) et de l'informatique (18,5 %).

On recense par ailleurs d'autres groupements d'achat, à vocation sectorielle. UNICANCER travaille ainsi auprès de 20 établissements spécialisés dans la lutte contre le cancer, pour un total de 600 M€ d'achats mutualisés en 2018. La majeure partie de ces achats est réalisée sur les produits d'oncologie (480 M€).

Le recours à des groupements d'achat permet aux acheteurs hospitaliers :

- d'être dispensés des procédures de publicité et mise en concurrence, celles-ci étant censées avoir déjà eu lieu lors de la présélection du marché par le groupement ; ainsi, le code de la commande publique prévoit qu'un acheteur ayant recours à une centrale d'achat « *est considéré comme ayant respecté ses obligations de publicité et de mise en concurrence* »¹ ;
- d'obtenir, théoriquement, de meilleures conditions tarifaires.

Le service est rémunéré par une cotisation versée par l'établissement adhérent au groupement d'achat, dont le montant est déterminé pour chaque produit. L'établissement client du groupement paie autant de lignes de cotisations qu'il a souscrites de produits ou de services. Le montant des cotisations peut faire l'objet d'un plafonnement au niveau du GHT, pratique commerciale visant à inciter les établissements à rejoindre un groupement déjà utilisé au sein de leur GHT.

Les centrales d'achat « intermédiaires » : focus sur UniHA et le Resah

UniHA, ainsi que le Resah pour la quasi-totalité de son activité, jouent un rôle d'intermédiaire entre l'établissement acheteur et le fournisseur. Dans ce cadre, le groupement ne possède pas de stock et n'apparaît pas sur le marché, qui est passé directement entre fournisseurs et établissements. Plusieurs moyens juridiques sont employés à cette fin.

L'accord-cadre : le groupement d'achat présélectionne un ou plusieurs fournisseurs, avec qui les établissements intéressés signent ensuite un accord « *établissant tout ou partie des règles relatives aux commandes à passer au cours d'une période donnée* »². Cet accord prend le plus souvent la forme d'un accord-cadre à bons de commande, permettant aux établissements, au stade de l'exécution du marché et pour satisfaire leurs besoins, d'émettre des bons de commande donnant lieu à l'approvisionnement et au paiement.

Il existe également un second type d'accord-cadre, l'accord-cadre à marchés subséquents, qui conditionne l'exécution du marché à la conclusion de marchés ponctuels dits « subséquents » chaque fois que l'acheteur en exprime le besoin ou selon une périodicité définie dans l'accord-cadre. Ce type d'accord est toutefois moins adapté à la répartition de la compétence achat entre établissement partie et établissement support (passation) au sein des GHT. Seul l'établissement support est en effet compétent pour conclure un marché subséquent, tandis que l'établissement partie peut, même sans délégation de

¹ Article L. 2113-4 du code de la commande publique.

² Article L. 2125-1 du code de la commande publique.

signature, émettre un bon de commande¹. Les marchés subséquents peuvent également eux-mêmes donner lieu à des bons de commande.

Le groupement de commande : le groupement d'achat présélectionne un ou plusieurs fournisseurs, qui fournissent ensuite l'ensemble des établissements membres du groupement de commande. Le marché est signé par un établissement dit « coordonnateur », qui mène la procédure de passation au nom et pour le compte des autres membres². L'exécution du marché revient ensuite aux établissements membres du groupement. Il est à noter qu'à ce titre, les établissements parties, qui ne disposent plus de la compétence en matière d'achats, ne peuvent avoir recours à un groupement de commandes que si l'établissement support de leur GHT en est lui-même membre.

Enfin, pour des produits standardisés (fournitures, médicaments, alimentation, etc.), la procédure dite de *système d'acquisition dynamique (SAD)*³ est de plus en plus fréquemment utilisée, notamment par le Resah depuis 2018. Cet outil permet à l'acheteur de gérer un panel de fournisseurs sur un segment d'achat, ce panel pouvant évoluer au fil du temps. Entièrement dématérialisée, la procédure débute par une consultation des offres disponibles, menée par le groupement en collaboration avec les établissements intéressés, puis aboutit, une fois le panel de fournisseurs retenu, à la conclusion de marchés chaque fois que les établissements expriment un besoin. Son objectif est d'apporter de meilleures conditions tarifaires aux acheteurs, via la possibilité pour des concurrents non initialement retenus de rejoindre le panel ultérieurement en proposant une offre compétitive. Elle permet en outre aux hôpitaux de satisfaire à l'obligation de dématérialisation des marchés, en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2018.

- *Les groupements régionaux, une redondance à surveiller*

Aux structures à dimension nationale s'ajoutent des groupements d'achat régionaux, qui opèrent sur une base géographique plus circonscrite.

Un exemple de groupement d'achat régional : le GCS Achats du Centre

Créé en décembre 2011, le GCS Achats du Centre comptait, en janvier 2019, 126 établissements adhérents de la région Centre-Val de Loire (dont le CHRU de Tours et le CHR d'Orléans). Présent sur 26 filières d'achat et travaillant auprès de 340 fournisseurs, le GCS totalisait 230 M€ d'achats en 2018, principalement dans le domaine des médicaments.

Si ceux-ci permettent de mutualiser les achats tout en conservant une certaine proximité entre fournisseurs et établissements, leur pertinence à l'heure des GHT semble parfois contestable. La présence d'un groupement d'achat local et d'un GHT sur un périmètre sensiblement identique paraît ainsi redondante. Elle doit pouvoir être évitée en mutualisant les achats directement à l'échelle de l'établissement support, sans intervention d'une structure juridique supplémentaire.

¹ *L'émission d'un bon de commande étant considérée comme un acte d'exécution du marché* : CE, 25 octobre 2013, Région Languedoc-Roussillon, n° 369806.

² Article L. 2113-7 du code de la commande publique.

³ Article R. 2162-37 et suivants du code de la commande publique.

Dans son audition de février 2018¹, Mme Marie-Anne Jacquet recensait 160 groupements régionaux ou infrarégionaux, et estimait que ce nombre pouvait être réduit :

« Ces groupements sont encore trop éclatés et de taille encore trop modeste pour pouvoir produire tous les effets escomptés. L'un des enjeux consiste à encourager le regroupement de ces groupements d'achat régionaux, qui ont tous leur pertinence dans l'ensemble du dispositif, autour d'un nombre plus efficace et plus restreint. »

La DGOS mène aujourd'hui une action de réduction du nombre de groupements régionaux sur la base d'une complémentarité avec les groupements nationaux, dans une logique de spécialisation des groupements selon les filières d'achat.

Le rapporteur invite la DGOS à doubler cette action d'une surveillance des éventuelles redondances entre groupements locaux et GHT.

b. Le partenariat avec le secteur privé, une complémentarité plus étroite pour une efficacité accrue

Les possibilités de partenariat entre établissements privés et GHT méritent d'être mieux mises à profit, afin de permettre aux hôpitaux publics de bénéficier des pratiques mises en place dans le secteur privé.

Le secteur privé non lucratif a entrepris de longue date un mouvement dynamique de mutualisation des achats, sous l'impulsion notamment de la FEHAP. Regroupés en huit « structures associatives de rationalisation des achats » (SARA) réparties sur le territoire national, les établissements de ce secteur ont pu engager une démarche supplémentaire de mutualisation et d'échange avec la création en 2013 d'UniSARA, rassemblant cinq SARA dans un objectif d'amélioration du rapport qualité-prix des biens et services achetés et de l'efficacité des processus achat.

La FEHAP a ainsi développé une plateforme de dématérialisation pour ses établissements, intitulée SARADEMAT². Prenant la forme d'une boîte à outils, cette plateforme met notamment à disposition des établissements des modèles de cahiers des charges, ainsi que deux modules de benchmark. Le premier concerne l'organisation de la fonction achat, afin que les établissements puissent déterminer, par comparaison avec leurs homologues, son niveau de maturité. Le second consiste en une plateforme de comparaison des prix pratiqués, renseignés par les établissements lors de chaque marché. Un autre outil leur permet également de passer en ligne les marchés subséquents à un accord-cadre.

De plus, un SARA dédié aux établissements spécialisés dans le traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale, SARA Néphro, a pu conduire pour

¹ Audition de Mme Marie-Anne Jacquet (DGOS), 21 février 2018.

² Audition de Mme Véronique Chasse (FEHAP) du 14 février 2018.

ses adhérents un travail de convergence des systèmes d'information et de cartographie des risques achats.

Le rapporteur appelle l'ensemble des acteurs à mieux se saisir des possibilités d'association ouvertes par la loi, de façon à assurer, dans chaque territoire, une diffusion au secteur public des pratiques expérimentées par le secteur privé.

Recommandation n° 7 : Développer les coopérations entre GHT et établissements privés, en particulier les hôpitaux à but non lucratif, de façon à mieux diffuser les bonnes pratiques en matière d'achat.

B. LA PERFORMANCE DE L'ACHAT HOSPITALIER : QUELS APPROFONDISSEMENTS ? QUELS FREINS ?

Améliorer la performance des achats hospitaliers implique une prise de conscience de tous les acteurs quant aux risques d'une massification excessive, ainsi qu'une évolution structurelle en faveur d'une évaluation plus rigoureuse de la fonction achat.

1. Au cœur de la stratégie d'achat, la recherche de l'efficience

De façon indéniable, le mouvement de massification des achats a su apporter des baisses de prix notables pour les établissements. Il apparaît néanmoins aujourd'hui que son intensification, induite par le programme PHARE puis la création des GHT, présente des risques importants pour la performance de la fonction achat.

a. Faire de la mutualisation une source d'efficience et non de coûts

La logique de mutualisation risque aujourd'hui de faire peser des coûts supplémentaires sur les établissements. Un approfondissement excessif de la mutualisation pourrait en effet mener à une réduction durable du degré de concurrence sur le marché, et par suite à une hausse des prix. Le recours systématique aux groupements d'achat nationaux fait quant à lui peser des charges supplémentaires sur le budget des hôpitaux, par les cotisations demandées, et appelle un suivi attentif afin de garantir son efficacité par rapport aux solutions d'achat traditionnelles.

- *Des économies d'échelle non négligeables dans une première phase*

La massification est une préoccupation désormais ancienne des établissements, qui ont eu recours dès le milieu des années 2000 à des groupements d'achat, nationaux et régionaux, voire locaux. Les baisses de prix issues d'une massification des commandes ont pu être constatées par la Cour des comptes dans son rapport de juin 2017.

COMPARAISON DES PRIX OBTENUS PAR LES GROUPEMENTS POUR LE FER 500 MG INJ

N° groupement de commande	Volume	Prix	Date marché
N°108	2 000	65 €	01/01/2014
N°116	3 500	65 €	01/04/2014
N°112	1 940	75 €	31/12/2015
N°117	2 134	75 €	01/05/2015
N°103	900	85 €	01/04/2015
N°101	200	90 €	01/01/2014
N°106	327	90 €	31/03/2016
N°109	200	90 €	01/10/2014
N°110	290	90 €	01/01/2015
N°113	555	90 €	31/12/2016
N°115	571	90 €	01/01/2015
N°102	160	100 €	01/01/2013
N°114	20	100 €	01/04/2014

Source : Cour des comptes, à partir de données du Resah

À titre d'exemple, une différence de prix de plus de 50 % par lot a été observée pour l'achat de fer 500 mg INJ entre des achats en petit volume et grand volume.

- *Vers un épuisement des gains à tirer de la massification ?*

Les auditions menées par la MECSS ont toutefois révélé les risques d'une concentration excessive des achats, s'agissant notamment des médicaments. Si une unification de la demande permet à court terme d'améliorer le pouvoir de marché des acheteurs, les effets apparaissent plus mitigés à moyen et long terme.

En premier lieu, une massification excessive de la demande risquerait de dégrader durablement le niveau de concurrence sur le marché du médicament.

En effet, l'organisation du marché autour de commandes moins nombreuses et de volumes plus importants peut évincer d'office les fabricants de taille modeste, qui ne seraient pas en mesure de pourvoir aux besoins exprimés.

Le Dr Patrick Léglise, délégué adjoint de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH), a ainsi mis la mission en garde lors de son audition¹ :

« Il faut faire attention au degré de massification des achats. L'appel d'offres a pour principe d'avoir un libre accès aux commandes publiques et donne une

¹ Audition du 12 septembre 2018.

égalité de chances. Mais si l'on massifie au-delà d'un certain seuil, certains fabricants de dispositifs médicaux, voire certains laboratoires – notamment sur le marché des génériques – n'auront plus accès à la commande publique. À titre d'exemple, lors de mes fonctions à la direction achats de l'AP-HP, nous avons procédé à un appel d'offres important en matière de fils chirurgicaux : un seul fabricant avait pu y répondre. »

La massification risquerait par ailleurs d'écarter durablement du marché les offreurs non retenus, en raison de la durée généralement longue des contrats. M. Éric Baseilhac, directeur des affaires économiques, publiques et internationales au LEEM, s'en est inquiété devant la mission : « *La massification exclusive au niveau national nous ferait vite tomber dans un certain nombre d'excès qui sont bien connus d'autres modèles – comme le modèle de la grande distribution – et assez peu appropriés au médicament. Des effets systémiques, tels que la raréfaction des offreurs, sont à prévoir dans un système national mutualisé. [...] Dans un univers massifié, une fois perdu un marché conclu pour une longue durée, on peut être découragé de rester offreur potentiel sur le marché France. L'établissement risque également de ne pas disposer des capacités palliatives si jamais l'acheteur qui a été retenu est défaillant. »¹*

Or une réduction du niveau de concurrence sur le marché du médicament emporterait effets principaux :

– *Une hausse des prix*, car serait favorisée l'apparition d'un monopole sur chaque segment de marché. Le Dr Renaud Pequignot, président d'Avenir hospitalier, a ainsi souligné que « *quand on grossit, seul un acteur peut répondre et cela coûte cher* »².

– *Un risque accru de pénuries*, en raison de l'incapacité des autres fabricants à fournir un produit de substitution en cas de défaillance du contractant. Comme l'a affirmé M. Éric Baseilhac devant la mission, « *il est nécessaire de préserver une pluralité de l'offre en matière de médicament, car la défaillance d'un acteur sur tel ou tel marché conduirait très vite à des défauts d'approvisionnement potentiellement catastrophiques*³ ». Le Dr Patrick Léglise (INPH), a abondé en ce sens, soulignant que « *sans être l'unique cause, l'hypermassification des achats est une cause des ruptures d'approvisionnement* »⁴.

Un deuxième risque lié à la massification tient aux coûts logistiques supplémentaires causés par l'éloignement entre l'acheteur et les bénéficiaires, eu égard notamment aux éventuelles ruptures d'approvisionnement.

M. Jacques Trévidic, président d'Action praticiens hôpital (APH) a ainsi fait part de ses craintes à la mission : « *Il y a une taille critique pour atteindre le marché, une taille minimum qui permet de massifier les achats, et une taille maximum au-*

¹ Audition du 11 avril 2018.

² Audition du 12 septembre 2018.

³ Audition du 11 avril 2018.

⁴ Audition du 12 septembre 2018.

delà de laquelle le prix des fournitures ne diminue pas, mais où les coûts de fonctionnement augmentent considérablement. »¹

Enfin, une massification des achats – qui est en fait toujours synonyme de centralisation – risquerait d'éloigner les acheteurs des prescripteurs, avec par conséquent une baisse de qualité du service médical rendu.

Il ne paraît donc pas opportun de poursuivre la massification jusqu'à un acheteur national unique. Lors de son audition², Mme Marie-Anne Jacquet (DGOS) a exprimé des réserves quant à la poursuite du mouvement : « *Sur la famille des médicaments, un effet seuil pourrait être atteint assez rapidement* ». De même, le Dr Jacques Trévidic (APH) a estimé que « *la taille critique est celle d'un département ou d'une région, mais pas celle de la France. Une mutualisation à l'échelle nationale risquerait d'assécher l'offre, et de rendre les coûts de plus en plus prohibitifs concernant les déplacements ou les frais de fonctionnement.* »³

Recommandation n° 8 : Poursuivre la surveillance du niveau de massification sur le marché du médicament, en veillant à préserver une pluralité de l'offre sur chaque segment de marché.

- *Contrôler la performance de l'achat mutualisé pour s'assurer de son efficacité*

Encouragé de fait par le passage aux GHT et le transfert de la fonction achat aux établissements support, le recours aux groupements nationaux doit être piloté par les acheteurs hospitaliers de façon à demeurer une source de performance.

Plusieurs personnes auditionnées ont en effet pu souligner que la solution proposée par les groupements n'était pas toujours la plus efficace, ou la plus économique. M. Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée, en a fait état devant la mission : « *il m'est arrivé d'effectuer mes achats en 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 dérives* »⁴. Le recours aux centrales d'achat est pourtant souvent privilégié en raison des facilités qu'il apporte, en particulier le fait que l'adhérent est considéré comme ayant respecté ses obligations de publicité et de mise en concurrence⁵.

Il est dès lors nécessaire que les hôpitaux se donnent les moyens de procéder à l'évaluation des gains de performance apportés par l'achat mutualisé, évaluation qu'empêche trop souvent la qualité insuffisante des systèmes d'information. La Cour des comptes relevait ainsi en juin 2017 l'incapacité d'un certain nombre

¹ Audition du 12 septembre 2018.

² Audition du 21 février 2018.

³ Audition du 12 septembre 2018.

⁴ Audition du 14 février 2018.

⁵ Cf. II.A.2.

d'établissements, y compris de grande taille, à apporter la preuve de la performance supérieure d'UniHA, du Resah ou de l'UGAP par rapport à un achat en direct.

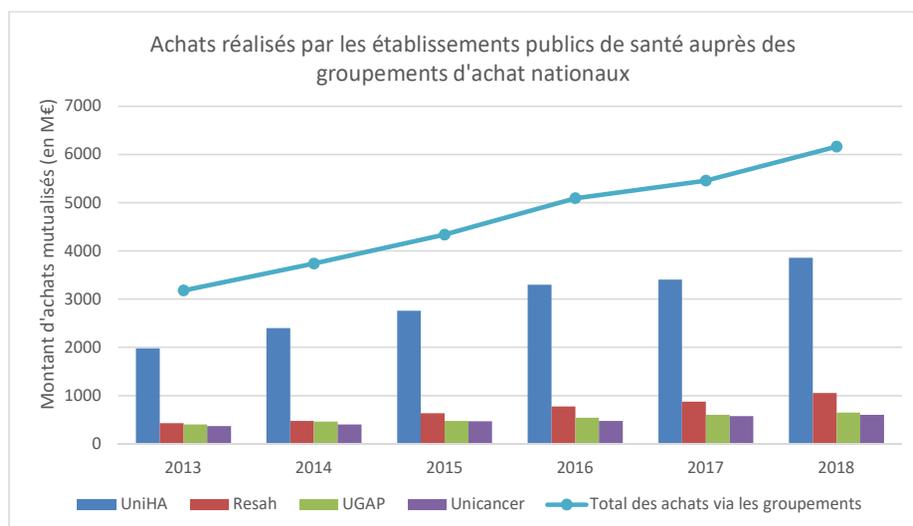
De plus, le recours aux groupements peut s'avérer plus coûteux que l'achat en direct du simple fait des cotisations versées aux groupements, chaque produit acheté donnant lieu au paiement d'une ligne de cotisation. Ces cotisations peuvent ainsi exercer un poids particulièrement important dans le budget des petits établissements.

Le rapporteur considère que les établissements doivent faire preuve de vigilance, de façon à ce que le recours aux groupements soit réellement source de performance. Il revient aux acheteurs hospitaliers, par l'intermédiaire notamment de leur travail de sourcing, de s'assurer pour chaque produit ou service qu'une solution d'achat en direct plus avantageuse n'est pas disponible.

- *Conserver un niveau de concurrence adéquat entre les groupements d'achat*

La question du niveau adéquat de concurrence se pose également au niveau des groupements d'achat nationaux.

Le paysage des groupements d'achat s'est en effet fortement concentré, sous l'influence notamment du programme Phare. À eux seuls, les quatre grands groupements nationaux (UniHA, Resah, UGAP, Unicancer) cumulaient en 6,6 Md€ d'achats groupés en 2018, soit environ un quart du marché des achats hospitaliers. Sur ces 6,6 Md€, UniHA en réalisait à lui seul plus de la moitié avec 3,86 Md€ d'achats. Sa position dominante sur le marché semble se confirmer, avec un total anticipé de 4,2 Md€ sur les 6,6 Md€ attendus pour l'ensemble des quatre groupements en 2019.



Source : groupements d'achat.

Il est à noter que le mouvement de concentration répond aux objectifs de la DGOS, qui souhaite atteindre un total de 9 Md€ d'achats passés via les groupements d'ici 2024.

Si certains effets bénéfiques du recours aux groupements sont indéniables et ont pu être observés au cours des dernières années – partage d'expertise, accompagnement juridique, massification des marchés –, une trop forte domination de ces acteurs comporte des risques pour les établissements acheteurs, et en particulier ceux de petite taille. Ces derniers se retrouveraient en effet en situation de faiblesse, par exemple face à une hausse soudaine des cotisations demandées. Ayant entre-temps perdu leur expertise et par conséquent leur autonomie sur les segments d'achat concernés, les établissements seraient en difficulté pour contrecarrer de telles pratiques.

La question d'une concentration importante se pose tout particulièrement s'agissant du groupement UniHA, dont l'activité a connu une très forte progression au cours des années récentes (de 1,9 Md€ en 2012 à 4,2 Md€ attendus pour 2019).

Recommandation n° 9 : Expliciter l'objectif retenu par la DGOS de 9 Md€ d'achats passés via les groupements, et prévoir une surveillance de sa pertinence au regard des conditions globales de concurrence.

Les risques liés à la gouvernance des groupements doivent également être pris en compte. La présence de directeurs d'établissement dans les comités de direction des groupements produit en effet une situation ambiguë, où les mêmes personnes peuvent être en position décisionnaire de part et d'autre de la relation établissement – groupement.

Le rapporteur invite à la vigilance sur ce mode d'organisation et les difficultés en termes de responsabilité juridique qui peuvent en résulter.

b. Préserver l'accès des petites entreprises aux achats hospitaliers, un gage de la performance

Le rapporteur est sensible au risque pour le tissu économique local que représente le mouvement de massification engagé depuis plusieurs années sur l'ensemble des catégories d'achat, qui risque d'évincer les TPE-PME et les circuits d'achat locaux de l'achat hospitalier. Ceci est d'autant plus préoccupant que la proximité est un gage de performance pour les hôpitaux, en termes de qualité de service et de sécurité d'approvisionnement mais aussi très souvent de prix.

M. Alexandre Mokédé, responsable du pôle « Organisation sanitaire » à la Fédération Hospitalière de France (FHF), a pu rappeler l'importance des hôpitaux locaux pour l'économie locale lors de son audition¹ :

¹ Audition du 7 mars 2018.

« Des établissements hospitaliers ont fait réaliser des études d'impact sur l'industrie locale, et sur le rôle économique de leurs établissements. Ces études ont révélé qu'un emploi dans un hôpital crée 2,5 emplois dans son territoire. L'impact est donc assez fort. [...] L'hôpital reste le premier employeur et le premier client pour un certain nombre de fournisseurs. »

Or la place des petits opérateurs est toutefois remise en cause par le mouvement d'agrandissement du volume des marchés.

En premier lieu, et de même qu'en matière de médicaments, un acheteur mutualisé trop massif peut évincer les petites entreprises, celles-ci ne pouvant individuellement subvenir au besoin exprimé. Le Dr Renaud Péquignot en a fourni un exemple lors de son audition¹ :

« Aux hôpitaux de Saint-Maurice, on a eu un énorme problème avec nos prestataires d'ambulance. Le nôtre a été particulièrement performant, jusqu'au moment où il a eu un marché avec un établissement plus gros que le nôtre. À partir de là, on a pu avoir deux heures de retard. Or on a plein de petits ambulanciers qui sont pris par les patients et qui sont excellents. Ultra-ponctuels, très sympathiques. Le problème c'est qu'un ambulancier qui a une, deux, trois voitures ne peut pas répondre aux hôpitaux de Saint-Maurice tous les jours de l'année, pour tous les services. Donc il ne répondra jamais à l'appel d'offres. »

Ce phénomène d'éviction a pu être renforcé par le poids croissant des groupements d'achat nationaux. L'étendue des besoins auxquels ils subviennent favorise en effet les entreprises de grande taille, seules en mesure de répondre à leurs appels d'offres.

En second lieu, les petites entreprises sont souvent pénalisées par le recours désormais systématique à la procédure formalisée en matière d'achats publics. En application du code de la commande publique, tout besoin dont la valeur estimée dépasse 25 000 € hors taxes doit en effet faire l'objet d'un marché avec publicité et mise en concurrence préalables². Or le transfert de la fonction achat à l'établissement support entraîne la computation de ce seuil au niveau du GHT, et non plus au niveau de chaque établissement. La DGOS indique ainsi dans sa « Foire aux questions sur les achats »³ que « le calcul de la valeur estimée du besoin pour la détermination des seuils de procédure applicables doit être effectué au niveau du GHT et non au niveau de chaque établissement ». Il faut ainsi « prendre en compte la valeur totale des fournitures ou des services considérés comme homogènes sur l'ensemble des procédures qui seraient passées pour les différents établissements du GHT afin d'apprécier la procédure à appliquer au regard des seuils applicables pour chacune des procédures ».

¹ Audition du 12 septembre 2018.

² Article R. 2122-8 du code de la commande publique.

³ DGOS, GHT : Foire aux questions sur les achats, 2018.

En d'autres termes, pour chaque catégorie « homogène » de besoins (par ex. les fournitures de bureau), la valeur totale des achats prévus à l'échelle du GHT détermine la procédure applicable pour chacun des achats. En cas de dépassement du seuil de 25 000 €, chacun des achats doit faire l'objet d'un marché avec publicité et mise en concurrence.

Ceci pose question, dans la mesure où les petites entreprises ne disposent parfois pas de l'expertise juridique et du savoir-faire pour répondre à des cahiers des charges complexes, et remporter les appels d'offres face aux grandes entreprises de leur secteur. Elles sont par conséquent évincées de marchés sur lesquels elles étaient pourtant offreuses historiques, et compétitives.

Le rapporteur ne peut à cet égard que saluer le relèvement annoncé¹ du seuil de dispense de procédure à 40 000 € HT, dont les fournisseurs locaux du secteur hospitalier devraient pouvoir tirer parti.

- *Faire un meilleur usage de l'allotissement*

L'allotissement est une piste intéressante pour améliorer l'accès des petites entreprises aux marchés hospitaliers.

L'allotissement des marchés

Selon la direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère de l'économie et des finances, l'allotissement est « destiné à favoriser la concurrence entre les entreprises et leur permettre, quelle que soit leur taille, d'accéder à la commande publique »². Obligatoire depuis 2006, il est aujourd'hui régi par le code de la commande publique qui prévoit que « les marchés sont passés en lots séparés, sauf si leur objet ne permet pas l'identification de prestations distinctes. » Il revient à l'acheteur de déterminer « le nombre, la taille et l'objet des lots »³.

Ainsi, en application des articles L. 2113-10 et L. 2113-11 du code de la commande publique, tous les marchés doivent être passés en lots séparés dès lors que leur objet permet d'identifier des prestations distinctes. Cette obligation ne concerne ni les contrats de concession, ni les marchés de partenariat, ni les marchés de défense ou de sécurité⁴.

Le juge administratif exerce un contrôle normal de l'obligation pour l'acheteur de recourir à l'allotissement, afin de garantir une réelle concurrence entre les acheteurs⁵. Il n'exerce cependant qu'un contrôle restreint sur le découpage des lots, seule étant sanctionnée l'erreur manifeste d'appréciation de la part de l'acheteur dans la détermination de leur nombre et de leur consistance⁶.

¹ *Les Échos*, Marchés publics : nouveau coup de pouce aux PME, 11 septembre 2019.

² Direction des affaires juridiques du MINEFI, *Fiche technique*, L'allotissement des marchés, avril 2019.

³ Article L. 2113-10 du code de la commande publique.

⁴ Article L. 2100-2 du code de la commande publique.

⁵ CE, 27 octobre 2011, Département des Bouches-du-Rhône, n° 350935.

⁶ CE, 21 mai 2010, Commune d'Ajaccio, n° 333737.

Lorsque l'objet du marché ne permet pas l'identification de prestations distinctes, l'acheteur n'est pas tenu de recourir à l'allotissement¹. Selon la DAJ, les prestations sont considérées comme distinctes lorsque celles-ci :

- soit, sont d'une nature différente et répondent à des besoins dissociables,
- soit, tout en étant de nature identique, peuvent être considérées comme distinctes en raison de la répartition géographique des sites concernés.

En outre, l'acheteur n'est pas non plus tenu d'allotir lorsque :

- les acheteurs ne sont pas en mesure d'assurer par eux-mêmes les missions d'organisation, de pilotage et de coordination ;
- la dévolution en lots séparés est de nature à restreindre la concurrence ;
- l'allotissement risque de rendre techniquement difficile ou financièrement plus coûteuse l'exécution des prestations².

Source : DAJ du MINEFI, fiche technique, L'allotissement dans les marchés, avril 2019.

Des obstacles juridiques et matériels sont aujourd'hui à lever pour développer l'allotissement à l'hôpital.

Tout d'abord, il n'existe aucune obligation d'allotir dès lors que sont en jeu des marchés dont l'objet ne permet pas d'identifier des prestations distinctes. À titre d'exemple, un établissement n'est pas tenu d'allotir un marché d'ambulances, de nettoyage des sols ou de fournitures de bureau, dans la mesure où un seul type de prestation est à chaque fois concerné.

En outre, la subdivision en plusieurs marchés nécessite davantage de moyens humains de la part de l'acheteur, qui doit gérer plusieurs procédures de passation de façon simultanée, puis entretenir des relations avec plusieurs prestataires au lieu d'un.

Plusieurs solutions peuvent être envisagées.

Tout d'abord, il paraît envisageable de développer les incitations financières en faveur de l'allotissement pour tous les marchés, y compris ceux composés d'une seule prestation. L'allotissement pourrait faire l'objet d'un indicateur spécifique, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Signés pour une durée maximale de cinq ans entre l'Agence régionale de santé et chaque établissement, les CPOM peuvent donner lieu à des sanctions financières en cas d'inexécution partielle ou totale des objectifs fixés³.

Cet outil permettrait d'encourager les établissements à diviser les marchés et ainsi d'améliorer l'accès des petites entreprises à leurs achats. Un recours plus large

¹ Article L. 2113-10 du code de la commande publique.

² Article L. 2113-11 du code de la commande publique

³ Art. L. 6114-1 du code de la santé publique.

à l'allotissement ne serait pas par ailleurs pas discriminatoire envers les grandes entreprises, qui pourraient être autorisées à candidater sur l'ensemble des lots.

Recommandation n° 10 : Inclure, dans les CPOM, un indicateur de taux d'allotissement des marchés passés par l'hôpital.

- *Faciliter les réponses groupées aux appels d'offres*

Il est également souhaitable de mieux accompagner les petits fournisseurs lors de la phase de *sourcing*, et le cas échéant de faciliter les réponses groupées aux appels d'offres. Les petites entreprises sont en effet souvent trop faiblement coordonnées, et ne disposent pas toujours des compétences juridiques et organisationnelles pour proposer une offre collective. Le Dr Renaud Péquignot a souligné devant la mission¹ le rôle crucial des acheteurs pour initier le mouvement :

« Il doit y avoir moyen de profiter de l'ingéniosité des PME, mais c'est forcément un mouvement qui doit partir de l'acheteur. Les petits ambulanciers ne se connaissent pas. Comment peuvent-ils avoir l'idée d'appeler celui-là, celui-là, celui-là, comment peuvent-ils savoir que nous voulons faire une offre commune ? [...] Si on pouvait induire de la souplesse pour obtenir des réponses d'appels d'offres avec plusieurs petites entreprises, on pourrait obtenir de réelles baisses de prix. »

Remédier à ces difficultés impliquerait d'améliorer la qualité du dialogue entre les acheteurs et les petites entreprises, par un travail régulier d'animation d'un réseau de fournisseurs locaux, auxquels les informations concernant les marchés à venir seraient régulièrement communiquées.

Comme le soulignait M. Léonard Dupé (CH du Mans), *« c'est aussi la responsabilité des acheteurs d'accompagner les petites entreprises, de les rencontrer. Nous avons tout intérêt à ce qu'il y ait non seulement des fournisseurs que nous proposons le meilleur service au meilleur coût, mais aussi des fournisseurs locaux ; parce que même si, dans le cadre du droit, il ne peut pas y avoir de préférences données pour un fournisseur du fait de sa proximité, on sait très bien, en termes de réactivité, de proximité et de conseils, que cela peut avoir du sens »*².

Le rapporteur salue les efforts réalisés en la matière au cours des dernières années, notamment par le groupement Resah dont la plateforme dématérialisée Achat-hôpital propose entre autres une bourse à la cotraitance. Ce mouvement doit être poursuivi pour produire tous les bénéfices qui peuvent en être attendus. L'usage par tous les établissements d'un GHT d'une plateforme dématérialisée, qui permettrait aux opérateurs de suivre les marchés arrivant à échéance, est à cet égard une piste à explorer.

¹ Audition du 12 septembre 2018.

² Audition du 17 mai 2018.

Recommandation n° 11 : Encourager les acheteurs hospitaliers à mieux diffuser aux petites entreprises l'information concernant les marchés arrivant à échéance, au moyen par exemple d'une plateforme dématérialisée propre au GHT.

- *Identifier, sur chaque segment d'achat, le niveau d'intervention pertinent*

Le recours croissant aux groupements nationaux est un autre risque pour les petites entreprises, qui ne peuvent répondre aux marchés de dimension nationale ou régionale passés par les groupements.

Il est indispensable d'effectuer un travail approfondi d'identification des segments d'achat qui doivent être attribués sur une base locale. Comme le rappelait en ce sens Mme Cécile Chevanche (FHF) lors de son audition¹, « *tous les achats hospitaliers n'auront 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* ».

Cette question est aujourd'hui prise en compte par les groupements, comme a pu en témoigner M. Luc Delporte (Unicancer) devant la mission² : « *La problématique est la suivante : Est-ce qu'il faut faire des allotissements régionaux ou nationaux ? Il est vrai que des segments d'achat tels la gestion des déchets, l'alimentation, ont plus vocation à être traités en local qu'en national, et nous laissons la possibilité aux acteurs de les traiter au niveau local.* » De même, M. Edward Jossa (UGAP), a souligné qu'« *il y a des secteurs où quel que soit le mode d'intervention, l'achat local aura son importance – par exemple en BTP ou en alimentaire –, où la promotion des circuits courts en termes de rapport qualité-prix y trouve toute sa place* »³.

La DGOS mène de longue date un effort d'identification du bon niveau de mutualisation sur chaque segment d'achat. Le degré de finesse de ce travail s'est considérablement accru au cours des dernières années, ce qui doit être salué. La répartition s'effectue aujourd'hui à l'intérieur de chaque grande famille d'achat, sur la base de considérations tenant aux prix pouvant être obtenus, à la capacité d'intervention des fournisseurs sur un périmètre géographique donné et à l'échelle à laquelle les hospitaliers sont le mieux à même d'harmoniser leurs besoins.

Ainsi, pour les médicaments, l'échelle nationale est recommandée pour les produits considérés comme monopolistiques, l'échelle régionale pour les produits concurrentiels et l'échelle locale pour les produits sanguins labiles. Les dispositifs médicaux doivent quant à eux faire l'objet d'un achat au niveau national pour les produits non stériles, innovants ou monopolistiques, tandis que les dispositifs médicaux implantables sont attribués à l'échelon local et les autres dispositifs au niveau régional.

¹ Audition du 7 mars 2018.

² Audition du 14 mars 2017.

³ Audition du 14 mars 2017.

Sur un certain nombre de familles telles que les transports, les achats de travaux ou encore l'énergie, le niveau d'attribution est plus fin et se fait sur la base de chaque segment d'achat. Ainsi, le niveau local est recommandé pour la maintenance des cycles et cyclomoteurs, tandis que le niveau national est recommandé pour sa location.

Le rapporteur invite la DGOS et l'ensemble des acheteurs à poursuivre de façon collaborative le travail d'identification du bon niveau d'achat sur chaque segment, en privilégiant toujours, à compétitivité égale, le niveau le plus local. La cohérence des niveaux d'achat doit également être surveillée : la dissociation des niveaux de location et de maintenance sur certains produits peut par exemple être source de coûts supplémentaires en termes d'organisation et d'efficacité.

Il convient enfin de ne pas adopter une approche trop rigide et trop centralisée du bon niveau d'achat sur chaque segment, car la pertinence de l'achat local par rapport à une échelle plus importante dépend des solutions existant sur le territoire de l'hôpital.

c. Poursuivre la montée en compétence des acheteurs hospitaliers

Les travaux menés par la mission ont mis en évidence les problèmes d'attractivité rencontrés par la fonction achat. Souvent négligée au sein des hôpitaux, la fonction achat souffre historiquement d'une mauvaise image auprès des personnels hospitaliers, qui perçoivent les métiers de l'achat comme peu stimulants et peu valorisables dans le déroulement d'une carrière. Ce manque d'attractivité est renforcé par le faible niveau de rémunération des acheteurs.

- *Un métier exigeant, mais insuffisamment valorisé*

La fonction achat a longtemps pâti d'un niveau de qualification insuffisant par rapport à ses enjeux. En 2006 déjà, à l'occasion d'un bilan d'étape du programme OPERAH¹, la DHOS faisait état d'importantes faiblesses² : niveau d'expertise insuffisant des équipes, constituées d'agents administratifs non formés et non rémunérés à la hauteur de l'importance de leur tâche ; place prépondérante voire exclusive du travail de sécurisation juridique, au détriment du travail de négociation et de gestion stratégique des achats. Malgré d'indéniables progrès, les personnes auditionnées par la mission ont témoigné de la persistance de ces faiblesses, plus de dix ans après ce constat.

Cela s'explique en premier lieu par un déficit historique de l'offre de formation en matière d'achat, s'agissant de la formation initiale comme de la formation continue. M. Alain Mourier, responsable de la formation des élèves directeurs d'hôpitaux à l'EHESP a pu témoigner de son « *étonnement* », lors de sa prise de fonctions, « *sur le fait qu'il n'existait pas à l'école de formation dédiée à*

¹ Voir partie I.

² Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Dossier de presse : les enjeux de la fonction achat dans les établissements de santé et le pilotage du projet, 6 janvier 2006.

l'achat hospitalier ». Seul un « *enseignement de base sur l'aspect achat* » était alors fourni aux élèves de l'EHESP durant leur cursus de 24 mois¹.

L'absence d'offre de formation initiale est aggravée par la place quasi inexistante faite historiquement à la formation continue au sein de la fonction publique hospitalière. M. Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP, a pu souligner qu'« *à l'EHESP, la formation continue se fait sur la base du volontariat. Dans le contexte qui est le nôtre, et dans les évolutions très fortes du système de santé, cela pose problème car on voit bien que l'acquisition des nouvelles connaissances doit être au cœur des préoccupations. Or le système actuel comporte une faible incitation à la formation continue, y compris lorsque les travailleurs changent d'affectation* »².

En second lieu, le métier d'acheteur à l'hôpital public pâtit d'une valorisation salariale insuffisante, qui nuit fortement à son attractivité et à la stabilité des personnels. Comme l'a résumé sommairement le Dr Renaud Péquignot devant la mission, « *dès que les acheteurs hospitaliers sont formés, ils comparent leur salaire – 1 600 €/par mois – à celui qu'ils trouvent dans le public – 3 000 € – ou même dans les collectivités territoriales – 2 500 € – et disent « au revoir, merci pour le diplôme* ». Il y a un problème pour avoir assez d'acheteurs publics et les retenir »³. M. Léonard Dupé, directeur adjoint de la direction des achats, de l'hôtellerie et de la logistique du centre hospitalier du Mans, a confirmé que « *dès lors qu'on est contraint à la fois de recruter et aussi de fidéliser des nouveaux professionnels aujourd'hui, on va être en concurrence avec d'autres acteurs qui vont pouvoir attirer des talents, notamment des acteurs du privé* »⁴.

Ce problème découle principalement du recrutement des acheteurs au sein des corps des adjoints administratifs hospitaliers (catégorie C) ou, plus récemment, des adjoints des cadres hospitaliers (catégorie B). En 2012 et selon le ministère de la santé, un acheteur public hospitalier touchait un salaire mensuel moyen de 1 640 € par mois en début de carrière. Ceci contraste nettement avec les deux autres fonctions publiques, où les acheteurs sont recrutés dans des corps de catégorie A ou B.

À ces éléments s'ajoute le peu de moyens humains consacrés à la cellule achat dans de nombreux hôpitaux, en particulier ceux de petite taille. Mme Jacqueline Hubert en a dressé un constat assez sombre lors de son audition⁵ : « *il y a un manque de professionnalisme dans les tout petits établissements. Ils n'ont pas les moyens de se payer une cellule des marchés telle que je l'avais dans mon CHU, où on est beaucoup plus encadré juridiquement. De même, seuls les gros établissements peuvent financer un ingénieur biomédical qui va aider au choix du matériel.* »

¹ Audition du 21 mars 2018.

² Audition du 21 mars 2018

³ Audition du 12 septembre 2018.

⁴ Audition du 17 mai 2018.

⁵ Audition du 20 juin 2018.

Les conséquences de ces faiblesses sont claires pour les acteurs : comme l'a affirmé Mme Véronique Chasse (FEHAP) à la mission, « *c'est un constat de fait, nos établissements recrutent [leurs acheteurs] à l'extérieur* »¹.

Les acheteurs hospitaliers exercent pourtant un métier exigeant, nécessitant à la fois un haut niveau d'expertise juridique et des qualités de dialogue avec les fournisseurs comme avec les prescripteurs. Une double compétence en matière juridique et de gestion est ainsi demandée aux acheteurs. Mme Cécile Chevance (FHF) a témoigné lors de son audition qu' « *on demande beaucoup de compétences et de connaissances à un acheteur dans un hôpital public. Il y a des compétences juridiques nécessaires pour comprendre le corpus de règles qui s'applique dans le code des marchés publics. [...] C'est un métier exigeant, qui requiert des compétences diversifiées* »². M. Alain Mourier (EHESP) a abondé en ce sens, soulignant qu' « *il ne faut pas penser qu'une fonction achat est une fonction exclusivement technique* »³.

- *Des progrès indiscutables, qui doivent être poursuivis*

Le rapporteur salue les progrès effectués au cours des dernières années par les acheteurs publics hospitaliers et leurs formateurs. Une véritable montée en compétences a pu être observée, grâce au recrutement plus généralisé au niveau d'agents de catégorie B, à la structuration des processus achat dans les établissements, et au développement d'une offre de formation de qualité.

Ces progrès ont été soulignés par les personnes auditionnées. Mme Sophie Martinon (ANAP), a ainsi affirmé qu'« *au cours des dix dernières années, la maturité du secteur et la montée des compétences a été remarquable. Il y a eu une professionnalisation des acteurs, et le chemin parcouru est très important* »⁴. M. Léonard Dupé (CH du Mans) relève quant à lui que « *la culture achat évolue* » : « *elle peut être plus juridique, il faut être honnête, à l'origine dans les établissements publics ; elle s'oriente maintenant vers la performance et une vision un petit peu plus large* »⁵.

Les personnels d'encadrement bénéficient désormais d'une formation plus poussée en matière d'achat lors de leur cursus à l'EHESP, avec 200 heures d'enseignement pour les élèves affectés dans des fonctions d'achat et de logistique en sortie d'école, comprenant à la fois les aspects juridiques et humains de l'achat et en partie dispensés par des enseignants issus du secteur de l'entreprise⁶.

Des limites importantes demeurent néanmoins, et appellent à poursuivre l'effort en faveur d'une meilleure compétence pour l'exercice de la fonction achat.

¹ Audition du 14 février 2018.

² Audition du 7 mars 2018.

³ Audition du 21 mars 2018.

⁴ Audition du 21 mars 2018.

⁵ Audition du 17 mai 2018.

⁶ Audition EHESP du 21 mars 2018.

Le niveau de rémunération des acheteurs demeure tout d'abord trop faible. Un recrutement des acheteurs au niveau des attachés d'administration hospitalière (catégorie A) serait une piste de rééquilibrage, et doit à ce titre être explorée. Ceci devrait s'accompagner d'une meilleure valorisation des expériences d'acheteur dans les parcours professionnels, aussi bien pour les acheteurs eux-mêmes que pour leurs managers (recrutés à niveau bac +5 ou parmi les directeurs d'hôpital en début de carrière).

Recommandation n° 12 : Étudier la possibilité d'un recrutement généralisé des acheteurs au niveau des attachés d'administration hospitalière (catégorie A).

2. La nouvelle donne de l'achat hospitalier, un coût d'entrée important ?

La montée en qualité de la fonction achat ne pourra se faire sans une forte mobilisation des acteurs en faveur d'une modernisation des outils. Des investissements conséquents sont aujourd'hui nécessaires pour mettre en place un véritable contrôleur de gestion dans chaque GHT. De même, le travail de convergence des systèmes d'informations achat et d'optimisation logistique devra faire l'objet d'efforts redoublés.

a. La consolidation de la fonction achat, une condition de réussite des GHT

La montée en compétences des acheteurs hospitaliers ne peut suffire à garantir la performance des achats à long terme. De ce point de vue, les structures mises en place au sein des GHT sont souvent incomplètes, en l'absence de contrôleur de gestion dédié à la fonction achat.

La mise en place du contrôle de gestion paraît aujourd'hui indispensable. Censés apporter une convergence des pratiques d'achat et par suite leur montée en qualité à l'échelle régionale, la loi de 2016 et ses décrets d'application n'ont pas rendu obligatoire cet outil pourtant nécessaire pour produire les effets attendus en termes de performance.

Mme Cécile Chevanche (FHF) a souligné l'intérêt d'une telle fonction lors de son audition¹ :

« Il est intéressant par ailleurs de développer la nomination, la désignation de contrôleur de gestion au niveau des GHT. Ce point sera une valeur ajoutée importante pour suivre l'exécution des marchés, pas seulement en matière de quantité ou de coût, même s'il est important de déterminer si les quantités prévisionnelles ont été bien évaluées pour pouvoir les rectifier lors d'une nouvelle procédure ou d'un renouvellement, mais également en matière de qualité et de respect des délais de rencontres avec les fournisseurs pour faire le point sur l'exécution des marchés. »

¹ Audition du 7 mars 2018.

De même, le Dr Sadek Beloucif, président du Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des hôpitaux publics, a plaidé pour la mise en place d'une véritable comptabilité analytique dans chaque pôle :

« Ce qu'on devrait avoir, c'est les résultats d'une forme de comptabilité analytique des dépenses faites au niveau du pôle, qui serait informée des dépenses réalisées. Cela permettrait d'avoir une sorte de rétrocontrôle [...]. Il faudrait avoir, via la comptabilité analytique, un retour sur le processus de décision. »¹

Si les enjeux de contrôle de légalité et de régularité sont aujourd'hui bien pris en compte par les établissements, les potentiels de gains de performance issus d'une meilleure évaluation de la fonction achat demeurent trop souvent négligés.

Mené par la direction des achats au niveau de l'établissement support, le contrôle de gestion pourrait ainsi reposer sur une série d'indicateurs de performance, incluant des éléments aussi bien quantitatifs (prix, coût global, etc.) que qualitatifs (qualité du service final, rapidité de service et respect des délais, disponibilité du fournisseur, fiabilité et durabilité des produits, etc.).

Le contrôle de gestion serait également le moyen, dans chaque GHT, de donner tout son sens à la démarche d'amélioration de la qualité des soins en impliquant pleinement les fonctions achat et approvisionnement dans le processus de prise en charge. Il permettrait aussi de mieux diffuser et d'encourager le recours aux nouvelles approches de l'achat (achats innovants, coût total d'usage, etc.) à tous les établissements du territoire.

Tirant parti de l'ampleur de son activité, l'AP-HP a pu mettre en place une structure performante pour la fonction achat. Mme Muriel Brossard-Lahmy, directrice du Pôle d'intérêt commun des achats centraux hôteliers alimentaires et technologiques (PIC ACHAT) en a fait état lors de son audition² :

« Il existe une structure de délégation à la coordination de la politique d'achat. Il s'agit d'une structure transversale rattachée à la direction économique et financière, qui a pour mission d'accompagner le personnel sur la fonction achat, suivre le programme phare, animer le réseau des acheteurs locaux, faire de la veille réglementaire et économique. Nous disposons également d'organes internes de contrôle. Nous avons des commissions locales d'appel d'offres, des commissions de transparence qui contrôlent l'acte d'achat, sa validité juridique et sa performance économique en comparaison avec des marchés passés. Enfin, il y a une commission des contrats publics pour l'ensemble de notre institution, constituée d'experts extérieurs qui portent un avis sur certains marchés, avec un regard à la fois juridique et économique. Il y a également un contrôleur financier qui contrôle ces marchés. »

¹ Audition du 12 septembre 2018.

² Audition du 18 avril 2018.

À une échelle nécessairement plus réduite, l'exemple du GHT de la Sarthe est également enrichissant. Celui-ci a mis en place un contrôleur de gestion dès le mois de janvier 2018, rattaché hiérarchiquement au directeur général et au directeur des achats du CH du Mans (établissement support). Ce contrôleur de gestion surveille à la fois la computation des seuils de procédure à l'échelle du GHT et la performance économique des achats.

En s'inspirant notamment de ces exemples, le rapporteur invite l'ensemble des établissements supports de GHT à mettre en place une véritable fonction de contrôle de gestion, avec pour objectif la performance durable de la fonction achat.

Recommandation n° 13 : Inciter à l'établissement, dans chaque GHT, d'un contrôleur de gestion dont le travail d'évaluation serait fondé sur des critères à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Il apparaît en outre souhaitable de joindre à ce contrôle de gestion un suivi global de la performance des achats, par l'intermédiaire des CPOM.

Le contenu de ces contrats en matière d'achat demeure aujourd'hui largement en deçà des enjeux : à titre d'exemple, les indicateurs proposés par l'ARS Nouvelle Aquitaine pour la période 2019-2023¹ ne comprenaient, s'agissant des achats, qu'un indicateur de taux de recours aux opérateurs d'achat mutualisé – indicateur par ailleurs contestable, en raison des effets indésirables du recours excessif aux groupements d'achat².

Les CPOM mériteraient ainsi d'être actualisés, et complétés par des indicateurs plus fournis relatifs à la qualité et la performance globale des achats. Les contrats pourraient par exemple inclure un volet relatif à la structuration de la fonction achat : mise en place du contrôle de gestion, niveau de formation des acheteurs ou encore niveau de mise en réseau avec des acheteurs partenaires. Des incitations financières pourraient à cette occasion être instaurées, sous la forme de primes et de sanctions.

Le rapporteur souligne néanmoins que cette évaluation ne saurait reposer sur les gains d'achat, en raison des tares affectant cet outil³. La remise à plat du pilotage des achats hospitaliers à l'échelle nationale est donc un préalable indispensable à tout mécanisme de contractualisation avec les ARS.

Recommandation n° 14 : Mettre en place, par l'intermédiaire des CPOM et après refonte des outils de pilotage des achats hospitaliers, un mécanisme de contractualisation entre hôpitaux et ARS avec incitation financière à la performance globale des achats.

¹ ARS Nouvelle Aquitaine, CPOM 2019-2023, ARS / établissements de santé et titulaires d'autorisation, Guide méthodologique des indicateurs, juin 2018.

² Cf. partie II, B, 1.

³ Cf. partie I.

Au-delà d'un tel mécanisme de contractualisation, il est primordial de laisser les acteurs locaux innover sur la formalisation de la performance achat. Un travail de consolidation pourra ensuite être mené au plan national, en reprenant le meilleur de l'innovation régionale.

b. La convergence des systèmes d'information achat, un prérequis de la performance

La mise en place d'une véritable fonction de contrôle de gestion et d'évaluation commune de la performance implique cependant un travail de modernisation des systèmes d'information achat à l'échelle du GHT.

Les systèmes d'information en matière d'achat accusent trop souvent un retard par rapport aux systèmes d'information utilisés en matière de gestion administrative du patient ou encore de gestion des ressources humaines, pour lesquels un important travail a d'ores et déjà été mené. Dans son rapport de juin 2017, la Cour des comptes relevait que les hôpitaux ne disposaient que très rarement d'un système d'information dédié à l'achat, et présentaient des insuffisances dans la gestion et le suivi des marchés¹. À ce sujet, M. Dominique Legouge (Resah) a pu confier à la mission que « *souvent, la fonction achat est le parent pauvre des systèmes d'information hospitaliers* »². Mme Sophie Martinon (ANAP) a abondé en ce sens, déclarant qu' « *aujourd'hui, les systèmes d'information achat sont peu développés* »³. Mme Marie-Anne Jacquet (DGOS) a pour sa part confirmé que « *des efforts doivent encore être déployés* » en la matière⁴.

Ce retard est préoccupant, dans la mesure où il peut constituer un obstacle sérieux à l'optimisation de la fonction achat. En effet, la mauvaise qualité comme la pluralité de systèmes utilisés entre les établissements empêche souvent l'évaluation des achats, dès lors que les données de chaque établissement ne sont pas consolidables à l'échelle du groupement. Comme en a témoigné M. Olivier Bossard (CH du Mans), « *s'agissant des systèmes d'information, nous ne sommes clairement pas aidés par la pluralité – qui est naturelle encore à ce stade du groupement – des différents outils qui sont les nôtres en matière de gestion économique et financière* »⁵.

Le rapporteur souligne que la mise en place d'une comptabilité analytique à l'échelle du groupement, indispensable pour faire accéder la fonction achat à la maturité, ne pourra se faire sans un système d'information achat solide et commun à tous les établissements d'un même GHT.

La convergence a pu être facilitée, sur la période récente, par les solutions développées et proposées par le Resah et UniHA. Les deux opérateurs nationaux

¹ Cour des comptes, Les achats hospitaliers, juin 2017.

² Audition du 14 mars 2018.

³ Audition du 21 mars 2018.

⁴ Audition du 21 février 2018.

⁵ Audition du 17 mai 2018.

proposent en effet aujourd’hui des systèmes d’information couvrant la passation des marchés (recueil des besoins, planification, consultation, attribution) ainsi que le suivi de leur exécution (reporting et pilotage), et comprenant pour la solution développée par le Resah un module de partage des informations entre les établissements.

L’action positive des opérateurs nationaux ne doit toutefois pas donner lieu à un désinvestissement de la DGOS, dont le soutien est indispensable. Le risque d’un tel désinvestissement est pourtant bien présent, comme en témoigne l’exclusion des systèmes d’information achat de l’appel à projets lancé en septembre 2019 par la DGOS et doté de 19 millions d’euros¹.

Le rapporteur souligne que l’objectif de convergence des systèmes d’information achat au sein des GHT ne pourra être rempli sans un soutien adapté. À titre d’exemple, les dépenses engagées pour le GHT de la Sarthe ont été estimées par M. Olivier Bossard (CH du Mans) à entre 15 et 20 millions d’euros².

Recommandation n° 15 : Mieux accompagner les GHT dans la mise en place du système d’information achat unique dans chaque groupement.

c. La logistique, un chantier pour l’hôpital de demain

Longtemps négligée, la fonction logistique revêt une importance primordiale pour le bon fonctionnement de l’hôpital. Il s’agit aujourd’hui d’une fonction à cibler pour poursuivre l’amélioration globale de la performance des achats.

La performance de la fonction logistique peut en effet être source d’économies autant, voire davantage que l’achat lui-même. Comme le confiait Mme Sophie Martinon (ANAP) à la mission³, « *s’agissant de la logistique, la gestion des stocks et la gestion des flux sont des coûts sous-estimés par les établissements* ».

Cette problématique n’est pas nouvelle pour les hôpitaux. En 2011 déjà, un rapport de l’IGAS sur le circuit du médicament relevait que « *les enjeux d’efficacité logistique [avaient] été largement négligés* », en raison notamment d’une multiplication coûteuse des commandes et des livraisons et de conditions de stockage inégales et parfois peu performantes. « *La chaîne qui va des achats à l’approvisionnement est alourdie par de multiples ressaisies des mêmes informations (références marchés, codes marchés, conditionnement, prix, quantités, etc.) ce qui, en outre, est source d’erreurs et donc de litiges chronophages dans la livraison ou la facturation* », précisait également le rapport.

¹ Instruction n° DGOS/PF5/2019/195 du 6 septembre 2019 relative à l’appel à projet pour la mise en œuvre de la convergence des systèmes d’information des groupements hospitaliers de territoire.

² Audition du 17 mai 2018.

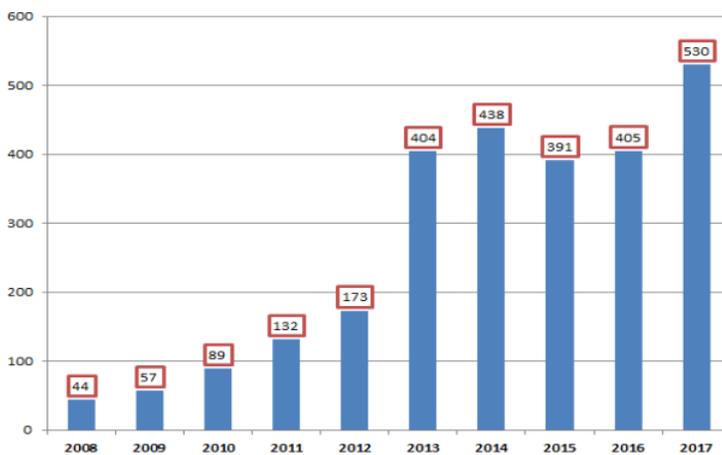
³ Audition du 21 mars 2018.

La question se pose avec d'autant plus d'acuité aujourd'hui que la massification des achats complexifie, bien souvent, la tâche des gestionnaires d'approvisionnement. À ce sujet, le Dr Jacques Trévidic a appelé, lors de son audition¹, à « ne pas confondre » centralisation des achats et des approvisionnements :

« L'approvisionnement est un problème essentiel qu'il ne faut pas confondre avec les achats. Autant les achats peuvent faire l'objet d'une mutualisation, autant l'approvisionnement est quelque chose qui est toujours à raisonner au niveau local. [...] On ne fait pas d'économies en recentrant les approvisionnements sur un site unique, et ensuite en distribuant : les coûts logistiques deviennent faramineux. Avec les sociétés locales de transport, qui travaillent avec des correspondants qui ne sont pas que des hôpitaux, les coûts sont amortis très vite. [...] Si on veut trop centraliser les approvisionnements, on arrivera à des surcoûts, avec des agents pour gérer les ruptures de charge. »

À la question des coûts s'ajoute en effet celle des ruptures d'approvisionnement, qui se sont multipliées à l'hôpital au cours des dernières années y compris s'agissant de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM).

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

Comme le notait le rapport du Sénat, les mesures mises en place pour subvenir aux ruptures d'approvisionnement « se répercutent sur l'ensemble du circuit du médicament, des opérations logistiques à la dispensation des soins. Tandis que les services d'achat doivent adapter leurs marchés, les services de soins n'ont pas d'autre choix que de procéder à une priorisation des indications des

¹ Audition du 12 septembre 2018.

produits concernés ainsi qu'à des modifications de leurs prescriptions, et donc de leurs protocoles de prise en charge »¹. Le rapport relevait également que pour les pharmaciens, « *les tâches logistiques rendues nécessaires par les situations de pénurie prennent le pas sur leur fonction de conseil* »².

Dans ce contexte, il est primordial de garantir la performance de la fonction approvisionnement afin de préserver, autant que possible, la continuité du médicament à l'hôpital et éviter les surcoûts budgétaires (essentiellement en dépenses de personnel) liés aux ruptures.

À cet égard, la stratégie d'achat ne peut être considérée de façon distincte des questions logistiques. M. Jean-Paul Roudière, directeur des relations hospitalières à Novo Nordisk, en a résumé les enjeux devant la mission³ :

« Nous nous sommes aperçus que plus la fonction approvisionnement-logistique était organisée et plus on distinguait des gains d'efficacité par rapport à des établissements qui n'étaient pas dotés véritablement d'organisation logistique. Ce partenariat avait permis de dire : « sortons du tout prix, du tout moins-disant et regardons s'il n'y a pas d'autres questions sur lesquelles on peut s'entendre et faire des économies, notamment en termes d'efficacité sur l'organisation logistique, parce qu'au coût de la commande, il faut ajouter le temps passé à gérer les ruptures d'approvisionnement » ».

Beaucoup reste néanmoins à faire pour donner à la fonction logistique toute son efficacité. Mme Cécile Chevanche (FHF) a souligné l'importante tâche de réorganisation que demande l'optimisation des approvisionnements : « *Cela demande des réorganisations plus conséquentes car il y a des processus physiques d'approvisionnement. En définitive, il convient de réfléchir sur l'intégralité du processus, car l'achat est la première phase d'un processus de circuit-dépense, mobilisant des enjeux forts en matière de dématérialisation [...]. L'ensemble de ce processus est à étudier en matière de levier d'action, d'amélioration de la qualité et de professionnalisation.* »⁴

Mme Marie-Anne Jacquet (DGOS), a fait état quant à elle de « *gains d'optimisation importants sur ce secteur* », affirmant par ailleurs que le renforcement de la fonction logistique faisait « *l'objet d'un chantier bien identifié avec la communauté de l'achat* »⁵.

Le rapporteur salue les efforts d'ores et déjà accomplis et invite l'ensemble des acteurs impliqués dans les processus d'achat à se mobiliser pour poursuivre la montée en qualité des fonctions logistiques.

¹ Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins*, par M. Yves Daudigny, président, et M. Jean-Pierre Decool, septembre 2018, p. 39.

² *Id.*, p. 42.

³ *Audition du 11 avril 2018.*

⁴ *Audition du 7 mars 2018.*

⁵ *Audition du 21 février 2018.*

Ceci impliquera notamment de mener à bien la mutualisation des achats de médicaments, compte tenu des récentes évolutions réglementaires ouvrant de nouvelles possibilités de mise en commun pour les pharmacies à usage intérieur (PUI).

Vers une mise en commun de PUI : le décret du 21 mai 2019

Le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur ouvre de nouvelles possibilités aux établissements pour mettre en commun une même pharmacie à usage intérieur.

Ainsi, l'article R. 5126-12 du code de la santé publique prévoit désormais qu' « une pharmacie à usage intérieur peut être autorisée à disposer de locaux implantés sur plusieurs emplacements distincts dépendants d'un ou plusieurs établissements, services ou organismes », « à condition que soient garanties la qualité et la sécurité de la réponse aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge ».

En outre, et sans disposer de locaux multiples, une PUI peut désormais être autorisée à desservir plusieurs établissements, « à condition que la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles dans les structures habilitées à assurer les soins puisse être assurée au minimum une fois par jour et dans des délais permettant de répondre aux demandes urgentes »¹.

L'autorisation est accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du conseil central compétent de l'ordre national des pharmaciens².

Ce décret ouvre la voie à une mutualisation des PUI au sein des GHT qui le souhaiteraient.

Tout en notant les perspectives intéressantes qu'une telle mutualisation propose, le rapporteur invite à recourir à cet outil de façon prudente, afin que la performance en termes de simplification logistique soit réellement au rendez-vous, sans préjudice de la continuité du circuit du médicament.

L'expérience de l'AP-HP en ce domaine pourra être une source d'enseignements pour les GHT.

¹ Art. R. 5126-13 du code de la santé publique.

² Art. R. 5126-27 du code de la santé publique.

Un exemple de logistique mutualisée : l'APHP

L'AP-HP a recours à un système de distribution centralisée des médicaments auprès des hôpitaux, et dispose à cette fin d'un site unique de livraison.

Les livraisons aux hôpitaux sont hebdomadaires, sur la base de calculs prévisionnels des consommations futures de chaque établissement. Un ajustement quotidien, limité en nombre de lignes de médicaments, peut être effectué à tout moment par des agences de coursiers.

Les commandes sont effectuées auprès des fournisseurs selon un rythme mensuel pour les médicaments et hebdomadaires pour les autres produits, de manière à limiter la durée de séjour dans les magasins à 13 jours.

Cette centralisation permet :

- de faire baisser les prix d'achat et obtenir des remises de logistique en fin d'année.
- de gérer de façon centralisée les ruptures de stocks, et par conséquent de mieux les anticiper et y remédier dans l'avenir.

En s'inspirant de ce modèle, il apparaît pour le moment souhaitable de développer les coopérations entre pharmacies au sein des GHT, en commençant par une mutualisation sur certains produits clés particulièrement répandus. La désignation dans chaque GHT d'un établissement « chef-de-file » pour certaines catégories de produit, avec dispensation par l'intermédiaire de locaux installés dans chaque établissement du groupement, peut ainsi être une piste à explorer.

Recommandation n° 16 : Développer les coopérations au sein d'un même GHT en matière de pharmacie, en mutualisant pleinement l'achat de produits standards. Envisager la spécialisation de chaque établissement, par l'intermédiaire de sa PUI, sur une catégorie de produits pour l'ensemble du groupement.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1	Améliorer la qualité de l'information comptable relative aux achats au sein des établissements, de façon à permettre un réel pilotage financier sur une base nationale.
Recommandation n° 2	Rendre obligatoire la participation aux enquêtes « médicaments » menées par la DREES, et l'étendre aux autres segments d'achat afin de permettre une comparaison transparente des pratiques entre les établissements.
Recommandation n° 3	Remettre à plat la notion de gains d'achat, en la remplaçant par un indicateur permettant d'apprécier réellement la performance des achats hospitaliers, fondé sur les économies budgétaires effectivement réalisées par les hôpitaux et consolidées avec un haut niveau de fiabilité.
Recommandation n° 4	Évaluer l'impact des changements de pratiques en matière d'achat sur la qualité des soins, au moyen d'un système de traçabilité des bonnes pratiques d'achat mises en place dans les établissements.
Recommandation n° 5	Prévoir, chaque année en annexe du PLFSS, un document retraçant le montant et l'évolution des achats hospitaliers ainsi que leur place dans les mesures d'économies budgétaires dans le cadre de l'ONDAM.
Recommandation n° 6	Engager, sous l'égide de la DGOS, une opération de sensibilisation à la régularité des adhésions aux accords-cadres au regard du droit européen de la commande publique.
Recommandation n° 7	Développer les coopérations entre GHT et établissements privés, en particulier les hôpitaux à but non lucratif, de façon à mieux diffuser les bonnes pratiques en matière d'achat.
Recommandation n° 8	Poursuivre la surveillance du niveau de massification sur le marché du médicament, en veillant à préserver une pluralité de l'offre sur chaque segment de marché.
Recommandation n° 9	Expliciter l'objectif retenu par la DGOS de 9 Md€ d'achats passés via les groupements, et prévoir une surveillance de sa pertinence au regard des conditions globales de concurrence.
Recommandation n° 10	Inclure, dans les CPOM, un indicateur de taux d'allotissement des marchés passés par l'hôpital.
Recommandation n° 11	Encourager les acheteurs hospitaliers à mieux diffuser aux petites entreprises l'information concernant les marchés arrivant à échéance, au moyen par exemple d'une plateforme dématérialisée propre au GHT.
Recommandation n° 12	Étudier la possibilité d'un recrutement généralisé des acheteurs au niveau des attachés d'administration hospitalière (catégorie A).
Recommandation n° 13	Inciter à l'établissement, dans chaque GHT, d'un contrôleur de gestion dont le travail d'évaluation serait fondé sur des critères à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Recommandation n° 14	Mettre en place, par l'intermédiaire des CPOM et après refonte des outils de pilotage des achats hospitaliers, un mécanisme de contractualisation entre hôpitaux et ARS avec incitation financière à la performance globale des achats.
Recommandation n° 15	Mieux accompagner les GHT dans la mise en place du système d'information achat unique dans chaque groupement.
Recommandation n° 16	Développer les coopérations au sein d'un même GHT en matière de pharmacie, en mutualisant pleinement l'achat de produits standards. Envisager la spécialisation de chaque établissement, par l'intermédiaire de sa PUI, sur une catégorie de produits pour l'ensemble du groupement.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La Commission des affaires sociales a examiné le rapport d'information de M. Jean-Carles Grelier en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « la politique d'achat des hôpitaux » au cours de sa séance du mercredi 11 décembre 2019.

Ce point de l'ordre du jour ne fait pas l'objet d'un compte rendu écrit. Les débats sont accessibles sur le portail vidéo du site de l'Assemblée à l'adresse suivante :

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8532285_5df0a724c95ee.commission-des-affaires-sociales--rapport-de-la-mission-d-evaluation-et-de-contrôle-des-lois-de-fin-11-decembre-2019

En application de l'article 145, alinéa 7, du Règlement, la commission autorise, à l'unanimité, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION

PRÉSIDENTS

Mme Annie Vidal (LaREM)
M. Gilles Lurton (Les Républicains)

MEMBRES

La République en Marche

Mme Delphine Bagarry
M. Julien Borowczyk
M. Marc Delatte
Mme Audrey Dufeu Schubert
M. Olivier Véran

Les Républicains

M. Jean-Carles Grelier
Mme Nadia Ramassamy
M. Stéphane Viry

Mouvement Démocrate et apparentés

M. Cyrille Isaac-Sibille

Socialistes et apparentés

M. Boris Vallaud

UDI, Agir et Indépendants

Mme Agnès Firmin Le Bodo

La France insoumise

Mme Caroline Fiat

Gauche démocrate et républicaine

M. Pierre Dharréville

ANNEXE 2 : LISTE DES AUDITIONS

L'ensemble des comptes rendus des auditions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sont disponibles sur le portail de la MECSS :

<http://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/mecss/mission-d-evaluation-et-de-contrôle-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale>

Audition du 12 octobre 2017

- 9 heures : M. Antoine Durrleman, président de la 6^e Chambre de la Cour des comptes, Mme Céline Prévost-Mouttalib, conseillère référendaire, Mme Gaëlle Fonlupt, premier conseiller à la chambre régionale des comptes d'Occitanie, et Mme Sylvie Appartio, vérificatrice, sur le rapport de la Cour des comptes relatif à la politique d'achat des hôpitaux

Auditions du 14 février 2018

- 16 heures 30 : M. Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)*, M. Michel Ballereau, délégué général, et Mme Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles
- 17 heures 30 : Mme Véronique Chasse, responsable achats de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)*

Audition du 21 février 2018

- 16 heures 30 : Mme Marianne Jacquet, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs d'offre de soin à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé, et de M. Raphaël Ruano, chargé de mission

Auditions du 7 mars 2018

- 16 heures 30 : Mme Cécile Chevanche, responsable du pôle Finances de la Fédération hospitalière de France (FHF)
- 17 heures 30 : M. Jérémie Sécher, président du Syndicat des managers publics de santé (SMPS) et Mme Marie Hiance, déléguée nationale

Audition du 14 mars 2018

- 16 heures 30 : Table ronde des représentants de groupements d'achats :
 - M. Edward Jossa, président de l'Union des groupements d'achats publics (UGAP)*, et M. Sébastien Taupiac, directeur Santé ;
 - M. Luc Delporte, directeur des achats de la Fédération des Centres de lutte contre le cancer UNICANCER (section achats) ;
 - M. Bruno Carrière, directeur général du GCS UniHA, et Mme Fabienne Debrade, directrice générale adjointe,

– M. Dominique Legouge, directeur général du Réseau des Acheteurs Hospitaliers (RESAH)

Audition du 21 mars 2018

- 16 heures 30 : Mme Sophie Martinon, directrice générale de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
- 17 heures 30 : M. Laurent Chambaud, directeur de l'École des hautes études en santé publique, de Mme Alessia Lefébure, directrice des études, et de M. Alain Mourier, responsable de la formation des élèves directeurs d'hôpital

Audition du 11 avril 2018

- 16 heures 30 : Audition du LEEM* (Les Entreprises du médicament) – M. Éric Baseilhac, directeur des affaires économiques, publiques et internationales, M. Jean Paul Roudiere, directeur des relations hospitalières de Novo Nordisk, Mme Fanny de Belot, responsable des affaires publiques, Mme Caroline Heng, chargée de mission affaires économiques, Mme Annaik Lesbats, chargée de mission affaires publiques

Audition du 18 avril 2018

- 16 heures 30 : Audition commune de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP/HP) avec Mme Muriel Brossard-Lahmy, directrice du Pôle d'intérêt commun des achats centraux hôteliers alimentaires et technologiques (PIC ACHAT) également directrice de la Délégation à la coordination de la politique d'achat de l'AP-HP (DCPA), et M. Guillaume Lefoulon, directeur adjoint chargé de la Délégation à la coordination de la politique d'achat de l'AP-HP (DCPA) et de l'Agence générale des équipements et des produits de santé (Ageps) avec Mme Claire Biot, directrice et M. Nicolas Lallemand, directeur des achats

Audition du 17 mai 2018

- 10 heures 30 : M. Olivier Bossard, directeur général du GHT de territoire de la Sarthe et directeur du Centre hospitalier du Mans et de M. Léonard Dupé, directeur adjoint, direction des achats, de l'hôtellerie et de la logistique

Audition du 20 juin 2018

- 16 heures 30 : Mme Jacqueline Hubert, directeur général du CHU Grenoble Alpes et de M. Frédéric Martineau, chargé de mission à la FHF pour la mise en place des projets médicaux partagés dans le cadre des GHT, ancien président de la CME du centre hospitalier de la Côte Basque, ancien président de la conférence des présidents de CME

Audition du 6 septembre 2018 : déplacement à Lyon

- 11 heures 15 : Entretien avec le Dr. Jean-Yves Grall, directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
- 13 heures 30 : Entretien avec M. Bruno Carrière, directeur général du groupement de coopération sanitaire UniHA
- 15 heures : Entretien avec MM. Patrick Déniel, secrétaire général et Philippe Pin, directeur des achats des Hospices civils de Lyon

Audition du 12 septembre 2018

- 16 heures 30 : Table ronde réunissant :
 - M. Renaud Pequignot, président de Avenir hospitalier,
 - M. Jacques Trévidic, président de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux
 - M. Patrick Léglise représentant l’Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers ;
 - M. Alain Mercuel et M. Jean Gobert de la coordination médicale hospitalière ;
 - M. Sadek Beloucif, président du Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics
- 18 heures 30 : M. Jean-François Fusco, président de la Fédération nationale des Dépositaires Pharmaceutiques-LOG *Santé*, Mme Laure Brenas, membre, et M. Olivier Mariotte, conseil en affaires publiques

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale*