Cour des comptes

Chambres régionales
& territoriales des comptes

LES ACHATS HOSPITALIERS

Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale

Juin 2017

Sommaire

AVERTISSEMENT **5**

SYNTHÈSE **9**

RECOMMANDATIONS **13**

INTRODUCTION **15**

CHAPITRE I UN ENJEU CROISSANT, UNE POLITIQUE TARDIVEMENT STRUCTURÉE **19**

I - UN ENJEU FINANCIER CROISSANT **19**

A - Des dépenses en progression continue 19
B - Le poids prépondérant des achats de médicaments 25
C - L'achat des dispositifs médicaux, un secteur mal maîtrisé 27

II - L'ÉVOLUTION TARDIVE ET INABOUTIE DE LA FONCTION ACHAT **29**

A - Une organisation de la fonction achat des établissements encore inachevée 29
B - Le développement empirique de la mutualisation 37
C - Le programme PHARE : une dynamique positive, un pilotage à affermir 49

CHAPITRE II DES RISQUES PERSISTANTS EN MATIÈRE DE RÉGULARITÉ DES ACHATS, UNE EFFICIENCE INCERTAINE **57**

I - UNE VIGILANCE À RENFORCER EN MATIÈRE DE RESPECT DES RÈGLES DE LA COMMANDE PUBLIQUE **57**

A - Des défaillances multiples et parfois graves dans les procédures de marché public 57
B - Une attention soutenue à accorder à la prévention des conflits d'intérêts et des atteintes à la libre concurrence 65

II - UNE MÉCONNAISSANCE DE L'EFFICIENCE RÉELLE DE LA POLITIQUE D'ACHAT **69**

A - Des « gains d'achat » procurés par le programme PHARE imprécis mais fortement sollicités dans la construction de l'ONDAM 69
B - Des apports de la mutualisation souvent ignorés des établissements adhérents 80
C - L'achat des médicaments, un dispositif manquant d'efficacité 85

CHAPITRE III AMÉLIORER LA PERFORMANCE DES ACHATS HOSPITALIERS **97**

I - UNE MUTATION À RÉUSSIR : LE TRANSFERT DE LA FONCTION ACHAT DES ÉTABLISSEMENTS AUX GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE **97**

A - Le GHT, un levier majeur d'évolution de l'achat hospitalier 98
B - Des questions à clarifier rapidement 105

II - REPENSER LE DISPOSITIF D'ACHAT DES MÉDICAMENTS **110**

A - Améliorer l'équilibre de négociation 111
B - Examiner la possibilité de confier au comité économique des produits de santé la fixation du prix des médicaments hospitaliers 113

CONCLUSION GÉNÉRALE **117**

ANNEXES **119**

Avertissement

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par lettre de la présidente de la commission des affaires sociales et des co-présidents de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale en date du 3 décembre 2014, d'une demande d'enquête sur les achats hospitaliers (annexe n° 1). Dans sa réponse du 23 décembre 2014, le Premier président a précisé que cette enquête serait conduite par une formation inter-juridictions, réunissant la sixième chambre de la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes (annexe n° 2).

Le champ des investigations de la Cour et la date de remise de la communication au 30 juin 2017 ont été arrêtés lors d'une réunion tenue le 9 juin 2015 à l'Assemblée nationale avec les co-présidents de la MECSS. Ces éléments ont été confirmés par le Premier président par lettre du 6 octobre 2015 (annexe n° 3).

Aux termes des échanges, il a été convenu que la communication porterait sur les achats des établissements publics de santé (EPS), selon une double approche de régularité juridique et de performance, et viserait notamment à éclairer les points suivants :

- l'évolution des dépenses d'achats hospitaliers (imputées en fonctionnement) ;
- l'organisation et le pilotage de la fonction achats au sein des hôpitaux ;
- le développement des pratiques de mutualisation des achats ;
- le pilotage du programme national PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables), sa prise en compte par les agences régionales de santé et les hôpitaux et sa traduction en termes d'économies ;
- le respect de la réglementation dans la passation et l'exécution des marchés publics ;
- les achats de médicaments, qui feraient l'objet d'un approfondissement spécifique, ainsi que ceux d'imagerie autant que possible.

Une formation inter-juridictions (FIJ) commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes (CRC) a été instituée par arrêté du Premier président, en application de l'article L. 111-9-1 du code des juridictions financières, prévoyant que la formation commune statue sur les orientations de ces travaux, les conduit, délibère sur les résultats et en adopte la synthèse. Elle a été composée de la sixième chambre de la Cour et de 13 chambres régionales des comptes (Grand Est, Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Martinique, Île-de-France, Occitanie, Hauts-de-France, Normandie, Pays de la Loire et Provence-Alpes- Côte d'Azur) et présidée par le président de la sixième chambre.

Un échantillon de 27 EPS (cf. annexe n° 4) a été constitué prenant en compte des critères liés à la catégorie d'établissements et au montant des dépenses d'achat. Sur cette base, les chambres régionales des comptes ont notifié les contrôles qui se sont déroulés au cours de

l'année 2016. Elles ont également procédé à des renvois d'observations définitives relatives aux achats d'autres établissements qui ont été pris en compte dans le cadre de la synthèse des travaux des chambres.

En outre, la sixième chambre de la Cour a notifié l'enquête le 13 mai 2016 au secrétaire général des ministères sociaux, à la directrice générale de l'offre de soins (DGOS), au directeur de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), au Directeur du budget, au Directeur général des finances publiques (DGFiP), au directeur des affaires juridiques des ministères économiques et financiers, au directeur des achats de l'État, à la directrice générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), au président de l'Autorité de la concurrence, à la cheffe du service central de prévention de la corruption, au directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), au directeur de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), au directeur général de l'ANSM, à la présidente de la Haute Autorité de santé (HAS), au président de l'UGAP, au directeur général d'UniHA et au directeur général du RESAH Île-de-France.

Outre le recueil documentaire et l'envoi de questionnaires aux destinataires de notifications ainsi qu'à l'ensemble des agences régionales de santé (ARS), des bases de données de l'ATIH, de la DGOS et de l'Observatoire économique de la commande publique ont été exploitées. Des réunions de travail ainsi que des échanges téléphoniques ou par visioconférences ont été menés avec les administrations (DGOS, DGFiP, direction des achats de l'État, direction des affaires juridiques du ministère des finances, DGCCRF), les agences techniques concernées (ATIH, ANAP), le comité économique des produits de santé (CEPS), l'Autorité de la concurrence, les groupements d'achats nationaux (UniHA et RESAH, spécialisés dans le domaine hospitalier, et l'UGAP) et des groupements régionaux ou locaux, cinq ARS (Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Grand Est, Occitanie et Bretagne), la Fédération hospitalière de France, UNICANCER (qui réunit les centres de lutte contre le cancer), les syndicats professionnels des laboratoires pharmaceutiques, des dépositaires pharmaceutiques et des fabricants de dispositifs médicaux (LEEM, Log santé, SNITEM[1]) ainsi qu'un groupe de cliniques privées.

Un relevé d'observations provisoires a été adressé, dans son intégralité ou sous forme d'extraits, à 31 destinataires le 26 décembre 2016. Des auditions ont été organisées les 22 et 27 mars 2017 avec la DGOS et la DSS et sur la question spécifique des achats de médicaments avec le CEPS et le LEEM.

Une synthèse des observations de la sixième chambre de la Cour et des chambres régionales des comptes a été communiquée par la formation inter-juridictions aux fins de contradiction dans son intégralité à quatre destinataires le 11 avril 2017. Des extraits les concernant ont été envoyés à 31 autres destinataires le 12 avril 2017. Tous les destinataires ont répondu à l'exception de six d'entre eux[2].

[1] Les entreprises du médicament, la fédération nationale des dépositaires pharmaceutiques et le syndicat national de l'industrie des technologies médicales.

[2] CHU d'Amiens, CHU de Dijon, CHU de Limoges, CH de La Ciotat, CH de Saint-Quentin et CHI de Meulan les Mureaux.

La présente communication, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête de la Cour et des chambres régionales des comptes, a été délibérée le 17 mai 2017 par la formation inter-juridictions présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de M. Vallernaud, conseiller maître, président de la chambre régionale des comptes de Provence-Alpes-Côte d'Azur, M. Honor, président de section à la chambre régionale des comptes de Nouvelle Aquitaine, Mme Child, conseillère maître à la sixième chambre, M. Brunner, conseiller maître à la sixième chambre et M. Diricq, conseiller maître, président de section à la sixième chambre étant contre-rapporteur, les rapporteurs étant Mme Prévost-Mouttalib, conseillère référendaire, rapporteur général de la formation commune, Mme Fonlupt, premier conseiller à la chambre régionale des comptes d'Occitanie, rapporteur général adjoint, M. Payet, premier conseiller à la chambre régionale des comptes d'Auvergne-Rhône-Alpes, M. Renou, premier conseiller à la chambre régionale des comptes des Pays de la Loire, M. Kersauze rapporteur extérieur à la sixième chambre, assistés par Mme Apparitio, vérificatrice à la sixième chambre.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 20 juin 2017 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Vachia, Paul, rapporteur général du comité, Duchadeuil, Mme Moati, M. Morin, présidents de chambre, M. Guédon, président de section, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses observations.

Synthèse

Maillon indispensable à l'activité hospitalière, au croisement d'enjeux d'efficience et d'organisation, l'achat de matériels, de biens et de services, en visant à répondre au mieux aux besoins des patients et des personnels, se situe au cœur de l'activité hospitalière et constitue un chaînon déterminant de la qualité des prises en charge.

Son importance a été au cours des années récentes progressivement mieux reconnue au sein des établissements publics de santé compte tenu des enjeux -, juridiques, financiers, organisationnels et relatifs à la qualité des soins - qu'il recouvre.

Un enjeu croissant, une politique tardivement structurée

Un enjeu financier croissant

Les achats des établissements publics de santé constituent un enjeu majeur de près de 25 Md€ de dépenses (dont près de 19 Md€ en fonctionnement et 6 Md€ en investissement), à comparer aux 20 Md€ de dépenses d'achats des services de l'État (hors achats de défense et de sécurité), aux 10 Md€ des établissements publics nationaux et aux 45 Md€ d'achats courants des collectivités territoriales.

Les dépenses d'achat en fonctionnement ont connu une forte croissance dans la période récente, augmentant de 52 % en euros courants en dix ans pour passer de 12,3 Md€ en 2005 à 18,7 Md€ en 2015. Corrélativement leur poids relatif s'est accru dans les charges des établissements hospitaliers de 24 % à 27 % du total, soit le deuxième poste de dépenses après celles de personnel (40 Md€).

Le secteur hospitalier se caractérise par l'extrême diversité des biens et services requis pour l'exercice de ses missions. Si nombre de produits, de biens et de services acquis par les hôpitaux appartiennent au domaine courant, d'autres se caractérisent au contraire par une spécificité médicale marquée. Les achats à caractère médical ont ainsi un poids prépondérant : les dépenses d'achats de médicaments ont atteint 5,8 Md€ en 2015, suivies de celles relatives aux dispositifs médicaux (3,5 Md€), les unes comme les autres connaissant une progression rapide.

L'évolution tardive et inaboutie de la fonction achat

Ces dépenses importantes sont effectuées par une multiplicité d'acheteurs. En 2015, l'acte d'achat était dispersé entre 878 établissements, de taille extrêmement hétérogène, et très inégalement en mesure de définir une véritable stratégie d'achat, faute d'une professionnalisation suffisante. La fonction achat était en effet traditionnellement éclatée, mal reconnue et peu suivie dans ses résultats au sein des établissements. Son évolution a été engagée mais elle reste encore inaboutie et des faiblesses importantes ont été relevées dans certains des établissements contrôlés. Les rôles et fonctions des différents acteurs intervenant dans la chaîne des achats, qui mobilise au total de l'ordre de 5 000 agents, sont encore insuffisamment définis

et les outils de gestion et de suivi incomplets en raison notamment d'une absence généralisée de système d'information traitant de l'ensemble du processus d'achat.

Les hôpitaux ont développé progressivement leur recours à des groupements d'achats pour obtenir de meilleures conditions de prix et pour améliorer la sécurisation juridique de leurs procédures. Les achats mutualisés représentent ainsi 22 % du total, soit une part encore limitée, avec de fortes différences ente établissements et selon les types d'achats, les achats pharmaceutiques faisant l'objet de la plus grande mutualisation. L'offre de mutualisation apparaît foisonnante et non maîtrisée. Ainsi, de nombreux groupements d'achats régionaux ou infrarégionaux (166) se sont créés sans grande cohérence, parfois en redondance, au côté des trois opérateurs nationaux (UGAP, UniHA et RESAH).

Dans ce contexte, le programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables), porté par la direction générale de l'offre de soins depuis fin 2011, a engagé une dynamique positive en cherchant à inciter à une rationalisation et à une professionnalisation des achats hospitaliers. Il s'est déployé progressivement selon une approche pragmatique fondée sur l'adhésion volontaire des établissements et le partage de bonnes pratiques, et a impulsé une réelle approche collective. Cette mobilisation est indispensable à poursuivre, avec pour objectif principal une mise en place efficiente de la fonction achat au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Des risques persistants en matière de régularité des achats, une efficience incertaine

Une vigilance nécessaire en matière de régularité

Les contrôles régulièrement effectués par les chambres régionales des comptes sur les marchés d'achat font apparaître de nombreuses irrégularités dans la passation et l'exécution des procédures de marché. Leurs constats ont débouché dans un certain nombre de cas graves sur des transmissions à l'autorité judiciaire ou à des déférés à la Cour de discipline budgétaire et financière. Les risques de conflits d'intérêts ne font pour leur part que rarement l'objet de mesures de prévention.

Pour autant, le service central de prévention de la corruption n'a relevé, de 2011 à 2014, aucune décision des juridictions répressives sur le champ hospitalier et n'a reçu, de 2010 à 2015, aucun signalement en ce domaine. Les autorités en charge des pratiques anti-concurrentielles font état d'un nombre de signalements peu fréquents sans qu'on puisse pour autant assurer que ces pratiques sont en voie de disparition, même si le recours accru aux groupements d'achats a pu constituer un facteur de réduction des risques.

Une méconnaissance de l'efficience réelle de la politique d'achat

L'indicateur « gain d'achat » est utilisé pour mesurer la performance des achats hospitaliers dans le cadre du programme PHARE. Dans ce cadre, le ministère a fixé des objectifs ambitieux et croissants de gains d'achat et a communiqué largement sur des montants en constante progression, passant de 172 M€ en 2012 à 423 M€ en 2015. Mais les gains d'achat ne sont pas des gains budgétaires et sont estimés dans des conditions méthodologiquement très peu rigoureuses. Leur prise en compte croissante dans les économies programmées chaque année sur l'« ONDAM hospitalier » est purement artificielle dès lors que ces gains d'achat ne se traduisent que partiellement par des économies effectives, sans que celles-ci soient au demeurant précisément mesurées.

Le suivi de l'efficience de la mutualisation des achats est rarement effectué par la plupart des établissements, qui restent dans une grande méconnaissance des bénéfices retirés des achats mutualisés, alors même que les performances des différents groupements apparaissent très différentes.

L'achat des médicaments, un dispositif qui manque d'efficacité

Le dispositif d'achat des médicaments par les hôpitaux repose sur la combinaison d'une liberté des prix de certains médicaments et d'un encadrement par un tarif fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS) pour les molécules onéreuses de la « liste en sus » et les spécialités rétrocédées. Il présente de fortes limites. L'achat par un établissement hospitalier se caractérise par l'asymétrie d'informations entre ce dernier et les laboratoires et l'opacité sur les conditions obtenues par les autres acheteurs. Seuls quelques établissements en nombre très limité réussissent à tirer bénéfice des procédures actuelles, essentiellement en raison de leur poids. Les effets de la négociation rapportée à la dépense totale de médicaments de la liste en sus apparaissent peu importants : en 2014, la marge obtenue a été de 2,51 %, soit 51 M€ sur une dépense de 2,3 Md€, et elle n'a atteint que 36 M€ en 2015. Les réticences des fournisseurs à afficher des prix inférieurs au tarif de responsabilité fixé par le CEPS dans la crainte d'une renégociation à la baisse de ce dernier par le CEPS conduit les établissements à négocier des gains de nature non tarifaire, non déclarés (remises de fin d'année, remises sur volumes, produits gratuits, baisses complémentaires consenties sur d'autres médicaments, etc.) qui détournent au bénéfice des établissements une partie des économies destinées règlementairement à être rétrocédées à l'assurance maladie. Un même phénomène se constate pour les dispositifs médicaux qui font l'objet d'une inscription sur une liste en sus. Ces stratégies ne constituent pas seulement un contournement du dispositif réglementaire au détriment de l'assurance maladie. Elles sont aussi porteuses de risques d'atteintes graves à la concurrence et à la probité. Plus généralement, même si, pour certains médicaments, il existe des différences notables dans les prix obtenus par les établissements, l'enquête n'a pas permis de démontrer que les procédures actuelles, négociées ou formalisées, permettaient de dégager des gains durablement significatifs pour l'ensemble de l'hospitalisation publique.

Améliorer la performance des achats hospitaliers

Une mutation à réussir : le transfert de la fonction achat aux groupements hospitaliers de territoire

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), créés à la suite de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, doit permettre d'opérer une mutation profonde de l'achat hospitalier en transférant au 1er janvier 2018 la fonction achat des établissements membres à l'établissement support du groupement. La création des 135 GHT devrait ainsi diviser par sept le nombre d'entités fonctionnelles chargées des achats au sein de l'hospitalisation publique. L'établissement support devra définir une stratégie d'achats pour l'ensemble du groupement, structurer une fonction achat plus professionnalisée et mieux outillée et mieux utiliser les leviers de performance de l'achat, notamment en matière de définition des besoins, de suivi de l'exécution des marchés et de logistique. Le recueil de prix auquel il a été procédé sur quelques produits au sein d'établissements appartenant à un même GHT atteste d'écarts importants et par là même d'un réel potentiel d'économies d'échelle dans le cadre des GHT.

Mais les modalités retenues en définitive pour ce transfert se traduisent par un démembrement de la fonction achat entre la passation des marchés, qui relève de la responsabilité de l'établissement support, et leur exécution, qui reste de la compétence des établissements membres. Ces dispositions traduisent un compromis imparfait, né des réticences d'une partie de la communauté hospitalière à l'égard de l'approfondissement de la mutualisation. Elles présentent un double risque de démembrement, et donc d'affaiblissement, de la fonction achat et de confusion des responsabilités. Elles apparaissent en net retrait par rapport à l'ambition initiale de la loi. Au lieu d'unifier et de simplifier le processus achat des divers établissements, certaines étapes en seront au contraire rendues plus complexes, techniquement et juridiquement.

Compte tenu de l'existence de très nombreux groupements d'achats, l'articulation du transfert de la fonction achat aux GHT avec ces derniers nécessite la définition d'une stratégie claire de mutualisation par le ministère de la santé.

Repenser le dispositif d'achat des médicaments

Les acheteurs hospitaliers, nombreux et encore trop dispersés, ne disposent pas, le plus souvent, des outils pour mesurer l'état du marché pharmaceutique, les stratégies des laboratoires, les conditions obtenues par les autres établissements ou groupements, les variations de prix dans le temps. L'organisation actuelle de l'achat du médicament avantage les laboratoires qui seuls disposent d'une vision globale du marché.

Établir un meilleur équilibre de négociation suppose par priorité de renforcer les différents mécanismes à même d'améliorer le rapport de force entre les acteurs de l'achat pharmaceutique dans le nouveau cadre des groupements hospitaliers de territoire, notamment par un resserrement des références des médicaments utilisés et une mutualisation plus large et une concentration plus forte des achats sur des opérateurs mutualisés eux-mêmes moins nombreux. Ces efforts doivent être accompagnés d'une révision plus active des tarifs des médicaments inscrits sur la liste en sus par le CEPS.

Plus encore, la question se pose des avantages que le système hospitalier pris dans son ensemble retire aujourd'hui du régime de liberté encadrée des prix des médicaments hospitaliers, qui n'apparaissent nullement probants en termes financiers, tout en entretenant un manque de transparence porteur de risques multiples. Il conviendrait ainsi d'examiner les conditions dans lesquelles pourrait être refondu le mode de fixation des prix des médicaments achetés par les hôpitaux qui viserait à revenir sur l'actuel régime de liberté encadrée des prix et à confier leur tarification au comité économique des produits de santé, comme il en a déjà la mission pour les médicaments dispensés en ville, de manière à avoir une démarche globale permettant une meilleure efficience d'une dépense pharmaceutique qui représente, ville et hôpital confondus, un enjeu de l'ordre de 33 Md€ pour l'assurance maladie.

Recommandations

1. mettre en œuvre un nouveau programme PHARE pour la période 2018-2020, avec pour objectif principal d'assurer la mise en place effective et efficiente de la fonction achat au sein des GHT et en rendant obligatoire l'adhésion à celui-ci de ces derniers (ministère de la santé) ;
2. prévoir systématiquement dans ce cadre des objectifs liés à la performance des achats dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements (en particulier les établissements supports des GHT) et les agences régionales de santé (ministère de la santé) ;
3. faire participer la direction générale de l'offre de soins aux instances de gouvernance des achats de l'État afin de favoriser les synergies et examiner la possibilité d'un pilotage par la direction des achats de l'État sur des segments d'achats communs (ministère de la santé, ministère du budget) ;
4. rendre obligatoire, au sein des établissements publics de santé et des groupements d'achats, le dépôt de déclarations d'intérêts des agents participant, dans le processus achat, à la définition du besoin et à l'analyse des offres (ministère de la santé, établissements) ;
5. fiabiliser le mode d'établissement des gains d'achat et clarifier les conditions de leur prise en compte dans la trajectoire de l'« ONDAM hospitalier » (ministère de la santé) ;
6. mettre en place dans les GHT, en complément de l'indicateur « gain d'achat », des indicateurs de mesure de la performance de l'achat hospitalier à partir de données budgétaires et comptables fiabilisées (ministère de la santé) ;
7. organiser et rendre systématique des parangonnages entre les groupements d'achats nationaux et régionaux ; en rendre publique la méthodologie et en partager les résultats entre tous les opérateurs (ministère de la santé, agences régionales de santé) ;
8. remplacer l' « enquête médicaments » facultative par une déclaration annuelle et obligatoire par les établissements, au travers du PMSI, des prix d'achat des médicaments et des dispositifs médicaux intra et hors GHS, intégrant l'ensemble des avantages annexes obtenus lors de l'achat (ministère de la santé, comité économique des produits de santé) ;
9. dans le cadre des GHT, coupler la mise en œuvre de la mutualisation de la fonction achat avec une optimisation de la fonction logistique afin de tirer tous les gains d'efficience et de productivité de réorganisations coordonnées (établissements supports des GHT) ;
10. confier aux instances médicales du GHT les missions relatives à l'élaboration du référentiel des médicaments et des dispositifs médicaux, dans un objectif d'harmonisation des pratiques, de resserrement des livrets thérapeutiques à l'échelle du groupement et d'accélération de la mutualisation des achats (ministère de la santé, ARS, établissements) ;
11. ajuster à la baisse de manière plus dynamique le prix des médicaments inscrits sur la liste en sus (ministère de la santé, comité économique des produits de santé) ;

12. supprimer le dispositif de l' « écart médicament indemnisable » et examiner les conditions dans lesquelles le comité économique des produits de santé pourrait se voir confier la fixation des prix des médicaments hospitaliers (ministère de la santé).

Introduction

Les achats des établissements publics de santé (EPS) constituent un enjeu majeur de près de 25 Md€ de dépenses (dont près de 19 Md€ en fonctionnement et 6 Md€ en investissement), à comparer aux 20 Md€ de dépenses d'achats des services de l'État (hors achats de défense et de sécurité), aux 10 Md€ des établissements publics nationaux[3] et aux 45 Md€ d'achats courants des collectivités territoriales[4]. En 2015, au sein des budgets des hôpitaux, les dépenses d'achats en fonctionnement représentaient 27 % des charges, soit le deuxième poste de dépenses après les charges de personnel (40 Md€).

Ces dépenses importantes sont effectuées par une multiplicité d'acheteurs. En 2015, l'acte d'achat était dispersé entre 878 établissements, soit 32 centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), 755 centres hospitaliers (CH) intégrant les ex-hôpitaux locaux et 91 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS)[5]. Les établissements hospitaliers sont très hétérogènes en matière d'activité, ce qui a une forte incidence sur le volume et la typologie de leurs achats.

Le secteur hospitalier se caractérise par ailleurs par l'extrême diversité des biens et services requis pour l'exercice de ses missions, allant des aliments nécessaires à la confection des repas, au mobilier, aux blouses pour le personnel, aux instruments chirurgicaux, ou aux équipements d'imagerie, etc. Les achats de médicaments, premier poste de dépenses au sein de l'hôpital, présentent eux-mêmes une grande diversité liée à la variété des prises en charge opérées dans les établissements. Si nombre de produits, de biens et de services acquis par les hôpitaux appartiennent au domaine courant, d'autres se caractérisent en effet au contraire par une spécificité médicale marquée. Cela implique, lors de la définition du besoin et tout au long du processus d'achat, de trouver un équilibre entre la prise en compte de la liberté de prescription du médecin, les décisions collectives de bonnes pratiques pouvant conduire à une rationalisation de la diversité et du nombre de références des biens et produits médicaux susceptibles d'être achetés et le respect des principes généraux de la commande publique (liberté d'accès à la commande publique, égalité de traitement des candidats et transparence des procédures). Au croisement d'enjeux d'efficience et d'organisation, l'achat, en visant à répondre au mieux aux besoins des patients et des personnels hospitaliers (médecins, personnels soignants, personnels techniques et administratifs), se situe ainsi au cœur de l'activité hospitalière et constitue un chaînon déterminant de la qualité des prises en charge.

Le contexte de pression budgétaire croissante sur les hôpitaux a conduit au cours de la dernière période à ne plus considérer seulement l'achat comme un processus d'ordre juridique, centrant l'attention sur la régularité des procédures mises en œuvre, mais comme un acte de

---

[3] Source : Direction des achats de l'État (DAE).
[4] Source : IGF-IGA, *Revue de dépenses relatives à la fonction achat des collectivités territoriales*, avril 2016.
[5] Il s'agit du nombre d'établissements publics de santé dont les comptes financiers sont retracés dans la base de la direction générale des finances publiques (DGFiP).

nature économique dont il est attendu une efficience accrue pour contribuer à la maîtrise des dépenses. Les achats hospitaliers sont ainsi devenus un levier important du plan triennal 2015-2017 visant à réduire le taux de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en dégageant des économies globales dans l'ensemble du système de soins d'un montant de 10 Md€. À ce titre, les pouvoirs publics ont progressivement développé une politique active d'amélioration de la performance des achats hospitaliers, en incitant notamment à leur mutualisation par regroupement des commandes.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a entendu accélérer et amplifier cette rationalisation en prévoyant le transfert de la fonction achat des établissements membres à l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) dont ils font obligatoirement désormais partie. Cette réforme structurante ne sera cependant effective qu'au 1er janvier 2018.

C'est dans ce contexte évolutif qu'a été conduite conformément à la demande formulée par la commission des affaires sociales et la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, l'enquête de la Cour et des chambres régionales des comptes (CRC) sur les achats des établissements publics de santé, selon une double approche de régularité juridique et de performance. Elle dresse un état des lieux des forces et faiblesses de l'organisation et du pilotage des achats hospitaliers à la veille du transfert aux GHT de cette fonction et examine les conditions de préparation et de mise en œuvre de cette évolution majeure.

Les juridictions financières ont ainsi examiné l'évolution des dépenses d'achats hospitaliers (imputées en fonctionnement), l'organisation et le pilotage de la fonction achat au sein des hôpitaux, le développement des pratiques de mutualisation des achats, le pilotage du programme national PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables), sa prise en compte par les agences régionales de santé et les hôpitaux et sa traduction en termes d'économies ainsi que le respect de la réglementation dans la passation et l'exécution des marchés publics. Les achats de médicaments et, dans la mesure du possible, d'équipements d'imagerie ont fait l'objet d'un approfondissement spécifique.

Les travaux des juridictions financières se sont appuyés sur des contrôles spécifiques des politiques d'achat de plusieurs établissements de santé.

Les contrôles des chambres régionales des comptes sur un échantillon d'EPS

Afin d'assurer la représentativité des travaux des juridictions financières, un échantillon d'EPS à contrôler par les chambres régionales des comptes a été retenu selon une méthode statistique prenant en compte des critères liés à la catégorie d'établissement et au montant des dépenses d'achat. L'échantillon constitué a comporté 27 hôpitaux qui représentent environ un quart des dépenses d'achats des budgets principaux (soit 4,6 Md€ sur 18,7 Md€ en 2015) de l'ensemble des établissements publics de santé. Ils se répartissent de la façon suivante : 9 CHU et CHR, 5 établissements dont les dépenses d'achats sont supérieures à 30 M€, 9 dont les dépenses d'achats sont inférieures à 30 M€ et 4 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (cf. liste en annexe n° 4).

Les travaux se sont également fondés sur l'analyse de diverses sources documentaires, de bases de données et de très nombreux entretiens, y compris avec des représentants d'établissements privés à but lucratif et à but non lucratif dans une démarche de parangonnage.

En outre, afin d'apprécier les écarts entre établissements, un recueil de prix a été mené auprès des établissements de l'échantillon, sur une période de cinq ans, pour une série de mêmes produits utilisés couramment par les hôpitaux (dits « produits traceurs »). Une démarche similaire a été faite auprès d'établissements membres d'un même GHT afin d'apprécier les marges de progrès au sein de ces nouvelles entités. Enfin, tous les CHU ont été interrogés sur leurs achats de molécules onéreuses et l'appréciation qu'ils portent sur le dispositif règlementaire de partage de la marge dégagée sur l'achat de certains médicaments.

⁂

La présente communication analyse, dans une première partie, malgré des données d'achat lacunaires, l'enjeu financier croissant des dépenses d'achats et la politique, tardivement structurée et encore inaboutie, qui les organise.

Elle montre, dans une deuxième partie, que les risques persistent en matière de régularité des achats et que leur efficience, mal mesurée, est incertaine.

Elle cherche enfin, dans une troisième partie, à préciser les voies de progrès pour améliorer la performance des achats hospitaliers, d'une part, en s'appuyant sur la réforme des GHT et, d'autre part, en examinant des évolutions possibles pour repenser le dispositif d'achat des médicaments.

Chapitre I

Un enjeu croissant, une politique tardivement structurée

Alors que le poids des achats hospitaliers pèse de manière importante et croissante dans les dépenses des EPS (27 % des charges des établissements en 2015 contre 24 % en 2005), les pouvoirs publics n'ont que récemment structuré une politique d'ensemble pour en améliorer la performance.

I - Un enjeu financier croissant

Les achats constituent une charge en progression continue pour les établissements. Certains segments, tels les médicaments et les dispositifs médicaux, présentent des enjeux financiers tout particuliers.

A - Des dépenses en progression continue

Les achats enregistrés en dépenses de fonctionnement dans les budgets principaux des établissements publics de santé se sont élevés à 18,7 Md€ en 2015[6]. Ce montant représente près de 75 % de la dépense totale d'achats, le solde étant constitué des achats en investissement (dont le montant est estimé à 6 Md€).

[6] Les travaux de la Cour ont porté sur les dépenses de fonctionnement (comptes 60-61 et 62) des budgets principaux (BP) des établissements sur la période 2005-2015. Les achats retracés dans les comptes d'immobilisations en classe 2 (investissement) n'ont pas été examinés. La période contrôlée par les Chambres régionales des comptes porte sur 2011-2015.

Des données d'achat à considérer avec précaution

Les informations relatives aux achats des établissements hospitaliers sont à considérer avec une certaine précaution du fait de la qualité souvent insuffisante des données. La connaissance des dépenses d'achats des établissements de l'échantillon s'est révélée souvent lacunaire. La déficience des systèmes d'information relatifs aux achats apparaît récurrente. La mauvaise comptabilisation de certaines dépenses a pu aussi être constatée. Beaucoup d'établissements éprouvent de la difficulté à quantifier avec exactitude les volumes et montants mutualisés, en l'absence de suivi spécifique. Cette faiblesse affecte particulièrement les dépenses de médicaments, et plus généralement les produits de santé.

L'absence de données exhaustives et consolidées en la matière empêche non seulement de connaître la situation réelle de l'achat de médicaments par les hôpitaux mais aggrave une asymétrie d'information qui pénalise les pouvoirs publics dans leur rôle de régulateur L'enquête « médicaments », administrée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et, depuis 2015, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), est renseignée par un nombre très minoritaire d'établissements : 12 années après sa création et en raison de son caractère non obligatoire, moins du quart des établissements a répondu en 2014.

Une nouvelle instruction a été diffusée aux directeurs d'établissements en septembre 2016, reconduisant l'enquête pour les années 2015 et 2016, les données étant à recueillir en 2017. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) y rappelle l'importance des données collectées. Pour disposer, à l'échelon régional et national, d'une meilleure connaissance des prix d'achat, évaluer notamment la pénétration des médicaments inscrits au répertoire, et des biosimilaires ainsi qu'analyser les pratiques de prescription. L'enquête reste cependant facultative, ce qui fait peser de grandes incertitudes sur l'amélioration du taux de réponse, de même que sur la méthode de calcul du prix annuel retenue par certains établissements.

Des lacunes apparaissent également dans le recensement des contrats, marchés ou accords cadre d'un montant supérieur à 90 000 € auquel sont tenus les établissements auprès des comptables publics. Ce recensement, centralisé par l'Observatoire économique de la commande publique (OECP) au sein de la direction des affaires juridiques (DAJ) du ministère de l'économie et des finances, n'est que très partiel. En 2013 (dernière année complète disponible au moment de l'enquête), seuls 209 établissements étaient présents dans la base (dont 20 CHU) et 9 374 marchés avaient été déclarés pour une valeur totale de 5,6 Md€. La portée des constats qui pourraient être tirés de cet outil de suivi est donc fortement altérée par le manque d'exhaustivité des données qui témoigne du faible respect par les établissements de santé de leur obligation règlementaire de déclaration. Le transfert de la fonction achat à l'établissement de santé support du groupement hospitalier de territoire (GHT) devrait faciliter les opérations de recensement des contrats et un meilleur suivi par le réseau de la DGFiP et par l'OECP.

1 - Une progression des achats supérieure à celles des autres charges

Les 18,7 Md€ de dépenses d'achats enregistrés en 2015 représentent 27 % des charges totales des EPS (près de 70 Md€). Par comparaison, les charges de personnel, d'un peu plus de 40 Md€ en 2015, pèsent pour 57 %.

En 10 ans, entre 2005 et 2015, les dépenses d'achats hospitaliers ont augmenté de 52 %, soit environ 6,4 Md€, au rythme moyen de plus de 4 % par an. Elles ont connu ainsi un taux d'augmentation nettement supérieur aux dépenses de personnel (comptes de la classe 64) qui ont augmenté de 28 % et au total des charges dont la hausse a été de 35 %.

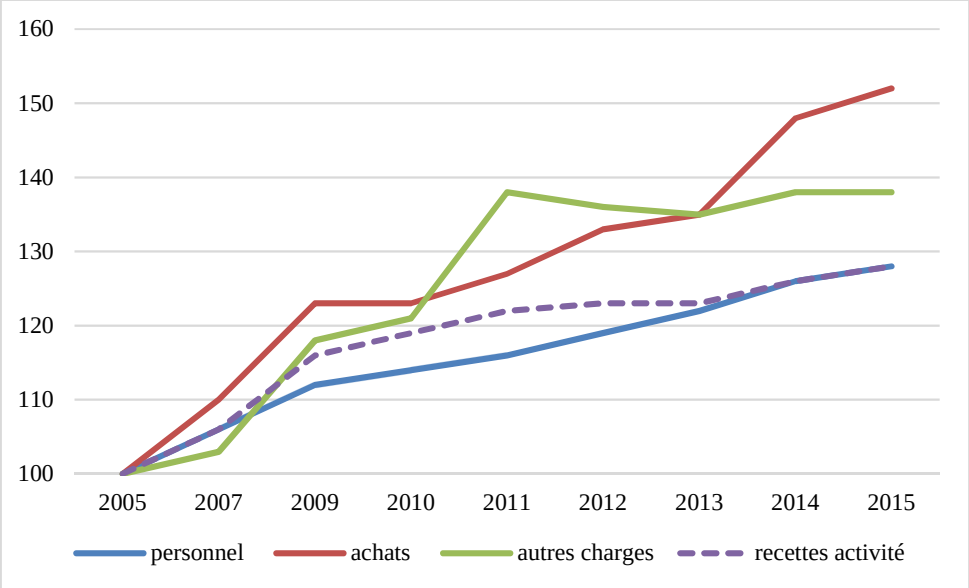
Tableau n° 1 : évolution des charges de fonctionnement entre 2005 et 2015 (M€)

Tous EPS	2005	2015	évol 2005-	évol annuelle
Achats (60-61-62)	12 306	18 690	52 %	4,27 %
Personnel (64)	31 338	40 134	28 %	2,5 %
Total charges	51 644	69 899	35 %	3,04 %

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

Dans le même temps, les recettes liées à l'activité ont progressé de 28 % également, passant de 45 Md€ à près de 58 Md€.

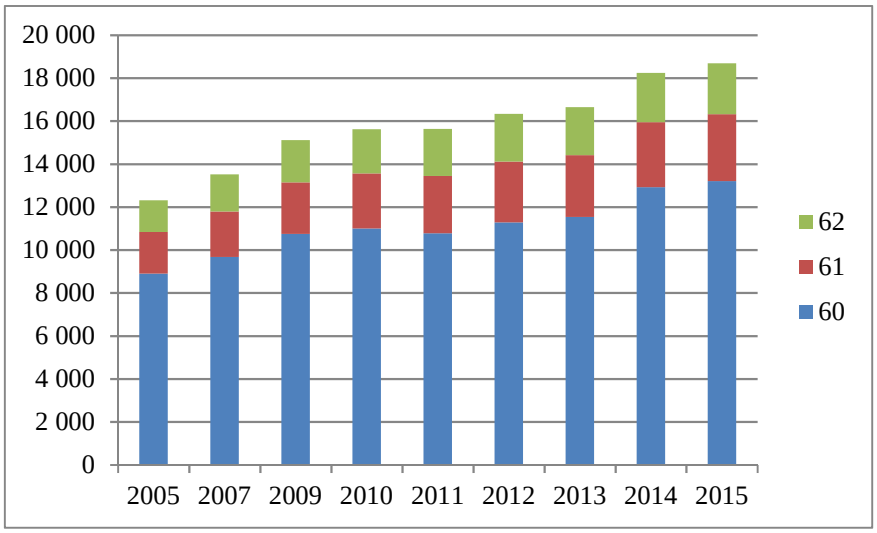
Graphique n° 1 : évolution 2005-2015 tous EPS (2005 : base 100)



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

Les achats *stricto sensu* (comptes de classe 60) ont surtout augmenté dans la seconde moitié de la période, avec une hausse très importante en 2014 liée à la commercialisation de nouveaux médicaments. Les dépenses de services extérieurs (comptes de classe 61 et 62) ont particulièrement progressé entre 2005 et 2010 (+ 32 et + 40 %). Cette forte hausse traduit le passage d'un grand nombre d'établissements d'une gestion internalisée, où la plupart des prestations (nettoyage, blanchisserie, alimentation, etc.) étaient réalisées en interne, à une gestion externalisée où les mêmes services sont achetés à des sous-traitants.

Graphique n° 2 : progression des achats tous EPS (comptes 60, 61 et 62) entre 2005 et 2015 (M€)



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

Les établissements contrôlés par les chambres régionales des comptes ont été affectés par des évolutions semblables à celles de l'ensemble des EPS, notamment la forte progression des dépenses de médicaments. Même si l'on neutralise les dépenses et les recettes des médicaments en rétrocession[7] et des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus[8], qui ont connu de très importantes augmentations sur la période, se note, dans la quasi-totalité des cas, une déconnexion entre la progression des achats et celle des recettes d'activité.

2 - Une typologie des achats relativement stable dans le temps

Sur les dix dernières années, les médicaments et les dispositifs médicaux sont restés les premiers postes d'achats tous établissements confondus ; ils en représentent plus de la moitié en 2015 (53 %), ce poids étant stable dans le temps.

[7] Aux termes de l'article L.5126-4 du code de la santé publique, le ministre chargé de la santé arrête une liste des médicaments que certains établissements de santé, disposant d'une pharmacie à usage intérieur, sont autorisés à vendre au public, au détail, dans l'intérêt de la santé publique. Ces médicaments (médicaments dérivés du sang, antirétroviraux, médicaments des hépatites B ou C chroniques, antibiotiques, antifongiques, anticancéreux, etc.) qui sont achetés par les hôpitaux ne sont pas destinés à des patients hospitalisés dans les services.

[8] Alors qu'en principe les hôpitaux reçoivent de la sécurité sociale pour chaque séjour d'un patient un paiement forfaitaire global avec lequel ils doivent payer les médicaments et les dispositifs médicaux comme leurs autres charges, ils reçoivent en plus du forfait versé par la sécurité sociale l'intégralité du coût des médicaments et des dispositifs médicaux lorsqu'ils sont considérés innovants et coûteux. La liste des médicaments ou dispositifs médicaux bénéficiant de ce financement est dite « liste en sus ».

Le tableau ci-dessous présente l'évolution sur la période des 12 premiers postes de dépenses (2015). Il fait notamment apparaître les hausses importantes des postes de personnel extérieur (+ 113 %), de prestations de services à caractère non médical (+ 73 %) et de sous-traitance générale (+ 80 %).

Tableau n° 2 : évolution des postes de dépenses supérieurs à 300 M€ en 2015 (M€)

comptes	libellés	2005	2010	2015	évol 05-15
6021	produits pharmaceutiques	4 142	5 252	6 337	53 %
6022	dispositifs médicaux	2 352	2 841	3 491	48 %
606	achats non stockés[9]	1 076	1 633	1 952	81 %
615	entretien et réparations	926	1 113	1 340	45 %
628	prestations de services à caractère non médical	748	1 062	1 291	73 %
611	sous-traitance générale	508	687	913	80 %
6023	alimentation	662	637	639	-4 %
6026	fournitures consommables	586	623	591	1 %
621	personnel extérieur	177	331	377	113 %
624	transports	230	311	343	49 %
613	locations	173	280	329	90 %
616	primes d'assurances	237	334	305	29 %
(…)	(…)	(…)	(…)	(…)	(…)
	Total	12 306	15 618	18 690	52 %

Source : comptes des EPS (infocentre CCI, DGFiP), tous EPS

3 - Des achats concentrés sur un faible nombre d'établissements

Le tableau ci-dessous détaille les dépenses d'achats (des comptes 60+61+62) par typologie d'établissements en 2005, 2010 et 2015.

[9] Eau, énergie, électricité, chauffage, combustibles, fournitures hôtelières diverses, alimentation non stockable, etc.

Tableau n° 3 : poids des achats dans les budgets principaux, par typologie d'EPS, en 2005, 2010, 2015 (M€)

Catégories	achats 2005	% dép	achats 2010	% dép	achats 2015	% dép	nb établ	% établ
CH	5 901	48 %	7 669	49 %	9 200	49 %	756	86 %
dont								
CH > 30 M€	1 578	27 %	3 452	45 %	5 188	56 %	83	11 %
CH [10-30 M€]	2 645	45 %	2 648	35 %	2 619	28 %	135	18 %
CH [4-10 M€]	966	16 %	917	12 %	748	8 %	117	15 %
CH [2-4 M€]	315	5 %	287	4 %	319	3 %	91	12 %
CH < 2 M€	397	7 %	365	5 %	326	4 %	330	44 %
CHU	5 788	47 %	7 239	46 %	8 800	47 %	32	4 %
CHS	617	5 %	710	5 %	737	4 %	91	10 %
Total	12 306	100 %	15 618	100 %	18 737	100 %	879	100 %

Source : comptes des EPS (données DGFiP)

En 2015, les achats des 32 CHRU se sont élevés à 8,8 Md€, soit près de la moitié de la dépense totale. Les 83 CH les plus importants, dont les achats sont supérieurs à 30 M€, ont dépensé en achats près de 5,2 Md€ la même année. Ainsi, 13 % seulement des établissements (CHU et grands CH) ont généré les trois-quarts de la dépense d'achat. Cette catégorie ne représentait que 7 % des établissements pour 60 % de la dépense en 2005 et 12 % des EPS pour 68 % de la dépense en 2010. Les dépenses d'achats de ces très gros établissements ont presque doublé en 10 ans (+ 90 %) passant de 7,3 Md€ à 13,9 M€.

En 2015, les CH dont les achats sont inférieurs à 2 M€, les plus nombreux puisqu'on en décompte 330 (soit 38 % du total des établissements), ont consacré aux achats 326 M€, soit à peine 4 % de la dépense totale de cette catégorie.

Une proportion importante de marchés sans publicité ni concurrence

L'enquête des chambres régionales des comptes a permis d'analyser les données sur les procédures menées par les EPS de l'échantillon. Les appels d'offres représentent près de 47 % des procédures (soit un total cumulé de 6,9 Md€ sur la période 2012-2015). Les marchés négociés sans publicité ni mise en concurrence sont presque aussi fréquents (41 % des procédures soit 6 Md€ sur un total cumulé de 14,8 Md€ sur la même période).

Cette répartition des procédures n'est pas homogène selon les catégories d'établissements. Le poids des négociations sans concurrence est affecté par les masses en jeu dans les plus grands EPS (notamment celles des achats de médicaments). Si on distingue par catégorie d'établissements, les négociations sans publicité ni concurrence, plutôt mises en œuvre dans le cadre de l'achat de molécules onéreuses, apparaissent marginales dans les hôpitaux de taille moyenne ou réduite, au profit d'une plus grande utilisation des marchés à procédure adaptée.

B - Le poids prépondérant des achats de médicaments

La dépense de médicaments *stricto sensu a* atteint 5,8 Md€ dans les comptes 2015 des établissements publics de santé[10].

Ce montant recouvre les achats de trois catégories de médicaments :

- les médicaments hors liste, financés par la tarification à l'activité et donc les tarifs des séjours ;
- les médicaments de la liste en sus qui en raison de leur coût ne sont pas imputés sur le tarif du séjour et font l'objet d'un financement spécifique par l'assurance maladie ;
- les médicaments qui disposent d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et qui font l'objet également d'un financement spécifique (*via* une dotation MERRI[11]).

1 - Un poids variable selon les catégories d'établissements

L'achat de médicaments ne pèse pas de façon identique dans tous les établissements. Il ne représente qu'une faible part des achats des centres hospitaliers spécialisés mais constitue 44 % des achats de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 25 % de ceux des CHU et 28 % des CH.

Tableau n° 4 : dépenses de spécialités pharmaceutiques par catégorie d'EPS en 2015 (budgets principaux[12]) (M€)

Libellés de compte	CHU	AP-HP	CH	CHS	Total
Spécialités pharmaceutiques avec AMM non mentionnées dans la liste en sus (compte 60211)	971	540	1 400	53,4	2 964,4
Spécialités pharmaceutiques avec AMM inscrites sur la liste en sus (compte 60212)	1 080	442	1 110	0,6	2 632,6
Spécialités pharmaceutiques sous ATU (compte 60213)	137	49,9	68,5	0,2	255,6
Sous total spécialités pharmaceutiques	2 188	1 031,9	2 578,5	54,2	5 852,6
Poids dans le total des achats	25 %	44 %	28 %	7 %	28 %
Poids dans le total des charges	8 %	14 %	7 %	1 %	8 %

Source : comptes 2015 des EPS (Infocentre CCI-DGFiP)

[10] Les spécialités pharmaceutiques représentent la part la plus importante (92 %) de la catégorie plus vaste des « produits pharmaceutiques et produits à usage médical », qui comprend aussi les produits sanguins ou les fluides médicaux et dont la dépense totale s'est élevée à 6,3 Md€ en 2015.

[11] Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), la participation des établissements de santé aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) est financée *via* des dotations financières spécifiques au titre de missions d'intérêt général (MIG).

[12] La dépense de médicament comptabilisé dans les budgets annexes est modique : 80 M€ en 2015.

2 - L'effet de la mise sur le marché de nouvelles molécules

En 2014, 1 284 M€[13] de dépenses supplémentaires de médicaments ont été enregistrés dans les comptes des établissements (contre une augmentation de 62 M€ seulement l'année précédente). Les CHU (y compris l'AP-HP) ont supporté près des deux tiers de cette hausse.

Cette augmentation s'explique par la commercialisation de nouveaux traitements contre le cancer et l'hépatite C qui a impacté à la fois la dépense de consommation propre des établissements et l'achat destiné à la rétrocession. L'année 2014 a été ainsi une année de rupture, annonciatrice des prochains enjeux liés à l'arrivée de nouvelles molécules onéreuses et à la stratégie des laboratoires qui procèdent à des extensions d'indication très fréquentes afin d'élargir leur part de marché.

Les établissements de l'échantillon ont connu la même évolution, à l'exception des établissements psychiatriques. À l'AP-HP, la progression d'une année sur l'autre, antérieurement inférieure au taux national (3,2 % entre 2010 et 2013), a atteint 47,2 % entre 2013 et 2014 avant que les dépenses de médicament ne reculent légèrement (- 4,9 %) en 2015.

Les établissements de soins psychiatriques présentent une situation atypique. Le poids des achats de médicaments y est moindre que dans les autres établissements de santé. Deux spécificités sont cependant à relever les concernant :

- un moindre recours aux génériques : les produits psychotropes et notamment les neuroleptiques à l'origine de la majorité des dépenses des établissements ont peu d'équivalents génériques. 80 % du livret thérapeutique du CHS de Rouffach est ainsi constitué de spécialités en monopole.
- des innovations thérapeutiques onéreuses : l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules, en particulier des « neuroleptiques retard » de deuxième génération a renchéri le coût du poste médicament. Au CHS du Mas Careiron à Uzès, la part de ces spécialités dans la consommation totale de médicaments est ainsi passée de 11 % en 2012 à 29 % en 2015.

3 - Une dépense peu financée par les séjours

La dépense totale de 5,8 Md€ constatée en 2015 ne correspond pas à une charge nette pour les établissements : en contrepartie de l'achat de médicaments, ceux-ci perçoivent des recettes qui les compensent en grande partie. La part de la dépense, résiduelle, financée par les séjours a été estimée pour 2015 à 994 M€, soit 17 % seulement de la dépense totale, comme le fait apparaître le tableau ci-après, dont les données doivent cependant être considérées avec prudence compte tenu des divergences constatées entre les sources de données[14].

---

[13] Ce montant se répartit en : + 900 M€ pour les médicaments hors liste, + 291 M€ pour les médicaments sous ATU et + 92 M€ pour les médicaments de la liste en sus.

[14] S'agissant des médicaments de la liste en sus, 2,6 Md€ sont inscrits dans les comptes 2015 des EPS alors que l'ATIH en décompte 2,4 Md€ pour l'ensemble des établissements ex-DG (incluant donc également les centres de lutte contre le cancer et les établissements privés non lucratifs). En parallèle, la recette correspondante inscrite dans les comptes des établissements s'élève à 2 Md€ seulement. Pour ce qui est des médicaments sous ATU, la charge inscrite dans les comptes s'élève à 256 M€ quand le montant total de la MERRI ATU est d'un peu moins de 62 M€. En ce qui concerne les médicaments rétrocédés, leur suivi comptable est particulièrement défaillant, 96 % des établissements ne présentant pas d'écritures comptables conformes.

Tableau n° 5 : charges et produits des médicaments de l'ensemble des EPS en 2015 (M€)

Charges	Médicaments hors liste	2 964
	Médicaments de la liste en sus	2 634
	Médicaments en ATU	256
	Total	5 854
Produits		
	Dotation MERRI ATU	62
	Produits des médicaments liste en sus	2 087
	Produits de la rétrocession	2 711
	Total	4 860

Source : comptes 2015 des EPS (Infocentre CCI-DGFiP), DGOS (dotation MERRI ATU).
Note de lecture : la différence entre le total des charges et celui des produits (994 M€) représente la part de la dépense de médicaments financée par les tarifs des séjours.

En tout état de cause, les achats de molécules onéreuses et des médicaments destinés à la rétrocession ne sont pas dépourvus d'effets sur la situation financière des hôpitaux, du fait du décalage temporel entre dépenses et remboursements. L'impact en trésorerie est significatif pour les CHU, premiers acheteurs en ce domaine.

C - L'achat des dispositifs médicaux, un secteur mal maîtrisé

Les dispositifs médicaux (DM), qui recouvrent des produits nombreux et hétérogènes, constituent le deuxième poste d'achat des EPS, à hauteur de 3,5 Md€ en 2015[15].

Les dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont définis par le code de la santé publique (article L.5211-1) comme tout instrument, appareil, produit, destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques. Leur mise sur le marché est réglementée et conditionnée par l'obtention d'un marquage CE qui est un processus d'homologation moins lourd et moins long que celui applicable aux médicaments.

Il y aurait entre 800 000 à deux millions de produits, qu'une absence de classification et de codification (dans l'attente de l'instauration à l'échelle européenne d'une codification unique) rend difficiles à comparer.

[15] S'agissant des seuls dispositifs médicaux retracés dans les comptes de la classe 60, qui ne constituent qu'une partie des dispositifs achetés par les établissements. Les autres, notamment les équipements d'imagerie, sont comptabilisés en investissement.

En milieu hospitalier, trois grandes catégories de dispositifs médicaux peuvent être distinguées : les DM destinés à un seul patient pour une ou plusieurs utilisations (implant, gant, pansement, etc.), les DM réutilisables chez plusieurs patients après désinfection et/ou stérilisation le cas échéant (instruments de chirurgie, tensiomètre, etc.) et ceux destinés à être utilisés en général pour plusieurs patients et comportant de la mécanique, de l'électronique, de l'électrique, de l'informatique (IRM, scanner, mais aussi lit médical, matelas anti-escarres, etc.).

Comme pour le médicament, la répartition de la dépense de DM répond aux spécialisations médicales des différentes catégories d'établissements. Les CHU (AP-HP comprise) concentrent 55 % des achats. Comme pour les médicaments également, cette dépense représente à l'AP-HP un poids plus important (20 %) que dans les autres CHU (16 %).

Tableau n° 6 : répartition de la dépense de DM[16] en 2015 (tous EPS)

Catégorie d'EPS	Part de la dépense total de DM	M€	Poids dans le total des achats
CHU	41,1 %	1 434	16 %
AP-HP	13,4 %	469	20 %
CH	45,1 %	1 573	17 %
CHS	0,4 %	15	2%
Total	100 %		

Source : comptes 2015 des EPS (Infocentre CCI-DGFIP)

Contrairement à d'autres types d'achats, l'achat des dispositifs médicaux est quasi intégralement réalisé au sein de chaque établissement (à 91 % selon la DGOS contre 38 % pour les médicaments). Les demandes sont liées aux pratiques médicales des différentes équipes, ce qui conduit les établissements à acheter ces produits directement plutôt que dans un cadre mutualisé. Ce lien avec la pratique médicale freine le resserrement des références dans un contexte où au sein d'une même spécialité peuvent coexister plusieurs écoles se différenciant dans les modes de prise en charge et d'intervention, notamment en chirurgie.

De ce point de vue l'exercice de resserrement mené par certains groupes de santé privés est encore trop peu fréquent dans les établissements publics de santé.

Le resserrement des références au sein du groupe Ramsay-Générale de Santé

Le groupe (124 établissements regroupés au sein de 22 pôles territoriaux) réalise ses achats au niveau national *via* des plateformes internationales mutualisées. Il a engagé un travail de diminution du nombre de références en s'appuyant sur un comité d'évaluation médicale interne qui élabore les recommandations de bonnes pratiques du groupe. Dans le domaine des dispositifs médicaux, cette politique a permis de passer de 71 références de kit de césariennes à deux, pour l'ensemble du groupe. Le groupe indique avoir, en quelques années, divisé par quatre le nombre de ses références.

[16] Compte 6022 « Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique ».

L'achat des dispositifs médicaux se caractérise en outre par le fait que de multiples offres y sont souvent associées, notamment pour les équipements les plus techniques : formation, réparation (sur place ou en télémaintenance), prêt d'équipements de dépannage, prêt d'instruments chirurgicaux (ancillaires), dépôt d'implants[17], hébergement des données de santé collectées par les DM, etc.

Le calcul en coût complet de l'acquisition de certains équipements fait ainsi apparaître des montants réels bien plus importants que le seul coût d'acquisition. Au CHU de Lille, le robot chirurgical Da Vinci, en monopole mondial, a vu ainsi son coût d'acquisition doubler en trois ans du fait des achats de consommables et des frais de maintenance[18]. Dans son rapport sur « les produits de santé à l'hôpital », la Fédération hospitalière de France (FHF) a souligné plus généralement en 2015 que les dispositifs consommables « captifs » des équipements (car nécessaires au fonctionnement de l'appareil) sont régulièrement modifiés, améliorés et qu'ils ont un prix élevé ; cette « captivité » et les évolutions fréquentes de l'équipement rendent impossible l'utilisation de dispositifs d'un autre fournisseur.

II - L'évolution tardive et inaboutie de la fonction achat

Alors que, traditionnellement, les EPS géraient seuls leurs achats, sans toujours disposer d'une organisation adaptée, un mouvement de mutualisation s'est progressivement développé dans les années 2000, aboutissant à la création, peu coordonnée, de nombreux groupements d'achats. De manière assez tardive, les pouvoirs publics ont structuré une politique d'ensemble de l'achat hospitalier, à travers la mise en œuvre du programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) piloté par la direction générale de l'offre de soins depuis fin 2011.

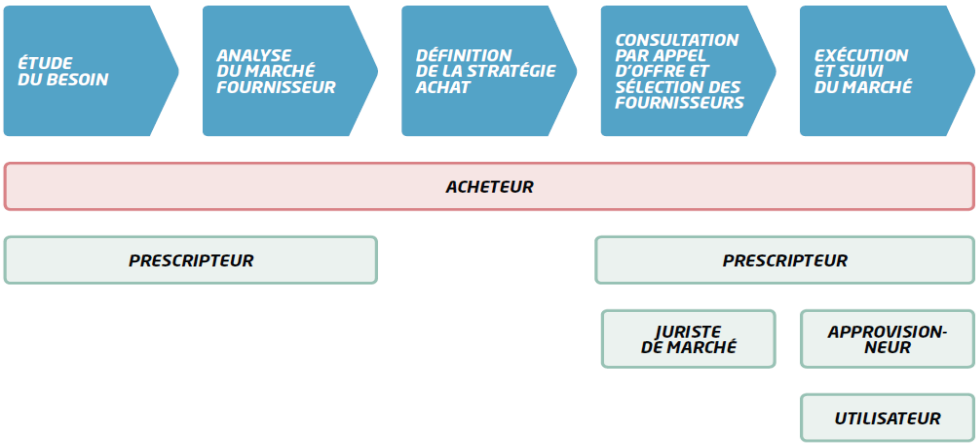
A - Une organisation de la fonction achat des établissements encore inachevée

Pour un EPS, l'achat peut se définir comme le fait d'acquérir un produit, un service ou une prestation, en se conformant à la réglementation en matière de marchés publics, processus qui fait intervenir de multiples acteurs.

[17] Les fabricants peuvent mettre à disposition des établissements certains implants en particulier en cardiologie, en neurologie ou en orthopédie. Ces produits constituent pour les fabricants des stocks délocalisés. Les chirurgiens peuvent faire le choix en fonction des besoins spécifiques des patients. Seuls les implants effectivement posés par les chirurgiens sont facturés.

[18] Le robot chirurgical acquis en 2007 par le CHU de Lille, dans le cadre d'une consultation groupée coordonnée par le CHRU de Tours, pour 1,7 M€ (financé à 80 % par le conseil régional et co-utilisé jusqu'en 2015 par le Centre Oscar Lambret) a coûté, entre 2013 et octobre 2016, 576 000 € en maintenance et 1 535 196 € en accessoires, consommables et instruments. Le CHU de Lille coordonnera la passation du prochain marché public groupé d'acquisition de robots chirurgicaux sous l'égide de Uniha. Cette procédure regroupera une vingtaine d'établissements.

Schéma n° 1 : le processus achat et ses acteurs



Source : guide sur les achats hospitaliers de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

Les acteurs de l'achat

Le prescripteur est l'expert technique de l'achat, positionné en général dans les services métier, qui est responsable de l'expression du besoin, de l'analyse des offres techniques au regard du besoin exprimé, de la veille fournisseur en coordination avec l'acheteur. Il peut parfois être aussi utilisateur (ex. médecins, pharmaciens, biologistes, ingénieurs, etc.).

L'acheteur est la personne chargée d'obtenir des fournisseurs les meilleures solutions en termes de coûts, qualité, délais pour satisfaire les besoins exprimés par les prescripteurs et ceci, dans le respect de la réglementation. Il est responsable de l'analyse du besoin et du marché fournisseur, de la formalisation des stratégies d'achat pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix, de l'analyse financière des offres, de la conduite des négociations dans le cadre des procédures prévues par la réglementation des marchés publics, du suivi et de l'évaluation de la performance des fournisseurs.

Le juriste est chargé des aspects juridiques de l'achat c'est-à-dire de la veille juridique et réglementaire, de la rédaction des pièces administratives de la consultation, du contrôle et du suivi du déroulement de la procédure de la publicité à la notification, de la gestion des contentieux.

L'approvisionneur intervient pendant l'exécution du marché et a pour responsabilités l'élaboration et la transmission des bons de commande aux fournisseurs, le suivi et le contrôle du respect des délais de livraison, le contrôle de la conformité aux engagements du marché ainsi que la gestion et le suivi des fournisseurs.

L'utilisateur est celui qui bénéficie du produit et qui valide son adéquation au besoin. Il peut être également prescripteur ou approvisionneur.

1 - Un dimensionnement de la fonction achat difficile à appréhender

Il n'existe aucune information précise et documentée du nombre d'agents intervenant dans le processus d'achat au niveau national. Selon une estimation de la DGOS, le métier « achat » en compterait entre 4 500 à 5 000 et le métier « approvisionnement » de 14 500 à 16 000. Dans les établissements de l'échantillon, le dimensionnement de la fonction achat

(nombre d'agents) et le coût des personnels dédiés ne sont pas toujours connus, d'autant plus lorsque cette fonction est éclatée ou insuffisamment formalisée dans l'organisation.

Un dimensionnement de la fonction achat lié à la taille de l'établissement

Ainsi, à un bout du spectre de l'échantillon, l'EPSM du Morbihan (Saint-Avé), compte 5,3 ETP en charge de l'achat pour un coût brut chargé de 337 000 € en 2015. Au CH d'Arras, établissement de taille intermédiaire, le coût du personnel de la fonction achat, réparti entre les 13 services, s'élève à près de 0,65 M€ : il correspond à 16,5 agents en équivalent temps plein (mais il ne comprend pas les acheteurs référents de la pharmacie et du laboratoire de biologie, dont les temps n'ont pu être identifiés). Aux HCL, l'effectif de la direction achats est très étoffé : 64,93 agents, soit une masse salariale (brut chargé) de 3,9 M€.

Il est plus difficile, pour un établissement de petite taille, de spécialiser des agents sur ces fonctions et de leur donner suffisamment d'occasions d'exercer leurs compétences pour pouvoir les éprouver. Selon une cartographie des métiers achats réalisée à partir des réponses de 21 établissements de l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais en 2014, les agents chargés de l'achat travaillaient en moyenne sur 2 à 3 familles d'achats mais ne consacraient qu'une petite partie de leur temps à cette activité et géraient un budget annuel moyen compris entre 100 K€ et 10 M€. Par comparaison, chaque acheteur des HCL se voit confier un portefeuille d'achats compris entre 7 et 20 M€, en application des standards du secteur privé où il est considéré qu'une organisation des achats efficiente doit conduire chaque acheteur à gérer un portefeuille minimum de 10 M€.

2 - Une politique achat rarement structurée

Peu d'établissements de l'échantillon contrôlé ont formalisé et diffusé, en interne, une politique en matière d'achat. Parfois, une annexe dédiée à l'achat dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS, fait office de stratégie ou fixe des engagements en matière d'achat. Au mieux, les établissements ont établi quelques objectifs assez généraux, rarement déclinés au plan opérationnel et pas toujours dotés d'indicateurs. Ainsi, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) n'a pas élaboré une politique d'achat globale portée et communiquée au niveau de l'ensemble de l'établissement : seule la politique d'achat des produits de santé est communiquée aux prescripteurs *via* un comité interne.

Par exception, certains établissements - souvent les plus importants - ont élaboré une véritable stratégie.

La formalisation d'une politique d'achat dans quelques établissements

Les Hospices civils de Lyon (HCL) ont formalisé et déployé au printemps 2011 (quelques mois avant le lancement du programme PHARE), une politique d'achat, qui fait partie intégrante des projets d'établissement successifs. Elle se traduit par une feuille de route annuelle qui affiche les gains sur achats attendus ainsi que les enjeux majeurs et les axes opérationnels en termes de procédures, de développement de services, de pilotage fournisseurs, d'innovation.

L'AP-HP s'était dotée d'une politique d'achat dans le cadre de son projet stratégique 2010-2014. Lors de l'élaboration du projet stratégique 2015- 2019, l'établissement a mis en place des objectifs, même s'ils demeurent encore trop généraux, complétés d'indicateurs ainsi qu'un dispositif de suivi.

Au CHU de Limoges, l'achat est clairement identifié dans le projet d'établissement. Une note interne d'octobre 2015 du directeur général, diffusée auprès des chefs de pôle, cadres de santé et administratifs de pôles, détaille les objectifs opérationnels de l'établissement (performance économique, respect des principes fondamentaux et éthiques, évaluation des risques, préoccupations environnementales).

Le centre hospitalier de Saint-Quentin a formalisé dès 2011, dans son projet d'établissement, les objectifs de développement et de professionnalisation de la fonction achat : d'une part, le renforcement de la sécurité juridique des achats par la centralisation des procédures de passation au sein d'un service marchés publics renforcé ; d'autre part, l'instauration d'une démarche de pilotage des acquisitions par la performance, incluant la mise en œuvre de bonnes pratiques d'achat telles que l'approche en coût complet, la définition du juste besoin, la standardisation des besoins, la massification des commandes.

Tandis qu'un deuxième plan national d'action pour les achats publics durables, à destination des services publics dont les hôpitaux, a fixé une série d'engagements stratégiques pour la période 2015-2020[19], les préoccupations sociales et environnementales sont progressivement prises en compte par les établissements.

Une prise en compte progressive des préoccupations sociales et environnementales

Dans les établissements de l'échantillon, la prise en compte des préoccupations sociales et environnementales se traduit concrètement par l'édiction de chartes de bonnes pratiques en matière d'achat durable, par l'insertion de critères de sélection des offres intégrant exigences sociales et/ou environnementales et par une politique d'allotissement visant à favoriser l'accès des petites et moyennes entreprises à la commande publique et prévoyant des lots réservés à des entreprises adaptées ou à des établissements d'aide par le travail. Le CH de Fontenay-le-Comte insère ainsi des clauses relatives aux normes environnementales dans les critères de choix des offres, les conditions d'exécution du marché (par exemple par rapport aux conditions de livraison, à la qualité environnementale des emballages, la sensibilisation ou la formation du personnel à l'environnement), ainsi qu'au niveau des spécifications techniques (éco label NF Environnement ou équivalent ou caractéristiques environnementales appropriées).

Toutefois, il est difficile de mesurer précisément l'étendue de ces pratiques car, souvent, les marchés dont les critères de sélection intègrent des considérations sociales et/ou environnementales ne sont pas spécifiquement recensés et l'incidence de ces clauses n'est pas mesurée.

[19] Parmi les objectifs fixés par ce plan, 100 % des produits et services achetés doivent être des produits à haute performance énergétique (sauf si leur coût global est supérieur à celui des produits et services classiques), 80 % des organisations réalisant des achats de papier, d'appareils d'impression, de fournitures, de mobilier, de vêtements, de matériel de bureautique doivent prendre en compte la fin de vie de ces produits, 25 % des marchés passés au cours de l'année devront comprendre au moins une disposition sociale et 30 % au moins une disposition environnementale.

3 - Des changements d'organisation engagés mais encore inaboutis

a) Une tendance à une plus grande centralisation

Traditionnellement, l'organisation des achats dans les hôpitaux était éclatée au sein de différents pôles spécialisés sur un domaine donné (informatique, produits de santé, équipement biomédical, alimentation, travaux, personnel). Souvent insuffisamment reconnue et/ou mal située dans l'organigramme, la fonction achat restait sans rattachement clair au niveau des directions fonctionnelles et opérationnelles.

De façon récente, en grande partie sous l'impulsion du programme PHARE, les établissements ont, généralement, commencé à faire évoluer leur organisation en structurant une direction achat dotée d'acheteurs professionnels spécialisés, en dissociant les fonctions achat et approvisionnement et en séparant le prescripteur de l'acheteur tout en permettant une collaboration étroite entre acheteurs et experts techniques.

Ces évolutions d'organisation tendent souvent - mais non systématiquement - à une centralisation de l'achat.

Des organisations variées en matière d'achat

A l'AP-HP, une organisation centralisée ancienne reposant sur deux pôles d'intérêt commun ; D'une part, la Pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, créée en 1795, s'est vu confier les missions d'achat deux siècles plus tard en 1995, puis elle s'est transformée en Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps) en 2001 : elle passe un tiers des marchés de l'AP-HP pour les trois quarts des montants. D'autre part, le pôle d'intérêt commun « Pic Achat » qui a compétence pour tout type d'achat à l'exclusion des achats de médicaments et produits de santé, passe 10 % des marchés pour 13 % des montants. Les autres représentants de l'entité adjudicatrice se répartissent les 11 % d'achats restants.

L'AP-HM, une dichotomie organisationnelle : la récente réorganisation de la fonction achat à l'AP-HM, initiée en janvier 2015 et modifiée dès septembre 2016, n'a finalement pas abouti à une direction achat complètement unifiée comme cela était initialement prévu : d'une part, les achats hôteliers et généraux, les approvisionnements (exception faite des approvisionnements informatiques, biomédicaux et techniques) et services logistiques ont été regroupés dans une même direction rattachée directement à la direction générale, et d'autre part, le service central des opérations pharmaceutiques, créé en 2010, qui relève du pôle pharmacie, continue à gérer les achats de médicaments et les dispositifs médicaux. Cette organisation a pour corollaire une absence de pilotage et de vision d'ensemble de la fonction d'achat. L'établissement justifie notamment cette dichotomie organisationnelle (pharmacie et autres achats) par la spécificité des achats pharmaceutiques et leur poids budgétaire.

Les HCL, une direction achat intégrée : en comparaison de l'AP-HM et de l'AP-HP, les HCL ont organisé leurs achats de manière davantage centralisée. L'établissement a ainsi créé une direction achat très intégrée en 2011 qui est devenue l'unique entité acheteuse, à l'exception de quelques délégations pour les achats de faible montant dits décentralisés. La direction des achats est composée d'un département « marchés et support », de quatre départements Achats et d'un département « performance » (qui inclut le contrôle de gestion).

Le centre hospitalier intercommunal de Clermont de l'Oise, un service achat désormais centralisé : depuis 2013, la fonction achat est centralisée au sein d'un service « achats-assurances-commandes » de la direction des affaires logistiques. Ce service est organisé en deux sections, le pôle achats (cinq agents) organisé entre les achats simples et les achats complexes, et le pôle commandes (quatorze agents) organisé en quatre domaines : hôtellerie, alimentaire, structures et maintenance.

Le centre hospitalier intercommunal de Meulan-les Mureaux, des décideurs opérationnels des achats au sein des services : l'établissement a décidé, fin 2015, d'instaurer une structure managériale des achats impliquant des décideurs opérationnels achats, répartis au sein des services. En lien avec les prescripteurs et la cellule marchés de la direction des achats, ces agents sont chargés, pour chaque segment d'achats, de la coordination de la gestion du processus d'achats et *in fine* de la décision de l'achat. Ils participent à un comité opérationnel achats dont le rôle est de centraliser et d'harmoniser la communication sur ces derniers.

b) Des lacunes persistantes

Lors de leurs contrôles, les chambres régionales des comptes ont relevé des lacunes organisationnelles encore assez importantes.

Les rôles et fonctions des différents acteurs intervenant dans la chaîne achat (prescripteur, acheteur, juriste, approvisionneur) ne sont pas toujours clairement définis. La confusion entre le rôle de prescripteur et d'acheteur a été, par exemple, constatée au CH d'Arras, la chambre régionale des comptes des Hauts-de-France soulignant que la définition du juste besoin n'est pas garantie lorsque les fonctions de prescripteur et d'acheteur sont assumées par la même personne. Dans plusieurs établissements, la dénomination de « cellule marchés » ou « service achat » recouvre seulement un service chargé d'un soutien administratif en matière de procédures de marchés publics. L'achat, alors réduit à une simple fonction administrative, n'est pas inscrit dans une dimension stratégique.

Le schéma d'organisation le plus répandu est celui d'un partage de l'achat entre la pharmacie et les services économiques, souvent sans relation entre ces deux entités. Plusieurs exemples montrent encore une dispersion persistante de la fonction achat entre de nombreux acteurs internes.

Une fonction achat qui demeure parfois éclatée

L'achat peut toujours être géré par plusieurs services sans réelle coordination. Au CHR d'Orléans, la fonction achat est éclatée entre six directions qui ont chacune un périmètre d'achat défini (direction des services économiques, pharmacie, direction des travaux et de la maintenance, direction des ressources humaines, direction des usagers, de la qualité et de la communication et direction des systèmes d'information). L'établissement indique toutefois que la création d'une direction des achats unique et mutualisée pour l'ensemble des établissements membres du GHT Loiret est désormais prévue.

Au CH de Mont-de-Marsan, les achats étaient jusqu'à présent dispersés entre diverses directions (pharmacie, services économiques, direction informatique, service techniques) mais devraient évoluer vers une organisation plus centralisée. Au CHU d'Amiens, la fonction achat est éparpillée entre une quarantaine d'acheteurs non précisément connus, qui sont répartis dans divers services et ne sont rattachés ni hiérarchiquement, ni fonctionnellement à la direction des achats approvisionnements et logistique. De fait, une partie non négligeable de l'achat échappe à la direction des achats.

Interrogées sur la qualité de l'organisation de la fonction achat au sein des établissements de leur région, les ARS l'ont qualifiée de « moyenne » pour 10 d'entre elles, de « bonne » pour cinq et de « passable » pour deux. En région Grand Est, l'organisation est qualifiée ainsi de passable pour les raisons suivantes : fonctionnement en silos, absence de gouvernance achat transversale, politique institutionnelle difficilement appliquée à tous les achats, plan d'action achats porté essentiellement par le directeur des services économiques, sans légitimité sur les

achats pharmaceutiques, mobilisation du corps médical insuffisante dans la quête de la performance achat, achats souvent réduits à des approches centrées sur les procédures juridiques ou sur la mutualisation.

4 - Une professionnalisation progressive des intervenants dans l'achat

De nombreux acheteurs hospitaliers sont venus à la fonction achat *via* les passerelles professionnelles existantes. Selon la DGOS, les formations spécialisées à l'achat de type Mastères des grandes écoles de commerce représentent moins de 10 % des effectifs et sont essentiellement concentrées sur les gros établissements. La formation à l'achat des directeurs d'hôpital à l'École des hautes études en santé publique est encore limitée et ce type de fonction n'est pas perçu comme un débouché valorisant dans une carrière de dirigeant d'établissement.

Le besoin de formation complémentaire en matière d'achat a été souligné dans les contrôles, non seulement pour les cadres mais également et surtout pour les agents des services métiers participant à la fonction achat. En effet, les plus petits établissements restent encore souvent organisés selon un mode de type économat (ex. CH de Haut-Anjou).

La professionnalisation des acteurs de l'achat hospitalier s'est cependant régulièrement accrue, dans le cadre du programme PHARE, grâce à des réseaux d'échanges, impulsés notamment par la DGOS et les ARS, et aux plans de formation déployés par de nombreux établissements, même si ceux-ci sont encore très axés sur les règles de la commande publique et encore trop peu sur les autres dimensions du métier d'acheteur.

Un appui ponctuel de consultants extérieurs

Les établissements ont parfois recours, ponctuellement, à un cabinet de consultants externes pour auditer leur processus achat, améliorer les organisations internes et les procédures de marchés publics ou pour élaborer leur plan d'action achats dans le cadre du programme PHARE, ou encore lorsqu'il s'agit de passer des marchés d'une certaine complexité ou technicité (assurance, téléphonie, fourniture de gaz médicaux et maintenance des réseaux de distribution). Même si elles apportent un appui substantiel à l'établissement, ces prestations peuvent avoir un coût non négligeable : à l'AP-HM, un audit de la fonction achat a été réalisé en 2014 par un consultant pour un coût de près de 178 000 €[20] tandis que le recours à un cabinet privé par le CHI de Meulan-les-Mureaux pour l'appuyer dans la passation d'un marché de fournitures de gaz médicaux et de maintenance des réseaux de distribution a représenté un montant de 29 383 €, soit 15 % du montant total du marché.

Dans l'échantillon des établissements contrôlés par les chambres régionales des comptes, les consultants ont été rémunérés forfaitairement. Il n'a pas été relevé d'exemple de rémunérations indexées sur les dépenses d'achat ou les gains d'achat.

Certains CHU ont renforcé leurs compétences par le biais de recrutements externes d'acheteurs professionnels et/ou par l'élévation du niveau de qualification. Ainsi, le directeur des achats des HCL est un ancien acheteur professionnel en entreprise et près de 60 % des effectifs de la direction des achats a un niveau de diplôme compris entre bac +2 et bac +5. À l'inverse, à l'AP-HM, les postes de la direction en charge des achats hôteliers et généraux ont tous été pourvus en interne, avec un niveau de qualification « adjoint des cadres » ou équivalent

[20] Financés par l'ARS *via* le Fonds d'intervention régional.

(catégorie B). L'établissement aurait toutefois arrêté un plan de formation pour les années 2015 à 2017 et acté le recrutement d'un professionnel des achats.

Le renforcement de l'attractivité de la filière achat demeure un enjeu important pour soutenir la montée en charge de la fonction en établissement. Dans certains hôpitaux, à l'instar de l'AP-HP (en particulier pour sa centrale « Pic achat »), le turn-over important peut entraîner une déperdition d'expertise[21].

5 - Des outils encore incomplets

Nombreux sont les établissements qui ne disposent pas de guide interne pour l'achat ou dont les procédures font office de guide. À l'inverse, d'autres établissements sont dotés d'un guide régulièrement mis à jour, qui n'est pas une simple reprise de la réglementation sur les marchés publics mais qui permet aussi de préciser comment et par qui ces règles doivent être mises en œuvre en interne, permettant ainsi d'homogénéiser les procédures et les pratiques.

Les chambres régionales des comptes ont relevé l'absence de véritable système d'information traitant de l'ensemble du processus achat, ce qui reflète le retard de développement des systèmes d'information dans certains champs administratifs relevé par la Cour en 2016[22].

L'absence de système d'information consacré à l'achat

Les établissements ne disposent que très rarement d'un système d'information dédié à l'achat. Même les CHU qui ont fait évoluer leur organisation interne, comme celui de Limoges, n'ont pas encore adapté leurs outils informatiques. Des démarches en ce sens sont néanmoins en cours. Aux HCL, un système d'information achats a été acquis et est en cours de déploiement.

La gestion informatique repose essentiellement sur le logiciel de gestion économique et financière, parfois complété d'un extracteur permettant d'obtenir des statistiques à la demande. Mais sa fonction première étant le suivi budgétaire et comptable, des insuffisances sont relevées dans la gestion et le suivi des marchés. On note la présence, par endroits, de logiciel de gestion des stocks.

Certains établissements disposent d'un logiciel d'aide à la passation des marchés ou puisent des informations dans celui du groupement d'achats, mais les interfaces avec le logiciel de gestion économique n'existent pas ou sont peu performantes, obligeant à des ressaisies. Ces dernières, sources d'erreurs, sont aussi chronophages.

À défaut de saisie correcte des données de marché dans le logiciel de gestion économique, les établissements peuvent se trouver à passer des commandes sans support de marché, sans que les fonctions de blocages, paramétrables dans la plupart des logiciels de gestion économique et financière, puissent opérer. Les défaillances du système d'information conduisent ainsi à des irrégularités en matière de commande publique (cf. chapitre II). Dans de nombreux hôpitaux de l'échantillon, le suivi de la computation des seuils n'est, par exemple, pas correctement effectué. Il n'y a ainsi aucun blocage automatique à l'AP-HM dès qu'un seuil est dépassé.

[21] 60 % des salariés ont moins de trois ans d'ancienneté.

[22] Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2016, chapitre VIII, « *La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer* », p. 329-361, La Documentation française, septembre 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

La faiblesse voire l'inefficience des systèmes d'information achat et le fait qu'ils soient renseignés de manière partielle ne permettent en outre pas d'appréhender précisément la performance achat au sens large y compris dans les structures les plus importantes à l'instar de l'AP-HP où le contrôle a relevé que « la saisie des informations dans le logiciel n'est pas suffisamment encadrée, ni contrôlée, conduisant parfois à des saisies erronées, sur lesquelles reposent ensuite des analyses globales dont la pertinence est incertaine ».

Enfin, hormis de rares pionniers, les établissements n'ont pas encore déployé de dématérialisation de leur processus d'achat. S'ils utilisent souvent une plateforme de dématérialisation des avis d'appel public à la concurrence, très peu d'entre eux proposent la transmission des commandes par internet. La facturation électronique, qui deviendra progressivement obligatoire d'ici le 1er janvier 2020, n'est, aujourd'hui, mise en œuvre, parmi les établissements de l'échantillon, qu'à l'AP-HP et aux HCL.

Sur un autre plan, tandis que la veille juridique est inégale, la veille concurrentielle[23] apparaît encore peu développée et organisée, même si, en pratique, les acheteurs, chacun dans son domaine, tentent de rester informés des évolutions du secteur. Le « sourcing » (ou recherche d'information), désormais réglementairement reconnu[24], constitue une bonne pratique d'achat qui devrait être davantage développée, tout en veillant à ce qu'elle soit encadrée, à l'instar du système de traçabilité mis en place par l'AP-HP qui prévoit l'enregistrement des contacts pris par l'acheteur avec les entreprises.

B - Le développement empirique de la mutualisation

1 - Une diversité des formes d'intermédiation à la disposition des hôpitaux

Jusqu'à la réforme créant les GHT, chaque établissement public de santé gérait ses achats, soit directement (achat en propre), soit en recourant à un groupement d'achats (achat mutualisé). L'achat mutualisé hospitalier comprend trois modalités d'organisation différentes : la centrale d'achat publique, le groupement de commandes et la centrale de référencement privée. Les EPS ont essentiellement recours aux deux premières formules.

[23] La veille concurrentielle permet d'identifier l'offre des fournisseurs et l'état de la concurrence, afin de préparer l'étude de marché, préalable au lancement de la procédure de marché public.

[24] Article 4 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics qui offre, tout en l'encadrant, la possibilité pour l'acheteur d'« effectuer des consultations ou réaliser des études de marché, solliciter des avis ou informer les opérateurs économiques de son projet et de ses exigences ».

Les trois formes d'intermédiation

La centrale d'achat publique

En vertu de l'article 26 de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015, les EPS peuvent recourir directement à une centrale d'achat publique, c'est-à-dire sans publicité ni mise en concurrence. La centrale peut remplir deux rôles principaux :

- un rôle de « grossiste » : l'établissement est déchargé de toute la procédure de passation et d'exécution, la centrale d'achat étant pouvoir adjudicateur. La quantité achetée au fournisseur n'est pas connue à l'avance. Cette « inconnue » est sans doute peu favorable à l'obtention des meilleurs prix mais elle offre une réelle souplesse aux établissements, notamment en cas de besoin urgent ou de défaut d'organisation interne : l'achat-revente peut permettre d'avoir accès dans des délais courts à une prestation dans le respect des procédures de marché.
- un rôle d' « intermédiaire » : les accords-cadres sont alors la modalité la plus utilisée, permettant de définir des prix-plafonds qui peuvent ensuite être renégociés par les établissements lors de la mise en œuvre des marchés subséquents. Les accords-cadres offrent de nombreuses possibilités d'allotissement, ce qui permet de ne pas exclure certains fournisseurs, notamment les TPE / PME.

Le groupement de commandes

Il permet, à des établissements réunis sur la base d'une convention ad hoc de réaliser des achats mutualisés. Le groupement peut donc être limité à une procédure et le nombre d'adhérents est variable en fonction du segment d'achats et de la nature de leurs besoins. Le groupement de commandes est organisé par un établissement dit support qui gère la procédure pour le compte de l'ensemble des membres. Un groupement de commandes n'a pas la personnalité morale mais il est possible de créer un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou un groupement d'intérêt public (GIP) qui gère et coordonne les groupements de commandes pour le compte de ses membres. Chaque établissement doit préalablement définir ses besoins car il s'engage à acheter au fournisseur retenu les prestations et quantités commandées par le groupement.

La centrale de référencement privée

La centrale de référencement n'est pas un pouvoir adjudicateur au sens du code des marchés publics. Pour un EPS, le recours à une centrale de référencement privée nécessite une procédure de marché public (mise en concurrence)[25].

Trois centrales de référencement interviennent dans le champ sanitaire :la Centrale d'achats de l'hospitalisation privée et publique (CAHPP), la centrale de référencement et de conseil de la santé (CACIC) et Helpevia, mais seules les deux premières proposent une offre aux établissements publics de santé. Le recours à ces centrales est à ce jour relativement réduit pour ces derniers. À titre d'illustration, la CAHPP compte plus de 3 000 adhérents parmi lesquels une centaine d'établissements publics de santé ou du secteur médico-social, souvent de petite taille, en particulier en outre-mer. Pour les EPS, l'offre actuelle de la CAHPP est la suivante : « sourcing » auprès des fournisseurs, utilisation du catalogue d'achats (si la famille homogène concernée présente un montant inférieur à 25 000 €), accompagnement dans l'organisation des procédures de marché par le biais d'un contrat de mandat (*via* une procédure de marché).

Dans les différentes formes d'achat mutualisé évoquées, l'organisme joue un rôle d'intermédiation entre le client (l'établissement de santé) et le fournisseur, sans flux physiques (stockage) en règle générale.

[25] Une circulaire de la DHOS a précisé les conditions de recours à ce type de service par les établissements publics (circulaire DHOS/F4 n° 2004-583 du 7 décembre 2004 relative aux recours aux centrales d'achats et aux sociétés de référencement par les établissements publics de santé).

Des zones de risques juridiques

Un établissement peut en fonction de ses besoins, appartenir à un ou plusieurs groupements de commandes, à une ou plusieurs centrales d'achat tout en continuant à engager ses propres procédures. Un risque de contentieux existe notamment si un même pouvoir adjudicateur conclut avec des entreprises différentes deux marchés publics distincts ayant le même objet alors même qu'aucune stipulation contractuelle ne le prévoit. Par ailleurs, interrogée par l'UGAP sur les modalités de recours aux accords-cadres conclus par les centrales d'achat agissant en qualité d'intermédiaire, la direction des affaires juridiques des ministères financiers a indiqué dans un avis du 16 décembre 2016 que, contrairement aux centrales d'achat pratiquant l'achat pour revente, les centrales d'achat intervenant en qualité d'intermédiaire ne peuvent faire bénéficier de leurs accords-cadres les acheteurs finaux non identifiés précisément. Elle précise également que la formalisation par écrit de l'engagement des acheteurs souhaitant bénéficier des accords-cadres passés par une centrale d'achat intervenant en tant qu'intermédiaire s'avère nécessaire avant le lancement de chacune des procédures de passation et ce, quand bien même ces derniers seraient adhérents de cette structure. Ces précisions devraient amener les groupements d'achats hospitaliers à réexaminer la conformité de leurs pratiques au cadre ainsi précisé.

2 - Trois opérateurs nationaux

Il existe trois opérateurs dits « nationaux » de l'achat mutualisé pour les établissements de santé. L'Union des groupements d'achats publics (UGAP), opérateur généraliste historique[26], est concurrencée par deux groupements d'achats hospitaliers de création plus récente : le groupement de coopération sanitaire (GCS) UniHA (Union des hôpitaux pour les achats) et le groupement d'intérêt public (GIP) RESAH (Réseau des acheteurs hospitaliers), qui était initialement seulement compétent en région Île-de-France. L'offre de l'UGAP avait alors pu être jugée insuffisante par les établissements de santé qui, par ailleurs, préfèrent maîtriser leur processus.

Ces trois groupements présentent un portefeuille d'achats diversifié mais, alors que l'UGAP n'intervient pas dans les achats de médicaments, ces derniers et les dispositifs médicaux représentent l'essentiel des achats en valeur pour UniHA et RESAH. Tandis que l'UGAP fonctionne majoritairement en tant que centrale d'achat « grossiste », UniHA et RESAH utilisent essentiellement la forme des groupements de commandes. Il existe donc, pour les hôpitaux, une certaine complémentarité entre les deux types d'offres. Toutefois, en 2011/2012, UniHA et RESAH ont créé, chacun, une centrale d'achat, rompant ainsi le monopole de fait de l'UGAP. Le RESAH a par ailleurs élargi son périmètre d'intervention à l'échelle nationale.

[26] Créée en 1968, l'UGAP est un établissement public industriel et commercial national, ayant un statut de centrale d'achat lui permettant de servir tous les pouvoirs adjudicateurs publics (État, collectivités territoriales, établissements publics). L'UGAP propose un large catalogue de produits et prestations (plus de 700 000 références au total, non spécifiques aux établissements de santé). Son volume de commandes pour le secteur hospitalier s'est élevé à 560 M€ TTC en 2015, avec une part prépondérante pour les dispositifs médicaux (69,5 %) et l'informatique (16,3 %).

UniHA et RESAH, deux groupements d'achats spécialisés du secteur hospitalier

UniHA, un groupement constitué par les CHU

Le GCS Union des hôpitaux pour les achats (UniHA) a été créé, en 2005, par les CHU avec le soutien de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous la forme d'un GCS de moyens. Il employait 70 personnes en 2015. Il compte 67 membres en 2016 : les 32 CHU/CHR et 35 centres hospitaliers de taille importante. Ses recettes reposent pour l'essentiel sur les cotisations des membres (qui s'échelonnent entre 29 460 € et 170 000 € en fonction du volume d'achats de l'établissement) et sur une subvention de la DGOS qui porte sur des projets ciblés. Le portefeuille d'achats du GCS s'est élevé à 2,6 Md€ en 2015, avec une activité importante en matière de médicaments.

L'organisation d'UniHA repose sur des filières d'achat, avec à la tête de chacune d'entre elles un trinôme composé d'un coordonnateur (directeur des achats ou pharmacien), d'un acheteur et d'un assistant temps plein. Le premier appartient à un établissement membre, sa quotité de temps faisant l'objet d'un remboursement par le GCS. Les seconds sont employés par le GCS. Le coordonnateur s'appuie sur un groupe d'experts directement issus des établissements.

Au-delà de la structuration de groupements de commandes, le GCS peut également conclure depuis 2012 des marchés en tant que centrale d'achat sous deux formes : il est alors soit pouvoir adjudicateur, soit membre de groupements de commandes, cette dernière formule visant à répondre aux besoins d'établissements initialement non engagés.

Le RESAH, un groupement initialement francilien

Le GIP Réseau des acheteurs hospitaliers (RESAH), dénommé initialement RESAH-IDF, a été créé le 28 janvier 2008, en fédérant des groupements de commandes départementaux de la région Île-de-France. Il employait 52 ETP en 2015. Il compte 150 adhérents dont 58 centres hospitaliers de la région Île-de-France (hors AP-HP)[27]. Son champ d'action s'étend désormais à l'ensemble du territoire par suite d'une modification statutaire. Tandis que le pilotage de groupements de commandes est seulement proposé aux adhérents d'Île-de-France, le périmètre du RESAH est national lorsqu'il fonctionne en tant que centrale d'achat (créée depuis 2011). Le volume des achats réalisé dans ce cadre juridique est passé de 200 M€ en 2008 à 637 M€ en 2015 (dont 346 M€ au titre de la pharmacie).

Outre ce rôle d'acheteur, le RESAH se positionne également comme un centre de ressources et d'expertise proposant des prestations de formation, de conseil et d'accompagnement des établissements dans le champ des achats[28]. Le RESAH anime également le réseau « Alliance groupements » qui a vocation à fédérer dans une approche collaborative l'ensemble des groupements d'achat territoriaux.

Les recettes du RESAH proviennent de la vente de prestations, de la cotisation forfaitaire obligatoire de ses membres, limitée à 300 € par an, et complétée d'une cotisation variable calculée sur la base de la participation aux différents achats groupés ainsi que de financements publics notamment dans le cadre du programme PHARE (jusqu'à l'exercice 2017).

La prestation de l'UGAP ne peut être directement comparée à celle d'UniHA et du RESAH, notamment pour les raisons suivantes :

- pour une raison juridique : dans le cadre d'un groupement de commandes, l'établissement de santé coordonnateur supporte les risques contentieux. Dans le cadre du recours à une

[27] Le RESAH compte aussi des établissements de santé privés d'intérêt collectif (relevant par exemple de l'UGECAM-Île-de-France), des établissements médico-sociaux (EHPAD, maisons de retraite), des structures de coopération et le service de santé des armées (SSA).

[28] Par exemple, le RESAH intervient comme consultant au profit des établissements (21 établissements en 2015), de manière individualisée mais également dans un cadre régional (programme Perf'achats piloté par le RESAH avec le soutien de l'ARS Île-de-France).

centrale d'achat « intermédiaire », les acheteurs signent et exécutent les marchés. À l'inverse, lorsqu'ils s'adressent à une centrale d'achat « grossiste », ils ne font que passer des bons de commandes auprès de la centrale d'achat ;

- pour une raison organisationnelle : un groupement de commandes s'appuie, tout au long de la procédure de marché, sur les moyens des établissements de santé adhérents, notamment ses personnels. De fait, les moyens propres des centrales d'achat agissant en qualité d'« intermédiaires » sont nécessairement plus réduits que ceux des centrales d'achat dites « grossistes » qui mettent en œuvre les procédures et exécutent les marchés. UniHA et le RESAH peuvent compter sur les moyens des établissements membres pour contribuer à bâtir les procédures d'achats, ce qui explique une administration plus légère que celle de l'UGAP ;
- pour une raison économique : tandis que l'UGAP est financée par des taux d'intermédiation[29], UniHA et RESAH s'appuient sur les cotisations de leurs membres et sur des financements publics (ainsi que, pour le RESAH, sur la rémunération de prestations de conseil).

3 - Le foisonnement mal maîtrisé des groupements d'achats locaux

a) De multiples groupements, souvent redondants

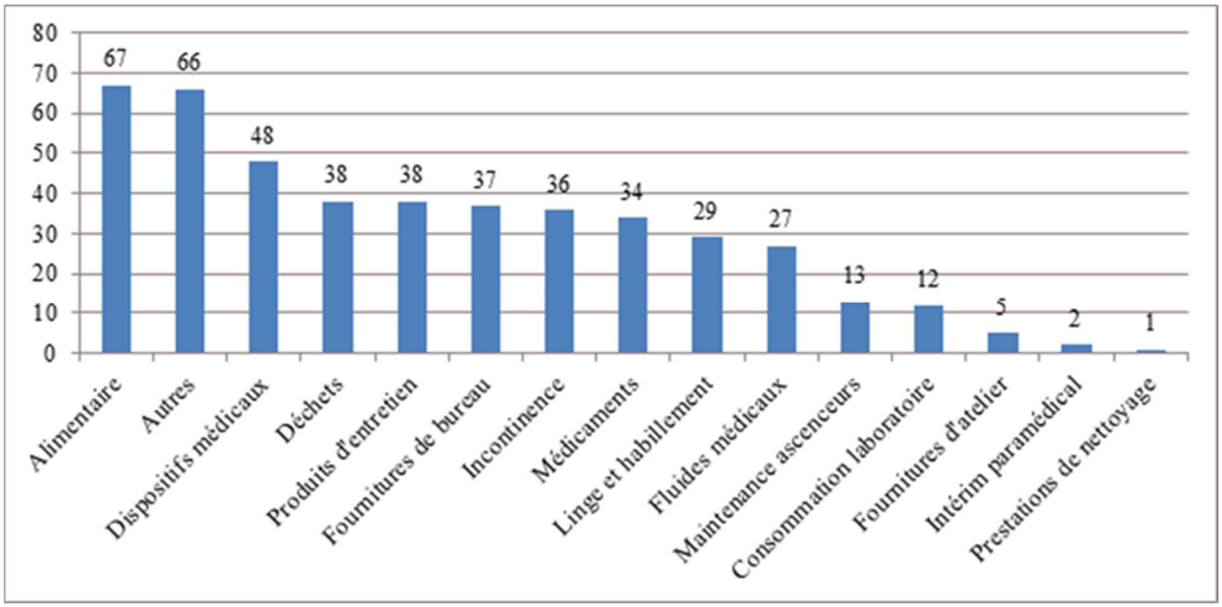
En 2015, selon un état des lieux effectué pour la DGOS[30], il existait environ 166 groupements territoriaux d'achats dont la quasi-totalité est structurée sous forme de groupements de commandes. Cette donnée apparaît cependant imprécise et incertain : d'une part, la situation est assez mouvante sous l'effet de la création ou de la disparition de groupements, d'autre part, l'exhaustivité de ce dénombrement est relative, de l'avis même de ses auteurs.

L'importance de ces groupements apparaît extrêmement variée : portés par des CHU, de gros CH mais aussi par des CH de petite ou moyenne taille, ils ont un nombre d'adhérents variable et n'ont parfois pas la taille critique, malgré l'association fréquente d'établissements médico-sociaux (principalement des EHPAD), voire de collectivités territoriales. Les CHU peuvent ponctuellement recourir à un groupement d'achats territorial, en plus de leur adhésion à UniHA.

[29] Le montant total de marge prélevé par application de ces divers taux est en moyenne de 4,9 % du total des commandes enregistrées en 2015. Il est en baisse continue dans le cadre de la stratégie de développement de l'UGAP décidée au début des années 2000.

[30] État des lieux réalisé par le RESAH dans le cadre du réseau Alliance Groupements.

Graphique n° 3 : nombre de groupements de commandes par segments d'achats en 2015



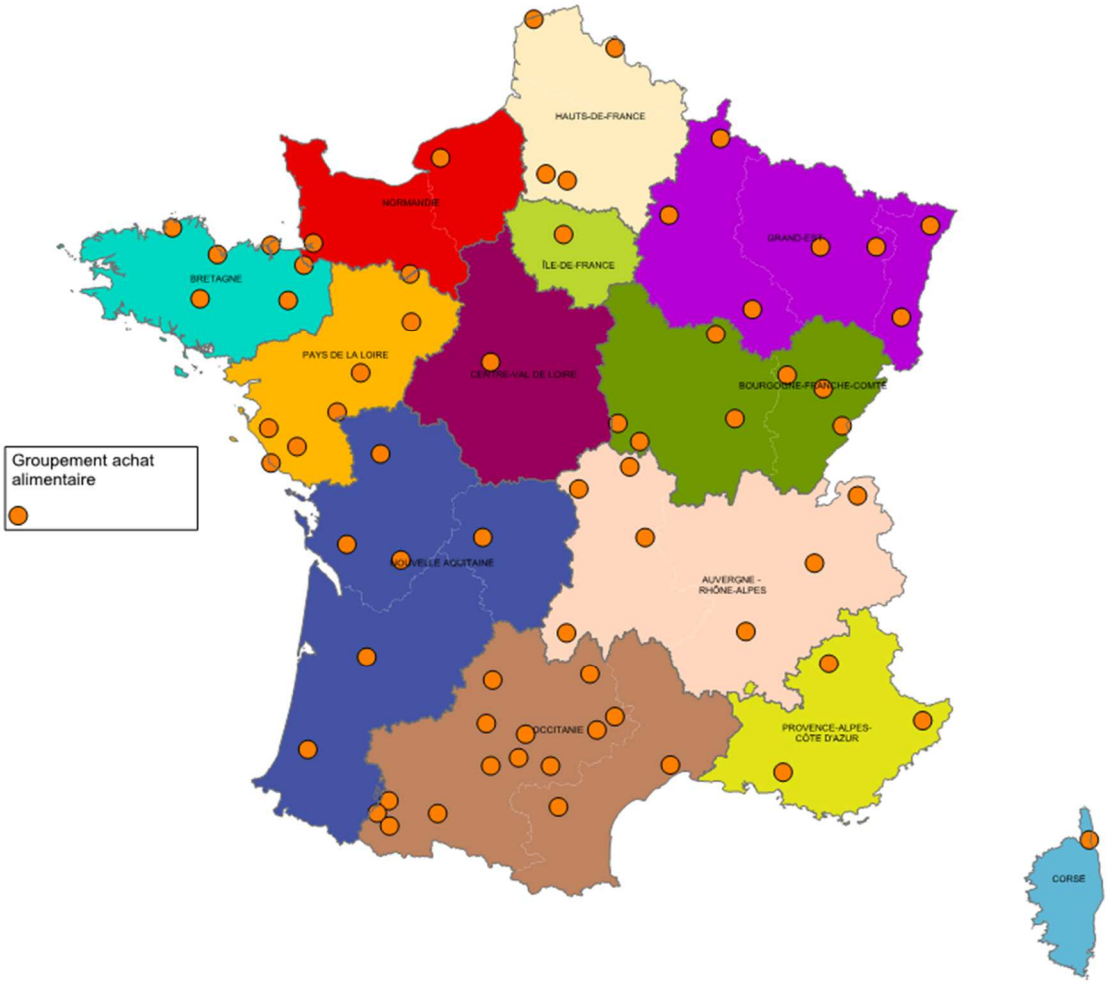
Source : Cour des comptes à partir de la base de données d'Alliance groupements

Un groupement peut couvrir un ou plusieurs segments d'achat. Comme l'illustre le graphique ci-dessus, parmi les segments où les groupements sont les plus présents, se trouvent en particulier les produits de santé mais également d'autres secteurs plus récemment couverts comme les déchets à risque infectieux, les produits relatifs à l'incontinence, les denrées pour l'alimentation. En revanche, d'autres segments comme les consommables de laboratoires ou les fournitures d'atelier sont encore peu pris en compte.

Les situations régionales sont également très diverses, allant de nombreux petits groupements d'achats monothématiques à de rares cas de groupements régionaux pluri-thématiques. Ainsi, la nouvelle région Occitanie présente un paysage particulièrement contrasté : en ex-Midi-Pyrénées, l'ARS dénombrait 40 groupements à la mi-2016 dont un seul cependant sur le secteur du médicament[31]. À l'inverse, l'ex-région Languedoc-Roussillon se caractérise par une concentration autour de deux groupements : le GAPM[32], porté par le CH de Carcassonne, qui comprend 5 EPS adhérents et le GCS RESAH LR qui compte 20 EPS adhérents (et dont le périmètre d'activité recoupe en partie celui du GAPM). Au sein d'une même région en effet, des redondances sont constatées, comme l'illustre ci-dessous la carte des groupements d'achats alimentaires.

[31] Il s'agit du groupement Garonne porté par le CH de Cahors qui réunit tous les EPS de la région sauf le CHU et qui gérait en 2013 plus de 100 M€ d'achats de médicaments.
[32] Groupement Audois Prestations Mutualisées.

Carte n° 1 : répartition territoriale des groupements d'achats alimentaires en 2015



Source : Cour des comptes à partir de la base de données d'Alliance groupements

Ainsi, en région Bretagne, 16 groupements de commandes spécialisés sur un seul ou quelques segments étaient dénombrés en juin 2016, avec de fortes redondances sur certains segments (six groupements intervenant pour les achats d'alimentation, cinq pour les médicaments, trois pour les fournitures de bureau/papier, etc.). Certains groupements comptent moins de cinq adhérents[33]. En revanche, l'ensemble des établissements préleveurs de la région se sont groupés pour l'achat des solutions de conservation d'organes.

Au regard de ce paysage relativement éclaté, le GCS achats du Centre ou le GCS Epsilim en ex-région Limousin constituent des modèles plus aboutis. Outre leur taille plus pertinente vis-à-vis des marchés fournisseurs, ils sont plus avancés dans l'animation de leur réseau d'adhérents, l'utilisation d'outils de dématérialisation des procédures ou sur l'activation des autres leviers que la massification comme le travail d'harmonisation des références.

[33] Par exemple, le groupement coordonné par le CH intercommunal de Cornouaille pour les achats de dispositifs médicaux ne compte que deux adhérents.

Le GCS achats du Centre

Un groupement de commande d'achats pharmaceutiques a tout d'abord été créé en 2009 pour combler le vide laissé par le départ vers UniHA du CHR d'Orléans et du CHU de Tours, tous deux porteurs de groupements. Il s'est transformé en 2011 en un « GCS achats du Centre » qui fonctionne en centrale d'achat depuis 2012. Il fédère aujourd'hui la totalité des EPS de la région, les adhésions du CHR d'Orléans (pour les produits de santé) et du CHU de Tours (pour les produits et services d'hôtellerie) étant intervenues en 2016. Au 1er décembre 2016, il comptait 119 adhérents dont 44 EPS, 69 établissements médico-sociaux, 3 CCAS et 3 structures de coopération.

Le GCS fonctionne avec du personnel mis à disposition par le CH de Blois (6,8 ETP), le CH de Loches (0,1 ETP pharmacien) et le CH de l'Agglomération de Montargis (0,5 ETP pharmacien). L'administrateur du GCS est le directeur des achats, du patrimoine et de la logistique du CH de Blois. La majorité des achats hospitaliers sont couverts par le GCS : son portefeuille d'achats d'hôtellerie représente 55 M€ et celui des produits de santé 135 M€.

b) Un double mouvement de développement et de rationalisation des groupements

Pendant longtemps, sauf rares exceptions, les groupements d'achats territoriaux se sont développés empiriquement, voire de manière anarchique dans certaines régions, sans pilotage ferme des pouvoirs publics. La constellation de groupements d'achats en France contraste ainsi avec les exemples de mutualisation à l'étranger.

La mutualisation des achats hospitaliers en Angleterre et en Allemagne[34]

En Angleterre, les achats hospitaliers représentent 23 Md€. Les établissements, au travers de « trusts » (fédérations d'établissements), peuvent avoir recours à quatre « hubs » (exemple : le NHS *London Procurement Partnership* : 84 membres). Ces hubs n'ont pas de périmètre géographique clairement défini et peuvent se retrouver en concurrence ou former des alliances entre eux. Sous l'influence du ministère de la santé, ils ont été invités à collaborer plus étroitement pour mener à bien des stratégies d'achat communes sur des segments à fort enjeux (les NHS Collaborative *Procurement Partnership*) : l'intérim médical (depuis mai 2014), l'orthopédie (depuis janvier 2015), la cardiologie (depuis avril 2015). Les contrats conclus ont vocation à être applicables au-delà des membres des hubs ayant participé à leur réalisation.

En Allemagne, les achats hospitaliers représentent environ 27 Md€. 87 % des établissements adhèrent à des centrales d'achat qu'ils choisissent librement. 5 centrales d'achat majeures opèrent sur l'ensemble du territoire et, dans certains cas, en Autriche. La plus importante en nombre d'adhérents compte 200 membres. Il existe une forte concurrence entre ces centrales.

Conscient de cette dispersion de l'achat mutualisé, le ministère de la santé a engagé un double mouvement de rationalisation des groupements existants et de développement de nouveaux groupements. La DGOS et les ARS ont ainsi accompagné la création de groupements sur des segments peu ou pas couverts. Par exemple, en ex-région Nord-Pas-de-Calais, l'ARS a impulsé la création de groupements sur les segments de l'incontinence et de l'alimentation. Les ARS ont également incité les établissements n'ayant pas ou peu d'achats mutualisés à adhérer à ces groupements d'achats.

[34] Panorama de la mutualisation des achats hospitaliers en Europe établi par le RESAH.

Depuis 2014, dans le cadre du programme PHARE, les ARS sont dotées d'une « feuille de route de mutualisation régionale », afin de clarifier le paysage et de faire atteindre aux groupements une taille régionale ou interrégionale. En Bourgogne-Franche Comté, l'ARS a ainsi proposé, fin 2015, de passer de 35 groupements à deux groupements avec 11 coordonnateurs. L'avancement de ces démarches suppose de prendre désormais en compte la nouvelle carte des régions, ce qui nécessite pour l'ARS d'effectuer un état des lieux des forces et faiblesses de la mutualisation dans la nouvelle région et de convaincre les hôpitaux des anciennes régions de collaborer dans ce cadre élargi.

4 - Un niveau de mutualisation encore limité malgré un recours fréquent aux groupements d'achats

a) Un achat majoritairement réalisé directement par les établissements

Selon l'estimation de la DGOS, la part des achats mutualisés représenterait 22 % (soit 5,5 Md€) de l'ensemble du périmètre des achats hospitaliers en exploitation et investissement (près de 25 Md€)[35]. L'achat direct demeure donc aujourd'hui la modalité principale d'achat, à hauteur de 78 %.

Tableau n° 7 : estimation de la part des achats non mutualisés effectués par les établissements

	opérateur régional	opérateur national	achats locaux	totaux achats	% achats locaux
Médicaments	1 195	1 800	1 835	4 830	**38 %**
Dispositifs Médicaux	241	89	3 170	3 500	**91 %**
Informatique	39	196	710	945	**75 %**
Biomédical	1	306	568	875	**65 %**
Laboratoires de biologie	235	62	743	1 040	**71 %**
Restauration	320	118	492	930	**53 %**
Prestations générales et	283	141	2 496	2 920	**85 %**
Équipements non médicaux	40	211	203	454	**45 %**
Travaux, prestations	73	96	8 814	8 983	**98 %**
Transport	2	39	371	412	**90 %**
Cumul familles d'achat	2 429	3 058	19 402	24 889	**78 %**

Source : DGOS

Ainsi que le montre ce tableau, de fortes différences existent dans le degré de mutualisation selon les segments. Environ 62 % des achats de médicaments seraient mutualisés, l'augmentation des volumes par regroupement des commandes sur ce segment ayant été le principal levier d'action historiquement mis en œuvre, car générateur de gains facilement et

[35] Cette estimation s'appuie sur un important travail de recensement des taux de mutualisation opéré par les ARS et la DGOS depuis 2012. Ce calcul présente des imprécisions (ex : calculs opérés à partir de données portant sur des années différentes et sur des volumes d'achats prévisionnels, non complétude des données) mais il permet de constituer une première approche.

rapidement accessibles. Selon la DGOS, cette démarche aurait permis, pendant près de 10 ans, de réaliser un potentiel d'économies important (de l'ordre de 45 M€ / an) par effet quasi-exclusif sur le prix des médicaments. En revanche, l'achat sur le segment des dispositifs médicaux est en presque totalité effectué par les établissements eux-mêmes (seuls 9 % des achats de dispositifs médicaux seraient mutualisés). Ces écarts traduisent une moindre implication des groupements d'achats en la matière : en 2015, au sein du portefeuille d'achat d'UniHA (2,6 Md€), les médicaments représentaient près de 1 804 M€ contre seulement 78 M€ pour les dispositifs médicaux. En ce qui concerne le portefeuille d'achats du RESAH (637 M€), les achats de médicaments représentaient 267 M€ contre 74 M€ pour les dispositifs médicaux.

b) Un recours cependant généralisé aux groupements d'achats

En dépit du poids encore très important de l'achat en direct, tous les établissements de l'échantillon participent à des groupements locaux ou nationaux. Certains hôpitaux sont coordonnateurs d'un segment d'achat ou de l'ensemble du groupement (le CHU de Limoges a ainsi porté le groupement de commandes du Limousin de 2007 jusqu'à sa transformation en GCS Epsilim en 2014). Seul le CH de La Ciotat recourt à une centrale de référencement privée (la CAHPP). Ponctuellement, un partenariat peut être mis en œuvre avec un acteur non hospitalier ; c'est, par exemple, le cas entre le CH d'Arras et la ville d'Arras pour les achats de fournitures de bureau et de matériel électrique.

Mais ce recours aux groupements se fait dans des proportions très variables, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 8 : taux d'achats *via* des groupements des établissements de l'échantillon

EPS de l'échantillon		**Taux d'achats mutualisés (en montants)**
CHU	AP-HP	1 %
CHU	HCL	22 %
CHU	CHU Amiens	14 %
CH	CH Saint Malo	25 %
CH	CH Fontenay le Comte	86 %
CH	CH Haut Anjou	69 %
CH	CH Avranches Granville	26 %
CH	CH La Ciotat	34 %
CH	CHI Meulan les Mureaux	91 %
CH	CH Mont de Marsan	73 %
CH	CH d'Arras	39 %
CHS	EPSM du Morbihan (St Avé)	34 %
CHS	CHS Rouffach	45 %

Source : rapport des chambres régionales des comptes

Certains établissements, comme le CH du Haut Anjou ou le CHI de Meulan-Les Mureaux, réalisent la majeure partie de leurs achats *via* des groupements. En matière d'achat de médicaments, quelques établissements ont même complètement ou quasi-complètement basculé dans la mutualisation (CH de Mont de Marsan[36], CHS du Mas Careiron). À l'inverse, certains CHU sont moins impliqués dans l'achat mutualisé. L'AP-HP, qui dispose de longue date d'une organisation centralisée en ce domaine, n'a de ce fait recours à des groupements que pour moins de 1 % de son volume d'achat en 2015. Les HCL dont, le taux d'achats mutualisés est de 21 %, ne passent par les groupements, notamment régionaux, que dans deux cas de figure : lorsque le groupement est susceptible de constituer un levier de performance ou « par solidarité », lorsque leur participation est essentielle pour permettre un achat mutualisé permettant des gains globaux pour les participants même au prix d'une perte de performance de l'achat pour eux. Ils ont ainsi opté pour le groupement de commandes « HCL / Hôpital Desgenettes[37] » pour la mise à disposition des contenants, d'enlèvement, de transport et traitement des déchets industriels banals et des déchets assimilés aux ordures ménagères. À l'échelon régional, ils ont fait le choix d'acheter les fruits et légumes *via* le Groupement Rhône Alpes Alimentation (GRAAL)[38], piloté par le CH de Chambéry, pour contribuer à la performance achat au niveau régional sur ce segment. La question est ainsi posée de savoir si la performance collective ne gagnerait pas, sur la majorité des segments d'achats, à voir les HCL s'engager plus résolument dans une démarche de mutualisation.

Les EPS recourent aux groupements d'achats avec pour objectifs principaux, d'une part, le poids accru sur les marchés fournisseurs et la réalisation d'économies d'échelle, d'autre part, la sécurisation juridique en particulier pour les petits établissements dépourvus de service des marchés. D'autres avantages sont également cités, comme les partages d'expériences, une meilleure garantie de transparence et de prévention des conflits d'intérêts, ou la possibilité pour un petit établissement d'avoir la même qualité de prestation et les mêmes prix que de plus grands établissements. À l'inverse, la standardisation, qui découle en principe de la mutualisation, peut toutefois être freinée par une volonté de ne pas modifier les habitudes des équipes hospitalières.

c) Une amorce de mutualisation des achats d'équipements d'imagerie médicale

Des achats mutualisés d'équipements d'imagerie, particulièrement complexes et techniques à mettre en œuvre, sont désormais possibles par recours aux trois opérateurs nationaux.

---

[36] Le CH de Mont-de-Marsan se désolidarise le cas échéant du groupement de commandes dans un souci de maîtrise du risque (ainsi pour l'achat des ampoules de chlorure de potassium en raison de leur ressemblance avec celles d'eau pour préparation injectable).

[37] Hôpital d'instruction des armées.

[38] Le Groupement Rhône-Alpes alimentation compte, à ce jour, 156 adhérents et un CA de 50 M€. En 2017, il comptera près de 200 adhérents avec les établissements auvergnats.

Une tendance à la massification des achats d'équipement d'imagerie et de leur maintenance

L'achat des équipements d'imagerie revêt un caractère stratégique dans la mesure où il est lié au projet médical et à l'organisation du plateau technique des établissements[39]. Ces équipements peuvent être schématiquement classés en deux grandes catégories :

- les équipements matériels lourds (EML) soumis à autorisation : imagerie par résonance magnétique (IRM), scanner, gamma-caméras et caméras-TEP (équipements de scintigraphie utilisés en médecine nucléaire) ; leur prix s'échelonne entre 500 000 € et 2,5 M€.
- les équipements d'imagerie courants (radiographie « standard » et échographie), qui sont très largement diffusés dans les établissements de santé et dont le prix s'échelonne entre quelques dizaines et quelques centaines de milliers d'euros.

Le marché des équipements matériels lourds est oligopolistique ; il est dominé par quatre fournisseurs mondiaux (General Electric, Siemens, Philips et Toshiba). Selon le programme PHARE, le marché français s'élèverait à un peu moins de 250 M€, soit 132 M€ pour les coûts d'achats et 115 M€ pour les coûts de maintenance. Le marché des équipements courants d'imagerie est plus concurrentiel et s'élèverait à 130 M€.

Les prescripteurs (médecins) conservent un réel poids dans la décision d'achat des équipements d'imagerie, ce qui a pu représenter un obstacle fort à la mutualisation par crainte d'une standardisation rigide. Néanmoins, l'organisation mutualisée des achats d'imagerie progresse, puisque le RESAH et UniHA se positionnent désormais sur ce marché, alors que jusqu'à présent seule l'UGAP l'avait investi. Selon les industriels eux-mêmes, le développement de l'achat hospitalier mutualisé ces dernières années a un impact de baisse des prix. La procédure retenue (souvent la centrale d'achat-référencement qui permet à l'hôpital de conserver le pouvoir de choisir la marque de l'équipement) témoigne toutefois de la particularité de ce marché.

Dans l'échantillon, les établissements les plus petits qui ne s'estiment pas suffisamment « armés » en termes de personnel et de compétence biomédicale, notamment du fait de la rareté de l'acquisition des équipements matériels lourds, recourent aux groupements d'achats. Tout comme le CH Haut-Anjou, le CH d'Avranches-Granville réalise un nombre important d'achats *via* l'UGAP qui dispose d'un catalogue quasi-exhaustif par rapport à ses besoins. Le CHI de Meulan-Les Mureaux a acheté en 2016 un scanner *via* le RESAH et un échographe en 2011 à l'UGAP. Le CH Saint-Quentin a confié ces dernières années en moyenne quatre procédures par an à UniHA. À l'inverse, les CHRU semblent plus régulièrement privilégier l'acquisition directe. Le CHR d'Orléans a néanmoins recouru à l'UGAP pour ses achats d'équipements d'imagerie (pour un coût de 3,3 M€ en 2014) dans la perspective de l'installation dans son nouvel hôpital.

La « massification » des achats paraît possible sur les équipements d'imagerie courants de radiologie conventionnelle et d'échographie ou les équipements matériels lourds d'imagerie standards mais également dès lors qu'il existe une certaine homogénéité de l'activité. Ainsi, les centres de luttes de cancer mutualisent leurs achats d'équipements d'imagerie depuis 2009 (112

[39] Cour des comptes, *L'imagerie médicale*, Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat, mai 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

équipements achetés *via* UNICANCER) selon des procédures qui permettent à chacun d'entre eux d'obtenir une configuration adaptée à ses besoins.

L'externalisation de la maintenance d'équipements biomédicaux, ou « tierce maintenance » se développe depuis quelques années, à l'instar de ce que l'on peut observer à l'étranger (aux États-Unis notamment) ou, dans le secteur privé. Elle pourrait permettre de faire pression sur les prix pour une prestation qui peut, dans nombre de cas, dépasser le coût d'acquisition de l'équipement à maintenir. Selon le RESAH, il s'agit d'un marché en devenir qui ne représente à ce jour que 13 M€ par an pour un potentiel estimé à plus de 250 M€ par an. L'attribution par la centrale d'achat du RESAH d'un appel d'offres national a permis, selon les types de matériels et constructeurs, de générer des gains s'échelonnant de 7 % à 50 % du coût des prestations. À l'AP-HP, l'expérience de tierce maintenance, confiée à des sociétés autres que le fournisseur d'équipement, a permis une moindre dépense de l'ordre de 25 % tant sur les scanners que sur les IRM.

C - Le programme PHARE : une dynamique positive, un pilotage à affermir

1 - Une politique structurante en faveur de la performance et de la professionnalisation des achats hospitaliers

a) L'amélioration de la performance de l'achat : un enjeu désormais considéré comme central, un programme novateur

Alors que les achats étaient essentiellement abordés à travers le prisme de la sécurisation juridique des marchés jusqu'au début des années 2000, l'enjeu de performance économique des achats hospitaliers a émergé depuis au premier plan.

Après une première démarche du ministère de la santé, en 2003-2005, qui n'avait que faiblement mobilisé les établissements, le chantier a été relancé en 2006-2007 et a conduit à la création du GCS UniHA. Mais la dynamique de cette démarche s'est ensuite essoufflée jusqu'au programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsable). Ce programme, lancé fin 2011 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), a constitué une nouvelle étape et un signal fort adressé à la communauté hospitalière en affirmant le caractère stratégique de la fonction d'achat en tant que vecteur majeur d'économies et la nécessité de la professionnaliser.

Ce programme apparaît relativement novateur au regard des expériences étrangères.

De rares exemples étrangers de politiques consacrées aux achats hospitaliers

Quelques exemples de politiques ou de programmes nationaux en matière d'achats hospitaliers ont été relevés dans les autres pays de l'OCDE. L'Angleterre a mis un place un programme national en matière d'achats hospitaliers en 2013 : le programme « *Better Procurement, Better Value, Better Care* ». Aux États-Unis, le programme « *Costs, Quality, Outcomes* » a été lancé par une association nationale des professionnels de l'achat hospitalier (et non par l'État fédéral). Certaines provinces canadiennes ont également pris des initiatives dans ce domaine ; le ministère des finances de l'Ontario a ainsi mis en place un projet de modernisation de la chaîne d'approvisionnement des hôpitaux en 2005. À cet égard, le programme PHARE français constitue une politique publique relativement innovante.

Si le programme PHARE est centré sur les établissements publics de santé[40], il a aussi été ouvert aux établissements privés non lucratifs par l'intermédiaire de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) et de la Fédération des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER) et des contacts ponctuels ont pu être établis avec des établissements du secteur lucratif.

b) Une dynamique fondée sur l'adhésion volontaire des établissements

Les orientations stratégiques principales du programme PHARE, entre fin 2011 et 2013, ont porté sur l'accompagnement des 150 établissements les plus importants dans l'élaboration de leur premier plan d'action achats (PAA)[41], l'appui au développement des marchés groupés régionaux et nationaux, la diffusion de bonnes pratiques ainsi que le dispositif de pilotage de la performance achat. À partir de 2013-2014, de nouvelles orientations stratégiques ont été adoptées : lancement d'un chantier logistique, élaboration de « feuilles de route » de mutualisation régionale par les ARS, développement de l'innovation en achat, promotion de l'achat éco-responsable, sensibilisation des chefs d'établissement aux enjeux de l'achat.

La DGOS avait alors privilégié une approche pragmatique en ne formalisant les orientations de ce programme dans aucun texte réglementaire ou circulaire[42]. Elle avait en effet constaté que les programmes antérieurs lancés sur les achats au niveau national avaient montré les limites d'une action encadrée par l'administration et souhaitait fonder le programme sur une dynamique d'adhésion et de conviction.

Cette approche est particulièrement illustrée par le projet Armen qui a contribué à faire émerger un réseau des acheteurs hospitaliers autour du partage de bonnes pratiques.

[40] À l'exception des hôpitaux d'instruction des armées pour lesquels la DGOS indique néanmoins avoir désormais un projet de coopération.

[41] Le plan d'action achats (PAA) d'un établissement permet de planifier les actions, d'identifier et de suivre les opportunités de gains. Il comprend la réalisation d'un état des lieux de la fonction achat, la cartographie des dépenses achats, des acteurs et des échéances clés, l'identification des segments importants, la réflexion avec les prescripteurs sur les pistes d'amélioration, le chiffrage du potentiel de gains, la priorisation des projets en termes d'enjeux et d'efforts, la décision sur le calendrier et les responsables de projets.

[42] Les documents d'orientation sont les documents de travail présentés au comité de pilotage.

Le projet Armen de partage des bonnes pratiques

Le projet Armen consiste à identifier des bonnes pratiques d'achat générant des opportunités de gains. À chaque séquence (dénommée « vague »), sont examinés une dizaine de segments d'achat dans le cadre de groupes de travail entre acheteurs et prescripteurs, avec un appui méthodologique apporté par l'équipe du programme PHARE. Les supports qui en sont issus présentent une situation concrète de potentiel de gains, la démarche conduite par l'établissement et sa traduction financière. Au cours de la quatrième « vague » du projet, ont été abordés des sujets plus transversaux (par exemple, le parcours de soin ville-hôpital et les achats innovants efficients). Au total, depuis 2012, cinq « vagues » ont été initiées et, selon la DGOS, elles ont débouché sur 660 bonnes pratiques opérationnelles et une implication de plus de 600 participants.

Outre le principe de l'adhésion des acteurs, le développement du programme s'est appuyé sur plusieurs leviers : un pilotage national articulé avec une animation régionale par un chargé de mission PHARE au sein des ARS, la priorité donnée à la performance mesurée par les gains d'achat, l'outillage opérationnel des acteurs et le déploiement d'actions de communication.

Différentes instances de pilotage (comité de pilotage qui valide les orientations stratégiques, comité des achats qui structure l'animation régionale du programme) ont permis d'impliquer les interlocuteurs majeurs (opérateurs d'achat, fédérations, représentants d'établissement). L'absence de l'assurance maladie qui n'a été associée ni à l'élaboration, ni à la mise en œuvre du programme PHARE, peut toutefois être relevée.

La déclinaison régionale du programme par les ARS a été adaptée aux contextes locaux. Des modalités diverses d'animation ont ainsi été mises en œuvre par les agences : dans les anciennes régions de Bretagne, du Limousin et du Languedoc-Roussillon, des groupements de coopération sanitaire (GCS) ou réseaux régionaux ont servi de relais au chargé de mission PHARE. Comme cela était préconisé par la DGOS, la plupart des ARS ont mis en place un comité régional des achats. Certaines ont développé des initiatives complémentaires pour fédérer les acheteurs. Cinq ARS disposent ainsi d'un « observatoire régional des achats ». L'ARS Hauts-de-France a mis en place, en partenariat avec l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), une formation longue à l'achat en juin 2016. En Île-de-France, a été mis en place un programme Perf'achat porté par le RESAH avec le soutien financier de l'ARS.

De l'avis général, le programme PHARE, malgré sa jeunesse, a réussi à fédérer de manière dynamique la communauté hospitalière autour de l'enjeu de l'efficience de la fonction achat et a été bénéfique pour la professionnalisation de cette fonction.

2 - Des améliorations de pilotage à apporter sur certains points

a) Un programme peu maillé avec la politique des achats de l'État

Une petite équipe[43] de la DGOS assure directement le pilotage du programme PHARE. En 2011, le choix avait été fait de distinguer le programme PHARE du périmètre de la politique des achats de l'État piloté par le service des achats de l'État (SAE) pour les ministères, les opérateurs de l'État et les autres établissements publics de l'État. Il s'agissait à la fois de

[43] Les effectifs ont oscillé entre deux et trois équivalents temps plein dont le responsable du programme.

permettre au SAE qui venait de se créer d'avoir un périmètre d'activité maîtrisable (une dépense de 18 Md€ d'achats hospitaliers se serait ajoutée aux 30 Md€ de dépenses à piloter pour le SAE[44]) et de prendre en compte les caractéristiques des établissements publics de santé en matière d'achat. Des liens existent toutefois entre la DGOS et la nouvelle direction des achats de l'État (DAE, ex-SAE) : l'équipe PHARE s'est inspirée des méthodologies du SAE au lancement du programme et la DAE participe au comité de pilotage PHARE.

La mise en place d'une nouvelle gouvernance des achats de l'État sous l'autorité du Premier ministre et la création de la DAE, placée auprès du ministre du budget, par le décret du 3 mars 2016[45], n'ont pas modifié cette situation : les achats des établissements publics de santé ne font pas partie de son périmètre d'intervention. La question de l'intérêt ou des éventuels inconvénients de l'exclusion des achats des EPS de la politique nationale des achats n'a pas été examinée lors des travaux de préfiguration de cette réforme, alors que les EPS sont des établissements publics nationaux depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le programme PHARE pourrait cependant gagner à être davantage maillé avec la politique des achats de l'État, de manière à permettre une meilleure synergie entre ces deux politiques publiques, voire à mutualiser certains moyens ou expertises compte tenu des effectifs plus étoffés de la DAE (77 ETP en 2016).

b) Une mise en œuvre dans des conditions financières insuffisamment transparentes

Pour mettre en œuvre le programme PHARE, la DGOS s'est appuyée sur les ARS mais également sur les deux principaux groupements d'achats hospitaliers, le groupement de coopération sanitaire (GCS) UniHA et le groupement d'intérêt public (GIP) RESAH IDF, en leur confiant des missions spécifiques. Ainsi, selon les données de la DGOS, de 2012 à 2015, UniHA a bénéficié d'un financement total d'environ 1,2 M€ pour un appui à l'élaboration des plans d'actions achat des établissements, un soutien aux établissements des DOM et à l'élaboration d'une stratégie achat pour les transports sanitaires héliportés. Sur la même période, au titre des crédits fléchés par la DGOS[46], le RESAH IDF a été financé à hauteur de 2,3 M€ pour un appui au développement des marchés groupés territoriaux, un soutien aux établissements dans l'élaboration des plans d'actions achats et, dernièrement, pour un appui aux ARS à l'élaboration d'une fonction achat dans les nouveaux groupements hospitaliers de territoire. Les conditions de recours à UniHA et au RESAH IDF manquent de transparence : ces financements fléchés par la DGOS qui n'ont pas été attribués dans le cadre d'un appel à projets, ont été versés, sur des crédits du FIR (fonds d'intervention régional), par l'intermédiaire d'établissements publics de santé, eux-mêmes subventionnés par les ARS[47].

[44] 20 Md€ hors achats de défense et de sécurité pour les services de l'État et 10 Md€ pour les établissements publics.
[45] Décret n° 2016-247 du 3 mars 2016 créant la direction des achats de l'État et relatif à la gouvernance des achats de l'État.
[46] Le RESAH reçoit par ailleurs des financements complémentaires de l'ARS Île-de-France.
[47] Les financements éventuels versés aux groupements régionaux n'ont pas été examinés.

Au total, comme le récapitule le tableau ci-après, de 2012 à 2015, les dépenses liées au programme PHARE peuvent être estimées -a minima- à environ 11,2 M€ de 2012 à 2015, ce qui reste modeste.

Tableau n° 9 : dépenses déclarées par la DGOS au titre du programme PHARE (en €)

	2012	2013	2014	2015	Total 2012-2015
Équipe PHARE DGOS	227 166	355 321	259 940	283 689	1 126 116
Crédits FIR à RESAH-IDF	178 000	810 000	810 000	540 000	2 338 000
Crédits FIR à UniHA	50 000	200 000	287 000	730 000	1 267 000
Crédits FIR délégués pour l'élaboration des PAA	NC	564 000	2 714 900	3 211 832	6 490 732
Total	455 166	1 929 321	4 071 840	4 765 521	11 221 848

Source : tableau Cour des Comptes, d'après les données de la DGOS

Toutefois, ce montant n'intègre pas les dépenses des « chargés de mission PHARE » dans les ARS qui représentaient 13,2 ETP en 2015. Certaines ARS ont pu également allouer des financements complémentaires à ceux fléchés par le ministère et qui ne sont pas comptabilisés ci-dessus[48].

c) Un déploiement du programme parfois tardif et hétérogène

Le programme s'est déployé progressivement, une phase de montée en charge des ARS étant nécessaire. La mobilisation a cependant été tardive dans certaines régions : les quatre ARS ultramarines et la Corse n'ont désigné un référent PHARE qu'en 2015 voire début 2016.

Les référents PHARE dans les ARS constituent un relais de terrain important pour animer localement la démarche PHARE et convaincre les acteurs hospitaliers de son intérêt. La quotité de temps dédié au programme demeure très variable selon les agences et en tout état de cause très limitée (0,67 ETP en moyenne en 2016). Une vigilance apparaît nécessaire dans le cadre de la mise en place des nouvelles régions : en septembre 2016, il était constaté une baisse du nombre d'animateurs PHARE de 4,8 ETP au total entre 2015 et 2016.

De fait tous les hôpitaux ne participent pas encore au programme PHARE ou ne mettent en œuvre que partiellement les principales préconisations (mise en place d'un responsable achat unique, mise en œuvre d'un plan d'action achat et remontée des gains d'achat).

Une implication hétérogène des EPS de l'échantillon dans le programme PHARE

Depuis l'intégration du CH de Darnétal en juillet 2016, tous les établissements de l'échantillon participent au programme PHARE. Certaines ARS peuvent se montrer incitatives : l'ARS d'Occitanie a ainsi inscrit une mesure d'adhésion au programme dans le contrat de retour à l'équilibre 2014-2016 du CH de Lunel.

[48] 40 % des ARS interrogées par la Cour ont déclaré ne pas avoir alloué de crédits spécifiques au pilotage régional du programme PHARE.

Pour les autres établissements, l'entrée dans le programme PHARE et le degré de mobilisation ont été variables : les HCL ont ainsi intégré le dispositif dès ses débuts en 2012 et, ont, en particulier participé aux travaux des groupes de travail nationaux Armen. De son côté, l'AP-HM a aussi participé aux premières vagues d'Armen mais elle n'a élaboré un plan d'action achat et n'a fait remonter ses gains achat dans le cadre du programme PHARE pour la première fois qu'en 2015. Le CH de Mont-de-Marsan n'a pas souscrit au programme d'accompagnement de l'ARS mais s'inspire des fiches Armen avant le lancement d'un marché, et la segmentation des achats définie dans le programme PHARE a largement inspiré la réorganisation de sa fonction achat.

La préconisation visant à la mise en place d'un responsable achat unique a en revanche été mise en œuvre dans la quasi-totalité des établissements de l'échantillon.

L'approche du programme PHARE basée sur l'adhésion des établissements, même si elle a été nécessaire et utile au lancement de la démarche, paraît désormais devoir être dépassée. L'intégration des mesures d'économies d'achats dans le plan triennal 2015-2017 ONDAM a d'ailleurs déjà contribué à faire évoluer cette approche.

La participation au programme PHARE devrait être rendue obligatoire et assortie d'objectifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec les ARS. Certaines ARS ont d'ailleurs commencé à fixer des objectifs en matière d'achat aux hôpitaux, en particulier lorsque ceux-ci sont en difficulté financière. Sept ARS (Grand Est, Nouvelle Aquitaine, Bretagne, Occitanie, Hauts-de-France, Martinique et Normandie) ont ainsi déclaré fixer des objectifs de performance des achats dans les CPOM de tout ou partie des établissements[49]. En Bretagne, des objectifs de gains d'achat sont déclinés pour chaque EPS, assortis d'indicateurs tels que la mise en place d'un pilotage centralisé des achats ou la part des achats réalisés en groupements de commandes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré leur caractère parfois insatisfaisant, l'analyse des données comptables des EPS permet de montrer que leurs dépenses d'achat (dépenses en fonctionnement des budgets principaux) connaissent une forte croissance : de 2005 à 2015, elles ont augmenté de 52 %, passant de 12,3 Md€ à 18,7 Md€ en euros courants. Deuxième poste après les dépenses de personnel, elles représentent 27 % des charges totales des EPS en 2015. Parmi ces dépenses, celles relatives aux achats pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux ont un poids prépondérant (respectivement 5,8 Md€ et 3,5 Md€ en 2015).

Alors que la fonction achat était traditionnellement éclatée et peu professionnalisée dans les hôpitaux, un mouvement général d'évolution de cette fonction est engagé mais il demeure très hétérogène, voire insuffisant, en ce qui concerne la formalisation d'une stratégie achats, l'identification claire des rôles et fonctions des différents acteurs intervenant dans la chaîne achat, la professionnalisation des acheteurs et l'utilisation d'outils de gestion et de suivi. En particulier, les établissements ne disposent pas d'un véritable système d'information traitant

[49] Compte tenu de la refonte territoriale et de la temporalité des CPOM, les pratiques peuvent différer au sein des nouvelles régions : ainsi, des objectifs sur les achats ont été inclus en Languedoc-Roussillon mais pas encore en Midi-Pyrénées.

de l'ensemble du processus achat. Un recours progressif aux groupements d'achats de la part des établissements est globalement constaté, même si les achats effectués directement restent majoritaires, en particulier sur certains segments. Au côté des trois groupements d'achats d'envergure nationale (UGAP, UniHA et RESAH), un grand nombre de groupements d'achats régionaux ou infrarégionaux (166 groupements recensés) se sont créés sans grande cohérence, parfois en redondance, faute de pilotage d'ensemble.

Bien que présentant quelques faiblesses dans son pilotage, le programme PHARE lancé fin 2011 par la DGOS a impulsé une réelle dynamique de réorganisation et de professionnalisation des équipes hospitalières qui doit être poursuivie. Ainsi, alors qu'aucune suite à ce programme n'a encore été prévue, il est essentiel que la mobilisation ne fléchisse pas et qu'un nouveau plan d'actions de la performance des achats hospitaliers soit engagé pour la période 2018-2020, avec pour objectif principal d'assurer la mise en place effective et efficiente de la fonction achat au sein des groupements hospitaliers de territoire.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

1. *mettre en œuvre un nouveau programme PHARE pour la période 2018-2020, avec pour objectif principal d'assurer la mise en place effective et efficiente de la fonction achat au sein des GHT et en rendant obligatoire l'adhésion à celui-ci de ces derniers (ministère de la santé) ;*
2. *prévoir systématiquement dans ce cadre des objectifs liés à la performance des achats dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements (en particulier les établissements supports des GHT) et les agences régionales de santé (ministère de la santé) ;*
3. *faire participer la direction générale de l'offre de soins aux instances de gouvernance des achats de l'État afin de favoriser les synergies et examiner la possibilité d'un pilotage par la direction des achats de l'État sur des segments d'achats communs (ministère de la santé, ministère du budget).*

Chapitre II

Des risques persistants en matière de régularité des achats, une efficience incertaine

Malgré le poids financier du secteur des achats hospitaliers et les intérêts économiques en jeu, la régularité des pratiques d'achat ne fait pas l'objet d'une attention suffisante. L'efficience des achats hospitaliers est, par ailleurs, mal mesurée par le ministère de la santé et les établissements.

I - Une vigilance à renforcer en matière de respect des règles de la commande publique

En matière de régularité des procédures de passation et d'exécution des marchés publics, de prévention des risques de conflits d'intérêts ou de surveillance des pratiques anti-concurrentielles, les investigations conduites par les juridictions financières mettent en évidence la nécessité d'une vigilance de la part des établissements eux-mêmes et des autorités publiques.

A - Des défaillances multiples et parfois graves dans les procédures de marché public

À l'occasion des contrôles des marchés des établissements de l'échantillon et de divers autres hôpitaux, les chambres régionales des comptes ont pu mettre en lumière de bonnes pratiques. Ainsi, dans son rapport sur le CH d'Haguenau, la chambre régionale des comptes Grand Est ne relève pas de carences dans l'échantillon de marchés contrôlés et souligne la bonne définition des besoins, la régularité des procédures et le respect rigoureux des seuils. La chambre régionale des comptes des Hauts-de-France note la priorité donnée, par la direction générale du CH d'Arras à compter de 2010, à la restauration de la sécurité juridique des achats, la procédure de certification des comptes de l'établissement, engagée en 2015, ayant montré une meilleure sécurisation de l'achat de l'établissement.

Cependant, de nombreuses défaillances ponctuelles, voire des irrégularités manifestes, ont aussi été relevées par les chambres régionales des comptes. Certains établissements se distinguent par une accumulation d'irrégularités ; c'est le cas, par exemple, aux CH d'Ajaccio et de Bastia ou bien au CHU de Martinique pour lequel la chambre régionale des comptes a constaté que, dans les secteurs techniques et de l'informatique, la quasi-totalité des marchés est affectée par de graves irrégularités.

L'insuffisante qualité procédurale dans la passation ou de l'exécution des marchés publics peut être source de contentieux et avoir un impact sur la bonne marche du service hospitalier, comme l'illustre le marché de transports de prélèvements sanguins par réseau de pneumatiques passé par le CHU de Limoges.

Le marché de transports de prélèvements sanguins par réseau de pneumatiques du CHU de Limoges

Le CHU de Limoges a passé, en mars 2014, un marché de transports de prélèvements sanguins par réseau de pneumatiques[50] pour un montant de 792 212 € (HT). L'examen du dossier de marché témoigne d'une accumulation d'insuffisances dans la procédure de passation (choix d'une procédure de marché à procédure adaptée peu pertinente, références hospitalières insuffisantes, offre anormalement basse du lauréat qui aurait dû être rejetée, pondération des critères non adaptée, traçabilité de la négociation insuffisante) et dans l'exécution (passation d'avenants afin de permettre de retarder la mise en œuvre de la prestation, voire de compléter le besoin initial, mise en œuvre tardive des pénalités de retard). Les conséquences sont lourdes pour l'établissement : le CHU a constitué une provision pour litiges d'un montant de 147 819 € dans le cadre du contentieux avec le fournisseur et l'absence de fonctionnement du dispositif a contraint l'établissement à mettre en place une équipe de coursiers afin d'assurer les transports des prélèvements entre les différents bâtiments hospitaliers.

1 - Une tenue des dossiers de marché parfois défaillante

Certaines pièces essentielles peuvent ne pas figurer dans les dossiers et la traçabilité des documents n'est pas toujours bien assurée. Parfois, les établissements méconnaissent leurs obligations en matière d'archivage des données de marché.

Dans quelques établissements, tous les arrêtés portant délégation de signature en matière d'achat ne sont pas mis à jour, cette situation engendrant une fragilité quant à la régularité des actes signés.

2 - Une définition des besoins perfectible

La définition des besoins est encore un exercice mal maîtrisé par certains établissements. Elle demeure perfectible, en témoigne le nombre de procédures déclarées sans suite au CH de Tourcoing : l'hôpital a lancé dix procédures sans suite entre 2014 et 2015, dont trois appels

[50] Transport de tubes contenant des prélèvements sanguins *via* un procédé de pneumatiques et permettant de relier le nouveau bâtiment du pôle de biologie et santé au bâtiment principal.

d'offres[51]. Dans son rapport sur le CHS Édouard Toulouse à Marseille[52], la chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur relève que l'établissement est encore très loin d'une définition du juste besoin et, cite, parmi d'autres exemples, le secteur de l'épicerie pour lequel certaines dotations n'ont pas fait l'objet d'un réexamen depuis des années.

Les établissements ayant bien formalisé leur politique achat ont, généralement, une réflexion plus approfondie sur la définition des besoins, qu'il s'agisse de besoins nouveaux ou de renouvellement des marchés récurrents, en s'appuyant sur un binôme prescripteur/ acheteur ou utilisateur/acheteur. Ces hôpitaux sont alors en capacité d'entamer des démarches de standardisation, à l'instar de celle amorcée aux HCL.

Une dynamique de standardisation amorcée aux HCL

Les HCL ont amorcé une dynamique de standardisation des achats, du moins au sein des familles « hôtelières ». Elle s'avère plus complexe à mettre en œuvre pour les familles relatives aux pratiques médicales, lesquelles divergent selon les services et les praticiens pour différentes raisons (formation des praticiens, gestes opératoires, partenariats historiques). L'établissement a su néanmoins mettre en avant, auprès des praticiens, le bénéfice potentiel susceptible d'être retiré d'une standardisation des achats et a fait partager cette démarche pour certains achats médicaux importants. Ainsi, les HCL sont parvenus à réduire le nombre d'endoscopes de près de 20 % en uniformisant le parc en contrepartie de son renouvellement total et alors que son taux de vétusté était important. En matière de biologie où les besoins spontanément exprimés par les praticiens avaient conduit à conclure des marchés comportant plus de 140 lots, les réflexions communes prescripteurs/acheteurs ont conduit à ramener le nombre de lots du marché de biologie à 40.

Pour autant, dans quelques établissements, l'association trop étroite du prescripteur ou de l'utilisateur à l'achat conduit à ce qu'une même personne assure l'ensemble des étapes de l'achat, ce qui présente des risques importants de conflits d'intérêts dans le processus de l'achat.

3 - Un choix de procédure parfois inadéquat

La programmation des achats est une pratique qui se met en place, sur la base essentiellement de l'historique de consommation ou, lorsqu'elle est plus aboutie, *via* l'élaboration d'un calendrier qui permet de sécuriser l'approvisionnement.

Le choix de la procédure à mettre en œuvre pour les marchés à passer se détermine en fonction d'un seuil dont la détermination s'avère souvent peu rigoureuse.

[51] Chambre régionale des comptes des Hauts-de-France, Rapport d'observations définitives sur le Centre hospitalier de Tourcoing (exercices 2010 et suivants) disponible sur www.ccomptes.fr.

[52] Chambre régionale des comptes de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rapport d'observations définitives sur le Centre hospitalier Édouard Toulouse (exercices 2010 et suivants) disponible sur www.ccomptes.fr.

La computation des seuils et l'absence de nomenclature commune

La computation des seuils est le calcul ayant pour objet de regrouper les dépenses prévisionnelles ou réalisées par familles d'achats afin de vérifier, soit en programmation, soit en exécution, quels seuils sont atteints et d'en déduire ou de contrôler le choix des procédures à mettre en place pour les marchés passés ou à passer. Pour effectuer cette computation des seuils, l'arrêté du 13 décembre 2001[53] avait établi et rendu obligatoire une nomenclature des familles d'achat qui s'est révélée peu opérationnelle. Abrogée en 2006[54], elle sert toutefois encore souvent de référence pour les acheteurs.

Le CH de Bastia l'utilise par exemple comme nomenclature de référence et l'a insérée dans son logiciel de commandes. À l'occasion de l'examen des marchés (notamment alimentaires), la chambre régionale des comptes de Corse a cependant constaté une mauvaise utilisation de cette nomenclature, entraînant des erreurs de codification et le risque de faire échapper certains marchés à la computation des seuils imposée par le code des marchés publics[55].

Les établissements peuvent aussi disposer de leur propre nomenclature, plus ou moins inspirée de celle de 2001, pouvant parfois présenter une déclinaison très fine. Lors du contrôle des HCL, il a été relevé que la granularité fine de la nomenclature adoptée et le large recours à la computation par unité fonctionnelle, bien qu'autorisé dans son principe, conduit à une proportion de marchés à procédure adaptée (MAPA) relativement plus forte que dans les établissements comparables, alors que pour certains achats une computation stricte par famille homogène de produits imposerait un recours aux appels d'offres.

Enfin, lorsqu'aucune nomenclature des achats n'est utilisée pour le suivi des marchés, le respect des seuils règlementaires n'est pas garanti, comme le remarque la chambre régionale des comptes Hauts-de-France au sujet du CH de Saint-Quentin.

Dans la mesure où les établissements publics de santé présentent globalement une certaine homogénéité dans leurs besoins d'achat, il serait pertinent qu'ils puissent disposer d'une nomenclature commune permettant ainsi de mieux appréhender le respect des seuils des marchés publics. Des travaux en ce sens sont conduits depuis 2016 par la DGOS qui indique que la cartographie d'achats réalisée devrait se transformer en nomenclature des achats hospitaliers et donner lieu à une instruction de manière à rendre son application obligatoire.

Les cas dans lesquels un pouvoir adjudicateur peut recourir aux procédures négociées sans publicité ni mise en concurrence sont, sur l'essentiel de la période sous revue, encadrés par les dispositions de l'article 35 II du code des marchés publics et aujourd'hui par les dispositions de l'article 30 du décret du 25 mars 2016. Les établissements recourent, pour une part importante, à des marchés sans mise en concurrence de l'article 35-II. Il s'agit principalement de marchés pour des médicaments en situation de monopole, ou pour des prestations pour lesquelles l'établissement a pu produire un certificat d'exclusivité. Dans les établissements de l'échantillon, ces procédures sans publicité ni mise en concurrence ont représenté 41 % des montants des marchés cumulés entre 2012 et 2015, soit 6 Md€.

Dans certains cas, les chambres régionales des comptes ont jugé injustifié le recours à ces procédures.

[53] Arrêté du 13 décembre 2001 définissant la nomenclature prévue aux II et III de l'article 27 du code des marchés publics.

[54] Arrêté du 28 août 2006 portant diverses dispositions relatives aux textes d'application du code des marchés publics.

[55] Chambre régionale des comptes de Corse, Rapport d'observations définitives sur le Centre hospitalier de Bastia (exercices 2009 à 2015), p108, disponible sur www.ccomptes.fr

Le recours non justifié aux marchés négociés sans mise en concurrence

Les établissements s'appuient parfois sur la liberté de prescription du praticien et la spécificité de certains dispositifs médicaux impliquant un prestataire déterminé pour justifier le recours à des procédures d'achat négociées sans mise en concurrence. La liberté de prescription du médecin définie dans l'article R4127-8 du code de la santé publique[56] doit cependant se concilier avec les principes généraux de la commande publique. À l'occasion de son contrôle des HCL, la chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a relevé que plusieurs dispositifs médicaux implantables (par exemple, prothèses de hanches, implants cochléaires) qui ne faisaient pas l'objet d'une exclusivité, n'avaient pas été mis en concurrence, du fait de la volonté des praticiens. En réponse, les HCL ont indiqué définir leur besoin en se fondant sur la prescription médicale au nom du principe général de la liberté de prescription du praticien. Pour certains marchés en matière technique et biomédicale, la chambre régionale des comptes a souligné que l'exclusivité mise en avant par les HCL n'a pas été établie ou explicitement invoquée, ce qui conduit l'établissement à s'engager désormais dans la mise en œuvre d'une traçabilité des motifs de recours à cette procédure dérogatoire au droit commun.

Quelques établissements ont utilisé de manière abusive la notion d'« urgence ». La chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur relève qu'au CHS Édouard Toulouse, la notion d'urgence dispensant l'acheteur d'une mise en concurrence n'est pas entendue de manière suffisamment stricte. Le CH de Darnétal a passé un marché sans mise en concurrence pour un système de détection incendie alors que les critères fixés par la jurisprudence pour invoquer l'urgence n'étaient pas vérifiés. En Martinique, le serveur du « *Picture Archiving and Communication System* » (PACS), outil du pôle d'imagerie, ayant été gravement endommagé en 2013, le CHRU a décidé de recourir à la procédure d'urgence impérieuse[57] pour commander le matériel et les logiciels du nouveau PACS alors que, selon la chambre régionale des comptes, un appel d'offres restreint avec publicité et des délais réduits aurait dû être lancé compte tenu de l'urgence simple caractérisant la situation.

Plusieurs anomalies ont pu être relevées dans le recours au marché à procédure adaptée (MAPA) : certains achats sont effectués au-delà du seuil règlementaire sans que cela puisse être motivé par des conditions particulières. Parfois, des achats en MAPA sont réalisés sans minimum ni maximum alors qu'ils ne sont que rarement justifiés par une impossibilité à définir le besoin.

Les démarches de négociation peuvent se révéler mal maîtrisées : ainsi, le CHI de Meulan-les-Mureaux n'assure pas la traçabilité des négociations menées avec les prestataires retenus dans le cadre de procédures négociées sans publicité ni mise en concurrence. Au CHRU de Martinique, dans les secteurs des travaux et informatique, des défaillances significatives ont été relevées par la chambre régionale des comptes, en particulier en matière de négociation qualifiée d'« *opaque ou absente* ».

[56]Article R 4127-8 du code de la santé publique : « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ».

[57] Prévue à l'article 35 II 1° du code des marchés publics.

Enfin, des achats dits « hors marché », c'est-à-dire sans avoir recours à l'une des procédures prévues par la réglementation en matière de marchés publics[58], peuvent être constatés alors que le montant cumulé pour une même famille d'achat de la nomenclature excède le seuil nécessitant de faire appel à une procédure formalisée d'appel à concurrence. La pratique du « hors marché » paraît même organisée pour certains établissements. La chambre régionale des comptes de Corse a ainsi relevé la pratique du CH d'Ajaccio consistant à ne faire du marché public que l'exception ; outre son caractère illégal, cette pratique récurrente a un coût pour l'hôpital, qui ne met pas ses fournisseurs en situation de concurrence et qui se prive de la possibilité d'obtenir des gains d'échelle. Cette pratique est par ailleurs porteuse de risques en matière d'atteinte à la probité[59].

4 - Des critères d'analyse des offres imprécis et peu explicités

L'ouverture des plis des soumissionnaires a généralement lieu devant une commission qui permet un examen collégial. L'analyse des offres, sur le plan technique, est effectuée soit par une équipe administrative à laquelle, souvent, participent des experts du secteur concerné, soit directement par ce qui tient lieu de commission d'appel d'offres.

Des commissions *ad hoc* pour analyser les offres

La constitution d'une commission d'appel d'offres n'est plus obligatoire pour les établissements publics de santé depuis 2008[60]. Pour autant, afin d'assurer la transparence dans l'attribution des marchés, les hôpitaux publics ont, pour la plupart, institué une ou plusieurs commissions qui sont chargées d'émettre un avis sur les offres des candidats sous des appellations et configurations diverses. Ainsi, ces commissions sont soit organisées en fonction de l'achat en cours, soit constituées sous la forme d'une commission permanente, qui peut cependant n'examiner que les marchés d'un montant élevé ou à enjeu financier.

Le choix des critères d'analyse des offres et de leur pondération dépend soit des enjeux identifiés en amont, soit des types de marchés. Les contrôles ont montré que les critères de sélection des offres et leur pondération n'étaient pas toujours clairement exposés dans les documents de consultation et se révélaient parfois assez imprécis ou mal renseignés. Parfois, la notation se trouve fondée sur des critères différents qui n'ont pas été portés à la connaissance des opérateurs économiques ou bien elle peut être absente comme au CH d'Avranches-Granville.

[58] L'expression « hors marché » est traditionnellement utilisée pour désigner les achats dont le montant estimé est inférieur au seuil de déclenchement des marchés à procédure adaptée, seuil qui a évolué sur la période sous contrôle de 4 000 € HT, en 2010, à 25 000 € HT en 2016.

[59] Chambre régionale des comptes de Corse, Rapport d'observations définitives sur le Centre hospitalier d'Ajaccio (exercices 2009 et suivants), page 105 et suivantes, disponible sur www.ccomptes.fr

[60] Décret n° 2008-1355 du 19 décembre 2008.

Une analyse des offres qui ne garantit pas l'égalité de traitement au CH d'Avranches-Granville

La chambre régionale des comptes de Normandie[61] a examiné 12 procédures d'achats alloties menées de manière autonome par le centre hospitalier d'Avranches-Granville sur la période de 2010 à 2015. Elles ont représenté un montant total de 6 724 333 €[62]. Divers manquements aux procédures ont pu être relevés dans l'échantillon analysé. Selon l'établissement, ils s'expliquent par la faiblesse de l'organisation des achats en termes de ressources affectées aux marchés publics.

Des erreurs formelles ont ainsi été soulignées comme l'absence des avis d'attribution ou des fiches de recensement obligatoires[63].

Sur le fond, une absence de notation des offres a été fréquemment relevée ne permettant pas de justifier le choix des titulaires, conformément aux critères de sélection inscrits dans les règlements de consultations. Dans certains marchés, ces critères ne sont tout simplement pas analysés aux fins de départage des candidats. Ainsi, lors d'un appel d'offres de maintenance de matériel d'imagerie, aucun des trois critères fixés (prix, valeur technique et délai d'intervention) n'a donné lieu à analyse. Dans une autre procédure, en matière d'assurances, le critère de qualité de prestations (pondéré à 60 %) n'a pas été analysé. Les quatre candidats ont été départagés sans comparaison chiffrée.

Ainsi que le rappelle la chambre régionale des comptes, la complexité de la procédure ne peut conduire l'établissement à s'exonérer du respect des critères de choix qu'il s'est lui-même fixé. Elle précise que « au vu de l'échantillon étudié, en l'absence de notation conforme aux critères fixés dans les cahiers des charges dans plusieurs marchés, l'établissement ne peut garantir que le soumissionnaire le mieux-disant a été retenu ».

5 - Des avenants bouleversant l'économie du marché

Les établissements peuvent passer un avenant à un marché public en cours de validité. Selon l'article 20 de l'ancien code des marchés publics, cet avenant ne doit cependant ni bouleverser l'économie du marché, ni en changer l'objet, sauf en cas de sujétions techniques imprévues. Ainsi, lorsque l'augmentation du montant du marché provoquée par les avenants est de 15 % ou plus du prix d'un marché, elle est susceptible d'être regardée par le juge administratif comme bouleversant l'économie du contrat. Les nouvelles dispositions de l'article 139 du décret du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics précisent que la modification envisagée ne doit pas excéder 10 % du montant du marché initial s'il s'agit d'un marché de fournitures ou de services et 15 % s'agissant des marchés publics de travaux).

Or, à l'occasion des analyses de certains avenants, des dépassements significatifs des montants initiaux et/ ou des reconductions anormales de marché ont été relevés à plusieurs reprises par les chambres régionales des comptes :

- avenants représentant 50 % ou plus du montant du marché initial pour le marché de fournitures de changes et d'alèses et le marché relatif à des prestations de ménage du CH de Darnétal ;

[61] Chambre régionale des comptes de Normandie, Rapport d'observations définitives sur le Centre hospitalier d'Avranches (exercices 2010 et suivants), page 36 et suivantes, disponible sur www.ccomptes.fr.
[62] Soit environ 30 % de la masse cumulée des achats, hors groupement d'achats, entre 2011 et 2015.
[63] Cf. sur cette question les développements supra relatifs à l'Observatoire économique de la commande publique.

- trois avenants pour une durée totale de 15 mois, soit 40 % de la durée contractuelle, pour le marché de prestation de nettoyage des locaux au CH de Saint Malo entraînant une augmentation substantielle (38 %) du coût de la prestation ;
- plus que doublement du nombre des avenants liés aux marchés de fournitures et services à l'AP-HP entre 2010 (60) et 2015 (158). Un tiers (150) des 499 avenants passés par ailleurs au cours de la période ont modifié le montant initial du marché de plus de 20 % (en augmentation ou en réduction) ; 26 avenants ont porté cette évolution à plus de 50 %.

De manière plus ponctuelle, le défaut de passation d'avenants pour des achats de médicaments a pu être relevé (CH de La Ciotat[64]).

6 - Un délai global de paiement qui s'allonge, des intérêts moratoires rarement versés

Dans les établissements de l'échantillon, malgré quelques exceptions (délai supérieur à 300 jours au CHRU de Martinique, délai moyen de 63 jours sur la période 2010-2015 à l'AP-HM), le délai moyen de paiement des fournisseurs respecte globalement le plafond réglementaire de 50 jours. Le CH de Lunel, petit hôpital de proximité, se distingue avec des délais moyens de paiement de 11,32 jours sur les quatre dernières années, soit des délais quatre fois inférieurs au plafond réglementaire.

Des marges d'optimisation en matière de délai de paiement

Le régime des délais de paiement des collectivités territoriales et de leurs établissements publics est aligné depuis 2008 sur celui de l'État (soit 30 jours). Celui du secteur public hospitalier est, de manière dérogatoire, de 50 jours, scindé en deux périodes : 35 jours attribués à l'ordonnateur (l'établissement public hospitalier) et 15 jours attribués au comptable public assignataire.

Les rapports annuels de l'Observatoire des délais de paiement permettent de suivre l'évolution du délai global de paiement[65]. Selon le rapport annuel 2015, les délais de paiement des EPS se sont allongés passant de 39,8 en 2013 à 43 jours en 2014. Les données pour 2015 et 2016, qui distinguent selon la taille des établissements[66], montrent une nouvelle augmentation : le délai passe ainsi, en moyenne, de 47,8 jours en 2015 à 49,5 jours fin novembre 2016 pour les grands EPS, et de 40,5 jours en 2015 à 41,4 jours fin novembre 2016 pour les autres.

[64] En effet, en cours d'année, le CH de La Ciotat ne fait pas d'avenant pour ajuster les quantités maximales prévisionnelles du marché à la réalité des achats, ni pour les besoins d'une nouvelle spécialité. Dans ce cas, une simple demande de prix est signée par un pharmacien.

[65] Rapport annuel de l'Observatoire des délais de paiement, Exercice 2015, « Les délais de paiement en France : point sur la période 2014-2015 » p39-40 et annexe 7 ; rapport annuel de l'Observatoire des délais de paiement, Exercice 2016, p70 à 74.

[66] Dans le rapport de l'Observatoire des délais de paiement, le terme « grands EPS » désigne les établissements publics de santé dont les recettes d'exploitation sont supérieures à 70 M€ et le terme « autres EPS » désigne les établissements dont les recettes d'exploitation sont inférieures à 70 M€.

Certes, en moyenne, le délai global de paiement des EPS demeure conforme au plafond réglementaire de 50 jours ; il n'en est pas moins très long. À titre de comparaison, fin novembre 2016, le délai global de paiement est en moyenne de 27,7 jours pour les communes de plus de 100 000 habitants, de 21,6 jours pour les départements mais de 36,7 jours pour les régions (pour un délai légal de 30 jours).

Des évolutions réglementaires ont été adoptées récemment (dépenses pouvant être payées sans ordonnancement préalable ou avant service fait) et des actions mises en œuvre par la DGFiP pour réduire ces délais. Le développement de la facturation électronique, obligatoire à compter du 1er janvier 2017, devrait permettre également d'agir en ce sens.

Les chambres régionales des comptes ont constaté que les intérêts moratoires versés par les établissements sont généralement faibles ou inexistants, car ils ne sont souvent calculés et mandatés qu'en cas de réclamation des fournisseurs. Ainsi, le CHU de Lille reste redevable envers ses fournisseurs de plus d'1 M€ au titre des intérêts moratoires dus pour dépassement réglementaire, sur une seule année, du délai de paiement de 50 jours[67]. Le CH de Bastia n'a réglé qu'un montant de 8 500 € d'intérêts moratoires entre 2010 et 2014, en contradiction totale avec une moyenne de délai global de paiement effectif à 144,2 jours. Pour la seule année 2014, la chambre régionale des comptes de Corse a calculé que ces intérêts auraient dû s'élever à 400 000 € pour 13 M€ de factures en 2014. Cette pratique de non-paiement des intérêts moratoires contrevient à la loi[68] qui prévoit que le retard de paiement fait courir, de plein droit et sans autre formalité, des intérêts moratoires qui sont versés au créancier par le pouvoir adjudicateur.

B - Une attention soutenue à accorder à la prévention des conflits d'intérêts et des atteintes à la libre concurrence

1 - De trop rares initiatives pour prévenir les risques de conflits d'intérêts dans l'achat hospitalier

La notion de conflit d'intérêts a reçu une définition législative par la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique dont l'article 2 précise que « constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics et privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice impartial de ses missions ». Cette notion est désormais directement reliée à l'achat public par l'article 48 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics qui dispose que « constitue une situation de conflit d'intérêts toute situation dans laquelle une personne qui participe au déroulement de la procédure de passation du marché public ou est susceptible d'en influencer l'issue a, directement ou indirectement, un intérêt financier, économique ou tout autre intérêt personnel qui pourrait compromettre son impartialité ou son

[67] Selon la chambre régionale des comptes, sur 140 000 mandats de paiement émis en 2015, 26 % l'ont été avec retard. Ils auraient dû générer de l'ordre d'1,1 M€ d'intérêts moratoires, principalement sur les secteurs logistique et pharmacie. Ces intérêts ne sont payés que très rarement, leur montant étant inférieur à 2 000 € pour la totalité des années 2010 à 2015. Le CHU de Lille indique vouloir réviser ses procédures de paiement des intérêts moratoires pour le 1er juillet 2017.

[68] Article 39 de la loi n° 2013-100 du 28 janvier 2013 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière.

indépendance dans le cadre de la procédure de passation du marché public ». L'ordonnance prévoit que les acheteurs peuvent exclure de la procédure de passation du marché public les personnes qui, par leur candidature, créent une situation de conflit d'intérêts, lorsqu'il ne peut y être remédié par d'autres moyens.

Dans les achats hospitaliers, la question d'un éventuel conflit d'intérêts peut en effet se poser lorsque des liens existent entre un agent public, partie prenante du processus d'achat, et les entreprises. Les risques ne sont pas nuls comme le relève le rapport sur le CHU d'Amiens, dans lequel la chambre régionale des comptes Hauts-de France souligne le risque de conflits d'intérêts du fait de la confusion des rôles d'acheteurs et d'utilisateurs et le risque de manque de transparence de la démarche du CHU visant à mettre en place un panel restreint de fournisseurs qui peut favoriser une relation directe prescripteurs-fournisseurs.

La mise en place de mesures de prévention de ces conflits d'intérêts dans le cadre de l'achat hospitalier est cependant encore trop peu effective dans les établissements et les groupements d'achats, à l'exception de quelques bonnes pratiques.

Quelques bonnes pratiques en matière de prévention des conflits d'intérêts

À l'AP-HP, en 2013, la COMEDIMS[69] a instauré un dispositif de déclaration de liens d'intérêts pour l'ensemble de ses membres ainsi que pour les experts auxquels elle fait appel. En janvier 2015, la commission des contrats publics a profité du renouvellement de ses membres pour mettre en place une procédure de déclaration concernant tous les intervenants à cette commission (membres à voix délibérative ou consultative, rapporteurs). Les déclarations, non publiques, sont conservées à la direction de la coordination des politiques d'achat. Récemment, le directeur général de l'établissement a lancé une réflexion plus large sur les conflits d'intérêts, afin de définir une doctrine institutionnelle permettant de renforcer l'indépendance de l'expertise sanitaire dans tous ses domaines.

À l'AP-HM, le référencement est décidé par plusieurs groupes multidisciplinaires (médecins et pharmaciens, responsables en informatique médicale, ingénieurs biomédicaux, cadres de santé) du COSEPS[70]. Les membres de ces groupes décisionnaires pour le référencement ont l'obligation de réaliser une déclaration standardisée de liens d'intérêts remise à jour annuellement. Celle-ci est accessible aux présidents du COSEPS et de ses groupes pour permettre le déport de participants en cas de conflit d'intérêts potentiel. La présidence du COSEPS s'interdit tout contact avec les représentants de l'industrie pharmaceutique ou les fabricants de dispositifs médicaux dans son activité.

À Lyon, cette question a fait l'objet d'une recommandation de la chambre régionale des comptes qui a demandé aux Hospices civils de consolider la démarche entreprise en matière de probité en complétant la signature de la charte de déontologie par une obligation incombant à chaque acheteur d'établir une déclaration d'intérêts.

UNICANCER Achats, groupement d'achats des Centres de lutte contre le cancer, a instauré la signature systématique d'une déclaration publique d'intérêts par chaque membre d'un groupe projet avec mise à jour lors de chaque appel d'offres.

[69] Depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (2009), c'est la commission médicale d'établissement (CME) qui définit la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'hôpital. En pratique, dans beaucoup d'établissements, la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) reste une sous-commission de la CME et continue à participer à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée et des recommandations en matière de prescription et de bon usage.

[70] Appellation locale de la COMEDIMS.

Le dépôt de déclaration d'intérêts des agents intervenant dans la définition du besoin et l'analyse des offres devrait être rendu obligatoire, le cas échéant pour les marchés dépassant un seuil à définir.

2 - Une vigilance nécessaire en matière de détection et de répression des manquements aux règles de la commande publique

Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et la transformation du statut des EPS, devenus des établissements publics nationaux, les ARS n'exercent plus de contrôle de légalité sur les marchés publics, comme l'a confirmé le Conseil d'État dans un arrêt du 2 juin 2016.

La direction des affaires criminelles et des grâces ne suit plus aucune affaire de poursuites pénales dirigées contre des personnels hospitaliers depuis 2011. Quant à la Mission interministérielle d'enquête sur les marchés publics, chargée notamment de procéder à des enquêtes portant sur les conditions de régularité et d'impartialité de la passation et de l'exécution des marchés des établissements publics, elle a été supprimée en 2012[71]. Le service central de prévention de la corruption[72] n'a relevé de 2011 à 2014 aucune décision des juridictions répressives sur le champ hospitalier et il n'a reçu de 2010 à 2015 aucun signalement en ce domaine. Il émet l'hypothèse que les lois successives sur la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'expertise en matière de santé et d'environnement et sur la lutte contre la fraude fiscale et la grande délinquance économique, auraient contribué à limiter le nombre des infractions constatées donnant lieu à une sanction pénale dans le secteur de la santé, en général, et de la commande publique hospitalière, en particulier. L'enquête réalisée par la Cour, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, sur la mise en œuvre des dispositions de la loi de décembre 2011 relative à la prévention des conflits d'intérêts en matière d'expertise sanitaire a cependant mis en lumière d'importantes défaillances dans leur application[73].

Les autorités en charge des pratiques anti-concurrentielles font état d'un nombre réduit de signalements sans que rien ne puisse pour autant assurer que ces dérives sont en voie de disparition. Il se peut que la faiblesse des signalements soit liée au caractère peu fréquent de leurs enquêtes dans le champ hospitalier. Ainsi, la dernière enquête thématique sur les infractions aux règles de concurrence dans le domaine de la santé a été publiée par le Conseil de la concurrence en 2009 : il illustrait alors, exemples à l'appui, les risques d'entente et d'abus de position dominante existant dans ce champ.

---

[71] Loi du 23 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des procédures administratives.

[72] Créé par la loi du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique, le Service central de prévention de la corruption (SCPC) structure interministérielle placée auprès du ministre de la justice, centralise et analyse l'ensemble des informations qu'il recueille en cette matière. Dépourvu de tout pouvoir d'investigation, il transmet les signalements qu'il reçoit aux procureurs de la République territorialement compétents.

[73] Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat* « La prévention des conflits d'intérêts en matière d'expertise sanitaire », mars 2016, 98 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

Des zones de risques en matière de pratiques anti-concurrentielles

Le Conseil de la concurrence, auquel l'Autorité de la concurrence s'est substituée en 2009, avait consacré une étude thématique de son dernier rapport annuel à l'analyse des infractions aux règles garantissant la concurrence entre les opérateurs économiques intervenant dans le domaine de la santé. Il y rappelait que les établissements publics de santé, en dépit des appels d'offres mettant en compétition plusieurs entreprises, acquittaient, le plus souvent, le prix plafond de remboursement des dispositifs médicaux inscrit à l'ancien tarif interministériel des prestations sanitaires. Pour qualifier d'éventuels abus de position dominante il précisait, comme il l'avait déjà fait en 2006 que le marché des scanners et celui des appareils d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) devaient être considérés comme distincts. À propos des relations entre les hôpitaux et les laboratoires pharmaceutiques, il énumérait aussi les procédés commerciaux contestables observés : achats couplés de médicaments[74], remises tendant à fidéliser les établissements, pratiques de prix dits « prédateurs » de manière à favoriser l'acquisition de médicaments princeps par les établissements en vue d'évincer les fabricants de génériques sur le marché de la médecine de ville par l'effet induit sur ce dernier des prescriptions délivrées aux malades quittant les hôpitaux[75]. Enfin, il notait que des ententes entre fournisseurs de gaz médicaux avaient été sanctionnées.

Depuis lors, l'Autorité de la concurrence n'a pas renouvelé une telle étude et n'a eu à connaître que de peu d'affaires dans ce secteur. En 2010, elle a condamné[76] l'entente qu'avaient formée des fournisseurs de tables d'opérations, sanction qui a été confirmée par le juge judiciaire[77]. Sur la période 2010-2015, seuls 5 % des signalements (soit 21 indices) que lui a transmis la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) concernaient des hôpitaux. Les difficultés persistantes à obtenir des remontées d'indices expliqueraient le nombre restreint des ententes constatées selon l'Autorité de la concurrence qui a indiqué à la Cour avoir engagé une réflexion pour améliorer sa capacité de détection en vue de s'adapter aux nouveaux comportements des acteurs. Le secteur des achats hospitaliers constitue ainsi désormais, pour l'Autorité de la concurrence, une priorité pour les années à venir.

Depuis 2009, la DGCCRF a vu son rôle amoindri dans la répression des pratiques anticoncurrentielles compte tenu de celui imparti à l'Autorité de la concurrence. De surcroît, elle n'occupe plus de poste de veille au sein des commissions d'appel d'offres des hôpitaux depuis leur suppression. La DGCCRF dispose néanmoins d'un pouvoir d'injonction et de transaction lui permettant de sanctionner les pratiques anticoncurrentielles de portée locale. Au cours de la période sous revue, elle a principalement fait porter son effort sur le secteur des transports des malades. 14 enquêtes ont abouti à la mise en cause par injonction de quatre entreprises de transports sanitaires qui avaient notamment formé une entente au détriment des intérêts du centre hospitalier de Millau.

Il apparaît nécessaire d'avoir une surveillance accrue du bon fonctionnement de la concurrence, car, même si le recours accru aux groupements d'achats a sans doute été un facteur de réduction des risques, la massification des achats peut aussi déséquilibrer le fonctionnement

[74] C'est-à-dire des achats obligatoirement groupés de plusieurs spécialités (cf. *infra* analyse des marges sur les médicaments de la liste en sus).
[75] Cf. *infra* sur cette question l'analyse de la CNAMTS dans son rapport « Charges et produits 2014 ».
[76] Décision n° 10-D-04 du 26 janvier 2010.
[77] Deux entreprises se sont vu infliger une amende de 750 000 €.

du marché et présenter un frein pour l'accès des PME aux marchés publics. Ainsi, malgré toutes les réserves quant aux données de l'Observatoire économique de la commande publique (cf. chapitre I *supra*), leur analyse montre une part décroissante de PME ayant accès à la commande publique hospitalière (inférieure à 5 % en moyenne de 2012 à 2014), ce qui apparaît en très net décalage avec les constats faits sur l'ensemble des collectivités publiques (58 % en 2013 en pourcentage de nombre de contrats, 27 % en pourcentage des montants)[78].

Au vu des fréquentes irrégularités relevées à l'occasion des contrôles de marchés publics des hôpitaux, des rares mesures de prévention des conflits d'intérêts et d'une moindre capacité de détection des ententes dans le secteur hospitalier, il paraît indispensable que le ministère de la santé, les autorités de contrôle et les établissements publics de santé portent une vigilance accrue à ces sujets, de manière à compléter l'action des chambres régionales des comptes. Dans le cadre des contrôles des établissements publics de santé, celles-ci examinent régulièrement le respect par ces derniers des règles de la commande publique. Elles peuvent, lors de l'examen de procédures de marchés publics, constater des irrégularités graves susceptibles de constituer une infraction pénale conduisant à une transmission aux autorités judiciaires ou une infraction en matière de finances publiques entraînant un déféré des faits devant la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF). Elles ont ainsi effectué au cours des dernières années 21 transmissions aux autorité judiciaires et quatre déférés à la CDBF portant sur des atteintes aux règles de la commande publique.

II - Une méconnaissance de l'efficience réelle de la politique d'achat

L'efficience de la politique d'achat des établissements publics de santé est mal mesurée, du fait des limites de l'indicateur de « gains d'achat » utilisé et en raison du manque d'information sur les apports du recours à la mutualisation par les établissements. En outre, en ce qui concerne les médicaments, premier poste d'achat des hôpitaux, le système actuel d'achat présente des faiblesses importantes.

A - Des « gains d'achat » procurés par le programme PHARE imprécis mais fortement sollicités dans la construction de l'ONDAM

1 - Des objectifs ambitieux et des résultats affichés importants

Dans le cadre du programme PHARE, des objectifs ambitieux d'économies liées aux achats hospitaliers ont été fixés depuis 2012 et sont exprimés en termes de « gains d'achat ».

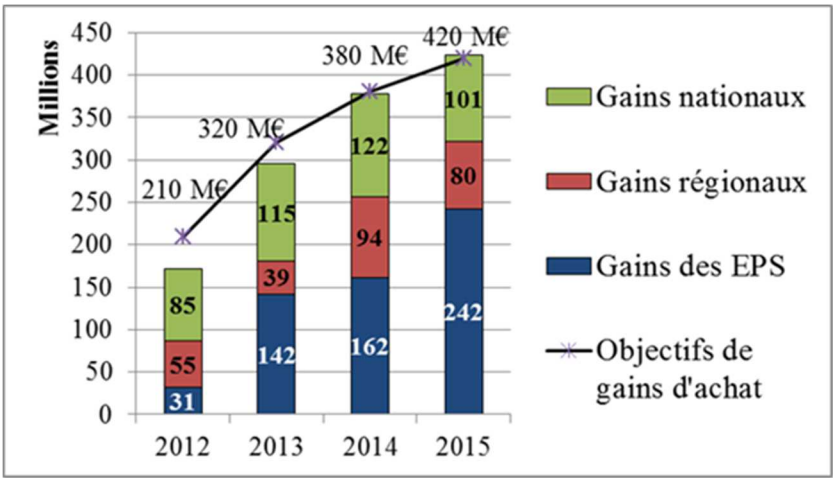
L'objectif de gains au plan national a été fixé à 910 M€ sur la période 2012-2014 et à 1,4 Md€ pour la période 2015-2017, à partir d'une « *modélisation du potentiel de gains captable par segments* ». En pratique, la DGOS a estimé le poids de chaque grand segment

[78] Lettre de l'OEAP d'avril 2015.

d'achat auquel elle a appliqué une hypothèse de gains en pourcentage, aboutissant à un objectif de gains pour la période. Ainsi, l'objectif de 1,4 Md€ (2015-2017) représente 6 % d'un périmètre de dépenses d'achats de 24 Md€ (exploitation et investissement).

La DGOS a, depuis 2012, communiqué largement sur des montants de gains d'achat réalisés en constante progression, passant de 172 M€ en 2012 à 423 M€ en 2015.

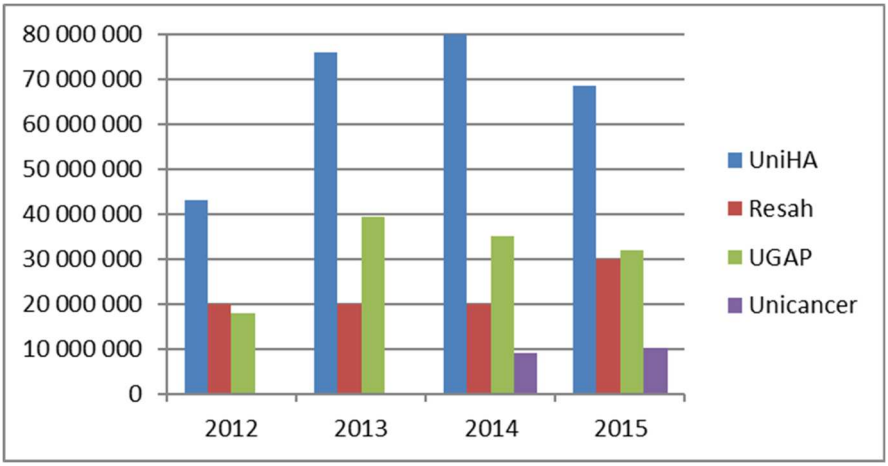
Graphique n° 4 : évolution des gains d'achat réalisés par type d'acteur de 2012 à 2015



Note de lecture : les gains nationaux recouvrent les gains de l'UGAP et d'UniHA, ceux du RESAH étant inclus dans les gains régionaux.
Source : Cour des comptes d'après données DGOS

Cette forte progression des gains d'achat s'explique en partie par l'entrée de nombreux hôpitaux dans le programme PHARE depuis 2012 : alors que 220 établissements ont communiqué des gains en 2013, ils étaient 547 en 2015.

Graphique n° 5 : gains d'achat par les opérateurs nationaux de 2012 à 2015 (en €)



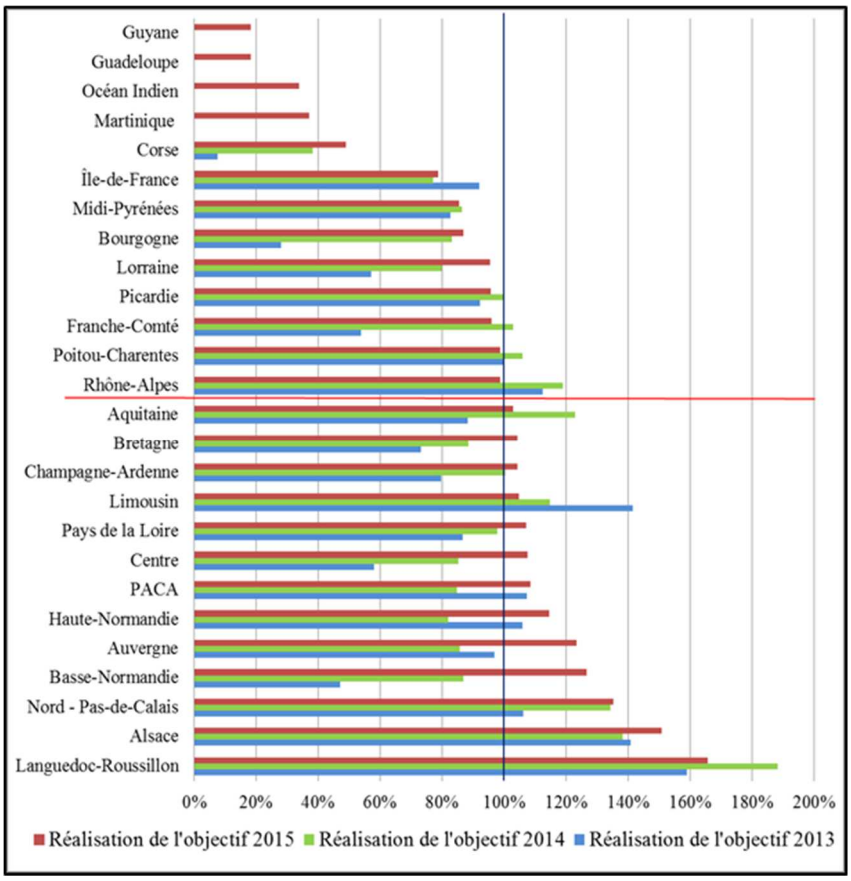
Source : Cour des comptes d'après réponse DGOS.

Comme l'illustre le graphique ci-dessus, parmi les opérateurs nationaux, UniHA et l'UGAP sont à l'origine de la majeure partie des gains d'achat (plus des deux-tiers des gains réalisés depuis 2012). Les gains comptabilisés par la DGOS au titre du RESAH ont cependant connu une forte progression de 2014 à 2015 (+ 50 %). En 2015, 68,6 M€ de gains ont été réalisés par UniHA, 32,1 M€ par l'UGAP et 30 M€ par le RESAH et près de 10,4 M€ par UNICANCER, soit un total de 141 M€ de gains obtenus par les opérateurs nationaux (contre 81 M€ en 2012).

En 2015, treize des anciennes régions avaient atteint et dépassé leurs objectifs. Le Languedoc-Roussillon, l'Alsace et le Nord-Pas-de-Calais se démarquent particulièrement avec respectivement 166 %, 151 % et 135 % d'atteinte de leur objectif, ce qui tend à traduire une plus grande maturité de la fonction achat et peut s'expliquer par l'implication précoce de ces régions dans le programme PHARE. Certaines régions, si elles étaient encore éloignées de leur objectif, affichaient une réelle progression de 2013 à 2015, à l'instar de la Bourgogne (de 28 % à 86 %). À l'inverse, cinq régions présentaient un taux de réalisation de l'objectif inférieur à 50 % : la Corse, la Martinique, l'Océan indien, la Guyane et la Guadeloupe.

La région Île-de-France se démarque également : en 2015, 71,4 M€ de gains d'achat ont été comptabilisés soit seulement 79 % de l'objectif fixé. Selon l'ARS Île-de-France, cet écart peut s'expliquer par trois facteurs : certains établissements ont mis en œuvre un plan d'actions ou des actions achat mais n'ont pas fait remonter leurs gains ; quelques établissements dont le volume d'achat est important n'ont pas mis en œuvre de plan d'action achats ; l'AP-HP, qui représente environ la moitié des achats de la région et qui conduit depuis longtemps une politique d'achat centralisée et mutualisée entre ses établissements, a fait remonter des gains d'achat relativement modestes compte tenu de son volume d'achats (25,1 M€ de gains en 2014 et 25,9 M€ en 2015) malgré une politique incitative de l'ARS à son égard. Selon l'AP-HP, cette situation s'explique par le caractère ancien de sa démarche de massification tandis que les structures récemment entrées dans la démarche bénéficient de gains issus des premiers marchés massifiés conséquents qui ne sont pas reproductibles.

Graphique n° 6 : taux de réalisation des objectifs régionaux de gains d'achat de 2013 à 2015



Source : Cour des comptes d'après données DGOS (juin 2016)

À son lancement, le programme PHARE visait en priorité, à moyen terme, l'adhésion des 150 premiers hôpitaux publics ayant des dépenses d'achat supérieures à 18 M€. En 2015, seuls six de ces établissements n'avaient pas déclaré de gains. La même année, 22 % de l'ensemble des gains ont été réalisés par des CHRU (94 M€). Dans cette catégorie, le poids de l'AP-HP reste prépondérant, malgré la modestie relative de ses résultats soulignée ci-dessus. Ses gains représentent 27 % des gains des CHU et 6 % des gains toutes catégories confondues. Seuls les CHU de la Réunion et de Guadeloupe n'ont rien déclaré en 2015, le CHU de Martinique déclarant des gains pour la première fois.

2 - Une mesure des « gains d'achat » beaucoup trop imprécise

a) Les limites méthodologiques intrinsèques de l'indicateur utilisé

La méthode de calcul des gains retenue par la DGOS s'inspire directement de celle utilisée par la direction des achats de l'État (DAE), méthode par ailleurs couramment utilisée dans les secteurs public et privé. L'objectif est de valoriser l'action de l'acheteur, en mesurant ce qui a été fait différemment ou mieux que la fois précédente et de développer une culture de la performance achat partagée.

La méthode de calcul du gain d'achat

La méthode de calcul des gains d'achat est fondée sur la comparaison entre des prix ou situations « historique » ou « de référence » et des prix ou une situation « nouveaux », après intervention de l'acheteur[79]. Selon le contexte de l'achat, trois modes de calcul sont distingués par la DGOS :

- pour un achat récurrent, la formule de calcul du gain d'achat est : Gain d'achat = (prix historique – prix nouveau) * volume prévisionnel ; l'impact de la variation du marché économique étant neutralisé si elle est supérieure à 4 % afin de valoriser l'impact de l'acheteur en corrigeant les effets (positifs ou négatifs) qui ne sont pas imputables à son action ;
- pour un achat ponctuel, le prix historique n'est pas connu et l'acheteur doit donc estimer un prix de référence (en comparant avec un autre acheteur, en faisant une étude de marché, etc.). La formule de calcul du gain d'achat est : Gain d'achat= (prix de référence – prix nouveau) * volume prévisionnel ;
- pour une action de progrès, qui vise à optimiser l'usage d'un marché ou à encourager des comportements, le calcul des gains consiste à évaluer la situation avant le projet à celle qui sera constatée une fois le projet mené à son terme. La formule est : Gain d'achat = (situation de référence – situation améliorée[80]).

Les gains sont comptabilisés sur une base de 12 mois glissants (et non sur la durée juridique du marché) à partir de la notification du marché. Le cas échéant, ces gains peuvent être ventilés *prorata temporis* sur les deux années d'exercice.

L'indicateur de gain d'achat présente d'importantes limites méthodologiques intrinsèques : les gains d'achat, qui ne sont pas des gains budgétaires, n'intègrent pas les pertes et sont estimés de manière prévisionnelle en début de marché. Ces gains d'achat visent l'estimation de « coûts potentiels évités » dont la DGOS admet, qu'ils relèvent *d'«* une approximation et non [d']un calcul mathématique exact », « utile pour la motivation des acheteurs et pour mettre en évidence le caractère éminemment stratégique de la fonction achat dans une perspective de maîtrise des dépenses, ou, tout au moins, de la croissance de celles-ci ». L'incidence des gains d'achat sur le budget ne peut être approchée qu'en mesurant d'autres variables, dont l'évolution de l'activité et les changements de pratiques de consommation qui nécessitent la mise en place d'un contrôle de gestion des achats.

b) Des biais dans la déclaration et la consolidation des gains d'achat

Le processus de remontée des gains d'achat

Les hôpitaux adhérents au programme sont invités à remplir une trame « plan d'action achats », fournie par la DGOS, qui permet de recenser les gains d'achat. Cette trame consiste en un classeur Excel répertoriant les gains d'achat mais également la stratégie employée, le segment d'achat, la durée du marché, le montant de référence de l'achat, la répartition des gains entre deux exercices lorsque le marché est notifié en cours d'année. En 2015, cette trame a été

[79] Source : DGOS, Note, *Calculer et utiliser les gains d'achat*, novembre 2011 ; DGOS, *formation à la méthodologie de calcul des gains*, décembre 2015.

[80] La DGOS précise que la situation améliorée prend en compte le cas échéant les investissements nécessaires mais elle déconseille d'intégrer les économies réalisées par une réduction ou un redéploiement des effectifs.

complétée de nouveaux détails demandés sur les plans d'action d'achat et les acheteurs peuvent désormais renseigner l'estimation de l'impact budgétaire des gains par stratégie d'achat.

Les ARS agrègent chaque semestre dans une trame unique régionale les gains des hôpitaux (gains réalisés en propre) et les gains déclarés par les groupements régionaux. En principe, avant de faire remonter les gains à la DGOS, les ARS doivent harmoniser les résultats dans le document régional et vérifier la bonne imputation ainsi que la cohérence des gains. En pratique, ce travail de supervision est très variable selon les agences : l'ARS Île-de-France et l'ARS Martinique ont indiqué ne pas vérifier les gains communiqués par les hôpitaux. Certaines ARS retraitent les données lorsqu'elles identifient des valeurs aberrantes ou pour éliminer les doubles décomptes dus à la mutualisation. Une modification du processus est intervenue en 2015 puisque, désormais, les hôpitaux doivent faire remonter les gains aux ARS en indiquant les gains sans et avec mutualisation (il s'agit dans ce cas uniquement des gains obtenus *via* les groupements régionaux ou infrarégionaux).

La DGOS réalise la consolidation des gains d'achat au niveau national à partir, d'une part, des gains transmis semestriellement par les ARS et, d'autre part, des données transmises annuellement par les opérateurs nationaux.

Les biais de valorisation par les hôpitaux

Les trames de remontée des gains constituent la base de l'information dont la DGOS dispose pour évaluer les gains d'achat réalisés au sein des hôpitaux. Certains ont, cependant, élaboré leur propre trame de remontée des gains. En outre, cette trame n'a pas toujours été utilisée immédiatement par les ARS, à l'instar de l'ARS Auvergne qui a utilisé un format simplifié les premières années.

Plus largement, la fiabilité des gains repose sur l'hypothèse que les acheteurs hospitaliers les calculent conformément à la méthode prescrite par la DGOS. Certes, l'ensemble des ARS a déclaré avoir repris et diffusé cette méthode de calcul auprès des établissements (seule l'ancienne ARS Nord-Pas-de-Calais a indiqué y avoir apporté quelques adaptations). La DGOS et les ARS ont également initié de nombreuses actions de formation afin de favoriser l'appropriation des responsables hospitaliers.

Toutefois, les contrôles réalisés au sein des établissements de l'échantillon ont révélé des méthodes de valorisation des gains d'achat hétérogènes. Si la plupart de ces établissements indiquent appliquer la méthode PHARE, l'analyse plus précise des méthodes de valorisation de ces gains achats met en lumière différents biais.

En premier lieu, les acheteurs font état, parfois au sein d'un même établissement, tantôt des gains identifiés (sur la base de données prévisionnelles non stabilisées), tantôt des gains notifiés (sur la base des marchés signés). Ces gains sont souvent inscrits indifféremment dans les grilles de remontées des gains achats.

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.

Dans la nouvelle trame plus détaillée mise en place en 2015, il est désormais possible de renseigner les « gains identifiés », les « gains notifiés » et les « gains réalisés ». Alors que les gains qui ont vocation à être pris en compte par la DGOS sont les « gains notifiés » (gains estimés lors de la passation du marché à partir du prix obtenu), il a été fréquemment constaté que les montants de gains d'achat déclarés par les hôpitaux et repris par la DGOS sont des « gains identifiés » (c'est-à-dire des gains estimés avant l'acte d'achat sur la base d'un prix prévisionnel). De tels gains sont, par nature, incertains, l'achat n'ayant pas encore été réalisé. De manière plus rare, les établissements déclarent des « gains réalisés » avec parfois des variations sensibles par rapport au gain identifié initialement.

La DGOS reconnaît que « au final, les gains d'achat comptabilisés sont une combinaison de gains identifiés, notifiés, voire réalisés, les gains liés à une action n'étant bien entendu comptés qu'une seule fois ».

Par ailleurs on constate une appropriation variable selon les acheteurs de la méthode de valorisation édictée par la DGOS. Ainsi en est-il au CH de Saint Quentin à propos duquel la chambre régionale des comptes souligne que « 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 réalisés ».

Parfois, les données renseignées par les acheteurs ne peuvent pas faire l'objet de contrôle puisque seul le montant final apparaît, sans mention du détail des calculs. Dans d'autres cas, il a été relevé que les modalités d'estimation des prix de référence pour les achats ponctuels sont aléatoires, variables d'un établissement à un autre et parfois d'un acheteur à l'autre au sein d'un même établissement, ce qui est susceptible d'engendrer une évaluation erronée des gains estimés

Au-delà des difficultés d'appropriation, la méthode PHARE de calcul des gains d'achat fait parfois l'objet d'adaptations locales qui ont une répercussion importante. C'est notamment le cas pour les HCL dont les gains d'achat sont comptabilisés selon une logique propre et une

méthodologie qui diffère des préconisations de la DGOS. Le programme PHARE, ayant été conçu pour valoriser la fonction achat, comptabilise les gains qui retracent la plus-value de l'acheteur, indépendamment des évolutions des conditions du marché. Les HCL, en revanche, ont fait le choix d'intégrer non seulement les gains, mais également les pertes liées aux achat en y incluant les effets exogènes. Ainsi, si le prix d'un produit, qui était de 100 en année N-1, est proposé en prix catalogue à 120 en année N et que l'acheteur, à la faveur de son action (mise en concurrence, négociation en volume, etc.), obtient un prix de 115, la méthode PHARE comptabilise un gain de 5 tandis que les HCL comptabiliseront une perte de 15. Malgré cette modalité de comptabilisation particulière, les performances achats des HCL étaient, jusqu'à fin 2016, agrégées par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes au même titre que les gains d'achats des autres établissements de la région.

Souvent, les données remontées ne sont pas exhaustives, bien qu'une amélioration puisse être relevée depuis 2012. Ainsi pour le CH de La Ciotat, l'évaluation des gains d'achat ne concerne toujours que les achats réalisés par les services économiques et n'inclut donc pas les achats relevant de la pharmacie.

Enfin, l'estimation des gains d'achat sur la base du coût complet, si elle tend à se diffuser, est appliquée de manière très variable d'un établissement à l'autre, voire d'un secteur d'achat à l'autre, avec un périmètre parfois sensiblement différent. Si la maintenance est régulièrement intégrée, les consommables ne le sont que partiellement. Lorsque l'estimation du gain d'achat ne se fait pas en coût complet, le gain affiché sur l'achat d'équipements peut ainsi s'accompagner d'une perte sur les consommables liés, non comptabilisée dans les fichiers de valorisation des gains.

L'impossibilité de vérifier l'exactitude des calculs des établissements ainsi que le fait que les gains d'achat soient fréquemment des « gains identifiés », donc des gains prospectifs reposant sur un prix estimé, conduisent à mettre en cause la fiabilité des gains affichés par la DGOS. Leur évolution reflète en effet autant celle de la performance des acheteurs que celle de la capacité des établissements à s'approprier une méthode de valorisation des gains qui peut s'avérer complexe.

Des biais dans le retraitement lors de la consolidation nationale

Un premier biais a consisté en une extrapolation par la DGOS des gains des établissements : dans les premières années du programme, une partie des gains comptabilisés étaient issus d'une extrapolation sur des établissements dont il était connu qu'ils avaient mis en place une démarche achat, mais qui ne participaient pas aux remontées de gains. Ainsi, en 2013, sur un total de 290 M€ de gains affichés par la DGOS, 49,7 M€ résultaient d'une telle extrapolation. La DGOS a précisé cependant que, depuis 2014, l'organisation de gestion du processus de traitement des données s'est stabilisée et que les gains valorisés ne contiennent plus de gains extrapolés.

L'autre principale difficulté porte sur le possible double comptage des gains issus de la mutualisation : des gains obtenus par le recours à un groupement d'achats régional ou national seraient comptabilisés par ces groupements mais aussi par les établissements. En effet, jusqu'en 2015 des hôpitaux ont déclaré, contrairement à ce qui leur était demandé des gains incluant ceux issus des achats mutualisés régionalement, ce qui a conduit la DGOS à recalculer les gains hospitaliers en neutralisant ces doubles comptes de manière estimée.

En outre, les groupements nationaux déclarent des gains en spécifiant les segments d'achat concernés mais en ne renseignant pas les hôpitaux adhérents. La DGOS répartit donc les gains nationaux réalisés par ces groupements par région, sur la base de clés de répartition : en 2014, les gains des opérateurs nationaux sont répartis soit d'après le poids des régions sur l'ensemble des dépenses nationales (cas pour l'UGAP et UNICANCER), soit en fonction du poids par région des adhérents du groupement (cas pour UniHA). Cette répartition conduit par exemple la DGOS à attribuer des gains d'achat à la Guadeloupe en 2015 alors que l'ARS n'a pas procédé à une remontée de gains.

Enfin, les gains communiqués par les opérateurs nationaux ne sont pas toujours ceux comptabilisés lors de la consolidation nationale. Des gains déclarés par UniHA ont été retirés sans explications précises ou pour les mettre en réserve afin de les comptabiliser l'année suivante : près de 20 M€ déclarés en 2015 par UniHA ont été reportés sur 2016, « *dans l'attente d'une fiabilisation du montant des gains communiqués* » selon la DGOS. En outre, la nature des gains retenus au titre de l'UGAP a varié au fil du temps et a conduit à une comptabilisation de gains supplémentaires par rapport aux autres groupements ; la méthodologie de valorisation de ces gains a désormais été revue dans un sens plus restrictif. La DGOS indique ainsi se situer, depuis 2015, dans un processus d'amélioration continue de la qualité des données remontées et consolidées.

3 - Un adossement artificiel des économies sur l'ONDAM aux gains d'achat

Depuis 2012, des mesures d'économies sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) au titre de l'optimisation des achats hospitaliers sont inscrites dans chacune des lois de financement de la sécurité sociale afin de tenir compte des effets du programme PHARE lancé en 2011. Leurs montants sont en constante augmentation (505 M€ pour 2017 contre 145 M€ en 2012).

Depuis 2015, il s'agit même d'un levier majeur du plan triennal ONDAM 2015-2017 qui vise à dégager 10 Md€ d'économies. Plus de 10 % des économies triennales sont ainsi liées aux achats hospitaliers (1,2 Md€ sur 10 Md€). En 2016, 420 M€ d'économies reposaient ainsi sur « l'optimisation des achats et fonctions logistiques » à l'hôpital, sur un objectif global d'économies de 3,4 Md€.

Tableau n° 10 : montant des mesures d'économies prévisionnelles sur l'ONDAM au titre de l'achat hospitalier et des objectifs du programme PHARE de 2012 à 2017

Année de la LFSS	Intitulé de la mesure d'économie prévisionnelle sur l'ONDAM relative aux achats des hôpitaux	Montant des économies annuelles liées aux achats hospitaliers (en M€)	Total des économies liées aux achats hospitaliers dans le Plan triennal ONDAM 2015-2017 (en Md€)		Objectifs de gains d'achat du programme PHARE (en M€)	Total des objectifs de gains d'achat du programme PHARE 2015-2017 (en Md€)	Gains d'achat du programme PHARE (en M€)
2012	Optimisation des achats hospitaliers	145			210		172
2013	Rationalisation des achats hospitaliers	250			320		290
2014	Économies relatives aux achats	300			380		378
2015	Optimisation des achats et fonctions logistiques	350			420		423
2016	Optimisation des achats et fonctions logistiques	420	= 1,2		480	=1,4	NC
2017	Optimisation des achats	505			540		NC

Source : tableau Cour des Comptes à partir de l'annexe 9 des PLFSS de 2012 à 2016, de l'annexe 7-2 du PLFSS 2017 et des données PHARE de la DGOS

Les objectifs de gains d'achat du programme PHARE ont été pris en compte de manière croissante en termes d'économies dans le cadre du plan triennal ONDAM 2015-2017, à hauteur de 1,2 Md€ sur un total de 1,4 Md€. Si l'évaluation des économies intégrait un coefficient prudentiel de l'ordre de 0,75 sur la période 2012-2014, amenant à ne prendre en considération pour l'élaboration de l'ONDAM que les trois quarts des gains d'achats estimés ce coefficient a été par la suite desserré à environ 0,90.

Cette pure convention, qui ne repose comme au demeurant celle qui l'a précédée sur absolument aucune donnée vérifiée, revient à considérer que, sur la période du plan triennal 2015-2017, la quasi-totalité des objectifs de gains d'achat en exploitation peut être convertie en économies effectives au titre de l'ONDAM (autrement dit : 1 € de gain d'achat en exploitation = 0,9 € d'économie sur l'ONDAM).

Comme la Cour l'a déjà souligné à de multiples reprises dans les chapitres qu'elle a consacrés aux conditions d'élaboration et de respect de l'ONDAM dans ses rapports annuels sur la sécurité sociale, l'intégration d'économies en réalité largement virtuelles dans la construction de l'ONDAM est particulièrement contestable.

L'indicateur gains d'achat - qui est un indicateur de la performance de l'action de l'acheteur - n'est pas en effet un indicateur budgétaire et ne prend pas en compte d'éventuelles pertes - d'une mesure d'économies qui a vocation à trouver une traduction dans les enveloppes budgétaires allouées aux établissements. Pour justifier cette équivalence, la DGOS fait valoir

que les gains d'achat correspondent à des dépenses évitées, mais ne génèrent pas systématiquement des économies budgétaires (déterminées en termes comptables comme la variation d'une année sur l'autre sur un poste de dépense donné). (…) En revanche, tous les gains d'achat limitent la croissance des dépenses « naturelles » dites tendancielles qui ont un effet visible sur le budget des établissements et génèrent donc des « économies budgétaires tendancielles » qui n'auraient pas existé sans action volontariste de performance.

Les mesures de maîtrise de l'ONDAM hospitalier sont ainsi construites sur des hypothèses de gains d'achat qui ne se traduisent pas nécessairement par des réalisations d'économie budgétaire effectives mais permettent de présenter un objectif de progression des dépenses moins dynamique. La Cour a déjà mis en évidence les limites méthodologiques du calcul de la croissance tendancielle des dépenses hospitalières et le manque de transparence et de fiabilité de la construction de l' « ONDAM hospitalier »[81].

Dans le cas des achats hospitaliers, le manque de fiabilité de la comptabilisation des gains d'achat, tendant à leur surestimation, conduit à s'interroger de fait sur la réalité des économies effectivement réalisées au titre de l'ONDAM. La construction des objectifs d'économies sur l'ONDAM sur la base des gains d'achat apparaît complètement artificielle. Rien ne permet de vérifier que la progression constante des gains d'achat et donc des objectifs d'économies ONDAM se traduit en réalisation d'économies effectives pour les établissements hospitaliers et à quel niveau.

4 - Une redéfinition nécessaire du dispositif d'évaluation de la performance

L'indicateur de « gains d'achat » ne suffit pas à mesurer la performance de l'achat. Il ne permet pas notamment de suivre la trajectoire budgétaire d'un établissement en matière d'achats et ne résume pas à lui seul l'efficience de la politique conduite en ce domaine. Les réflexions menées jusqu'à présent pour bâtir un dispositif d'évaluation budgétaire s'appuyant sur cet indicateur se révèlent inabouties.

Du gain d'achat à l'économie budgétaire : deux notions difficiles à relier

Il n'est pas possible, de manière simple, de convertir les gains d'achat en économies budgétaires puisqu'il s'agit de deux approches différentes. Pour ce faire, il serait nécessaire de disposer des gains sur des volumes réellement consommés et de prendre en compte les facteurs exogènes comme l'activité ou la hausse des prix.

Des tentatives pour tenter de réconcilier les deux approches ont été expérimentées. Le ministère de la défense utilise ainsi une méthode de conversion[82] : par convention, il est considéré que les gains budgétaires de l'année correspondent à la moyenne de 50 % des gains d'achat enregistrés les deux années précédentes. La DAE souligne que, si cette démarche présente le double avantage de ne pas identifier 100 % des gains d'achat comme économies à venir et d'être économe en temps, elle a pour limite d'être totalement paramétrique.

[81] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI : La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, septembre 2013, p.175-198, disponible sur www.ccomptes.fr

[82] Instruction relative au suivi budgétaire des gains d'achat du 29 janvier 2015, appliquée depuis le début de l'année 2016.

De son côté, la DAE a engagé, conjointement avec la direction du budget, une démarche visant à faire progresser la fiabilisation des gains notifiés en intégrant les pertes et à développer le contrôle de gestion des achats. Une première action concernant quelques marchés aux enjeux économiques significatifs a été lancée en 2016/2017. Les premiers résultats sont attendus à la fin de l'année 2017. Selon ses résultats, cette expérience pourrait constituer une voie de progrès à moyen ou long terme pour les EPS, sous réserve d'une réelle amélioration de la qualité des données disponibles dans les systèmes d'information des hôpitaux.

Des indicateurs complémentaires de celui du gain d'achat sont ainsi à mettre en place. L'évolution du dispositif d'évaluation de la performance des achats hospitaliers devrait tout d'abord viser à mesurer avec plus de pertinence l'impact budgétaire. La DGOS indique avoir distingué les dépenses évitées au sein de la nouvelle trame qui sera utilisée pour le suivi des plans d'action achat de territoire dans le cadre des GHT en 2017. Quelques ARS ont élaboré des indicateurs complémentaires visant à approcher l'impact budgétaire des politiques d'achat. C'est le cas de l'ARS Grand Est qui utilise un indicateur faisant le lien entre l'évolution des achats et celle de l'activité et un indicateur qui mesure les marges de manœuvre liées à la performance des achats[83].

De tels indicateurs budgétaires qui permettent de faire le lien entre la direction des achats et la direction des finances de l'établissement doivent être également complétés par des indicateurs organisationnels et des indicateurs de satisfaction des utilisateurs et des fournisseurs[84]. La mise en place d'un contrôle de gestion des achats par l'établissement support du GHT[85], en lien avec les établissements parties du groupement, devrait permettre à l'acheteur hospitalier de piloter la politique d'achat en s'appuyant sur un tableau de bord intégrant un tel panel d'indicateurs. Selon la DGOS, l'enrichissement en ce sens du dispositif d'évaluation de la performance des achats hospitaliers dans le cadre des GHT est prévu dans le guide achat diffusé aux établissements.

B - Des apports de la mutualisation souvent ignorés des établissements adhérents

Le recueil des prix de quelques produits dans les établissements de l'échantillon par les chambres régionales des comptes met en évidence les écarts existants et illustre l'intérêt de la massification et la mutualisation des achats.

[83] L'indicateur « poids des achats » qui rapporte les dépenses du titre 2 (charges à caractère médical) et du titre 3 (charges à caractère hôtelier et général) aux recettes d'activité, donne une indication factuelle sur la performance achat, par un suivi pluriannuel ou une comparaison inter-établissements et permet également de faire le lien entre l'évolution des achats et l'évolution de l'activité. L'indicateur « valeur ajoutée », qui se calcule par soustraction des dépenses d'achat aux recettes d'activité, permet de calculer le delta disponible pour financer les dépenses de personnel et/ou les investissements, donnant ainsi une indication des marges de manœuvre dégagées ou de la dégradation budgétaire en lien direct avec la performance achat.

[84] Le RESAH et l'UGAP ont, par exemple, recours à des indicateurs de satisfaction des hôpitaux et des fournisseurs (ex : indicateur sur le pourcentage de commandes livrées en retard).

[85] Cf. chapitre III.

Des écarts de prix importants entre « produits traceurs »

À la faveur du contrôle des chambres régionales des comptes sur les hôpitaux de l'échantillon, les données de prix unitaire, de volume et de prix global ont été recueillies sur cinq ans (2010-2015) pour 16 produits dits « traceurs », scindés en deux catégories : d'une part, des produits non substituables, précisément identifiés, d'autre part, des biens substituables c'est-à-dire susceptibles de répondre, malgré leurs différences, au même besoin.

Pour la première catégorie de produits (non substituables), ont été relevés ainsi des écarts significatifs :

- gants de soin vinyle non stérile sans poudre : se constate une dichotomie entre, d'une part, les petits établissements dont les prix unitaires sont plus élevés (compris entre 0,025 € et 0,029 € en 2015) et croissants sur la période et, d'autre part, les plus grands établissements dont les prix sont un tiers moindre (entre 0,017 € et 0,019 €) et dont l'évolution des prix est en moyenne plus contenue ;
- couvre sonde à usage unique pour thermomètre tympanique : se remarque un rapport de proportionnalité inversé entre le volume acheté et le prix unitaire obtenu (0,029 € l'unité pour les HCL et 0,046 € pour le CHS de Rouffach) ;
- paracétamol en gélule : est relevée une certaine hétérogénéité avec des politiques de quasi gratuité pour l'AP-HP et l'AP-HM (moins de 0,001 € l'unité) qui contraste avec un prix d'achat 6 à 10 fois supérieur pour les HCL sur la période sous revue. Les petits établissements payent également un prix plus élevé pour le paracétamol (entre 0,009 € et 0,014 €) ;
- changes bébé (couches) 2-5kg : l'hétérogénéité des prix, relativement faible en 2010 (entre 0,071 € et 0,087 €) s'est accrue sur la période sous revue à la faveur de diminutions de prix obtenues dans le cadre des plus gros marchés (HCL, CHR Orléans).

S'agissant de la deuxième catégorie, qui regroupe des produits plus hétérogènes mais substituables, les écarts suivants ont pu être relevés :

- pousse seringue électrique une voie : les prix, en baisse sur la période, s'inscrivent dans une fourchette allant de 645 € à 1346 € en 2015 mais sont relativement proches dans plusieurs grands établissements (entre 720 € et 740 €) ;
- matelas anti-escarres : l'éventail de prix constaté pour les matelas anti-escarre est particulièrement large (de 121 € à 2 294 € en 2015) et s'explique par les différentes qualités disponibles. On observe une tendance à la diminution du prix unitaire compensée par une hausse du volume dans la plupart des établissements, ces derniers ayant pour beaucoup fait le choix de généraliser les matelas anti-escarres préventifs (moins onéreux) et de limiter les achats de matelas anti-escarres curatifs (près de dix fois plus chers). Certains établissements comme les HCL ont opté pour une stratégie de location afin de s'adapter davantage aux besoins.

Mais lorsque les hôpitaux s'engagent dans la mutualisation de leurs achats, les chambres régionales des comptes ont fait le constat d'un désengagement à peu près complet de leur part dans le suivi des achats réalisés par l'intermédiaire de groupements et d'une méconnaissance des bénéfices qu'ils en retirent ou non. Très rares sont ceux en capacité de comparer la performance de leurs achats réalisés directement ou *via* un groupement.

1 - Un suivi en général défaillant des achats mutualisés

Le mouvement de mutualisation s'accompagne d'un désintérêt des établissements pour la régularité des procédures et l'efficience de l'achat, ces éléments étant réputés acquis par le simple fait du recours aux centrales et groupements d'achat.

Ils abandonnent le plus souvent toute velléité de pilotage des processus ainsi externalisés ainsi que toute forme de contrôle, comme cela a pu être relevé pour le CH du Haut Anjou dont le rapport de la chambre régionale des comptes souligne que « les multiples dynamiques parallèles de mutualisation inter-établissements ne sont pas sans incidence sur la qualité du suivi des achats par le CH. En effet l'adhésion à ces groupements sans personnalité morale n'implique pas de *reporting* structuré et systématique sur le long cours et l'éloignement induit a parfois démuni les services d'une mémoire active de leurs produits et fournisseurs ». Au CHR d'Orléans, les modalités de contrôle des achats effectuées par un groupement d'achats sont modestes. Il n'y a pas de dispositif spécifique de remontée d'informations, chaque responsable de filière étant chargé de ce suivi, sans coordination ni bilan agrégé au niveau de l'établissement.

Les exceptions sont rares, à l'image des HCL, pour lesquels les achats réalisés par ce biais font l'objet du même suivi que les achats en propre.

La défaillance des outils de suivi est parfois invoquée. Les CH de Haut-Anjou et de Lunel sont ainsi confrontés à l'impossibilité d'effectuer un suivi financier des acquisitions assurées dans le cadre des groupements en l'absence de remontée d'informations même si, pour le second, la mise en place d'un logiciel de commandes commun ainsi que d'un interfaçage informatique plus performant devrait permettre d'y remédier. Mais, le plus souvent, sans que des problèmes techniques puissent être invoqués, les hôpitaux ne s'interrogent tout simplement pas quant au contrôle à opérer sur la performance et l'apport des groupements.

Quand bien même cette volonté de suivi des achats mutualisés existerait, elle se heurte à la carence ou au manque de fiabilité des informations fournies par les groupements eux-mêmes. La consolidation des volumes de dépenses pour chaque adhérent d'un groupement est difficile à obtenir, quand elle est réalisée. Le CHI de Meulan-Les Mureaux s'interroge ainsi sur les explications des gains par le RESAH et considère qu'elles « *ne paraissent pas toujours très lisibles et convaincantes* ».

2 - Une mesure rarement réalisée de la performance de l'achat mutualisé

La plupart des établissements sont dans l'incapacité de mesurer les gains qu'ils retirent d'un recours à un groupement. Peu de centres hospitaliers se sont d'ailleurs livrés à des estimations.

À Rouffach, l'achat des produits pharmaceutiques est délégué au GARPP[86] sans que le CHS cherche à savoir si cela lui est profitable en termes de prix. Le CH de Saint-Malo indique ainsi que le GCS Achats Santé Bretagne, auquel il adhère, participe aux comparaisons des prix d'achats des médicaments et dispositifs médicaux mais en ignore les résultats. Le constat est similaire au CHU d'Amiens où, selon le rapport de la chambre régionale des comptes, « les préoccupations de la gouvernance semblent limitées à la sécurité juridique sans beaucoup intégrer le suivi économique ».

[86] Groupement d'Achat Régional de Produits Pharmaceutiques, coordonné par le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace.

L'AP-HM n'a pas non plus été en mesure de communiquer, tant pour les achats relevant du service central des opérations pharmaceutiques que pour ceux relevant de la direction des achats, de bilan global chiffré des apports financiers de la mutualisation[87]. Bien que le CHU estime que les divers parangonnages et étalonnages (visant à comparer les prix des médicaments entre UniHA, le RESAH et d'autres structures hospitalières ou groupements) tendent à montrer que, « à chaque fois, les prix obtenus par UniHA étaient moindres que le comparateur »[88], il n'en a pas fait la démonstration.

Pour les établissements non adhérents aux groupements nationaux (UniHA ou RESAH), tel le CH du Bassin-de-Thau (Sète-Agde), les difficultés sont accrues, les opérateurs réservant leurs informations sur les prix à leurs membres. Par suite, ce centre hospitalier, comme ceux de Haut-Anjou ou de Saumur, réalise son propre comparatif auprès des établissements qui acceptent de lui répondre.

En matière pharmaceutique, le recours à la mutualisation de certains grands CHU, qui, en raison de leur volume d'achats, sont en mesure de mener leurs achats en propre, apparaît davantage opportuniste.

Des pratiques de mutualisation en matière pharmaceutique davantage évaluées dans quelques grands établissements

L'intérêt d'un recours à la mutualisation en matière d'achats pharmaceutiques apparaît davantage évalué de la part des CHU les plus importants. L'AP-HP[89] n'hésite pas à mettre en concurrence les groupements dans un objectif certes économique, mais surtout de sécurité d'approvisionnement qu'elle considère souvent plus facile à assurer en interne. Elle a ainsi décidé de ne pas participer aux consultations d'achats groupés portées par UniHA ou le RESAH, en considérant que la centralisation de l'approvisionnement des médicaments au niveau de son service d'approvisionnement et de distribution de Nanterre lui permet de disposer d'un avantage comparatif, non valorisable dans le cadre d'une mutualisation avec ces groupements. Les Hospices civils de Lyon (HCL), bien qu'également coordonnateurs de segments de la filière médicaments auprès d'UniHA, n'effectuent que 36 % de leurs achats pharmaceutiques par l'intermédiaire de cet opérateur en 2015, soit un taux de recours faible au regard des autres CHU[90]. Les HCL se sont dotés de moyens leur permettant d'estimer le juste prix d'achat en matière de médicaments et leur marge de négociation (« benchmark » régulier avec UniHA et avec UNICANCER, échanges avec les groupements régionaux, recoupement d'information venant des fournisseurs, lecture de la presse économique, veille sur les chutes de brevet, anticipation sur les baisses de prix). Mais cette approche rationalisée se heurte à la difficulté d'estimer en amont la performance achat d'UniHA sur le segment considéré.

[87] À l'exception d'une première évaluation de l'économie générée par l'introduction d'un biosimilaire de l'infliximab en 2015.

[88] Selon l'AP-HM, le recours au RESAH engendrerait un surcoût de 921 000 €.

[89] Adhérente à UniHa, membre de droit du Resah-IdF et utilisant l'Ugap, l'AP-HP n'a commencé à recourir aux groupements qu'à compter de 2012 et pour des montants modestes (0,5 % du volume d'achat, soit 12,5 M€ en 2015).

[90] Les HCL recourent à UniHA pour tous les médicaments en concurrence (soit une faible part des livrets thérapeutiques du CHU), ce qui a permis de diminuer de 15 % le nombre de marchés depuis 2010. Ils adhèrent en revanche assez peu pour les anticancéreux et la plupart des molécules onéreuses en raison notamment d'une approche fournisseur spécifique (cf. *infra)*.

3 - Des comparaisons entre groupements trop peu nombreuses mais significatives

La comparaison de la performance des acheteurs mutualisés, quels que soient les segments, est délicate. Globalement les acteurs de l'achat ont peu intérêt à la transparence et à la comparaison dans un contexte de compétition de moins en moins larvée entre groupements. Les données de parangonnage sont difficiles à obtenir, dans la crainte de voir afficher une contre-performance ou de tendre les relations avec les fournisseurs. Dans ce contexte, peu de données comparatives ont été communiquées dans le cadre de l'enquête : le RESAH a néanmoins transmis des comparatifs de prix d'achats des médicaments, opérés entre certains groupements adhérents à Alliance groupements[91].

Des écarts très importants entre les prix obtenus par les différents groupements ressortent des données examinées, sur la quasi-totalité des produits. L'exemple ci-dessous montre que c'est le volume acheté qui permet de peser dans la négociation.

Tableau n° 11 : 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 : Résah pour Alliance groupements

C'est le cas également avec l'exemple ci-dessous portant sur le « facteur VIII recombinant BHK ».

[91] Le RESAH anime le réseau « Alliance groupements » qui a vocation à fédérer dans une approche collaborative l'ensemble des groupements d'achat territoriaux.

Tableau n° 12 : prix obtenus par les groupements territoriaux pour l'achat de Facteur VIII recombinant BHK

N° GDC	Volume	Prix	Date marché	Spécialité pharmaceutique
N°103	2 126	550 €	01/04/2015	Helixate 1000
N°117	2 038	530 €	01/05/2015	HELIXATE NEXGEN1000UI FL1
N°102	1 007	700 €	01/01/2013	kogenate 1000 ui
N°106	665	580 €	31/03/2016	HELIXATE NEXGEN 1000
N°109	511	590 €	01/04/2014	HELIXATE
N°116	503	580 €	01/04/2014	HELIXATE NEXGEN 1000 UI
N°110	320	720 €	01/01/2015	HELIXATE 1 000 UI
N°101	260	710 €	01/05/2014	HELIXATE
N°107	100	700 €	01/01/2015	KOGENATE
N°115	28	670 €	01/01/2015	HELIXATE
N°108	12	620 €	01/01/2014	HELIXATE NEXGEN1000UI FL1

Source : Résah pour Alliance groupements

Ces exemples mettent en évidence les gains qui résultent de la massification de certains achats de produits de santé même si d'autres facteurs que le volume peuvent peser sur les prix obtenus[92].

Afin de mesurer objectivement les performances respectives des différents groupements, des parangonnages entre les groupements d'achats nationaux et locaux devraient être organisés régulièrement sur la base d'une méthodologie publique et les résultats partagés.

C - L'achat des médicaments, un dispositif manquant d'efficacité

Les prix des médicaments à l'hôpital ont été libres de 1987 à 2004[93]. Ils n'étaient pas encadrés et résultaient de la négociation entre les laboratoires et les hôpitaux. Avec la mise en place de la tarification à l'activité, un régime particulier a été mis en place pour les médicaments innovants et coûteux figurant sur la « liste en sus ». Des dispositifs successifs ont permis aux établissements de conserver une partie de la marge tarifaire obtenue après négociation avec les fournisseurs pour ces médicaments ainsi que ceux destinés à la rétrocession.

L'achat des médicaments par les hôpitaux repose donc aujourd'hui sur la combinaison d'une liberté des prix (médicaments compris dans le tarif des séjours), d'un prix fixé par convention avec le comité économique des produits de santé (CEPS) mais laissant la possibilité aux établissements de négocier un prix inférieur (pour les molécules onéreuses de la « liste en

[92] S'agissant du facteur VIII recombinant BHK, l'AP-HP obtient ainsi un prix comparable aux groupements les plus performants pour une quantité achetée 13 fois moindre.

[93] Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, les politiques d'encadrement des prix s'étaient succédé : cadre de prix en 1946, grille des prix en 1968, blocage des prix en 1982, encadrement en 1983… (source : Notes et études documentaires n° 4883/1989 « Le médicament, contraintes et enjeux d'un marché », C. Huttin).

sus »[94]) et d'un prix de vente aux établissements de santé déclaré par le laboratoire au CEPS (pour les spécialités rétrocédées[95]). S'agissant des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), le laboratoire titulaire des droits d'exploitation peut les fournir aux établissements de santé à titre gracieux ou leur vendre, moyennant le versement d'une indemnité dont le montant est librement fixé par l'industriel. La négociation du prix est donc possible non seulement sur les médicaments, majoritairement concurrentiels, inclus dans les séjours, mais également pour ceux de la liste en sus ou destinés à la rétrocession, au travers des mécanismes de l'écart médicament indemnisable (EMI) qui comportent un partage de la marge dégagée entre l'établissement et l'assurance maladie. Il s'agit cependant d'une négociation largement théorique qui s'est progressivement déplacée sur le terrain des avantages non tarifaires, au détriment de l'assurance maladie.

1 - Un marché du médicament dominé par les stratégies de vente des laboratoires

a) Le poids croissant des plus gros fournisseurs

Les contrôles réalisés sur les établissements de l'échantillon ont mis en évidence le grand nombre de fournisseurs mais également le poids croissant des plus importants d'entre eux.

Sur la période contrôlée, seuls les CHU hors AP-HP ne connaissent pas une augmentation du nombre de fournisseurs.

Tableau n° 13 : nombre moyen de fournisseurs par catégorie d'établissements

Année	AP-HP	CHRU	CH >30M	CH ≤30M	CHS
2010	228	**170**	**152**	**132**	**52**
2015	241	**170**	**160**	**139**	**59**
Evo°	6 %	**0 %**	**13 %**	**5 %**	**13 %**

Source : rapports des CRC (14 EPS)

Le poids des vingt premiers laboratoires fournisseurs n'a cessé de croître sur la période sous revue, avec un pic en 2014 de leur chiffre d'affaires à hauteur de près de 1,2 Md€.

[94] Ce prix fixé devient le tarif de responsabilité. Il n'est pas opposable mais va fortement influencer la négociation du prix d'achat entre l'établissement de santé ou le groupement et le fabricant.

[95] À ce prix de cession s'ajoute une marge forfaitaire de rétrocession fixée par arrêté, prenant en compte des frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités. À défaut de déclaration ou en cas d'opposition du CEPS sur le prix déclaré, le prix de vente est fixé par le CEPS.

Tableau n° 14 : les dix premiers fournisseurs des EPS contrôlés
En M€

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	cumul	évo°
total (42 laboratoires)	582	642	739	741	1 186	1 023	4 860	76 %
GILEAD	50	48	49	53	343	270	812	439 %
ROCHE	106	113	125	125	129	138	722	31 %
MSD France	42	61	122	119	123	128	587	204 %
LFB	93	94	87	90	86	89	533	-4 %
BAXTER	92	92	81	83	86	44	468	-52 %
JANSSEN	30	51	62	40	87	58	326	92 %
PFIZER	31	46	54	58	53	46	286	49 %
CSL	27	34	47	50	60	65	279	143 %
BRISTOL MYERS SQUIBB	24	20	19	23	115	65	266	172 %
CELGENE	25	23	29	34	41	52	203	110 %

Source : rapports des CRC (19 EPS), calculs Cour

b) La quasi-gratuité de certains médicaments : une problématique ciblée mais révélatrice de la stratégie des laboratoires

L'importance des produits livrés à titre gratuit ou à très faible prix aux EPS, mal connue, reste significative.

Aucun EPS ne procède à un suivi spécifique de cette catégorie d'achats, privé d'intérêt pratique par leur gratuité même. Ainsi, le CHI de Meulan-Les Mureaux précise-t-il que la négociation étant conduite dans le cadre du RESAH, il ne peut indiquer s'il obtient certains médicaments à prix faible ou nul.

Selon plusieurs établissements ou responsables de groupements, il s'agirait pour eux d'un phénomène en déclin. Ainsi, pour l'AP-HP, l'arrivée des génériques a provoqué une forte baisse des quantités de médicaments fournis gratuitement ou à prix très faibles. Pour le CH du Bassin de Thau également, cette pratique a beaucoup régressé depuis 20 ans et le paracétamol, les héparines ou les statines qui étaient concernés ont été progressivement facturés.

En réalité cependant, s'il n'est plus gratuit, le prix de certaines spécialités est extrêmement faible. Le CHS de Rouffach recense ainsi une trentaine de produits cédés à prix très faible (moins de deux centimes)[96]. Certains antalgiques sont cédés à 0,01 € le comprimé. Les données fournies par les autres établissements de l'échantillon confirment ce constat : sur la période de 2010 à 2015, les spécialités de paracétamol occupent l'essentiel de ce segment en volume et présentent les prix moyens unitaires payés les plus faibles.

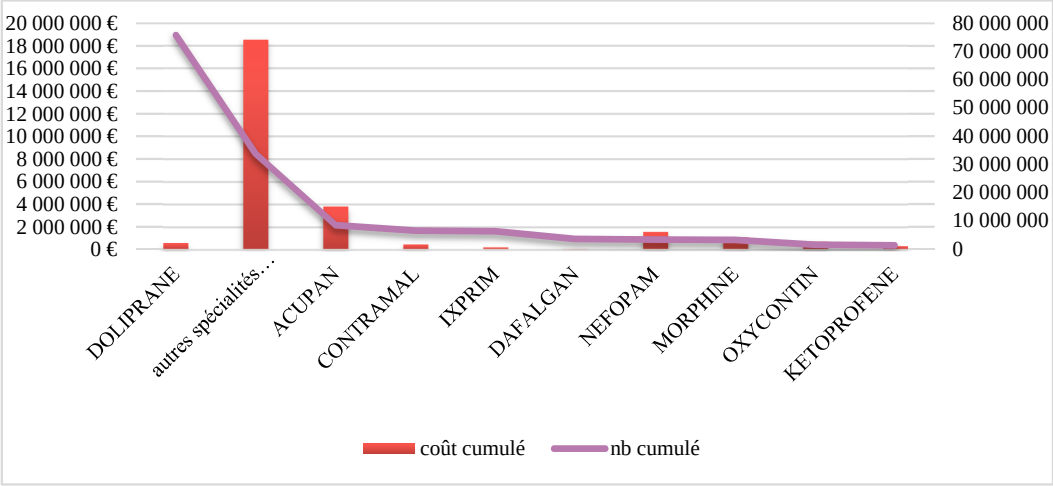
[96] Soit un coût total inférieur à 2 000 € pour une quantité livrée de près de 200 000 unités.

Un volume très significatif de médicaments quasi-gratuits au CH de Haut-Anjou

Le CH de Haut-Anjou (membre du Groupement régional pharmacie Pays de La Loire (GRPPL) a obtenu, entre 2010 et 2015, 10,6 millions d'unités à un prix quasi nul[97] soit 48 % du total du CH en quantité pour 5 % en valeur. Les produits concernés correspondent aux produits phares délivrés quasi gratuitement aux EPS de l'échantillon, à l'exemple du Doliprane®, dont 2,6 millions d'unités ont été fournies. Au total, un même laboratoire a livré, au travers de 31 marques, 7,6 millions d'unités à faible coût au CH depuis 2010, soit 72 % du volume de produits à moins de 0,01 € l'unité.

En rapprochant coût et nombre cumulés, ressort le positionnement dominant, en volume acheté, du Doliprane®, par rapport aux autres spécialités disponibles de la même molécule.

Graphique n° 7 : les dix antalgiques les plus achetés depuis 2010



Source : rapports des CRC (14 EPS), calculs Cour

Plusieurs établissements ont indiqué que certaines spécialités pouvaient être obtenues à prix très faible lorsque les laboratoires cherchaient à favoriser leur usage en sortie d'hospitalisation. Leur usage au cours du séjour ou leur prescription à l'issue par un praticien hospitalier constituent toujours un enjeu. Ainsi, le Doliprane® prescrit à l'hôpital et délivré en ville génère-t-il un chiffre d'affaires de près de 30 M€. Il est en tête des spécialités de paracétamol sur ce créneau, devant le Dafalgan® et l'Efferalgan® (12 M€), dans un contexte où le Doliprane® constitue également le 4ème chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique en officine (tous modes de délivrance confondus).

2 - Un marché peu lisible et mal connu

Les différents acteurs publics ne disposent aujourd'hui que d'une vision parcellaire de la réalité de l'achat des médicaments par les établissements : les prix réellement payés par les hôpitaux ne sont pas recensés, les écarts de prix lorsqu'ils sont connus (comparaison entre

[97] Inférieur à 0,01 €.

groupements, données recueillies en vue du reversement d'une partie de la marge) ne sont pas analysés, les données de consommation compilées par le GERS[98] non plus. Les pouvoirs publics ne sont pas, à ce jour, en mesure, de connaître les prix d'achat des médicaments intra-GHS, d'évaluer la pénétration des médicaments génériques et des biosimilaires ou d'analyser les pratiques de prescription hospitalière.

Alors que l'enquête « médicaments » désormais reprise par l'ATIH (*cf. supra* chapitre I) souffre d'un taux de réponse très médiocre, le ministère de la santé ne s'est pas donné les moyens de remédier à cette sous-information en rendant obligatoire la contribution des établissements à cette enquête, de consolider les éléments épars dont il dispose et de les mettre à disposition du tarificateur (CEPS) et des financeurs (assurance maladie). Certes, une mission d'observation de l'achat à l'hôpital[99] a été confiée au CEPS en 2016 mais elle n'en est qu'à ses débuts (repérage des produits générant les EMI les plus élevés et baisses de prix proportionnelles) et son champ est limité.

Comme le reconnaît la direction de la sécurité sociale, le signal prix fourni par les achats des établissements « *ne peut être mobilisé de manière optimisée* » par les pouvoirs publics du fait d'une asymétrie d'information sur les prix réels d'achats. Ces déficiences interdisent au CEPS de pratiquer une baisse des prix, sur le fondement du prix réel payé par les hôpitaux (intégrant les remises de fin d'année ou sur volume) aussi bien pour les médicaments achetés par les hôpitaux et également commercialisés en ville, que pour les médicaments de la liste en sus ou rétrocédés.

3 - Une négociation opaque sur un périmètre réduit

La réalité de la négociation du prix des médicaments à l'hôpital est complexe à mesurer.

a) Une négociation qui porte principalement sur le champ réduit des médicaments en concurrence

Que le médicament soit inclus ou non dans le GHS, la possibilité de négociation dépend principalement de l'existence ou non d'un brevet sur une molécule et de l'existence ou non d'une alternative thérapeutique potentielle (plusieurs médicaments dans une même classe, médicaments génériqués ou biosimilarisés). Selon les évaluations de la DGOS, 55 % du volume d'achats des médicaments serait en « vrai monopole », c'est-à-dire avec brevet et sans alternative[100]. Cela ne signifie pas que la négociation est impossible sur les médicaments en

[98] Le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS) est un groupement d'intérêt économique créé par les entreprises de l'industrie pharmaceutique.

[99] Lettre d'orientation du 17 août 2016 : « Le Comité observera en outre de manière régulière les prix réels d'achat des médicaments hospitaliers, de façon à revoir les tarifs de responsabilité et tirer ainsi partie du dynamisme des politiques d'achat des établissements ou de l'arrivée d'une nouvelle offre concurrentielle (générique ou biosimilaire) ».

[100] En 2011, la DREES évaluait la part du monopole à 46 % hors GHS (liste en sus) et à 35 % dans le GHS, soit plus de 80 % du total des médicaments.

monopole mais elle est complexe à mettre en œuvre, donne des résultats limités et ne porte pas prioritairement sur le prix.

La répartition des catalogues entre médicaments en monopole ou dans le secteur concurrentiel diffère selon la catégorie d'établissements ou le catalogue des groupements[101] et dépend des activités réalisées au sein de chacun d'entre eux. Il en découle un fort écart au sein de l'échantillon : le recours aux produits en monopole atteint 85,5 % à l'AP-HP contre 46,2 % pour l'EPSM du Morbihan.

Si la connaissance du catalogue est essentielle à la définition et au pilotage d'une politique d'achats performante, elle souffre cependant dans certains hôpitaux de lacunes importantes. Ainsi, l'AP-HM n'a pas été en mesure de fournir la part des médicaments en monopole ni un ordre de grandeur des enjeux.

b) Un dispositif d'intéressement à l'efficacité limitée pour les molécules de la liste en sus

Les médicaments inscrits sur la liste en sus y figurent en raison de leur coût[102]. Ils comprennent donc des produits innovants et en exclusivité à quelques exceptions près (érythropoïétines, immunoglobulines, quelques médicaments anticancéreux). Peuvent aussi y figurer des biosimilaires et des génériques. Les molécules onéreuses constituent une part prépondérante de la dépense pharmaceutique hospitalière. Elles ont ainsi continûment représenté, depuis 2010, plus de la moitié des dépenses des établissements de l'échantillon, toutes catégories confondues, à l'exception des plus petits d'entre eux.

Ces spécialités sont intégralement remboursées aux hôpitaux, en sus des prestations d'hospitalisation, sur la base du tarif de responsabilité[103], fixé par voie de convention entre le laboratoire pharmaceutique et le CEPS. Si les hôpitaux obtiennent, par la négociation avec les laboratoires, des prix inférieurs à ce tarif de responsabilité, ils conservent la moitié de la marge ainsi dégagée, l'autre moitié étant versée à l'assurance maladie (« écart médicament indemnisable » ou EMI). Le même dispositif a été étendu aux médicaments destinés à la rétrocession depuis le 1er juillet 2015. La prise en charge de l'assurance maladie peut au contraire être inférieure à la dépense réelle si l'établissement a acheté une ou des molécules onéreuses à un tarif supérieur au tarif de responsabilité.

Sans être inexistants, les effets de la négociation rapportée à la dépense totale de médicaments de la liste en sus apparaissent peu importants : en 2014, la marge totale obtenue par l'ensemble des établissements a été de 2,51 %, soit 51 M€ sur une dépense de 2,3 Md€. En

[101] Le RESAH estime, en ce qui le concerne, que les médicaments en monopole représentent environ 80 % du montant de ses achats.

[102] Le décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (décret dit « liste en sus ») a précisé la procédure de demande d'inscription sur la liste en sus, ainsi que les critères objectifs d'inscription ou de radiation. S'agissant du coût notamment, il doit dépasser de 30 % le montant du forfait et n'être pas compatible avec les tarifs des séjours concernés. Cohabitent ainsi sur la liste à la fois un produit à 11 000 € et un autre à 3 €.

[103] Sous conditions d'adhésion et de respect du contrat de bon usage des soins, sinon un remboursement à taux réduit est pratiqué.

2015, elle n'a atteint que 36 M€, du fait essentiellement de la mise en œuvre de dispositifs de contournement de la baisse des prix sous forme de remises diverses non déclarées par les établissements (*cf. infra*). Le même faible rendement de l'écart indemnisable est constaté sur les dispositifs médicaux de la liste en sus[104].

Un écart au tarif indemnisable (ETI) également inefficient pour les dispositifs médicaux[105]

En 2014, le montant total de l'écart indemnisable sur les dispositifs médicaux de la liste en sus s'est élevé à environ 30 M€, soit moins de 2 % du total des dépenses engagées (3,3 % dans le secteur public et seulement 0,1 % dans le secteur privé). Cette différence de taux se retrouve quel que soit le type de dispositifs implantables et ne semble pas liée à l'ampleur des volumes de dispositifs posés dans les établissements. Au sein des établissements publics de santé, les pratiques ne sont pas uniformes et les rabais obtenus varient beaucoup d'un établissement à l'autre.

Pour la CNAMTS, le montant dérisoire de l'ETI par rapport aux dépenses engagées, la quasi-inexistence de ceux-ci dans le secteur privé et l'extrême variabilité entre les établissements laissent supposer une sous-déclaration importante au détriment de l'assurance maladie, ou des pratiques commerciales non transparentes. Outre le fait que le mécanisme de l'ETI ne conduit pas à des économies substantielles, il ne permet pas non plus de révéler les prix de marché utiles à la régulation globale des tarifs.

L'examen des données d'achats pour 2015 des molécules onéreuses de l'ensemble des CHRU (cf. annexe n° 5) met en évidence des situations très contrastées, aussi bien s'agissant du poids des molécules onéreuses que des économies réalisées. Les 32 CHRU ont réalisé, collectivement, une économie de négociation de 39,3 M€[106] sur un total de dépenses de 1,2 Md€ soit une marge de 3,2 % par rapport au tarif de responsabilité. L'AP-HP se distingue très nettement des autres CHU en termes de poids financier des molécules onéreuses. Elle dépense quatre fois plus à ce titre que les HCL et six fois plus que l'AP-HM. Elle obtient en parallèle cinq fois plus d'économies sur les tarifs que l'AP-HM et 33 fois plus que les HCL. L'économie qu'elle a réalisée en 2015 (11,3 M€) représente 29 % de l'économie totale réalisée par les CHRU.

[104] De la même façon que les médicaments, les dispositifs médicaux font l'objet d'un remboursement différencié selon qu'ils sont inclus dans les groupes homogènes de malades (GHM) financés dans le cadre de la tarification à l'activité ou inscrits sur la liste en sus (dispositifs médicaux implantés plus de trente jours dans le corps humain), remboursés individuellement par l'assurance maladie en plus des dépenses liées aux groupes homogènes de séjours (GHS).

[105] Rapport charges et produits 2017 – CNAMTS – pages 114 et suivantes « Les effets pervers des mécanismes incitatifs pour la liste en sus ».

[106] Le fait que l'économie générée par les CHU soit supérieure à l'économie totale signifierait que d'autres établissements ont réalisé des marges négatives.

L'exemple de la marge obtenue pour l'ALIMTA

L'achat de médicaments est totalement mutualisé au sein des centres de lutte contre le cancer (CLCC) par UNICANCER Achats. Pour l'année 2015, la marge réalisée a atteint 816 100 €. 60 % de cette marge a été réalisée sur l'ALIMTA pour lequel UNICANCER a obtenu une diminution de tarif de 481 343 €. Ce résultat, favorable pour les CLCC, contraste avec la perte déclarée par l'AP-HP auprès de l'ATIH pour la même molécule d'un montant équivalent (-527 424 €). Selon l'AP-HP, le montant de la perte constatée serait plus théorique (erreurs de déclarations) que réel. Ce résultat inversé fait cependant ressortir la forte relativité du système actuel de gains et de pertes déclarés.

Ces données montrent le faible impact de la négociation et probablement aussi la persistance d'un trop grand nombre d'acheteurs.

c) L'écart médicament indemnisable (EMI) : un dispositif complexe et largement détourné

L'ensemble des CHRU ont été interrogés[107] sur leurs résultats propres (taux de marge comparé à des établissements similaires) et sur leur appréciation du mécanisme général de négociation-déclaration-intéressement au titre des molécules onéreuses de la liste en sus. Les nombreux dysfonctionnements qu'ont signalés les 22 établissements qui ont répondu et les critiques étayées que certains d'entre eux ont émises à l'encontre de ce dispositif confirment les constats de l'enquête.

Des explications techniques et médicales aux écarts de marge

La plupart des établissements ont évoqué les limites du dispositif de remontée des données de prix à l'ATIH qui permettraient aux établissements tantôt de saisir des prix d'achats (HT ou TTC) tantôt des prix moyens pondérés avec intégration ou non dans ces derniers d'unités gratuites ou de remises sur chiffre d'affaires, tantôt encore le prix de leur dernière facture. La clarification des règles de remontée d'informations sur les dépenses déclarées, en précisant les prix à utiliser, permettrait de fiabiliser les comparaisons entre établissements. La complexité globale du dispositif est par ailleurs critiquée (augmentation du nombre des produits concernés, modifications fréquentes des prix d'achat et de tarifs de responsabilité en cours d'exercice, retard de mise à jour des bases de données de l'ATIH, limites du système local d'information qui s'adapte difficilement à ces mécanismes…).

Des explications d'ordre médical ont aussi été présentées par la quasi-totalité des CHRU pour expliquer les écarts de marge constatés. Elles portent à la fois sur les différences de case-mix (par exemple, du fait d'une activité importante en cancérologie), les pratiques locales de prescription, le resserrement des références et la mise à jour des livrets thérapeutiques.

La pratique générale de gains non tarifaires

Les établissements, de façon unanime, ont mis en avant les réticences des fournisseurs à afficher des prix inférieurs au tarif de responsabilité (prix facial) du CEPS dans la crainte d'une renégociation à la baisse de ce dernier par le comité.

[107] Les 32 CHRU ont été interrogés sur leur résultat d'EMI, comparativement aux établissements équivalents. 22 ont fourni des réponses et leur analyse du dispositif.

Ce refus des fournisseurs de se démarquer du prix fixé par le CEPS conduit les établissements à négocier des gains d'une autre nature. Ont ainsi été cités dans les réponses :

- des remises sur chiffre d'affaires, sur volumes ou de fin d'année ;
- des unités gratuites ;
- un intéressement sur prestation logistique : ces remises qui sont fondées sur une meilleure organisation de l'établissement (optimisation du nombre de commandes, cadenciers, etc.) doivent, selon les CHU, revenir en intégralité aux établissements. Elles ne sont jamais déclarées ;
- l'escompte.

L'ensemble de ces facteurs rend, selon le CHR de Metz-Thionville, difficile « *de disposer d'une réelle visibilité sur les prix pratiqués par les fournisseurs* » et d'avoir une « *comparabilité des prix moyens pondérés des différents établissements* ».

La multiplication et la généralisation de ces remises et des différentes pratiques commerciales des laboratoires au sein des établissements[108], pose en outre une série de difficultés. En premier lieu, il est impossible de mesurer, au travers des données remontant à l'ATIH, si ces remises sont déclarées par les hôpitaux et, dans l'affirmative, si elles le sont en totalité. Il est probable, qu'à l'instar de ce qui est pratiqué au sein des HCL (cf. encadré ci-dessous), de nombreux établissements ne les déclarent pas, privant l'assurance maladie d'une partie des économies qui lui revient.

La pratique relevée au cours de l'enquête de la chambre régionale des comptes d'Auvergne Rhône Alpes sur les Hospices civils de Lyon semble en effet très répandue, même si ce cet établissement a poussé la logique du contournement de l'EMI jusqu'à un point qui lui permet d'afficher la marge d'EMI la plus faible de tous les CHU (0,5 % en 2015).

Les écarts entre l'EMI facial des HCL et la réalité des bénéfices annexes

En matière de liste en sus, les HCL affichent un prix d'achat proche du tarif de responsabilité et par conséquent une faible marge : 0,345 M€ en 2015, soit -65 % par rapport à 2010. La part perçue par l'établissement n'atteint que 0,164 M€ en 2015, soit un taux de marge 7 à 10 fois inférieur aux deux autres EPS comparables. En approfondissant l'analyse, il ressort que :

- presque aucune molécule onéreuse n'est achetée au-delà du tarif de responsabilité, résultat d'un mécanisme de veille au plus près d'un changement du tarif de responsabilité ;
- les tarifs sont proches, en général, du tarif de responsabilité, avec des EMI faibles, ce que les HCL relient à leur approche globale et au changement de politique commerciale des laboratoires. Les HCL négocient en effet de fortes remises sur volume a posteriori.

Ces remises annuelles ont de fait peu à peu remplacé les baisses faciales de prix. Cette stratégie permet au laboratoire d'afficher un prix de commercialisation élevé.

[108] Un CHU évoque les « interventions multiples [des fournisseurs] au niveau des praticiens et des pharmaciens », pas différentes au demeurant de celles constatées pour les autres médicaments.

De plus, ces remises accordées *a posteriori* par les industriels ne figurent pas dans les tableaux de remontées à l'assurance maladie, les HCL conservant la totalité des remises obtenues, alors que si ces gains d'achats avaient été déclarés, ils n'en auraient perçu que la moitié. Au cas d'espèce, l'établissement indique avoir obtenu en 2015 en équivalence « économie brute » des remises de 3,23 M€ qui, ajoutées aux 0,345 M€ déclarés, soit un total brut de 3,58 M€, aboutissent un taux de marge de 4,8 % équivalent à ceux des EPS comparables, mais qu'il conserve intégralement.

Par ailleurs, les HCL obtiennent des produits gratuits, des prêts de matériels et des financements de recherche.

En second lieu, la pratique de remises dites « de couplage »[109], qui consistent à lier le versement de la remise à un achat non seulement de la molécule onéreuse mais aussi d'autres spécialités produites par le fournisseur dans le secteur concurrentiel, et en particulier les spécialités pharmaceutiques intégrées dans les tarifs des GHS, est avérée même si elle difficile à prouver. L'Autorité de la concurrence, qui a déjà eu à examiner ce type de remise, a jugé qu'elle faussait le jeu de la concurrence[110]. Par ailleurs, les remises sur les progressions de marché ou sur les volumes ne peuvent qu'inciter les prescripteurs à une consommation accrue de ces molécules.

Les constats de la Cour sur les limites du dispositif de l'EMI sont partagés par le CEPS qui reconnaît que le dispositif de l'EMI est vraisemblablement largement contourné par des remises parallèles et par la CNAMTS qui estime que la traçabilité de ce système n'est pas optimale.

Ces stratégies ne constituent pas seulement un contournement du dispositif réglementaire au détriment de l'assurance maladie. Elles sont aussi potentiellement porteuses d'atteintes graves à la concurrence et à la probité, ainsi que l'indique un établissement : *« les laboratoires font preuve d'une formidable et constante adaptabilité en réponse aux évolutions de nos stratégies de prise en charge et on ne peut pas nier l'existence de certaines pratiques commerciales qui bafouent toutes considérations éthique et morale* ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'attention portée à la régularité et à la probité de la commande publique dans le secteur hospitalier apparaît insuffisante. D'une part, de nombreuses faiblesses ont été constatées, à l'occasion des contrôles, dans la régularité et la qualité des procédures tant dans la passation que dans l'exécution des marchés publics. D'autre part, à l'exception de quelques établissements, la prévention des conflits d'intérêts dans le processus d'achat est peu prise en compte. Enfin, à l'exception des chambres régionales des comptes, les autorités chargées de la

[109] Remises accordées par une entreprise en position dominante sur un marché et susceptible de fausser le jeu de la concurrence sur un autre marché (Autorité de la concurrence – études thématiques 2004 : « Les remises, rabais et ristournes en droit de la concurrence »).

[110] Décision 03-D-35 du 24 juillet 2003. Dans le cas du laboratoire pharmaceutique Novartis, qui détenait une position dominante sur le marché de la ciclosporine (médicament anti-rejet pour les greffes), le Conseil de la concurrence a considéré que les remises accordées aux hôpitaux, liant l'achat de cette spécialité à l'achat d'autres médicaments faussaient le jeu de la concurrence sur le marché de ces médicaments sur lequel il existait d'autres offreurs.

répression des atteintes aux règles en matière de marchés publics apparaissent peu investies sur le secteur hospitalier et celles en charge des pratiques anti-concurrentielles font état d'un nombre de signalements peu fréquents.

L'efficience de la politique d'achat est très mal mesurée. Ainsi, l'indicateur « gain d'achat », qui sert à valoriser l'action des acheteurs mais ne traduit pas des gains budgétaires, est utilisé comme indicateur principal du programme PHARE. Outre des limites méthodologiques intrinsèques, l'exactitude des résultats est très incertaine du fait des nombreux biais dans les déclarations des gains par les établissements et dans la consolidation des données. Ces hypothèses de gains d'achat qui ne se traduisent pas par des réalisations d'économies budgétaires effectives, ont en outre servi, de manière artificielle, à construire les mesures d'économies de l'« ONDAM hospitalier ». Le dispositif d'évaluation de la performance devrait être redéfini dans le cadre d'un contrôle de gestion des achats. En outre, le suivi de l'efficience de la mutualisation des achats est rarement effectué par les établissements qui restent dans une grande méconnaissance des bénéfices retirés (ou non) des achats mutualisés. Enfin, le dispositif actuel d'achat des médicaments présente de fortes limites. Il se caractérise par des contournements de la réglementation applicable dans le cadre de la liste en sus au détriment de l'assurance maladie (avantages annexes non systématiquement déclarés), par un nombre encore trop important d'acheteurs dispersés, par une asymétrie d'informations entre fournisseurs et acheteurs et par une méconnaissance complète des prix d'achat des médicaments inclus dans les GHS. Les autorités ministérielles ne sont ainsi pas en capacité de piloter précisément cette politique faute d'une information exhaustive et fiable sur l'état réel du marché. En définitive, seuls quelques établissements peuvent espérer tirer bénéfice des procédures actuelles d'achat, soit en raison de leur poids, soit, exceptionnellement, parce que le jeu d'acteurs offre une occasion de meilleure négociation.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

4. *rendre obligatoire, au sein des établissements publics de santé et des groupements d'achats, le dépôt de déclarations d'intérêts des agents participant, dans le processus achat, à la définition du besoin et à l'analyse des offres (ministère de la santé, établissements) ;*
5. *fiabiliser le mode d'établissement des gains d'achat et clarifier les conditions de leur prise en compte dans la trajectoire de l'« ONDAM hospitalier » (ministère de la santé) ;*
6. *mettre en place dans les GHT, en complément de l'indicateur « gain d'achat », des indicateurs de mesure de la performance de l'achat hospitalier à partir de données budgétaires et comptables fiabilisées (ministère de la santé) ;*
7. *organiser et rendre systématique des parangonnages entre les groupements d'achats nationaux et régionaux ; en rendre publique la méthodologie et en partager les résultats entre tous les opérateurs (ministère de la santé, agences régionales de santé) ;*
8. *remplacer l'« enquête médicaments » facultative par une déclaration annuelle et obligatoire par les établissements, au travers du PMSI, des prix d'achat des médicaments et des dispositifs médicaux intra et hors GHS, intégrant l'ensemble des avantages annexes obtenus lors de l'achat (ministère de la santé, comité économique des produits de santé).*

Chapitre III

Améliorer la performance des achats hospitaliers

La réforme des groupements hospitaliers de territoire (GHT) constitue une opportunité d'évolution structurelle de la fonction achat dont toutes les conséquences doivent être tirées. Le système actuel d'achat des médicaments, dont l'efficience n'est pas établie, est pour sa part à réinterroger en profondeur.

I - Une mutation à réussir : le transfert de la fonction achat des établissements aux groupements hospitaliers de territoire

Créés à la suite de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016[111], les 135 groupements hospitaliers de territoires (GHT) regroupent pour l'exercice de fonctions dites « mutualisées » les établissements publics de santé d'un même territoire autour d'un établissement support. Parmi ces fonctions mutualisées, figure en particulier la fonction achat. Ainsi, alors que jusqu'à présent, près d'un millier d'hôpitaux effectuaient des achats, la création de ces groupements devrait diviser par 7 le nombre d'entités chargées des achats au sein de l'hospitalisation publique, ce qui devrait contribuer à fortement rationaliser l'organisation de l'achat. Le dégagement des gains d'efficience attendus de la mise en œuvre de cette réforme suppose cependant de clarifier les modalités de mutualisation de l'achat au sein des GHT et l'articulation de ces derniers avec les groupements d'achats préexistants.

Le cadre réglementaire : la fonction achat, une compétence obligatoire des GHT

Selon l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé, chaque établissement public de santé est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire (GHT) qui n'est pas doté de la personnalité morale. Les conventions constitutives des GHT devaient être signées avant le 1er juillet 2016 et être soumises à l'approbation du directeur général de l'ARS.

[111] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Aux termes de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, le GHT « *assure la rationalisation des* modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ». L'article L. 6132-3 I du code de la santé publique prévoit ainsi que « l'établissement support désigné par la convention constitutive » assure « la fonction achat » pour le compte des établissements parties au groupement. La fonction achat est donc une compétence à caractère « obligatoire » de l'établissement support du GHT[112].

Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire a précisé les contours de cette fonction achat. L'article R. 6132-16 du code de la santé publique détaillait ainsi les missions comprises dans la fonction achat : « l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement », « la planification et la passation des marchés », « le contrôle de gestion des achats », « les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques ». Le décret du 27 avril 2016 précise également qu'un plan d'action des achats du GHT est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement (au plus tard le 1er janvier 2017). À la lecture de ces textes, la création des GHT conduisait donc à un transfert obligatoire de compétences au profit de l'établissement support, qui devait désormais gérer la plupart des étapes du processus de la commande publique.

Le décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire a, tout récemment, modifié le périmètre de la fonction achat devant être transférée à l'établissement support du GHT. Le I de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique dispose désormais que « 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. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics » tandis que « l'établissement partie au groupement hospitalier de territoire assure l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance ».

A - Le GHT, un levier majeur d'évolution de l'achat hospitalier

1 - Un regroupement permettant de structurer davantage la fonction achat

Le transfert de la fonction achat des établissements membres doit permettre de définir au niveau de l'établissement support du groupement une stratégie et de structurer une fonction achat plus professionnalisée et mieux outillée, y compris pour sécuriser juridiquement les procédures de marchés publics. Sa mise en œuvre suppose une série d'étapes préalables :

- le recensement des achats des établissements membres du GHT, des procédures de marché en cours et de leurs échéances ;
- l'identification des personnels dédiés à l'achat et des compétences d'expertise ;
- la définition d'une stratégie achat validée par les instances de gouvernance du GHT et ayant pour but de faire converger les stratégies d'achats en exploitation mais aussi en investissement, en particulier lorsqu'elles impactent les achats de consommables et de maintenance ;

[112] Les compétences « obligatoires » confiées à l'établissement support (achat mais aussi système d'information, département de l'information médicale, coordination des écoles de formation paramédicale) sont à distinguer des compétences « facultatives » prévues à l'article L. 6132-3 II du code de la santé publique.

- la mise en place d'une direction achat transversale et professionnalisée, réunissant les acheteurs des différents établissements même si cela n'implique pas nécessairement un regroupement physique de toutes les équipes ;
- l'installation d'un contrôle de gestion des achats ;
- la mise en place d'un système d'information achat (SI achat) qui devra permettre le traitement et l'analyse de données, la remontée d'informations, la planification, la publication des procédures, la dématérialisation des processus, la gestion électronique des documents. Cela implique d'harmoniser les logiciels de gestion économique et financière et d'acquérir des logiciels spécialisés.

Sur ce dernier point, le programme PHARE a affirmé depuis 2015 la nécessité de doter les établissements d'un système d'information achat, compte tenu des manques constatés (cf. chapitre I). Les textes ayant par ailleurs prévu que chaque GHT doit mettre en place en son sein un système d'information convergent d'ici à 2020, il conviendrait de donner la priorité à la prise en compte du SI achat dans le schéma général de convergence des applications informatiques. Le programme Hôpital numérique pourrait fort utilement accompagner sa mise en place, comme l'a déjà recommandé la Cour, de manière à ce qu'il soit orienté vers la convergence des systèmes d'information au sein des GHT[113].

S'il n'est pas souhaitable d'avoir une organisation standardisée de la fonction achat au regard des situations extrêmement différentes des GHT, quelques invariants apparaissent déterminants comme le souligne la DGOS : mise en place de filières d'achat transverses à l'ensemble du GHT, rattachement du contrôle de gestion achat et de la maîtrise d'ouvrage du SI achat aux responsables de la fonction achat, mise en place d'un comité opérationnel chargé de piloter la production et le suivi du plan d'action des achats, utilisation optimale des expertises achat présentes dans les établissements membres du GHT en leur confiant des responsabilités de filières d'achat ou de segments complets d'achat, mise en place d'un référent achat par établissement pour maintenir une relation de proximité entre la structure d'achat centrale et les acteurs des établissements membres.

2 - Un cadre pour professionnaliser le processus d'achat

La mutualisation des expertises en matière d'achat au sein des GHT devrait permettre de mieux mobiliser les leviers de l'achat identifiés dans le cadre du programme PHARE, en particulier en termes de définition du juste besoin et de l'optimisation de la logistique et de l'exécution du marché.

a) Mieux définir les besoins et généraliser l'approche en coût complet

Un des enjeux de la professionnalisation de l'achat est de mieux définir le besoin en associant l'acheteur et le prescripteur. Comme le souligne UNICANCER Achats, groupement

[113] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2016*, chapitre VIII, « la modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer », p. 329-361, La Documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr.

d'achats des centres de lutte contre le cancer, le dialogue prescripteur-acheteur permet de définir le juste besoin en évitant les surcoûts liés à l'inadéquation ou la sur-qualité, favorise une adhésion des clients internes des établissements à des solutions qui ont été élaborées par leurs pairs ainsi qu'un respect des conditions de marché au niveau de l'exécution[114].

L'achat des équipements d'imagerie : des exemples d'association étroite des prescripteurs

Au sein de l'échantillon, les achats d'imagerie sont généralement pris en charge par la direction des affaires économiques[115], à l'issue d'un travail conjoint avec le(s) médecin(s) prescripteur(s). Au CHU d'Amiens, depuis 2012, un plan des équipements biomédicaux, établi par l'équipe des ingénieurs du département des ressources biomédicales et validé par les instances, détermine les besoins et le budget, entre autres des équipements d'imagerie médicale. À l'AP-HP, la collégiale de radiologie est associée aux différentes étapes de la procédure dont les modalités diffèrent en fonction de l'importance de l'achat : projets structurants décidés en directoire, équipements matériels lourds et renouvellements courants des équipements autres. La collégiale de radiologie apporte le regard d'utilisateurs avertis et évite le travers de « l'opérateur dépendant »[116] par le croisement d'avis multiples. La standardisation y est la règle : seuls quelques équipements très spécifiques peuvent être achetés directement par les hôpitaux après accord de l'Ageps.

Si la volonté des établissements de distinguer le besoin exprimé par les équipes médicales et l'acte d'achat dans un souci de professionnalisation paraît établie, la réflexion sur la connaissance des besoins effectifs est insuffisante. Ainsi, le renouvellement des équipements semble conserver un caractère automatique. À cet égard, la démarche du CH d'Arras d'évaluation du besoin et d'approche en coût complet peut être mise en exergue : celui-ci a acquis en 2014 un scanner 16 barrettes au prix de 441 K€, au lieu d'un équipement 64 barrettes comme précédemment au prix de 785 K€, soit une économie de 344 K€.

Les HCL, avec une volonté d'homogénéisation des équipements, ont effectué un renouvellement groupé de 78 échographes, avec un gain financier de 1 M€ en investissement et 92 K€ en exploitation. L'établissement a également développé une stratégie novatrice en matière d'imagerie dans le cadre du « projet GOPI » (gestion optimisée du parc d'imagerie) qui repose sur les objectifs suivants : pérenniser des équipements innovants dans un contexte financier contraint et développer des activités de recherche, donner de la visibilité aux équipes médicales sur la planification, assurer la bonne disponibilité des équipements, avoir une veille concurrentielle. Les HCL ont choisi de retenir un fournisseur unique, pour une durée de 12 ans et pour un montant de 67,7 M€ avec une clause d'exclusivité à hauteur de 70 %[117]. Le projet qui porte sur 77 équipements d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de médecine nucléaire -soit 45 % du parc d'imagerie des HCL- est présenté comme un partenariat industriel présentant les avantages suivants : visibilité – notamment sur le renouvellement des équipements dont le rythme est accéléré : 5 à 7 ans au lieu de 10 ans -, partage du risque, maîtrise des coûts à moyen terme. Le coût total de possession du parc considéré en 2015 était, en effet, de 6,2 M€, soit 78 M€ sur 12 ans. Le recul manque toutefois pour une réelle évaluation de la performance de ce montage juridiquement complexe.

Le cadre nouveau d'organisation des soins que constitue le GHT pourrait permettre de développer une analyse du besoin en termes fonctionnels, c'est-à-dire au regard de la finalité

[114] En 2015, 130 experts des CLCC ont participé aux projets d'UNICANCER Achats dont 25 % de médecins spécialistes, 19 % de pharmaciens, 18 % d'acheteurs et 8 % de physiciens.
[115] L'intitulé de la direction varie d'un établissement à l'autre.
[116] L'acte professionnel ou le matériel utilisé est dit « opérateur-dépendant » lorsque des variations dans leur mise en œuvre apparaissent liées à la personnalité de l'opérateur en action.
[117] Dans 30 % des cas les HCL peuvent donc passer, *via* l'industriel, par une marque tiers pour acquérir une solution technologique non proposée par le fournisseur titulaire du marché.

du bien ou du service que l'on cherche à acquérir. Une évolution vers un « achat projet », prenant en compte les effets de l'achat sur la chaîne du soin, en cherchant en particulier à avoir un impact sur la diminution de la durée moyenne du séjour et sur le coût global des soins, est en effet particulièrement souhaitable.

En outre, la définition du besoin devrait mieux prendre en compte les problématiques des effets en coût complet des achats envisagés. En effet, une telle approche en coût complet favorise l'anticipation sur le cycle de vie des produits achetés, sur leurs conditions précises d'utilisation ou d'installation, sur leur maintenance et sur la prise en compte du développement durable dans l'achat. Elle est encore incomplètement intégrée dans les analyses des acheteurs. Les travaux des chambres régionales des comptes ont montré que les établissements de l'échantillon pratiquent désormais l'approche en coût complet pour leurs achats d'imagerie médicale[118], même si la démarche est encore perfectible à l'instar de celle du CHR d'Orléans qui ne réalise d'étude de coût complet que lors de l'installation d'un appareil correspondant à une nouvelle prise en charge médicale[119].

b) Optimiser le suivi de l'exécution des marchés et la logistique

Dans un état des lieux de la fonction logistique hospitalière réalisé en juin 2014, le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) a constaté que la fonction logistique représente un coût annuel d'environ 1 Md€ (dont 80 % de coût de main d'œuvre) et a fait état de gisements de productivité importants en constatant que :

- la fonction est l'apanage des pharmaciens hospitaliers (pour les médicaments et les dispositifs médicaux, dont les responsabilités vont au-delà du circuit du médicament et qui ne peuvent développer toutes les compétences logistiques requises ;
- il existe souvent un magasin général et une pharmacie à usage intérieur (PUI) séparés au niveau de chaque établissement ;
- il existe peu de mutualisation des plates-formes entre établissements et encore moins d'externalisation vers des prestataires dédiés (même si avec le plan Hôpital 2007, les CHU ont investi dans la création de plates-formes logistiques modernes)[120] ;
- les expériences de mutualisation et d'externalisation ont dans l'ensemble généré peu de gains, faute d'encadrement approprié (pas de suivi rapproché du retour sur investissement ou des gains en personnel, pas de contraintes pour obliger les établissements à participer au GCS logistiques). La réglementation contraignante sur les PUI bloque également les possibilités de mutualisation.

---

[118] Sur ces questions cf. Cour des comptes, *Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat* : L'imagerie médicale, mai 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

[119] Les économies en imagerie proviennent également de la disparition des supports physiques (films, frais postaux, reprographes, etc.) et du déploiement de la numérisation des images (PACS-*Picture archiving and communication system*) qui se généralise.

[120] La Cour avait cependant constaté en 2013 que le regroupement des fonctions logistiques des CHU était encore embryonnaire (Cour des comptes, *Communication à la commission des finances du Sénat*, La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins, juin 2013, p59-60, disponible sur www.ccomptes.fr).

Dans le cadre du programme PHARE, la DGOS a proposé une « boîte à outils logistique » pour aider les établissements à élaborer un plan d'action achats-logistique avec l'ambition qu'il y ait un processus achat et logistique au niveau des meilleures pratiques dans tous les établissements en 2017.

La problématique d'optimisation de la logistique est encore plus pressante avec la mise en place des GHT. Même si, selon les textes[121], la gestion des activités logistiques par l'établissement support du GHT n'est que facultative, une prise en compte à l'échelle du GHT permettrait de favoriser les synergies avec la fonction achat *stricto sensu*. Cela nécessite de mener une réflexion sur les lieux de stockage et de repenser les moyens de distribution au niveau du territoire. À ce titre, une étude d'opportunité sur la mise en place d'une plateforme logistique à l'échelle du GHT, internalisée ou externalisée, devrait aussi, le moment venu, être engagée. Les plateformes existantes pourraient également être étendues aux autres membres du GHT. À Marseille, l'AP-HM dispose d'une plateforme logistique depuis avril 2013 regroupant la blanchisserie, la restauration, les magasins et la stérilisation[122]. La question d'une possible ouverture de la plateforme aux autres établissements du GHT dans le cadre de l'actuel contrat de partenariat-public privé pourrait se poser, la plateforme étant aujourd'hui surdimensionnée par rapport aux besoins de l'AP-HM. Cela nécessiterait toutefois d'attendre l'arrivée à échéance des marchés en cours et de lever quelques incertitudes juridiques sur l'éventuelle obligation pour les établissements membres d'utiliser les moyens de l'hôpital support ou sur la nécessité pour l'AP-HM de répondre à un appel d'offres dans le cadre d'une mise en concurrence.

La mise en place de stocks déportés mutualisés pour limiter les conséquences des ruptures d'approvisionnement pourrait également être facilitée dans le cadre des GHT.

La gestion des ruptures d'approvisionnement de médicaments

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) surveille les ruptures/risques de rupture de stocks des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), c'est-à-dire des médicaments dont l'indisponibilité transitoire, totale ou partielle, est susceptible d'entraîner un problème de santé publique[123]. Elle a enregistré 391 signalements de ruptures de stock en 2015 qui concernaient de façon équivalente les différents circuits de distribution : 36,5 % pour l'hôpital, 33,5 % pour la ville et 30 % pour la ville et l'hôpital. La majorité des ruptures de stock ayant touché le circuit hospitalier ont eu une durée comprise entre une semaine et trois mois. Si toutes les classes de produits peuvent être concernées, certaines classes thérapeutiques sont néanmoins plus exposées : antinéoplasiques, anti-infectieux et médicaments du système nerveux. Selon l'ANSM, les principales causes de ces ruptures de stock sont principalement des incidents de production (14,5 %), des défauts d'approvisionnement en matière première (14,5 %), des défauts de qualité sur le produit fini (12 %), une augmentation du volume de vente (15 %) ou encore une capacité de production insuffisante au regard des volumes de vente du

[121]Article L.6132-3 du code de la santé publique : « *II.- L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer (…) des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques* ».

[122] Cf. Communication de la Cour des comptes précitée : La gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins, juin 2013.

[123] Mise en jeu du pronostic vital, perte de chance importante pour les patients.

médicament (16 %). Selon la DGOS, les industriels pharmaceutiques allouent des quotas de production annuelle par pays en fonction de leur attractivité. L'effort commercial effectué pays par pays cherche à faire coïncider les ventes avec ces capacités de production fixées.

De leur côté, certains CHU voient dans une trop grande mutualisation des achats, un risque possible en matière de sécurité de l'approvisionnement (CHU de Limoges ou CHR d'Orléans). Ce dernier estime ainsi que la mutualisation des achats peut menacer la sécurité des approvisionnements, les fournisseurs pouvant organiser un rationnement destiné à soutenir la position de force des offreurs.

De nouvelles dispositions législatives concernant les ruptures d'approvisionnement ont été adoptées en 2016[124]. Elles imposent la mise en place par le laboratoire exploitant / titulaire d'AMM de plans de gestion de pénurie basés sur une analyse de risque du cycle de production et de distribution des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, tenant compte des parts de marché, de l'utilisation thérapeutique du produit et de la présence ou non d'alternatives sur le marché français. Ces plans de gestion de pénurie permettront aux industriels d'identifier des situations à risque et de proposer des mesures préventives et correctives. Tenus à la disposition de l'agence, ils seront discutés avec elle lors de phénomènes de tensions ou de ruptures.

Actuellement, afin de faire face à ces risques de rupture, plusieurs groupements d'achats utilisent une « clause d'achat pour compte » : si le médicament est en rupture, c'est au fournisseur de fournir les quantités demandées, même s'il les paye plus cher, en s'approvisionnant auprès d'un autre fournisseur. L'AP-HP intègre ainsi de manière systématique une clause prévoyant, en cas de défaillance du titulaire, la mise en œuvre d'une procédure d'exécution aux frais et risque de celui-ci. En 2014, cette clause a été mise en œuvre à 50 reprises contre 23 en 2013[125].

Des pistes de progrès existent, par ailleurs, pour les GHT, en développant les commandes dématérialisées qui réduisent les frais fixes des fournisseurs ou en ajustant les modalités et le rythme de livraison pour obtenir des remises plus importantes. L'établissement support du GHT pourrait également mettre en place une politique active visant à ce que les établissements membres aient des délais courts de paiement de manière à pouvoir obtenir des escomptes de la part des fournisseurs. Cette pratique semble en effet encore peu développée : au sein de l'échantillon, seule l'AP-HP fait valoir ses délais de paiement rapides pour obtenir des remises lors de l'achat des produits de santé. L'activation des escomptes pour l'achat de médicaments a ainsi permis à l'AP-HP de générer 1,4 M€ de gains budgétaires en 2015.

Enfin, les évènements positifs ou négatifs survenus dans l'exécution des marchés devraient être capitalisés sous forme d'évaluations des fournisseurs ou de retours d'expérience des utilisateurs.

Une telle démarche est mise en œuvre aux HCL qui analysent systématiquement le retour d'expérience du marché précédent, notamment les éventuels problèmes de qualité, les dérives de coûts, les problèmes logistiques ou l'inadaptation éventuelle de la procédure de marché retenue, les coûts induits, et les potentiels de progrès. En 2012 et 2013, un certain nombre de dysfonctionnements ont ainsi été signalés lors de la mise en place de certains contrats (ex : gaz

[124] Article 151 de la loi de modernisation du système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016.

[125] La chambre régionale des comptes d'Île-de-France a noté l'effet contreproductif pour la diminution des stocks de la fréquence accrue des ruptures d'approvisionnement. Ces évènements incitent les pharmacies de l'AP-HP à accroître leurs réserves afin, à leur tour, de pourvoir à tout moment aux besoins des services de soins. Les efforts pour limiter le volume du stock se voient donc contrecarrés par une attitude de thésaurisation engendrée par la recrudescence des difficultés d'approvisionnement sur le marché des médicaments et dispositifs médicaux. Les stocks représentent, selon les molécules, entre 11 jours et un mois de consommation.

médicaux, matelas anti escarres) ; les utilisateurs ont alors fait part de leurs difficultés lorsque les changements de marchés avaient entraîné des modifications de pratiques auxquelles ils n'étaient pas préparés. À l'AP-HP, les deux centrales internes (Ageps et Pic Achat) réalisent chaque année une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires de leurs prestations afin d'en évaluer la qualité perçue ; elle donne lieu à des actions, par exemple, d'amélioration du traitement des réclamations des utilisateurs ou de prise de contact avec les acheteurs. Le CHS de Rouffach, en tant que coordonnateur du groupement de commandes de denrées alimentaires du Haut-Rhin, effectue un suivi qualitatif et quantitatif des produits achetés par les adhérents (signalement d'un incident dans une fiche de non-conformité, état indiquant par adhérent la quantité de produit achetée, suivi des modalités de révision des prix des denrées). Ces démarches formalisées de retour d'expérience sont encore peu nombreuses et devraient être davantage développées.

3 - Un potentiel important d'économies d'échelle dans le cadre des GHT

Le recueil et l'analyse, par la Cour, des écarts de prix de quelques biens dans des établissements appartenant à un même GHT (avant que celui-ci ait pu commencer d'assumer les opérations d'achat) permettent de souligner les marges de progression importantes qui existent au sein des nouvelles entités et le travail d'uniformisation qui attend les acheteurs. Par ailleurs, il a été constaté des écarts de prix notables entre les établissements selon qu'ils achètent ou non par l'intermédiaire d'un groupement d'achats. Ainsi, l'exemple de l'achat des abaisse-langues au sein du GHT de Moyenne Garonne montre l'importance de l'achat mutualisé pour obtenir des tarifs inférieurs (le seul CH à acheter *via* un groupement obtient le prix de très loin le plus compétitif).

Tableau n° 15 : différences de prix d'achat des abaisse-langues entre les membres du GHT de Moyenne Garonne

	Quantité	Prix pour 1 000 unités	Achat *via* groupement
CH n°1	8 600	4,00	oui
CH n°2	200	8,80	nc
CH n°3	7 000	9,00	non
CH n°4	5 000	14,20	non
CH n°5	50	17,20	non
CH n°6	300	17,80	non
CH n°7	100	20,14	non
CH n°8	7 500	33,20	non

Source : Données déclarées par les établissements du GHT de Moyenne Garonne

Le cas des lits médicalisés est également significatif même si la fourchette de prix dans les 19 établissements examinés, qui va du simple au triple (de 1 081 € à près de 3 000 €) laisse présager que des variantes ou des options techniques ont pu peser sur le prix d'achat.

B - Des questions à clarifier rapidement

Le transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT pose, d'une part, la question du degré d'intégration au sein du groupement et, d'autre part, celle de l'articulation avec les groupements d'achat locaux ou nationaux.

1 - Un degré d'intégration de l'achat au sein du GHT en risque d'affaiblissement

Alors que le transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT devrait être une évolution structurante et porteuse d'économies, des interrogations persistent quant aux contours exacts de la réforme et à l'impact sur les établissements membres du GHT.

a) Une scission très discutable de la fonction achat

Le décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire avait laissé subsister plusieurs incertitudes juridiques sur des points majeurs pour la mise en place effective de la réforme :

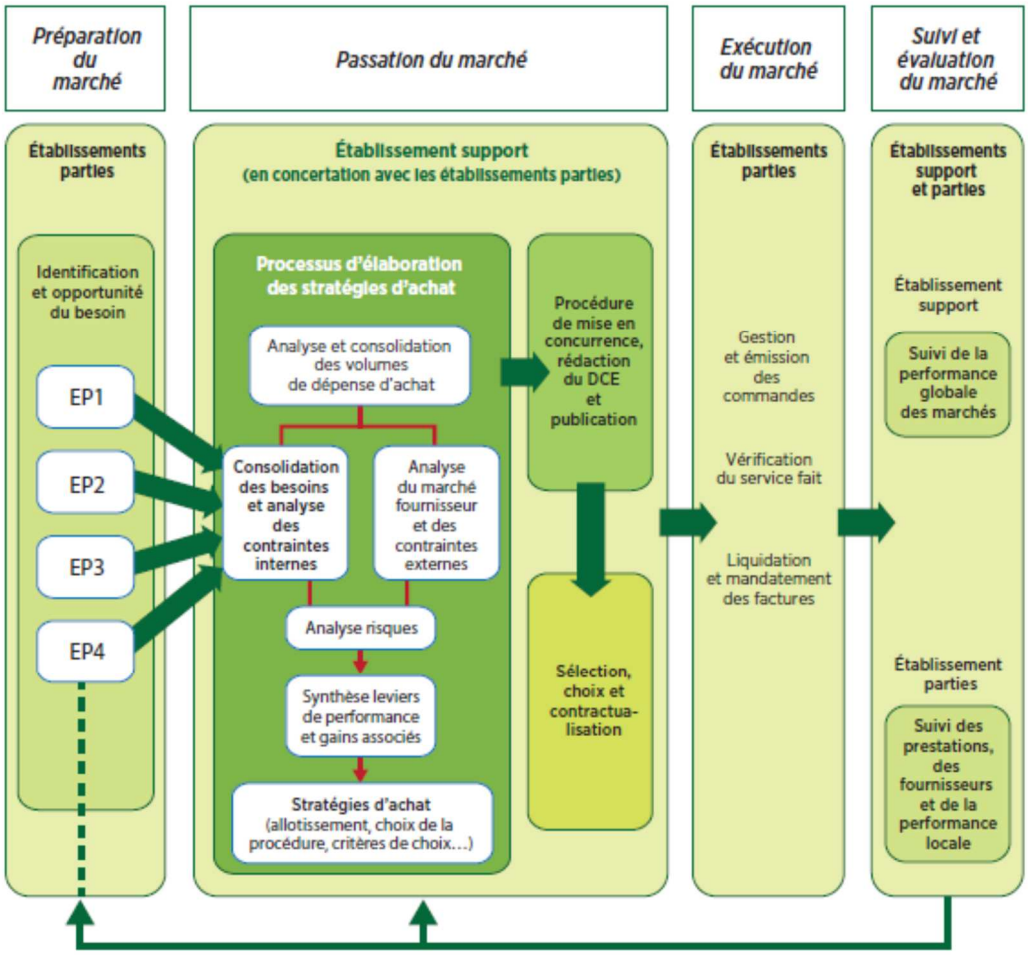
- le périmètre et le contenu de la fonction achat exercée par l'établissement support du GHT : alors que le décret mentionnait l'« activité d'approvisionnement » dans la fonction achat, il n'était pas précisé si cette fonction recouvrait tout ou partie du suivi de l'exécution des marchés, qui n'était pas cité expressément par le texte ;
- la responsabilité de la signature du marché : alors que les directeurs d'hôpitaux s'interrogeaient sur la possibilité de la délégation de cette responsabilité à un établissement partie du GHT, la DGOS considérait pour sa part que la signature des marchés devait relever de la responsabilité de l'établissement support ;
- les relations entre membres du GHT : des interrogations s'exprimaient de la part des hôpitaux sur la nature de ces relations, même si la direction des affaires juridiques du ministère des finances considérait que le transfert obligatoire de la fonction achat au profit d'établissement support du GHT constitue un véritable transfert de compétence, ce qui exclut les relations entre membres du GHT du champ d'application de l'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ;
- la date de transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT : plusieurs interprétations coexistaient selon une lecture plus ou moins stricte des textes[126].

Afin de lever ces différentes incertitudes juridiques, un décret du 2 mai 2017 a entendu compléter et modifier certaines des dispositions du décret du 27 avril 2016. Il apporte notamment une clarification bienvenue sur la date de transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT, au 1er janvier 2018, sauf si une date antérieure a été prévue par la convention constitutive du groupement. Il marque en revanche un net recul en termes de simplification et de mutualisation des procédures de marché et de l'organisation de la fonction

[126] Si l'on considérait que la compétence obligatoire de l'achat avait été transférée à l'établissement support à la date d'approbation de la convention constitutive du GHT (juillet 2016), alors seuls les établissements support des GHT étaient désormais habilités à passer ces marchés, ce qui exposait les procédures lancées par les autres établissements du GHT à des risques de contentieux.

achat. En effet, ce nouveau texte procède à un découpage du processus achat puisque l'établissement support assurera uniquement la passation des marchés et les établissements membres des GHT conserveront la responsabilité de leur exécution (soit la passation des commandes, la liquidation et le mandatement), selon un processus dont le schéma suivant met en lumière la grande complexité.

Schéma n° 2 : processus achat au sein des GHT



Source : DGOS, guide méthodologique « la fonction achat des GHT » (juin 2017)

L'instruction interministérielle DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers précise que « l'identification des besoins (et par là l'appréciation de leur opportunité) » n'entre pas dans le périmètre de la fonction achat mutualisée et continue à relever de chacun des établissements parties au GHT. Même si la DGOS estime que les différents textes ne se contredisent pas (l'identification et la formulation du besoin relèveraient des établissements parties au GHT, l'établissement support du GHT prenant en charge la « définition préalable » au sens juridique du terme et son inscription dans le cahier des charges du marché, après mutualisation), cette instruction introduit un flou supplémentaire quant au rôle exact de l'établissement support en matière de juste définition du

besoin d'achat, alors même que, comme l'a reconnu la DGOS par ailleurs, l'essentiel de la performance achat vient de la mutualisation de la phase de définition préliminaire du besoin et de passation du marché .

Les modalités de transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT prévues par le décret du 2 mai 2017 et l'instruction du 4 mai 2017 traduisent un compromis imparfait, né des réticences d'une partie de la communauté hospitalière à l'égard de l'approfondissement de la mutualisation. Elles présentent un double risque de démembrement, et donc d'affaiblissement, de la fonction achat et de confusion des responsabilités. Elles apparaissent en net retrait par rapport à l'ambition initiale de la loi. Au lieu d'unifier et de simplifier le processus achat des divers établissements, certaines étapes en seront au contraire rendues plus complexes, techniquement et juridiquement[127]. En outre, l'impact en matière de mutualisation des ressources humaines dédiées à l'achat sera sensiblement plus limité que dans une approche plus intégratrice. Il est également à craindre que la légitimité du responsable achat de l'établissement support du GHT soit fortement amoindrie dans le dialogue avec les prescripteurs des diverses spécialités médicales, qui devrait pourtant avoir comme premier objectif de mutualiser davantage et standardiser les produits achetés à l'échelle du groupement, en particulier sur les segments d'achat jusqu'ici faiblement mutualisés.

b) Une mise en œuvre tâtonnante dans les hôpitaux

Le périmètre des GHT a été défini selon des configurations régionales antérieures (par exemple, le périmètre des territoires de santé en Bretagne) ou selon les circonstances locales (bassin de vie, coopération préexistante entre établissements, etc.), avec pour conséquences de grandes disparités de périmètres. Ainsi, en région Hauts-de-France, le GHT du Douaisis ne comprend que deux établissements (le CH de Douai et le CH de Somain) tandis qu'en Nouvelle Aquitaine, un GHT couvre le périmètre de l'ancienne région Limousin en regroupant dix-huit établissements. Cette extrême variété ne sera pas sans conséquence sur les modalités d'organisation, sur la facilité à faire coopérer les différents établissements, sur la performance de la fonction achat ainsi mutualisée et sur la relation avec les groupements d'achats existants.

Plusieurs sujets appellent une vigilance particulière : certains établissements deviennent support pour les achats alors que leur fonction achat n'est pas ou peu professionnalisée et est encore largement dispersée dans l'établissement. Au contraire, des établissements qui ne sont pas établissement support peuvent être dotés de personnels ayant acquis une expertise de l'achat, voire porteurs de groupements de commande. L'enjeu pour l'établissement support du GHT sera d'utiliser à bon escient ce savoir-faire. En outre, le contenu des achats d'un CHS, d'un ex-hôpital local ou d'un CHU n'est pas le même. L'établissement support aura donc à concilier standardisation et prise en compte des besoins spécifiques des petits hôpitaux.

Lors des contrôles des chambres régionales des comptes, au 2ème semestre 2016, les impacts de la mise en place des GHT sur la fonction achat étaient encore peu appréhendés par les établissements, ce qui peut s'expliquer, par les incertitudes juridiques précitées, par

[127] Cette segmentation des rôles entre établissement support et établissements parties a conduit la DGOS à prévoir que, bien que les avenants fassent formellement partie de la phase d'exécution du marché, ils soient conclus à titre dérogatoire par l'établissement support.

l'absence de directives claires ou par la priorité logique donnée par les établissements et les ARS à l'élaboration du projet médical partagé du GHT.

Pour autant, quelques établissements étaient plus avancés dans la mise en œuvre de la réforme. Ainsi, le CH d'Arras, établissement support du GHT « Artois-Ternois », passe déjà les procédures et gère l'exécution des marchés pour le compte des deux autres membres du GHT que sont les hôpitaux de Bapaume et de Saint Pol-sur-Ternoise. En l'occurrence, cette rapidité de mise en œuvre de la réforme peut s'expliquer par la taille réduite du groupement, mais également par le fait que cette réforme a institutionnalisé des pratiques de mutualisation antérieures entre ces trois établissements, dans un contexte où le centre hospitalier de Bapaume n'était déjà plus autonome depuis 2010.

La DGOS a mis en place des instances de concertation avec les entités représentatives de la communauté hospitalière. Ce sujet, comme d'autres relatifs à la mise en œuvre des fonctions mutualisées des GHT, suscite de nombreuses inquiétudes au sein de la communauté hospitalière. La DGOS a donc fait le choix d'adapter le rythme et la teneur des différents accompagnements sur la fonction achat à la progression de la concertation avec ces instances. Ainsi, l'élaboration d'un plan d'action achats territorial par chaque GHT, prévue pourtant réglementairement au 1er janvier 2017, a été repoussée à courant 2017. Un accompagnement pour l'élaboration de leur premier plan d'action achat a été mis en œuvre auprès de 16 GHT en 2016, 10 autres étant programmés au premier semestre 2017. La publication d'outils d'accompagnement, initialement prévue en juillet 2016, a également été différée : le kit méthodologique relatif au plan d'action achat a été diffusé en octobre 2016 et la publication du guide d'aide à la mise en place de la fonction achat de GHT n'est intervenue qu'en juin 2017. Ce guide, très complet, devrait constituer un utile point d'appui pour les établissements.

Les enjeux de transition en matière d'organisation d'équipe, d'outils et de gestion des marchés mettent en évidence l'ampleur du chantier. À cet égard, le décret du 2 mai 2017 ayant fixé le 1er janvier 2018 comme date de transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT, cela implique une intense mobilisation des équipes hospitalières pour être prêtes à cette échéance et assurer la régularité des procédures de marché.

2 - Une clarification nécessaire de la stratégie de mutualisation

Compte tenu des très nombreux groupements d'achats (cf. chapitre I), la mise en place de la réforme des GHT pose la question de l'articulation du transfert de la fonction achat aux GHT avec ces multiples dispositifs existants et, plus largement, de la stratégie du ministère de la santé en matière de mutualisation.

Depuis la fin 2015, la DGOS a engagé un travail de clarification des rôles et des positionnements des opérateurs de mutualisation, tendant à une plus forte spécialisation des opérateurs par catégorie de segments d'achat selon le niveau national, régional ou local. Le premier schéma présenté au premier semestre 2016 structurait les achats hospitaliers en trois niveaux : achat en propre au niveau du GHT pour les achats locaux, recours à des opérateurs d'achats mutualisés régionaux pour des segments définis, recours à des opérateurs d'achats

mutualisés nationaux pour d'autres segments[128]. Cette approche apparaissait très prescriptive et était susceptible de se heurter à des risques forts d'atteinte à la concurrence si elle conduisait à réserver certains types d'achats à une catégorie d'opérateurs. Elle a ainsi provoqué de fortes interrogations de la part des acheteurs hospitaliers.

Dans ces conditions, le projet a évolué en s'orientant vers de simples recommandations de spécialisation par niveau. Aucun vecteur réglementaire ou normatif n'est plus prévu, le GHT restant seul décideur de sa stratégie de mutualisation. La DGOS prévoit cependant la signature d'une charte des achats hospitaliers par les représentants des acteurs majeurs de l'achat hospitalier ainsi que la signature de conventions de partenariat avec les opérateurs nationaux qui préciseront les conditions d'élaboration d'offres régionales par ces derniers, ce qui suppose cependant que toute précaution soit prise pour éviter un risque d'atteinte à la concurrence.

Par ailleurs, l'instruction interministérielle du 4 mai 2017 laisse une liberté d'organisation au sein des GHT ; elle précise que les groupements de commandes conclus antérieurement continuent d'exister et que l'établissement support peut permettre à un ou plusieurs des établissements parties du GHT de bénéficier d'un groupement de commande existant ou de s'en retirer. La mise en place d'une stratégie unifiée permettant de regrouper les volumes à acheter et de concentrer l'achat auprès d'un nombre plus réduit de groupements risque d'en être rendue plus difficile.

Une recomposition du paysage de la mutualisation hospitalière est de fait en train de s'engager, non sans hésitation persistante entre pilotage directif, encadrement contractuel et liberté des acteurs et sans lever, à ce stade, toutes les interrogations sur les conséquences à en attendre.

Des incertitudes quant aux impacts de la démarche sur les groupements d'achats

Une situation de concurrence entre les trois opérateurs nationaux s'installe progressivement, ce qui a conduit UniHA et le RESAH à faire évoluer leurs statuts (UniHA afin d'intervenir auprès de tous les EPS et le RESAH pour étendre son offre au niveau national), et l'UGAP à remettre en cause son partenariat avec UniHA.

En outre, comme il n'existe de groupements régionaux matures que dans quelques régions, une phase transitoire de plusieurs années sera nécessaire pour atteindre une quinzaine de groupements régionaux, comme le souhaite la DGOS, au lieu des 166 recensés. Dans l'attente, il est probable qu'un transfert massif puisse s'opérer vers UniHA sous l'impulsion des établissements supports des GHT. En effet, en décembre 2016, sur les 67 établissements membres d'UniHA, 62 étaient établissements supports de GHT. Les établissements parties du GHT pourraient donc se désolidariser des groupements régionaux ou infrarégionaux existants. En cas de disparition des groupements de commandes locaux, se poserait la question du devenir de la participation des établissements médico-sociaux qui en sont aujourd'hui souvent membres.

[128] La DGOS qualifie un segment d'achat de national lorsque les critères suivants sont simultanément réunis : il est possible d'harmoniser les besoins sur l'ensemble des établissements du territoire national ; le marché fournisseur très concurrentiel est en situation de faire une offre et de la mettre en œuvre dans l'ensemble des établissements hospitaliers. Dans le cas contraire, les segments d'achat sont qualifiés de régionaux ou locaux.

Ainsi, en région Grand Est où 9 GHT sur 12 sont liés à UniHA, l'ARS a fait part de son incertitude sur la pérennité des marchés groupés régionaux actuels, les établissements pouvant choisir de les quitter pour privilégier le recours à l'opérateur national. La situation du CHS de Rouffach, qui est coordonnateur d'un groupement de commandes mais n'est pas établissement support du GHT, illustre les mutations en cours. La chambre régionale des comptes du Grand Est souligne que deux évolutions majeures sont menées de front : d'une part, la structuration des GHT, et, d'autre part, la réorganisation de la mutualisation régionale. Sur ce point, elle mentionne les réflexions en cours : « *Il s'agira de fusionner les filières d'achat (médicaments, alimentation, etc.) des ex-régions composant le Grand Est pour tendre à n'avoir qu'un seul coordonnateur par filière mais également de fusionner les filières d'achat conformément aux directives nationales. Ainsi, s'il existe un segment national (ex : marchés passés par l'UGAP), tous les établissements devront y adhérer et il en ira de même pour les segments régionaux* ». Selon la chambre régionale des comptes, il n'est pas établi à ce stade que le changement soit profitable au CHS de Rouffach, la surface financière du GHT auquel il est rattaché étant moins large que celle des groupements de commandes régionaux, jugés performants, dont il fait partie.

Le risque le plus fréquemment évoqué est toutefois celui de l'éviction des petites et moyennes entreprises, voire des entreprises de taille intermédiaire, qui seraient dans l'incapacité de soumissionner au regard des volumes requis. C'est la crainte soulevée également par l'Autorité de la concurrence qui redoute que la concentration excessive de la puissance d'achat ne conduise à déséquilibrer le fonctionnement de certains marchés.

Si le recours aux opérateurs de mutualisation nationaux ou régionaux doit être encouragé et si les groupements locaux doivent être fortement rationalisés compte tenu de leur dispersion actuelle, la mise en œuvre de l'orientation de la DGOS doit s'accompagner de précautions : égalité de traitement des trois opérateurs nationaux (UGAP, UniHA, RESAH)[129] et des groupements régionaux, maintien des groupements d'achats locaux les plus dynamiques, vigilance quant au respect de la libre-concurrence et préservation de l'accès à la commande publique à des fournisseurs diversifiés et aux PME. Il importe désormais que les pouvoirs publics clarifient rapidement les perspectives à court et moyen terme de la recomposition attendue des acteurs de la mutualisation des achats hospitaliers.

II - Repenser le dispositif d'achat des médicaments

Les acheteurs hospitaliers, nombreux et encore trop dispersés, ne disposent pas, le plus souvent, des outils pour mesurer l'état du marché pharmaceutique, les stratégies des laboratoires, les conditions obtenues par les autres établissements ou groupements, les variations de prix dans le temps. L'organisation actuelle de l'achat du médicament avantage les laboratoires qui seuls disposent d'une vision globale du marché.

Établir un meilleur équilibre de marché suppose par priorité de renforcer les différents mécanismes à même d'améliorer le rapport de force entre les acteurs de l'achat pharmaceutique dans le nouveau cadre des groupements hospitaliers de territoire. Plus fondamentalement

[129] L'UGAP se finance uniquement par une marge prélevée sur ses ventes, couvrant l'intégralité de ses charges, et n'a bénéficié d'aucune aide ou subvention de la puissance publique sur la période examinée, ce qui n'était pas le cas du RESAH et d'UniHA.

cependant, la question se pose d'une refonte du mode de fixation des prix des médicaments achetés par les établissements hospitaliers.

A - Améliorer l'équilibre de négociation

La diminution du nombre de références achetées et le travail d'analyse des livrets thérapeutiques, le recours aux médicaments génériques ou la substitution par des médicaments biosimilaires constituent des voies à investir plus systématiquement par les établissements ou les groupements d'achats afin de maîtriser leurs dépenses pharmaceutiques. Une gestion plus dynamique de la liste en sus est dorénavant possible. Les pouvoirs publics doivent s'en saisir en même temps que les mécanismes de fixation des tarifs de responsabilité par le CEPS seraient rendus plus réactifs. Ces évolutions doivent être engagées de manière prioritaire.

1 - Resserrer le référencement des médicaments à l'échelle des GHT

La diminution du nombre de références constitue une voie de progrès de l'achat encore trop peu investie par les établissements. Le développement de la mutualisation a pu retarder cet exercice de resserrement, les gains obtenus ayant parfois freiné l'incitation à réduire le nombre de références : les établissements achètent aujourd'hui à plusieurs la même diversité de produits.

Tableau n° 16 : nombre moyen de spécialités référencées dans les établissements contrôlés

Catégorie EPS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	évolution
AP-HP	4 477	5 137	5 150	4 887	4 980	4 876	+ 9 %
CHU-R	2 370	1 944	2 035	1 887	2 092	2 030	- 14 %
CH >30M	1 652	1 610	1 665	1 676	1 663	1 696	+ 3 %
CH ≤30M	1 110	1 141	1 125	1 162	1 140	1 243	+ 12 %
CHS	811	835	865	845	827	867	+ 7 %
médiane	1 652	1 610	1 665	1 676	1 663	1 696	+ 3 %

Source : rapports des CRC (14 EPS), calculs Cour

Comme le montre le tableau ci-dessus, le nombre de molécules référencées a certes diminué de 14 % entre 2010 et 2015 dans trois CHU de l'échantillon (Marseille, Limoges et Amiens) mais il a augmenté partout ailleurs, y compris à l'AP-HP (+ 9 %).

Dans les établissements intermédiaires, l'accroissement du nombre de références figurant au livret thérapeutique[130] peut avoir des explications diverses : il peut être lié à l'ouverture de nouveaux services (médecine nucléaire en 2014 et centre d'ophtalmologie en 2015 au CH de Mont-de-Marsan), relever des besoins spécifiques de la prise en charge gériatrique avec l'apparition de nouvelles formes galéniques plus adaptées aux personnes âgées (CH

[130] Liste des médicaments utilisés au sein d'un établissement.

d'Avranches-Granville) ou résulter de la coopération avec le CHU voisin, génératrice d'une continuité de prise en charge médicale (CH du Haut-Anjou dont le nombre de références a augmenté de 25 % entre 2010 et 2015).

La réduction du nombre de références à l'AP-HM

En 2011, à l'AP-HM, a été créé un groupe de travail afin de diminuer le volume du livret thérapeutique, alors le plus important livret de tous les CHU. 138 lignes ont été supprimées. Une sélection a été faite sur les grandes familles thérapeutiques comportant de très nombreux médicaments en concertation avec les spécialistes concernés (dermatologie, ophtalmologie, cardiologie, etc.). De même, une liste d'équivalence a été établie pour des médicaments cardio-vasculaires, qui a requis un consensus des médecins de la discipline. Le nombre d'immunoglobulines IV a été réduit de 6 à 3 grâce à un consensus des prescripteurs sur les équivalences, même en cas de formulations des autorisations de mise sur le marché légèrement divergentes. Cette décision a été entérinée sous la forme d'une série de protocoles institutionnels régularisant et justifiant scientifiquement ces utilisations. L'économie, estimée sur la base des consommations de 2012, serait de 1,6 M€, selon le CHU. La décision de référencement est opposable à tous les prescripteurs internes.

La commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) a un rôle clé en matière de référencement des produits pharmaceutiques et, à ce titre, a une influence directe sur les achats de médicaments et des dispositifs médicaux stériles. La loi du 26 janvier 2016 a prévu que la convention constitutive du GHT définisse les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé. Elle doit prévoir la mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement et fixer ses compétences. Dans un objectif d'harmonisation des pratiques, l'élaboration d'un référentiel visant à un resserrement des références, en lien avec la politique d'achat définie au sein de ce groupement, devrait ainsi être réalisée à l'échelle des GHT, en s'appuyant sur le collège médical ou la commission médicale du groupement qui aurait un rôle de « COMEDIMS territoriale ».

Cette commission devrait aussi se saisir de la possibilité, désormais élargie, de substitution des biosimilaires. En effet, alors que la substitution par le pharmacien d'un médicament biologique prescrit en initiation de traitement par un médicament biosimilaire était possible mais strictement encadrée depuis 2014, les recommandations de l'ANSM ont évolué au printemps 2016. L'article 96 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 tire les conséquences de cette évolution en permettant l'interchangeabilité à tout moment du traitement sous le contrôle du prescripteur. Cette mesure devrait permettre de lever les freins au référencement et à l'utilisation des médicaments biosimilaires à l'hôpital avec pour conséquence de fortes économies envisageables. À titre d'exemple, les gains sur l'achat des biosimilaires de trastuzumab (Herceptin®), rituximab (Mabthera®), et bevacizumab (Avastin®) ont été estimés à 400 M€ pour l'assurance maladie.

2 - Amplifier la mutualisation de l'achat des médicaments et la concentrer sur un nombre plus limité d'opérateurs

Le resserrement des références des médicaments dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire ne sera efficace que si dans le même temps les groupements hospitaliers de territoire mutualisent beaucoup plus largement leurs commandes. La dispersion actuelle de

l'achat des médicaments hospitaliers entre 2 opérateurs nationaux, 34 groupements territoriaux[131], 32 CHRU, 83 gros CH et quelques centaines d'établissements de moindre taille est préjudiciable aux acheteurs comme déjà indiqué. Le transfert des achats aux GHT n'aura son plein effet que si ces derniers s'engagent fortement non seulement dans une mutualisation interne au bénéfice de l'ensemble des établissements membres, mais aussi dans un réexamen complet des conditions d'achats groupés auxquels ces derniers pouvaient recourir. De ce point de vue, la liberté reconnue par l'instruction interministérielle du 4 mai 2017 à l'établissement support de permettre à un ou plusieurs des établissements parties du GHT de continuer à bénéficier d'un groupement de commande existant n'est pas sans risque au regard des nécessités d'une mutualisation élargie des achats de médicaments, qui suppose une concentration sur un petit nombre d'opérateurs pour en dégager tous les effets en termes de prix.

3 - Réviser plus activement les tarifs des médicaments inscrits sur la liste en sus

La liste en sus a fait l'objet ces dernières années d'une gestion plus active, qui a ramené à 385 le nombre de médicaments y figurant. Cette gestion plus dynamique devrait s'accompagner de révisions plus fréquentes des prix. L'institution d'un mécanisme de diminution par paliers des tarifs de responsabilité des molécules de la liste en sus devrait être ainsi envisagé, pour permettre *in fine* leur prise en charge au sein des GHS. Elle supposerait néanmoins que le CEPS dispose d'une complète visibilité sur les prix réels auxquels ces molécules sont achetées par les établissements. Cela implique que le système de déclaration des prix à l'ATIH tel que décrit précédemment soit transformé en recueil obligatoire et exhaustif (tous médicaments et dispositifs médicaux) et que toutes les remises et prestations qui ont pour seul objet de ne pas remettre en cause le prix tarifé y soient explicitement déclarées (cf. chapitre II).

B - Examiner la possibilité de confier au comité économique des produits de santé la fixation du prix des médicaments hospitaliers

Le système actuellement en vigueur à l'hôpital qui combine liberté des prix et encadrement conventionnel par le CEPS contraste avec la fixation, par ce dernier, des prix des médicaments d'officine en ville. L'enquête des juridictions financières n'a pas permis de démontrer que le système actuel combinant selon le cas liberté et encadrement des prix du médicament hospitalier permettrait de dégager des gains durablement significatifs.

En particulier, le dispositif de l'écart médicament indemnisable (EMI) est de plus en plus contourné et de moins en moins adapté aux enjeux liés à l'accès et à la diffusion des innovations thérapeutiques. D'un rendement trop faible pour présenter un réel intérêt pour l'assurance maladie[132], source de complexité de gestion croissante pour les établissements, il constitue en outre un possible lieu d'atteintes à la probité et à la concurrence. La suppression de l'EMI devrait être envisagée.

[131] Base de données d'Alliance groupements, recensement 2015.
[132] À titre indicatif, en 2014, les baisses de prix de médicaments remboursables entrant dans le champ de l'ONDAM « ville », négociées par le CEPS, ont permis une économie de 833 M€.

Les CHU, interrogés sur les négociations qu'ils mènent lors de l'achat des molécules de la liste en sus, ont d'ailleurs fréquemment souligné la nécessité d'une évolution de ce dispositif dont ils soulignent les limites et reconnaissent les dérives, en souhaitant une réforme en profondeur du système de tarification.

La demande des CHU d'une réforme du système de tarification

Le CHU de Dijon juge *« qu'il serait probablement plus judicieux d'évoluer vers un système national de baisse des prix par le CEPS pour tous les établissements »*. Le CHU de Tours signale l'intérêt d'une plus forte négociation du CEPS avec les fournisseurs afin d'obtenir des prix « référentiel » plus bas, incluant, de fait, les remises (hors logistiques) dans l'EMI. Le CHU de Montpellier considère que l'action du CEPS « *est très probablement à repenser* (…) » et qu'elle pourrait « *être ciblée sur les négociations avec les laboratoires mondialisés* ». Le CHU de Nancy pose ainsi la question *d'«un tarif CEPS ajusté (sans possibilité de remise en parallèle) et garantissant un prix identique « optimisé » pour tous »*. L'absence d'articulation entre les négociations du CEPS avec les laboratoires et l'action parallèle des hôpitaux est également soulignée. L'AGEPS (AP-HP) considère pour sa part que les remises négociées par le CEPS, versées à l'assurance maladie, ne sont pas transparentes pour les acheteurs et limitent très fortement la marge de manœuvre de ces derniers lors des négociations.

Dans ces conditions, une réforme du régime des prix de l'ensemble des médicaments hospitaliers, qui substituerait à un régime de liberté des prix encadrée une tarification par le CEPS, présenterait plusieurs avantages :

- une réduction des asymétries entre acheteurs et vendeurs par une négociation unique centralisée qui générerait un rapport de forces plus favorable qu'actuellement à la collectivité ;
- un rapprochement des régimes de prix des médicaments entre la ville et de l'hôpital qui faciliterait les mises en cohérence, les problématiques « ville - hôpital » étant en effet de moins en moins autonomes. En témoignent notamment les tensions résultant du poids croissant des rétrocessions, de l'influence des prescriptions hospitalières sur les achats en officine, des phénomènes d'alignement des prescriptions entre l'hôpital et la ville ;
- un allègement substantiel des procédures d'achat pour les hôpitaux (et des moyens humains mobilisés) puisque ceux-ci n'auraient plus qu'à acheter une quantité et ne négocieraient plus le prix, alors fixé par le CEPS. Le retour à un prix « agréé pour les collectivités » comme cela a longtemps existé, permettrait de faire bénéficier l'ensemble des établissements de meilleurs prix mais aussi de recentrer la politique d'achats des GHT sur d'autres segments qui concentrent moins d'efforts alors que les enjeux d'économies peuvent être significatifs.

Une telle réforme suppose toutefois une plus grande transparence et exhaustivité en matière de données d'achats de médicaments à l'hôpital afin de renforcer la force de négociation du CEPS.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réforme des groupements hospitaliers de territoire (GHT) doit permettre d'opérer une mutation profonde de l'achat hospitalier, en définissant au niveau de l'établissement support du groupement une stratégie d'achats et en structurant une fonction achat plus professionnalisée et mieux outillée. Les GHT constituent également le cadre dans lequel pourraient être atteintes une meilleure définition des besoins et la généralisation de l'approche en coût complet. Le suivi de l'exécution des marchés et la logistique constituent des gisements de productivité qui pourront être davantage pris en compte dans le cadre des groupements. Par ailleurs, un potentiel important d'économies d'échelle dans le cadre des GHT existe si l'on se réfère aux écarts de prix constatés entre établissements.

Des interrogations subsistent quant à la portée exacte de cette réforme pour les établissements membres du GHT. Plusieurs incertitudes juridiques, en particulier sur la date du transfert de la fonction achat à l'établissement support du GHT, ont été levées par le décret du 2 mai 2017 qui porte sur les fonctions confiées à l'établissement support du GHT. Mais les modalités prévues qui conduisent à un démembrement du processus achat entre la passation et l'exécution des marchés, risquent d'affaiblir l'ambition d'une intégration forte de la fonction achat. En outre, la mise en œuvre de la réforme des GHT nécessite de préciser l'articulation avec les groupements d'achats locaux ou nationaux. La démarche de la DGOS visant à clarifier le rôle des groupements d'achats devra s'accompagner de précautions afin d'éviter tout risque d'atteinte à la concurrence.

S'agissant plus particulièrement du médicament, renforcer l'efficience du système d'achat suppose par priorité de rééquilibrer les relations fortement dissymétriques entre laboratoires et acheteurs, notamment par un resserrement des références des médicaments utilisés dans le cadre des GHT et une mutualisation plus large et une concentration plus forte des achats sur des opérateurs mutualisés eux-mêmes moins nombreux. Ces efforts doivent être accompagnés d'une révision plus active des tarifs des médicaments inscrits sur la liste en sus par le CEPS.

Plus essentiellement cependant, la question se pose des avantages que le système hospitalier retire aujourd'hui du régime de liberté encadrée des prix des médicaments hospitaliers, qui n'apparaissent nullement probants en termes financiers, tout en entretenant un manque de transparence porteur de risques multiples, dont témoignent notamment les contournements croissants du mécanisme de l'écart médicament indemnisable. Ces constats posent la question d'une réforme d'ensemble du régime des prix du médicament à l'hôpital. En ce sens, la suppression du dispositif de l'écart médicament indemnisable pourrait s'accompagner d'un examen des conditions dans lesquelles pourrait être confiée au CEPS la responsabilité de fixer les tarifs des médicaments utilisés à l'hôpital (hors ceux sous autorisation temporaire d'utilisation) comme il en a déjà la mission pour les médicaments dispensés en ville, de manière à avoir une démarche globale permettant une meilleure efficience d'une dépense pharmaceutique qui représente, ville et hôpital ensemble, un enjeu de l'ordre de 33 Md€ pour l'assurance maladie.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

9. *dans le cadre des GHT, coupler la mise en œuvre de la mutualisation de la fonction achat avec une optimisation de la fonction logistique afin de tirer tous les gains d'efficience et de productivité de réorganisations coordonnées (établissements supports des GHT) ;*
10. *confier aux instances médicales du GHT les missions relatives à l'élaboration du référentiel des médicaments et des dispositifs médicaux, dans un objectif d'harmonisation des pratiques, de resserrement des livrets thérapeutiques à l'échelle du groupement et d'accélération de la mutualisation des achats (ministère de la santé, ARS, établissements) ;*
11. *ajuster à la baisse de manière plus dynamique le prix des médicaments inscrits sur la liste en sus (ministère de la santé, comité économique des produits de santé) ;*
12. *supprimer le dispositif de l' « écart médicament indemnisable » et examiner les conditions dans lesquelles le comité économique des produits de santé pourrait se voir confier la fixation des prix des médicaments hospitaliers (ministère de la santé).*

Conclusion générale

Enjeu majeur représentant près de 19 Md€ de dépenses en fonctionnement, les achats hospitaliers présentent de fortes spécificités, tant par la multiplicité et l'extrême hétérogénéité des établissements publics de santé, de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris jusqu'à l'hôpital local de Florac en Lozère, que par la très grande diversité des biens, produits et services dont l'acquisition est nécessaire à l'exercice de leurs missions et en particulier l'importance des achats de médicaments et de dispositifs médicaux.

Dans le contexte d'une dépense d'achat fortement dynamique, les établissements ont été incités à ne plus considérer seulement l'achat sous l'angle des procédures de la commande publique, mais comme un levier d'efficience pour faire face à des contraintes budgétaires accrues. Sous l'impulsion en particulier du programme PHARE, lancé par les pouvoirs publics fin 2011, qui a réussi avec pragmatisme et volontarisme à initier et à entretenir une mobilisation collective, une politique active d'amélioration de la performance des achats hospitaliers s'est progressivement développée au sein des communautés hospitalières.

Le ministère a fixé aux établissements des objectifs ambitieux et croissants de gains d'achat et a communiqué largement sur des montants en constante progression, passant de 172 M€ en 2012 à 423 M€ en 2015. Mais les gains d'achat ne sont pas des gains budgétaires et sont estimés dans des conditions méthodologiquement très peu rigoureuses. Leur prise en compte à hauteur désormais de 90 % de leur estimation dans les économies programmées chaque année sur l'« ONDAM hospitalier » n'est fondée sur aucune donnée vérifiée. Si elle permet de présenter un objectif de dépenses hospitalières moins dynamique, elle apparaît particulièrement anormale dès lors que ces gains d'achat ne se traduisent que partiellement par des économies effectives, sans que celles-ci soient au demeurant précisément mesurées.

Des évolutions organisationnelles sont désormais à l'œuvre dans de nombreux établissements et le recours multiples aux groupements d'achats, tant nationaux que locaux, s'est généralisé, sans au demeurant que leurs performances ne donnent lieu à analyse comparée. Pour autant, la fonction achat apparaît encore trop souvent dispersée entre de multiples acheteurs, insuffisamment mutualisée dans certains domaines, mal valorisée et encore trop peu professionnalisée. En particulier, si certains hôpitaux réussissent à trouver lors de la définition du besoin et tout au long du processus d'achat, un équilibre entre la prise en compte de la liberté de prescription du médecin et le respect des principes généraux de la commande publique, ce n'est pas toujours le cas, qu'il s'agisse des achats pharmaceutiques, des achats de dispositifs médicaux, ou des acquisitions d'équipements d'imagerie.

Les risques de conflits d'intérêts ne font pourtant que rarement l'objet de mesures de prévention. Plus généralement, les contrôles effectués sur les marchés de différents établissements ont fait apparaître de nombreuses irrégularités, parfois ponctuelles, parfois plus graves, dans leur passation et leur exécution. Le domaine hospitalier apparaît cependant peu suivi, à l'exception des contrôles menés par les chambres régionales des comptes, par les

autorités chargées du contrôle des hôpitaux et de la répression des atteintes aux règles en matière de commande publique. Même si le recours accru aux groupements d'achats peut constituer un facteur de réduction des risques, la vigilance demeure nécessaire à cet égard.

Dans ce contexte, le champ du médicament, premier poste d'achat des hôpitaux, se singularise par son opacité. Les fournisseurs tirent parti de l'asymétrie d'information générale qui caractérise le secteur. Seuls quelques établissements en nombre très limité réussissent à tirer bénéfice des procédures actuelles, essentiellement en raison de leur poids. Les effets de la négociation rapportée à la dépense totale de médicaments de la liste en sus apparaissent en particulier peu importants sur un plan financier, des avantages non tarifaires étant accordés par ailleurs par les laboratoires. Ces stratégies au détriment de l'assurance maladie sont porteuses de risques d'atteintes graves à la concurrence et à la probité. Plus généralement, même si, pour certains médicaments, il existe des différences notables dans les prix obtenus par les établissements, la présomption selon laquelle les procédures négociées ou formalisées permettent de dégager des gains durablement significatifs pour l'ensemble de l'hospitalisation publique n'est confortée par aucune donnée.

Le rétablissement d'un meilleur équilibre de négociation passe nécessairement par le renforcement des différents mécanismes de régulation à même d'améliorer le rapport de force entre les acteurs de l'achat pharmaceutique, que le transfert de la fonction achat des établissements membres aux établissements support des groupements hospitaliers de territoire au 1er janvier 2018 devrait faciliter. Mais, plus fondamentalement, la question devrait être examinée d'une refonte du mode de fixation des prix des médicaments achetés par les hôpitaux qui viserait à revenir sur le régime de liberté encadrée des prix du médicament à l'hôpital et à confier leur tarification, comme pour les médicaments utilisés en ville, au comité économique des produits de santé, de manière à avoir une approche globale d'une dépense pharmaceutique qui représente, ville et hôpital confondus, un enjeu de l'ordre de 33 Md€ pour l'assurance maladie.

Dans ce contexte, la mise en place des GHT constitue en tout état de cause un levier majeur pour améliorer l'efficience de l'achat hospitalier, en concentrant et en optimisant les fonctions achats des hôpitaux membres au niveau de l'établissement support du groupement, entraînant une division par sept des entités procédant à des achats. Ce processus apparaît cependant piloté avec une fermeté insuffisante pour que tous les gains d'efficience attendus soient effectivement dégagés.

Une rigueur juridique accrue, une mutualisation plus poussée, une rationalisation des structures d'achat plus déterminée sont cependant indispensables dans le cadre nouveau des GHT pour que les achats hospitaliers répondent mieux aux besoins des patients et des utilisateurs, notamment des équipes soignantes, et participent par là-même davantage à la qualité des prises en charge, tout en contribuant plus fortement à la maîtrise des dépenses hospitalières.

Il appartient aux pouvoirs publics de prendre plus pleinement en compte ces exigences dans la mise en œuvre d'une réforme structurante, qui, à défaut, se révèlerait rapidement une occasion manquée.

Annexes

Annexe n° 1 : lettre de saisine de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) 121
Annexe n° 2 : courrier du Premier président du 23 décembre 2014 122
Annexe n° 3 : courrier du Premier président du 6 octobre 2015 124
Annexe n° 4 : échantillon d'EPS contrôlés par les chambres régionales des comptes 126
Annexe n° 5 : résultats de l'EMI (écart médicament indemnisable) des CHU en 2015 127

Annexe n° 1 : lettre de saisine de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)

KCC A1408945 KZZ
15/12/2014

ASSEMBLÉE NATIONALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ–ÉGALITÉ–FRATERNITÉ

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Paris, le 3 décembre 2014

Monsieur le Premier président,

À la suite de notre déjeuner du 2 décembre dernier, dont nous tenons à vous remercier, nous avons l'honneur de demander à la Cour des comptes, en application des articles 47-2 de la Constitution et L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, la réalisation :

– d'une note actualisant l'insertion parue dans le rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Cette note est attendue pour la fin de l'année 2015 ;

– d'un rapport d'enquête sur les données médicales personnelles inter-régimes détenues par l'assurance maladie. Cette étude est attendue pour la fin du premier trimestre 2016 ;

– d'un rapport d'enquête portant sur la politique d'achat des hôpitaux, impliquant la participation des chambres régionales des comptes. Cette étude est attendue pour la fin du premier semestre 2017.

Vous remerciant de la précieuse collaboration fournie par la Cour aux travaux de la MECSS, nous vous prions de croire, Monsieur le Premier président, à l'expression de notre parfaite considération.

La Présidente,
Gisèle BIÉMOURET

Le Président,
Pierre MORANGE

La Présidente de la Commission,
Catherine LEMORTON

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS 01 SP

Secrétariat de la Mission : Assemblée nationale – Service de la culture et des questions sociales
Division du contrôle et des études culturelles et sociales - 126, rue de l'Université 75355 Paris cedex 07 SP
Tél. : 01 40 63 92 51 ou 01 40 63 65 94 - Télécopie : 01 40 63 55 22 – www.assemblee-nationale.fr

Annexe n° 2 : courrier du Premier président du 23 décembre 2014

Cour des comptes

1406308

Le Premier président

Le 23 DEC. 2014

Madame la Présidente de la Commission,

Madame la Présidente, Monsieur le Président de la Mission,

En réponse à votre courrier en date du 3 décembre 2014 relatif à la réalisation d'enquêtes en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, et comme convenu à l'occasion de notre déjeuner du 2 décembre, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour devrait être en mesure de vous remettre les rapports que vous avez demandés dans les délais que vous souhaitez.

Ainsi, une note actualisant l'insertion parue dans le rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 vous sera transmise pour la fin de l'année 2015. Vous recevrez le rapport d'enquête sur les données médicales personnelles inter-régimes détenues par l'assurance maladie à la fin du premier trimestre 2016.

Ces travaux seront réalisés par la sixième chambre, présidée par M. Antoine Durrelman.

Il présidera également la formation interjuridictions en charge de l'enquête sur la politique d'achat des hôpitaux, qui vous sera communiquée à la fin du premier semestre 2017.

Avec les magistrats concernés, il se tient à votre disposition pour toute précision sur le champ et la portée de ces travaux. Je vous propose que ces précisions convenues fassent ensuite l'objet d'un échange de courriers entre nous.

Madame Catherine Lemorton
Présidente de la commission des affaires sociales
Madame Gisèle Biémouret
Présidente de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
Monsieur Pierre Morange
Président de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Assemblée nationale

13, rue Cambon ▪ 75100 PARIS CEDEX 01 ▪ T +33 1 42 98 95 00 ▪ www.ccomptes.fr

Je vous rappelle que M. Henri Paul, Rapporteur général du comité du rapport public et des programmes, se tient à la disposition de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale pour tous les sujets que vous souhaiteriez aborder avec la Cour.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente de la Commission, Madame la Présidente, Monsieur le Président de la Mission, à l'expression de ma haute considération.

Didier Migaud

Annexe n° 3 : courrier du Premier président du 6 octobre 2015

Cour des comptes

Paris

Le Premier président

chère Madame la Présidente de la Commission,

chère Madame la Présidente, cher Monsieur le Président de la Mission,

Par lettre en date du 3 décembre 2014, vous avez demandé, en
LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, que la Cour procèd
enquête sur la politique d'achat des hôpitaux. Par un courrier en date
je vous ai confirmé qu'une formation inter-juridictions, réunissant la s
chambres régionales des comptes, effectuerait comme demandé cette
deuxième trimestre 2017, dont le champ et l'approche seraient à p
séance de travail.

La réunion du 9 juin dernier entre Mme Gisèle Biémouret et M
présidents de la MECSS, et M. Antoine Durrleman, président de
accompagné de M. Noël Diricq, président de section, et de Mme Ce
rapporteur, a permis de préciser le périmètre et le calendrier de l'enqu

Il a été convenu que les travaux porteront à titre principal sur les
établissements publics de santé imputées en fonctionnement, les
traitance n'étant cependant pas incluses dans le périmètre de l'e
d'achats en investissement, en particulier les achats d'équipements lo
examinés.

Une analyse de l'évolution des dépenses d'achats hospitaliers, consolidées au niveau national, sera réalisée. En fonction des données disponibles, il sera dressé aussi précisément que possible un panorama de leur structure et de leurs montants par catégorie d'établissements ainsi que du recours aux différentes modalités juridiques d'achat.

A partir d'un échantillon diversifié d'établissements représentant un poids significatif de l'achat public hospitalier, seront examinés l'organisation et le pilotage de la fonction achat au sein des hôpitaux, sous l'angle à la fois des moyens consacrés à celle-ci et de la régularité et de la performance de la commande publique.

Une attention toute particulière sera portée au respect des règles du code des marchés publics en matière de passation et d'exécution des marchés, à partir notamment du contrôle de certains d'entre eux. Dans le cadre de ces contrôles, deux catégories d'achats seront plus particulièrement approfondies : les achats de médicaments et les achats d'équipements lourds (intégrant les pratiques liées en matière de maintenance et d'acquisition de consommables).

S'agissant des problématiques de performance, l'enquête cherchera notamment à apprécier l'efficience de la politique d'achat conduite par les hôpitaux. Dans ce cadre, elle analysera notamment le développement du recours à l'expertise de consultants externes et des pratiques de mutualisation des achats hospitaliers par le recours aux groupements de commandes et aux centrales d'achat. Plus largement, elle examinera les modalités d'élaboration, de pilotage et de suivi du programme national PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables) par le ministère de la santé ainsi que sa prise en compte par les agences régionales de santé et les hôpitaux. A ce titre, la détermination et la quantification des objectifs d'économies et les résultats obtenus seront examinées de manière approfondie.

Une comparaison avec les pratiques d'achats des établissements privés, lucratifs et non lucratifs, sera recherchée, dans la mesure des compétences des juridictions financières à leur égard.

Il a été convenu que la communication demandée sera remise pour le 30 juin 2017 et que la MECSS sera tenue informée de l'avancement de l'enquête à l'occasion de points d'étapes..

Je vous prie d'agréer, madame la Présidente de la Commission, Madame la Présidente, Monsieur le Président de la Mission, l'expression de ma haute considération.

Didier Migaud

Annexe n° 4 : échantillon d'EPS contrôlés par les chambres régionales des comptes

Chambres régionales des comptes	Libellé établissement	Montants des achats (60-61-62) BP
Grand Est	CH HAGUENAU	34 261 971
Grand Est	CHS ROUFFACH	7 137 065
Nouvelle Aquitaine	CHG MONT-DE-MARSAN	39 590 964
Nouvelle Aquitaine	CHU DUPUYTREN LIMOGES	141 929 510
Auvergne – Rhône Alpes	HOSPICES CIVILS DE LYON	493 505 337
Bourgogne - Franche Comté	CHU BESANCON	162 742 043
Bretagne	CH SAINT MALO	38 057 396
Bretagne	EPSM MORBIHAN (CHS ST AVE)	8 943 631
Centre – Val de Loire	CHR ORLEANS	121 941 815
Île de France	AP-HP	2 340 622 487
Île de France	CHI MEULAN LES MUREAUX	18 955 617
Occitanie	CH SETE-AGDE (CHI Bassin de Thau)	24 114 939
Occitanie	CH DE LUNEL	2 752 947
Occitanie	CHS D'UZES (LE MAS CAREIRON)	4 415 276
Occitanie	CH DECAZEVILLE	5 033 709
Martinique	CHU MARTINIQUE	124 051 513
Hauts-de-France	CHU LILLE	330 022 204
Hauts-de-France	CHU AMIENS	190 599 387
Hauts-de-France	CH ARRAS	51 881 220
Hauts-de-France	CH SAINT QUENTIN	47 532 272
Hauts-de-France	CHSI CLERMONT DE L'OISE	7 137 294
Normandie	CH AVRANCHES-GRANVILLE	25 369 822
Normandie	CH DURECU LAVOISIER (DARNETAL)	1 370 755
Pays de la Loire	CH HAUT ANJOU CHÂTEAU GONTIER	12 326 080
Pays de la Loire	CH FONTENAY	8 688 029
Provence Alpes Côte d'Azur	AP-HM	405 331 287
Provence Alpes Côte d'Azur	CHG LA CIOTAT	6 163 891

Annexe n° 5 : résultats de l'EMI (écart médicament indemnisable) des CHU en 2015

CHU	Nb valorisé 2015	Dépense réalisée	Dépenses au tarif de responsabilité	Marge par rapport au TR
Guadeloupe[133]	9 132	6 331 824	7 604 680	16,7 %
Nantes	54 582	37 719 740	39 743 403	5,1 %
Caen	37 611	25 180 739	26 498 432	5,0 %
AP-HM	77 404	48 384 746	50 661 325	4,5 %
Tours	44 948	27 735 341	29 009 376	4,4 %
Bordeaux	92 304	52 985 652	55 344 210	4,3 %
Strasbourg	73 420	48 452 069	50 581 308	4,2 %
Brest	26 178	17 047 234	17 784 946	4,1 %
Nice	37 134	24 633 569	25 679 034	4,1 %
Saint Etienne	29 105	16 399 165	17 057 043	3,9 %
AP-HP	450 089	299 889 575	311 164 083	3,6 %
Besançon	34 978	25 331 543	26 279 765	3,6 %
Toulouse	74 935	46 547 631	48 254 305	3,5 %
Rennes	41 888	26 995 932	27 985 385	3,5 %
Reims	29 117	19 015 853	19 677 015	3,4 %
Nîmes	27 323	17 437 638	18 028 447	3,3 %
Poitiers	41 845	25 118 945	25 901 125	3,0 %
Limoges	28 345	18 950 155	19 537 106	3,0 %
Rouen	40 753	26 984 187	27 781 991	2,9 %
Metz	29 895	16 730 465	17 197 097	2,7 %
Clermont Ferrand	35 420	20 883 697	21 437 639	2,6 %
Amiens	42 272	26 316 243	27 005 779	2,6 %
Nancy	51 953	28 235 472	28 918 193	2,4 %
Montpellier	61 996	34 814 678	35 631 026	2,3 %
Dijon	32 312	19 123 755	19 484 330	1,9 %
Lille	87 693	50 846 747	51 799 402	1,8 %
Grenoble	56 757	30 719 901	31 203 065	1,5 %
Angers	29 847	17 883 910	18 065 477	1,0 %
Orléans	28 803	19 474 558	19 650 235	0,9 %
La Réunion[133]	22 890	17 627 487	17 755 534	0,7 %
Martinique[133]	15 284	12 660 154	12 747 177	0,7 %
HCL	116 650	75 143 315	75 489 205	0,5 %
moyenne	1 862 862	1 181 601 921	1 220 957 139	3,2 %

Source : Calculs Cour d'après données ATIH

[133] Les tarifs des médicaments facturables en sus sont majorés de 16 % dans les départements et régions d'outre-mer (Art. L.753-4 du CSS).