



### Mémoire de recherche

### Marchés Publics et Groupements Hospitaliers de Territoires

Sous la direction de : Madame Johanne Saison Professeur des universités

#### **Remerciements:**

Je tenais ici à remercier ma famille, qui m'a apporté tout son soutien moral dans les derniers mois. Bien évidemment mes parents qui se sont adapté à cette vie compliqué de la reprise d'études, et mon frère toujours présent quand il faut. Ma tante Brigitte pour tous ces moments passés chez elle au milieu d'une journée de travail. Mais aussi mes cousins et cousines Séverine, Delphine et Sébastien, et toute la famille Pigache pour leur soutien.

À l'équipe pédagogique du master pour la qualité des enseignements, et plus particulièrement à Madame Saison qui m'a proposé cet intéressant projet autour des marchés hospitaliers, mais aussi à Madame Tournier pour m'avoir donné l'intérêt des marchés publics.

Un grand merci aussi à mes deux tuteurs de stage, Jessica Noulette et Raoul Derisbourg, pour l'apprentissage pratique des marchés publics et des achats. Vous m'aurez appris énormément, que ce soit par vos connaissances ou votre personnalité. Merci de m'avoir la donné la chance de pouvoir apprendre à vos côtés que ce soit au Centre Hospitalier de Douai ou à l'Agence Régionale de Santé. Merci aussi aux différents professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer et qui m'ont beaucoup appris et notamment les collègues Elodie et Audrey.

À ma promotion master 2 « Droit et Politiques de Santé », j'ai eu l'opportunité de travailler sur des projets avec une bonne partie d'entre vous et j'ai toujours retiré un grand profit de ces expériences.

Enfin, à mes amis, pour leur soutien au cours de cette année, que ce soit les Lillois Quentin, Benjamin ou François pour leur accueil tout au long de l'année. Mais aussi tous les autres, je ne peux pas tous vous citer mais merci pour votre bonne humeur et les bons moments passés, vous jouez tous un rôle important dans ma vie et chacun m'apporte dans ma construction personnelle.

### **Sommaire:**

Partie I : Le Groupement hospitalier de territoire face à l'absence de personnalité morale	
P	18
<u>Titre 1 : Une relation fonction achat et marchés publics sécurisée juridiquement au sein des</u>	
GHTP	19
Chapitre : 1 Le cadre juridique du transfert de l'achat et des marchés au sein du groupement hospitalie	r de
territoireP	20
Chapitre : 2 L'importance de la convention constitutive du groupement hospitalier de	
territoireP	25
Chapitre : 3 La nécessaire mise en place d'un système d'information d'achat hospitalier	30
Titre 2 : Le programme PHARE : Un outil indispensable dans la construction et l'évolution de l'ach	<u>at</u>
à l'échelle du GHTP	37
Chapitre 1 : La prise en compte de la performance achat : un aspect coopératifP	38
Chapitre 2 : La valorisation de la fonction achat du groupement hospitalier de territoireP	43
<u>Titre 1 : L'organisation interne d'une fonction achat mutualisée : la mise en place des procédure l'échelle du GHT</u>	
Chapitre 1 La professionnalisation de la fonction achat de GHT : Un objectif indispensable à l'effica des mutualisations	49
	49 cité
Chapitre 2 Une optimisation des relations et des prises de décisions au regard de la définition de	6 49 cité 50
Chapitre 2 Une optimisation des relations et des prises de décisions au regard de la définition de fonction achat	2 49 cité 50 e la
	cité 50 e la 54
fonction achatP	249 cité 50 e la 54
Titre 2 : La mise en œuvre de la convergence des marchés publics.	50 de la 54 de 57 que
Titre 2 : La mise en œuvre de la convergence des marchés publics	50 e la 54 57 que 7 58 nde
Titre 2 : La mise en œuvre de la convergence des marchés publics.  Chapitre 1 Convergence au sein du groupement hospitalier de territoire, une approche économi indispensable à la pleine réalisation de l'objectif d'achat groupé.  Chapitre 2 La convergence des marchés et les obligations juridiques du code de la comma publique.	50 cité 50 e la 54 54 57 que 58 nde 62
Titre 2 : La mise en œuvre de la convergence des marchés publics.  Chapitre 1 Convergence au sein du groupement hospitalier de territoire, une approche économi indispensable à la pleine réalisation de l'objectif d'achat groupé.  Chapitre 2 La convergence des marchés et les obligations juridiques du code de la comma publique.  Chapitre 3 Les difficultés liées aux modifications de contrats dans la convergence des marchés et les obligations de contrats dans la convergence de la convergence de la convergence de la convergence de la	50 cité 50 e la 54 54 57 que 58 nde 62

Partie 3 : Le groupement hospitalier de territoire et son lien avec les opérateurs d'achats
mutualisésP 69
<u>Titre 1 : Les différents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé</u>
Chapitre 1 : Les groupements d'intérêt économique et les groupements d'intérêt publics, des acteurs
moindre du monde hospitalier
Chapitre 2 : La dominante des groupements de coopération sanitaire
Titre 2 : La conception d'une stratégie achat du groupement hospitalier de territoire envers les
opérateurs d'achats groupésP 83
Chapitre 1 : Les centrales d'achat, une massification nationale entre opportunités et risquesP 84
Chapitre 2 : Vers un renouvellement des structures juridiques à l'échelle régionale
Chapitre 3 : La fonction logistique dans le prolongement des marchés groupés à l'échelle du groupement
hospitalier de territoire

#### Table des abréviations

ARS Agence régionale de santé

ARS-HDF Agence régionale de santé des Hauts de France

BPU Bordereau des prix unitaires

CAA Cour administrative d'appel

CCAG Cahier des clauses administratives générales

CCAP Cahier des clauses administratives particulières

CCTP Cahier des clauses techniques particulières

CCP Code de la commande publique.

CE Communauté européenne<sup>1</sup>

CE Conseil d'Etat

CH Centre Hospitalier

CHD Centre Hospitalier de Douai

CHRU Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHS Centre Hospitalier de Somain

CHT Communauté hospitalière de territoire

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CSP Code de la santé publique

DAJ Direction des affaires juridiques (du ministère de l'économie)

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DPGF Décomposition des prix globaux et forfaitaires

DUME Document unique de marché européen

EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPSM Établissement public de santé mentale

ESPIC Établissement de santé privé d'intérêt collectif

FHF Fédération hospitalière française

GCS Groupement de coopération sanitaire
GHT Groupement hospitalier de territoire

GIE Groupement d'intérêt économique

GIP Groupement d'intérêt public

HDF Hauts-de-France

<sup>1</sup> Appelé Communauté européenne du 7 février 1992 et l'accord de Maastricht jusqu'au 1er décembre 2009. Fait suite à la CEE : Communauté économique européenne.

NTIC Nouvelles technologies de l'information et de la communication

ONDAM Objectif national de dépense de l'assurance maladie

PAA Plan d'Action Achat

PAAT Plan d'Action Achat Territoire

PHARE Programme « Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables »

PME Petites et Moyennes Entreprises

PRS Projet régional de santé

RC Règlement de la consultation

RESAH Réseau des acheteurs hospitaliers

RHF Revue Hospitalière Française

RI Règlement intérieur

SIH Système d'Information Hospitalier

SIHA Système d'Information des Achats

TA Tribunal administratif
UE Union Européenne<sup>2</sup>

UGAP L'union des groupements d'achats publics

UNIHA L'union des hôpitaux pour les achats

<sup>2</sup> Appelé Union européenne depuis le 1er décembre 2009, date d'entrée en vigueur du traité de Lisbonne.

#### Introduction:

A la lecture d'un article de la Revue Hospitalière Française (RHF): « Les 135 Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) constitués entrent dans une phase opérationnelle. Les établissements parties se sont engagés avec le soutient de l'établissement support sur une voie cruciale : la mutualisation de la gestion de leurs achats. Ce travail capital devra être achevé au plus tard le 31 décembre 2020 »<sup>3</sup>.

Au travers de cette citation nous avons eu la volonté de développer un encadrement, tant juridique que géographique de la mutualisation des achats. En premier lieu, des bornes temporelles : En effet, si les différents textes attenants aux marchés publics et développés en aval<sup>4</sup> existent depuis 1964<sup>5</sup> et le premier code des marchés publics, « *l'achat public étant du domaine réglementaire, seul le gouvernement peut modifier ces règles, par décret, le Parlement ne devant – en théorie – pas intervenir* »<sup>6</sup>. Le nouveau code de la commande publique<sup>7</sup> est lui applicable depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019 et son application a déjà engendré quelques modifications en matière de commande publique à l'hôpital.

L'objectif de cette citation était aussi de souligner le nombre de GHT, pour 900 à 1000 établissements, 135GHT. Il y a derrière ce nombre une grande diversité, diversité de dimension, de patients, de géographie ...

Il convient également de faire référence au guide de la fonction achat de GHT<sup>8</sup>: Celui-ci, établi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), avance que « sur l'ensemble des thématiques abordées, la description des scénarios et options constitue des recommandations. Du fait et de la diversité et de l'hétérogénéité des GHT (nombre d'établissements, volume d'achat, ressources d'achat et approvisionnement, maturité achat, etc...) et quand cela a été possible et pertinent, les recommandations ont été modulées ou ajustées aux différentes configurations possibles des GHT »<sup>9</sup>. En second lieu : de par mon expérience sur le terrain en tant que stagiaire au sein de la cellule juridique des marchés publics du Centre Hospitalier de Douai (CHD), ou de mes interviews réalisées au cours de notre stage à l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France (ARS-HDF).

<sup>3</sup> RHF, Achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. Page 43

<sup>4</sup> Ibid infra p

<sup>5</sup> Décret n° 64-729 du 17 juillet 1964 portant codification des textes réglementaires relatif aux marchés publics, JORF du 21 juillet 1964 page 6438.

<sup>6</sup> Lemesle. H, Réglementer l'achat public en France (XVIIIe-XIXe siècle), Genèse 2010/3 N°80 p 8

<sup>7</sup> Nouveau code de la commande publique issu de deux textes : une Ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 et un décret n° 2018-1075 du 03 décembre 2018.

<sup>8</sup> DGOS, Guide méthodologique: La fonction achat des GHT, DGOS, 1er juillet 2017.

<sup>9</sup> DGOS, *Guide méthodologique : La fonction achat des GHT*, DGOS, 1er juillet 2017. P 7 (Attention à la version – précisions en Bibliographie).

La distinction entre les stratégies d'un GHT à l'autre, en fonction, notamment, des raisons citées en amont<sup>10</sup> doit nous inciter à la prudence lorsque l'on parle du périmètre du GHT. Dans la région des Hauts-de-France (HDF), du petit GHT du Douaisis composé de deux établissements de taille modérée, aux deux GHT comprenant les deux CHR de la région (Amiens et Lille) accompagnés chacun de neuf établissements les problématiques sont loin d'être similaires.

Aujourd'hui, selon Mr Eckert<sup>11</sup>, directeur de science po Strasbourg, la commande publique représente en France environ 8 % du PIB, soit 200 milliards d'euros chaque année (80 milliards pour les marchés et 120 milliards pour les concessions). Chiffres que l'on retrouve à hauteur de 89 milliards pour l'année 2017 dans le rapport de la DAJ<sup>12</sup> sur le recensement de la commande publique. Chiffres qui peuvent encore sous-estimer quelque peu l'impact réel de la commande publique puisqu'ils ne représentent que les administrations ayant recensé leurs achats supérieurs à 90 000 € H.T. En matière hospitalière<sup>13</sup>, les achats représentent 18 milliards (Hors investissements) en dépenses annuelles à hauteur des 17 milliards dépensés annuellement par l'État.

Depuis le début de la décennie et dans un contexte de crise économique après 2008, les achats doivent contribuer au travers du programme Performance Hospitalière pour des Achats Responsables (PHARE) à aider les services de soins. Leur objectif annoncé est de permettre la réalisation d'économies afin de dégager des marges en faveur des services de soins. Il conviendra tout de même de s'interroger à ce sujet. Peut-on réellement attribuer les gains recensés dans le Plan d'Action Achat Territoire (PAAT) aux services de soins ? Avec l'objectif ministériel affiché de 3 % d'économies sur les achats par année<sup>14</sup>, les marges de manœuvre qui se réduisent depuis 2015 et la baisse significative des gains achats en matière de produits pharmaceutiques, il est plus difficile de faire des économies. Dans quelle mesure ces économies touchent directement ou indirectement la fonction de soins? La mise en place des GHT, par de nombreux aspects, doit permettre de continuer à effectuer des économies afin d'éviter un surcoût non maîtrisé de 18.4 milliards d'euros de dépenses sur la période 2018-2022<sup>15</sup>. Il semblerait que la réalité de la situation soit plutôt cette explication de la DGOS qu'une réelle possibilité de dégager des marges de manœuvre pour les

<sup>10</sup> Ibid 8

<sup>11</sup> G. ECKERT, Code de la commande publique : la sécurité juridique au service de l'efficacité économique, Revue contrats et marchés publics, N°1, Janvier 2019, Lexisnexis SA, P1

<sup>12</sup> Observatoire économique de la commande publique, *le recensement économique des marchés publics synthèse* 2014-2017, DAJ ministère de l'économie et des finances.

<sup>13</sup> Selon le programme PHARE.

<sup>14</sup> DGOS, Guide méthodologique: La fonction achat des GHT, DGOS, 1er juillet 2017.

<sup>15</sup> DGOS, Support méthodologique de la valorisation de la performance achat\_20190520, Programme PHARE, DGOS, P5.

services de soins à l'échelle macroéconomique nationale. En revanche, dans le contexte économique difficile de la plupart des établissements, à l'échelle microéconomique, la fonction support qu'est la fonction achat doit permettre des économies en interne afin de pouvoir reporter ces gains au niveau des investissements, la qualité des soins etc...

Il est une difficulté particulière en matière de marchés publics / d'achat / de commande publique de trouver une définition précise de ces différents points qui s'entrelacent, se mêlent et se démêlent au bon vouloir des organisations, des structures, de la loi, mais aussi des personnels.

Selon la direction des affaires juridiques (DAJ)<sup>16</sup> et un article en date du 7 janvier 2016, la direction interministérielle du numérique et des systèmes d'information et de communication (DINSIC) définit quatre blocs fonctionnels : « la gouvernance des achats comprenant l'analyse des dépenses des achats, les marchés, la programmation et le suivi de la performance. Mais aussi le sourcing et le suivi des fournisseurs, la gestion du cycle de vie des marchés, le traitement des besoins des prescripteurs ». Au regard de la FHF<sup>17</sup> « la fonction achat concerne les quatre missions de la chaîne achat : (élaboration de la stratégie achat, production opérationnelle des marchés, suivi et mise en œuvre des marchés, gestions des approvisionnements) ».

Au-delà de ces blocs très institutionnels et nous l'aurons compris très variables selon la personne qui en fait la définition. La situation dans les établissements répond rarement à cette définition de l'achat et presque tous les modèles existent: Du CHU où les acheteurs sont légion, hyper spécialisés, où le service juridique est nombreux et multi-compétent à l'EHPAD indépendant où la directrice se retrouve affublée de toutes les casquettes de l'achat ou presque. L'importance de la fonction achat de GHT vient alors du regroupement des compétences disponibles à l'échelle du GHT ou d'un niveau territorial cohérent pour affiner une fonction achat performante avec des compétences variées et qui sera en mesure de répondre aux enjeux économiques et juridiques de l'achat moderne.

Dans ce cadre la fonction achat d'un établissement laisse de plus en plus de place à la fonction achat de GHT. L'une des difficultés lorsqu'on aborde ce sujet est la définition d'une organisation ou d'un procédé. C'est pourquoi il s'agit plutôt pour le ministère de tendre vers un objectif mais en laissant de larges marges de manœuvre aux établissements et aux ARS pour évaluer et mettre en œuvre les moyens appropriés afin d'atteindre un objectif qui est un pourcentage d'économies à effectuer sur l'achat. Pour le ministère de la santé les différents outils mis en place, et l'apport du programme

<sup>16</sup> https://www.economie.gouv.fr/dae/systeme-information-achat

<sup>17</sup> RHF, Achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. Page 48

PHARE en la matière doivent permettre aux établissements avec le soutien de l'ARS et notamment des animateurs du programme PHARE d'accéder aux objectifs attendus en matière d'économies. Ces objectifs se mesurent en gains achats ou gains budgétaires<sup>18</sup>. Sur la fonction achat de GHT, le programme PHARE attend plutôt des remontées en termes de gains achats, c'est à dire ce qui a été fait mieux et différemment de la dernière fois. Alors que de manière générale le ministère de la santé et l'État attendent eux plutôt des gains budgétaires, par exemple pour un segment d'achat. C'est dans ce cadre que l'on peut dire que faire de la performance achat n'implique pas nécessairement des gains budgétaires. Par exemple, si nous achetons une IRM plus rapide, de meilleure qualité, nous renforçons la qualité des soins, l'impact sur les revenus de la tarification à l'activité (T2A) sera plus important, ce qui peut se justifier en termes de gains achat. En revanche il n'y aura pas forcément de gains budgétaires car le prix de cette IRM de meilleure qualité sera supérieur à l'ancien matériel.

Aujourd'hui pour un certain nombre d'acteurs<sup>19</sup> le GHT est plutôt un échec qu'une réussite. Cependant, la plupart reconnaissent tout de même la nécessité de passer par de tels procédés. Les problématiques de personnalité morale, de délégation de signature, de délégation d'activité, sont des éléments centraux des complications rencontrées à l'échelle du GHT.

Il semblerait que ces thématiques de coopérations soient mieux maîtrisées en matière de fonction achat que dans d'autres domaines et notamment le projet médical partagé. Cela interroge car le projet médical partagé est la priorité des GHT et de leurs concepteurs. En réalité il semblerait qu'il soit assez facile d'y répondre. La fonction achat concerne moins d'acteurs que le médical. Dans un domaine de coopération GHT où c'est le facteur humain qui fait principalement avancer les choses, il est beaucoup plus simple d'agir à 5 qu'à 15. Ensuite concernant l'aspect économique du domaine, les acheteurs sont des personnes qui souvent ont eu une expérience du privé et qui de part leur profession sont orientés vers les gains et comprennent donc fondamentalement mieux les intérêts des groupements en matière économique alors que les personnels médicaux qui trouvent plutôt leur raison d'agir ou de vivre dans la qualité, la sécurité des soins ce qui engendre des problématiques différentes. Par ailleurs, à propos des gains en eux-mêmes, les directions générales des établissements publics de santé ont souvent appuyé sur cet aspect au regard des restrictions de budget, et la volonté d'imposer des effets rapides et immédiats de gains au travers des achats a été plus naturelle. Enfin, pour d'autres fonctions comme les systèmes d'information le manque de

<sup>18</sup> Programme PHARE : Calculer et utiliser les gains achat : référentiel gains achats, Novembre 2011.

<sup>19</sup> DR. R. BRIOT, Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont-ils en panne ?, Mediapart, 30 septembre 2018.

compétence des personnels ciblés (services opérationnels) ou parfois même des services informatiques des centres hospitaliers (C.H.) a entraîné dans une lenteur de développement de cette fonction. Toutefois la fonction achat n'est pas non plus modèle de perfection et le présent développement concernera tout autant les capacités à bien faire que les nombreuses améliorations qui peuvent encore permettre d'optimiser cette fonction.

La fonction achat, qui est une des fonctions support, fonction mutualisée des achats, a finalement l'objectif selon le cabinet Houdart<sup>20</sup> de promouvoir des « délégations de compétences », qui s'appliquent selon le droit administratif : «lorsqu'une autorité, à laquelle certains pouvoirs ont été attribués, se dessaisit d'une partie de ces pouvoirs et les transmet à une autorité subordonnée. »<sup>21</sup>. Et ce, à trois conditions légales : «Que la faculté de délégation ai été prévue par un texte législatif ou réglementaire, ici le code de la santé publique<sup>22</sup>, qu'elle ne soit pas prohibée par une loi, enfin, que la délégation ne soit que partielle, car — comme l'a décidé le Conseil d'État — une délégation complète et totale de pouvoir est « contraire aux principes généraux du droit français». <sup>23</sup>» Et ici en effet au sein de la fonction achat de GHT, la délégation de la fonction achat n'est pas totale, elle est soumise à deux restrictions, la définition du besoin et l'exécution du marché. Cela concerne donc essentiellement la partie « marchés publics ». Enfin l'encyclopédie, distingue la délégation de pouvoir, de la délégation de compétence, les deux termes pouvant être entendus. Dans le cadre de la délégation de signature «le titulaire d'une compétence se décharge, sur un fonctionnaire qui lui est subordonné, de la formalité matérielle des signatures de certaines décisions. »<sup>24</sup>. Cette définition pose évidemment question dans les GHT ou la fonction achat est déléguée par le directeur général de l'établissement partie au directeur général de l'établissement support.

Dans le cadre de la délégation de compétences, pour la FHF<sup>25</sup> la délégation obligatoire entraîne « un rattachement fonctionnel des équipes achat des établissements parties au responsable achat de l'établissement support » mais est-ce toujours le cas ? Jusque où l'intégration est-elle poussée ? Les transferts d'activités ont-ils toujours entraîné des transferts de personnes ? Autant de questions auxquelles il conviendra de répondre.

En matières d'achats publics et de marchés, certaines démarches, certaines procédures, les acteurs,

<sup>20</sup> https://www.houdart.org/ght-an-apres-sortir-de-limpasse-nos-propositions/

<sup>21</sup> Définition de l'encyclopédie Universalis, édition en ligne.

<sup>22</sup> Ici l'article L 6132-2 du Code de la santé publique modifié par une ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 viennent préciser la faculté de délégation des GHT.

<sup>23</sup> Ibid note 17.

<sup>24</sup> Ibidem

<sup>25</sup> RHF, Achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. Page 48

utilisent un vocabulaire particulier. Dans un soucis de précision nous indiquerons au fur et à mesure de l'utilisation de ces termes le sens de ceux-ci.

Le périmètre de l'action en matière d'achats hospitaliers est cerné par plusieurs textes, par le code de la santé publique, par le code de la commande publique mais aussi et de manière importante par le rôle des ministères et particulièrement par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), les personnes du programme PHARE qui appartiennent à cette DGOS, mais aussi d'autres service de performance et d'efficience à l'instar du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Pour le ministère de l'économie la direction des affaires juridiques (DAJ) joue un rôle important dans les marchés publics notamment avec des éclaircissements en la matière juridique des marchés publics.

Le code de la commande publique mis en œuvre depuis le premier avril dernier a la volonté d'assouplir les règles de la commande publique. De nombreuses critiques avait fait jour part rapport aux codes ou réglementations précédentes et à leur disparités. Il est à noter concernant le code de la commande publique, l'importance de disposer dans un établissement au moins support d'un expert métier sur ces sujets juridiques qui nécessitent de bonnes connaissances au regard de l'importance et de l'influence de la jurisprudence sur un nombre important de procédures marchés.

À ce jour,, il demeure en matière de réglementation/législation de la commande publique une pluralité de variantes, liées aux changements récents en matière de réglementation des marchés publics. Celles-ci vont influer sur la gestion des marchés publics par les services en charge de leur passation au quotidien. En termes de relations au sein des GHT, c'est un réel problème pour différentes raisons que peuvent être : la technicité à laquelle sont confrontés les services en charge de leur passation ou la convergence des marchés. Ainsi, les marchés passés avant le 1<sup>er</sup> avril 2016<sup>26</sup> répondent au code des marchés publics du décret du 1<sup>er</sup> août 2006<sup>27</sup>. Puis du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 30 mars 2019 s'applique l'ordonnance du 23 juillet 2015<sup>28</sup> relative aux marchés publics et son décret du 25 mars 2016<sup>29</sup> en application des directives européennes de 2014<sup>30</sup>. Enfin pour les marchés passés

<sup>26</sup> Date d'entrée en application de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

<sup>27</sup> Décret n° 2006-975 du 1er août 2006 portant code des marchés publics, publié au JORF n° 179 du 4 août 2006 page 11627 texte n° 20.

<sup>28</sup> Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

<sup>29</sup> Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.

<sup>30</sup> Directive 2014/24/UE du parlement européen et du conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE.

Directive 2014/25/UE du parlement européen et du conseil du 26 février 2014 relative à la passation de marchés par des entités opérant dans les secteurs de l'eau, de l'énergie, des transports et des services postaux et abrogeant la directive 2004/17/CE.

depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019, il faut mettre en œuvre le nouveau code de la commande publique<sup>31</sup>.

Malgré les tables de concordance<sup>3233</sup> établies par la Direction des affaires juridique<sup>34</sup> (DAJ) du ministère de l'économie, la tâche demeure ardue pour les services en charge de la passation des marchés, aux faibles ressources en personnels. Cela souligne l' une des difficultés récurrentes des fonctions achats et des services juridiques dédiés aux marchés, en évolution très rapide, desquelles sont attendu les efforts budgétaires que l'on ne peut se permettre en matière de soins, et pour lesquelles il est souvent impossible pour les établissements de répondre concernant les besoins en personnels ou en technicité. La volonté de rassembler les compétences sur les établissements supports ne peut se faire que dans la mesure ou celui-ci aurait les moyens d'attirer à lui soit les compétences déjà présentes dans les établissement parties ou de nouvelles compétences extérieures qui nécessite un certain nombre de moyens.

Pour rappel des grands principes de la commande publique, l'article L3 – Alinéa 1 : « Les acheteurs et les autorités concédantes respectent le principe d'égalité de traitement des candidats à l'attribution d'un contrat de la commande publique. Ils mettent en œuvre les principes de liberté d'accès et de transparence des procédures, dans les conditions définies dans le présent code. » <sup>35</sup>. Il est complété par un alinéa 2 « Ces principes permettent d'assurer l'efficacité de la commande publique et la bonne utilisation des deniers publics » <sup>36</sup>.

Il est très important de revenir sur cette définition lorsque l'on parle de GHT, en effet, selon Marcel Coplo, responsable des achats au Centre Hospitalier de Douai, «La massification sur certains segments ne permet plus qu'à une poignée d'opérateur de répondre ». Il s'agit donc d'une limite du principe d'égalité de traitement des candidats puisque sont défavorisées les petites et moyennes entreprises (PME) sur des segments de fournitures par exemple, où la massification est importante et facile (Produits de nettoyage, de draperies, couches, etc ...). En revanche, cette massification permet aux pouvoirs adjudicateurs que sont les hôpitaux de réaliser des gains achats et budgétaires.

Il est donc assez paradoxal de promouvoir au sein d'un même article du code de la commande

<sup>31</sup> Ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 portant partie législative du code de la commande publique. Décret n° 2018-1075 du 3 décembre 2018 portant partie réglementaire du code de la commande publique. Décret n° 2018- 1225 du 24 décembre 2018 portant diverses mesures relatives aux contrats de la commande publique.

Arrêté du 22 mars 2019 portant l'annexe préliminaire du code de la commande publique au JO du 31/03/2019. Décret n° 2019-259 du 29 mars 2019 portant modification de diverses dispositions codifiées dans la partie réglementaire.

<sup>32 &</sup>lt;a href="https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions">https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions</a> services/daj/marches publics/conseil acheteurs/fichestechniques/nv-ccp-2018/concordance-L-N-A-textes.pdf (Partie législative).

<sup>33 &</sup>lt;a href="https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\_services/daj/marches\_publics/conseil\_acheteurs/fiches-techniques/nv-ccp-2018/concordance-R-N-A-textes.pdf">https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\_services/daj/marches\_publics/conseil\_acheteurs/fiches-techniques/nv-ccp-2018/concordance-R-N-A-textes.pdf</a> (Partie réglementaire).

<sup>34</sup> https://www.economie.gouv.fr/daj.

<sup>35</sup> Article L3 du code de la commande publique, crée par l'ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018.

<sup>36</sup> Ibidem Alinéa 2.

publique des pratiques qui peuvent être parfois antinomiques. Elles représentent toutefois un aspect assumé du code qui cherche d'une part à sécuriser et aider l'achat public à se prémunir de coûts superflus, (procédures de contentieux, indemnités financières, ...) et les groupements sont un acteur majeur de cette grande ligne. D'autre part le code de la commande publique cherche à garantir aux entreprises et notamment aux PME un accès facilité, simplifié à la commande publique afin de soutenir un tissu économique dense. L'argument de la bonne utilisation des deniers publics est donc interprété de manière quelque peu ambiguë par le code de la commande publique.

L'article L.2 du code de la commande publique est lui aussi très intéressant pour notre propos. Il précise le cadre des contrats de la commande publique : « Sont des contrats de la commande publique les contrats conclus à titre onéreux par un acheteur ou une autorité concédante, pour répondre à ses besoins en matière de travaux, de fournitures ou de services, avec un ou plusieurs opérateurs économiques. Les contrats de la commande publique sont les marchés publics et les concessions définis au livre Ier de la première partie, .... »<sup>37</sup>.

Le pouvoir adjudicateur se distingue de l'entité adjudicatrice. Dans les deux cas il est question d'acheteurs publics ou privés soumis aux règles du code de la commande publique du 1<sup>er</sup> avril 2019. Au regard dudit code : « Les acheteurs et les autorités concédantes soumis au présent code sont les pouvoirs adjudicateurs et les entités adjudicatrices »<sup>38</sup>. Pour suite et précision, le code présente en ce qui nous concernera sur ce sujet : « Les pouvoirs adjudicateurs sont : 1° Les personnes morales de droit public ; 2° Les personnes morales de droit privé qui ont été crées pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel ou commercial, dont : a) Soit l'activité est financée majoritairement par un pouvoir adjudicateur, b) Soit la gestion est soumise à un contrôle par un pouvoir adjudicateur, c) Soit l'organe d'administration, de direction ou de surveillance est composé de membres dont plus de la moitié sont désignés par un pouvoir adjudicateur ; 3° Les organismes de droit privé dotés de la personnalité juridique constitués par des pouvoirs adjudicateurs en vue de réaliser certaines activités en commun. »<sup>39</sup>. À ce titre le centre hospitalier est une personne morale de droit public, comme peut l'être un GCS s'il est, à majorité, composé de personnes publiques, alors que ne le sera pas le groupement d'intérêt économique (GIE) qui est et demeure une personne privée.

Aujourd'hui, les achats et les marchés répondent donc du code de la commande publique alors que

<sup>37</sup> Article L2 du code de la commande publique, crée par l'ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018.

<sup>38</sup> Article L1210-1 du code de la commande publique, crée par une ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 – art.

<sup>39</sup> Article L 6141-1 du code de la santé publique, modifié par une loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016- art 104.

les groupements à l'origine de bon nombre de leurs achats, que ce soit des GHT ou les groupements de coopération sanitaire (GCS) ou encore des Groupement d'intérêt économique (GIE) ou des (GIP) relèvent eux du code de la santé publique. Ainsi les modifications qui vont intervenir dans un code auront des répercussions sur l'autre code. Par exemple une modification de l'accès aux achats groupés du code de la santé aura nécessairement un impact sur des principes du code de la commande publique comme l'égalité d'accès à la commande publique. C'est le cas avec les nombreuses modifications qu'on connu ces deux codes depuis leurs création.

Avant les GHT existaient au regard du code de la santé publique<sup>40</sup> les communautés hospitalières de territoire (CHT). Ainsi quand aucune des parties de ces CHT n'exprime la volonté de rompre la coopération alors les CHT ont été transformées en GHT à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016. Dans ce cas et après l'accord du directeur général de l'ARS la convention constitutive est établie par avenant à la convention constitutive de CHT avec pour objectif une simplification de la transition entre les CHT et les GHT. En matière de commande publique nous avons déjà présenté l'historique de celui-ci<sup>41</sup>il sera inutile de le rappeler ici.

La création des GHT a induit un certain nombre de problématiques globales liées à leur nature complexe. Cette complexité s'exprime dans différents sujets. Il y a principalement des problématiques juridiques liées à la définition qui a été faite des GHT dans la loi<sup>42</sup>, mais aussi des problématiques liées à la définition territoriale de ces GHT. Enfin nous mettrons en valeur l'importance des acteurs au sein des problématiques de groupement.

Nous observons ici une importance particulière à établir un périmètre juridique. En effet, les GHT datent de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016<sup>43</sup>. Au sein de cette loi, à l'article 107 y est rédigé le chapitre II du titre III de la sixième partie du code de la santé publique (CSP) sur les GHT.

Pour mémoire l'article L 6132-1.-I du code de la santé publique spécifie :« Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le GHT n'est pas doté de la personnalité morale.<sup>44</sup>». Cela pose la problématique d'un périmètre qui sera un de nos fils conducteurs pour la

<sup>40</sup> Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, loi de modernisation de notre système de santé.

<sup>41</sup> Page 9 du présent document.

<sup>42</sup> Article n° 6132-1 du code de la santé publique.

<sup>43</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>44</sup> Article L 6132-1-I

suite du mémoire. Il est à mettre en lien avec l'article R 6132-16 du code de la santé publique <sup>45</sup> qui définit le périmètre matériel des GHT «L'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie 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 du code de la commande publique.» <sup>46</sup>. Ou encore l'article L 6132-3 du code de la santé publique qui présente « la fonction achats », fonction de « l'établissement support désigné par la convention constitutive » <sup>47</sup>. Enfin les articles R 6132-15 <sup>48</sup> et R 6132-16 définissent les fonctions mutualisées dont le périmètre matériel observé ci-avant. Au delà du périmètre matériel, il sera important lorsque l'on traite des GHT de faire un rappel du périmètre géographique de ceux-ci.

Il peut être compliqué parfois de définir un périmètre géographique : Ainsi en matière de GHT il faut inclure les logiques territoriales propres à leur construction. C'est-à-dire qu'ils ont été construits en fonction des territoires et pas forcément des bonnes ou mauvaises relations, des « puissances » économiques qu'ils représentent. L'établissement support n'est pas toujours un « leader » naturel de ce groupement que ce soit dans une logique territoriale parfois décriée ou dans une logique de « taille » qui ne pose pas moins de soucis. Pour bien contextualiser certaines problématiques du GHT qui rejaillissent sur la bonne coopération à l'achat et donc l'aspect bénéfique du GHT. Voici quelques exemples : L'établissement type CHU dont la masse critique ne bénéficie pas des bénéfices du GHT en termes de « massification » des achats pose deux problèmes. Le premier concerne un sentiment de puissance de l'établissement support vis-à-vis du reste du GHT avec le risque de voir un rejet de son « autorité naturelle » par les établissements parties, mais aussi d'observer un mépris des éventuels apports de ces « petits établissements ». Le problème est encore plus important si dans le GHT certains établissements sont de taille importante, le conflit n'en sera que plus vivace. Une deuxième situation concerne un établissement support pas nécessairement plus important qu'un ou deux de ses établissements parties. Ceux-ci peuvent se sentir lésés de ne pas être établissement support et vont freiner la coopération qui doit avoir lieu. Enfin, cela peut également être compliqué lorsque le GHT s'impose à une logique préexistante de coopération, avec pour exemple les centres hospitaliers (CH) engagés dans un ou plusieurs GCS hors GHT et qui ne comprennent pas l'obligation qui leur a été faite de travailler avec des établissements dont ils ignorent tout.

<sup>45</sup> Article L 6132-16 du code de la santé publique modifié par un décret n° 2019-405 du 02 mai 2019-art 4.

<sup>46</sup> Ibidem.

<sup>47</sup> Article L 6132- 3 du code de la santé publique modifié par une loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art 107.

<sup>48</sup> Article R 6132-15 du code de la santé publique modifié par un décret n° 2019-405 du 02 mai 2019 – Art 4.

N'oublions pas le facteur humain, il est prégnant et indispensable en matière de coopération. Une bonne intégration humaine doit pouvoir faciliter toutes les relations dans les relations intra ou intergroupements, sans forcément vouloir revenir sur un aspect qui est difficilement contrôlable, voire incontrôlable pour le législateur, sans revenir sur le découpage de certains GHT qui au regard des informations dont nous disposons ne va pas évoluer de manière rapide. En effet tout au plus quelques modifications ou fusions de certains petits GHT sont envisagées. Il convenait ici de rappeler un contexte global, juridique, géographique, humain qui si il n'incarne pas le problème de fond de notre sujet, est un lien indispensable lorsque l'on aborde le sujet des GHT. Il nous appartiendra alors de maintenir une attention particulière tout au long de notre développement et d'intégrer la prise en compte des situations propres à chacun lorsqu'il est possible de le faire sans dérives quantitatives.

Aujourd'hui les GHT incarnent de nouveaux défis, la loi « Ma santé 2022 » a souhaité capitaliser sur l'existant pour aller plus loin, et notamment dans la mutualisation de la fonction « ressources humaines » des établissements. L'intérêt de la fonction support que sont les ressources humaines à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire est palpable. Toutefois au même titre que la fonction achat ou d'autres si les enjeux sont présents, les défis le sont encore plus.

Il est parfois compliqué de se rendre compte de la profondeur des usages, des pratiques au regard de la loi, celle-ci fixe un cadre général mais n'est pas toujours assez précise dans le domaine et ce sera aussi ici tout l'intérêt de venir présenter sous l'angle particulier des marchés, les relations, les développements de la fonction achat au regard de l'usage du code des marchés publics, du code de la santé publique mais aussi des différentes circulaires ou indications ministérielles qui ont au fur et à mesure des pratiques fixé un cadre bien particulier pour l'achat et la commande publique.

La fonction achats concerne tous les biens qui ne sont pas produits en propres par les établissements ou les entreprises. « La fonction achat est chargée de procurer les matières premières et composants nécessaires à la production. Ces composants doivent être livrés dans les délais, tout en étant conformes en qualité et en quantité au cahier des charges (c'est à dire aux besoins) de l'entreprise »<sup>49</sup>. Ainsi rapportée à l'échelle d'un établissement la production étant une production de soins, les composants nécessaires concernent tout un panel d'activités se rapportant directement ou indirectement aux soins. Directement, lorsqu'il s'agit de médicaments, ou d'équipements biomédicaux, indirectement lorsqu'il s'agit des fonctions liées à l'activité existante, (hôtellerie,

<sup>49</sup> La fonction achat – wwweconomie.gouv.fr

cuisine, bâtiments et travaux, service juridique de relation aux usagers etc...) La fonction achat tend à se rapprocher du privé en négociant des prix, en travaillant sur l'efficience de l'offre de soins (mieux à meilleur prix), en évitant les ruptures de stock et plus encore sur des éléments liés aux soins ou en améliorant les délais. Au même titre que les entreprises du privé, de plus en plus d'établissements de santé réfléchissent à comment optimiser leur économie, ce qu'il faut externaliser ou pas les améliorations à effectuer, les achats dont le coût peut ou doit diminuer, les avancées technologiques...

Cela va induire des réflexions sur les marchés. Faut-il lancer un marché à l'échelle du GHT ? Qui élabore le marché pour qui ? Il y a tout un travail à effectuer sur l'achat en lui même mais aussi sur le cadre de cet achat. Que doit-on privilégier, où se trouve le bon curseur entre économies, production locale, fraicheur des produits, développement et investissement technologique ?

L'investissement technologique justement, il est aujourd'hui à notre sens, indispensable en matière hospitalière comme ailleurs, mais peut-être plus encore en matière hospitalière de s'intéresser particulièrement au système d'information hospitalière (SIH). Avec des outils de plus en plus présents dans la société en générale comme à l'échelle des établissements de santé. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont à la fois un défi lié à notre société moderne mais ils sont aussi au regard du monde hospitalier un défi vers la performance, l'information, la communication réclamée par la société. Attention toutefois dans ce cadre à faire attention à des risques aussi importants que leurs nombreux avantages. La rapidité est à double sens et l'intérêt pour la matière ne doit pas faire fi de la prudence vis-à-vis de la RGPD sur la protection des données, mais aussi de ce que l'on pense être des améliorations technologiques mais qui finissent par ressembler à de la complexité.

Problématique : La mise en place de la mutualisation de l'achat à l'échelle des GHT pose le problème de leur insertion dans une logique de groupement où les acteurs et les institutions sont multiples. Nous nous interrogerons alors sur l'organisation des GHT et les mutualisations de la fonction achat, ce qui en a résulté en matière d'achat hospitalier de manière pratique ou institutionnelle. Quelle est la gestion des marchés publics groupés pour les GHT ?

La question de la gestion des marchés publics groupés au regard de différents éléments apportés en introduction révèle des questions subsidiaires indissociables de la question principale même si elles lui sont soumises de part leur périmètre. Par exemple quelle performance et quelle prise en compte de la performance achat au travers des marchés publics groupés des GHT ? Quel cadre donner à ces contextes de marchés groupés ? Quelle est l'importance de la sécurisation juridique des procédés au regard d'une judiciarisation de notre société ?

Afin de répondre à ces enjeux nous allons commencer par poser le cadre légal et les appuis juridiques proposés au regard d'une absence de personnalité morale (Partie I), avant d'observer la construction des marchés groupés en interne d'un GHT (Partie 2) pour finir par les relations qu'entretiennent les GHT dans les marchés groupés avec d'autres structures publiques (Partie 3).

# Partie I) Le Groupement Hospitalier de Territoire face à l'absence de personnalité morale.

Au travers de l'appréciation faite en introduction de la mise en place des GHT et dans un objectif se voulant éclaircir la relation GHT et marchés groupés nous aimerions relever l'absence de personnalité morale des GHT présentée à l'article L 6132-2<sup>50</sup>. L'absence de cette personnalité morale pose de toute évidence des problèmes dans les relations à l'échelle des GHT mais aussi et surtout dans ses relations avec des entités extérieures. Quelle est alors la cohérence du système GHT qui se veut un outil de rapprochement, de coopération indispensable à des gains en matière d'achats, de sécurité juridique, d'expertise et de compétences et comment à t-on réussi à développer un système de coopérations tout à fait acceptable à défaut d'être complet.

La personnalité morale se définie au regard de l'encyclopédie comme « être apte à posséder des droits et à encourir des obligations »<sup>51</sup>. au regard de cette définition il est donc impossible pour les GHT de s'engager sur des marchés, et pourtant dans les faits des marchés sont passés au nom des GHT. Cette première partie doit permettre d'identifier l'organisation qui a été prévue, en matière d'achats, pour les GHT par les textes (Titre 1) mais aussi par l'influence de la direction générale de l'offre de soin (DGOS) qui part ses actions et particulièrement celles développées dans le cadre du programme PHARE, et les missions des ARS qu'elle définie, à l'objectif de venir en appui des besoins juridiques des établissements (Titre 2).

<sup>50</sup> L 6132-2-1, code de la santé publique,

<sup>51</sup> Encyclopédie UNIVERSALIS (version en ligne).

# Titre 1) Une relation fonction achat et marchés publics sécurisée juridiquement au sein des GHT malgré l'absence de personnalité morale.

Au regard des difficultés présentes liées à l'absence de personnalité morale, trois arguments principaux issus des textes et notamment du chapitre du code de la santé publique<sup>52</sup> dédié aux GHT que ce soit dans la partie législative<sup>53</sup> ou dans la partie réglementaire<sup>54</sup> organisent le GHT de manière à lui permettre d'agir en matière d'achats. Le premier de ces arguments est le cadre juridique qui a été prévu dans la construction des GHT (Chapitre 1). Afin de compléter cette obligation légale d'appartenance au GHT<sup>55</sup>, nous avons voulu soulever l'importance et l'intérêt des conventions constitutives de GHT<sup>56</sup> à travers une analyse de celles-ci (Chapitre 2) et l'importance d'une sécurisation de l'achat groupé (Chapitre 3).

<sup>52</sup> Code de la santé publique Articles L6132-1 et suivants et R 6132-1 et suivants.

<sup>53</sup> Code de la santé publique - Partie législative - Sixième partie : Etablissements et services de santé - Livre Ier : Etablissements de santé - Titre III : Coopération - Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire.

<sup>54</sup> Code de la santé publique – Partie réglementaire – Sixième partie : Etablissements et services de santé – Livre Ier : Etablissements de santé – Titre III : Coopération – Chapitre II : Groupements hospitaliers de territoire

<sup>55</sup> Article L 6132-1- I du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 art-23

<sup>56</sup> Article L6132-2 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 art-23

# Chapitre 1) Le cadre juridique du transfert de l'achat et des marchés au sein des GHT.

Au début de l'année 2016, avec la réforme appelée communément « Loi MNSS », la loi de modernisation de notre système de santé<sup>57</sup>, et au regard de ce qui a été annoncé précédemment, un cadre a été établi. Il est à noter que les établissements disposaient de deux ans (jusqu'au 1 janvier 2018) pour se constituer en GHT. Toutefois, tout n'a pas toujours été simple et les organisations varient selon les GHT. Cette organisation légale fera l'objet de notre premier point (Section 1) avant d'observer le rôle particulier du directeur de l'établissement support (Section 2).

# Section 1) L'organisation légale et réglementaire du groupement hospitalier de territoire.

L'organisation d'un GHT peut se définir en deux étapes. La première concerne l'aspect légal et réglementaire de la fonction achat de GHT définie principalement au regard des articles L 6132-1 et suivants et de la partie réglementaire attenante (A) Au regard de la législation et de l'absence de personnalité morale nous nous sommes interrogés sur le cas particulier du « budget G » (B).

#### A) La fonction achat de GHT.

La fonction achat de GHT a été instaurée comme obligation légale et couvre un certain nombre de domaines évoqués ci après, cette définition de la fonction achat de GHT ne doit pas occulter l'absence de personnalité morale et la remise en cause de certaines de ses compétences ou tout au moins l'absence d'aboutissement que peut induire une absence de personnalité morale. Au regard des groupements de coopération sanitaire qui eux disposent de la personnalité morale qu'implique la fonction achat de GHT ?

Cette fonction achat qui impute des fonctions mutualisées en matière d'achat de manière légale et réglementaire se différencie du GCS qui est facultatif. Elle est intervenue au gré de différents décrets. Le décret<sup>58</sup> correspondant à la définition des fonctions mutualisées celui-ci énonce<sup>59</sup> les missions suivantes :

<sup>57</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>58</sup> Article R 6132 - 16 du code de la santé publique modifié par un décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 - art 1.

<sup>59</sup> Ibidem.

- « 1 L'élaboration de la politique et des stratégies achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;
- 2 La planification et la passation des marchés ;
- 3 Le contrôle de gestion des achats ;
- 4 Les activités d'approvisionnement à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques. »

Modifié par un décret<sup>60</sup> de 2017 ou l'on retrouve les mêmes thématiques avec cette fois une référence directe aux marchés publics. Son article R6132-16-I dispose que : « 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. L'établissement partie au groupement hospitalier de territoire assure l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance »<sup>61</sup>.

En pratique cela signifie donc que la compétence en matière de passation des marchés publics, est exercée au niveau de l'établissement support du GHT. L'intérêt direct est donc de regrouper les services en charge de cette mission et de mettre en valeur les différentes compétences de leurs agents mais nous y reviendrons. La mutualisation des services, des achats, des expertises doit procurer un travail moins important, et de meilleure qualité en lien avec une hausse constante des marchés passés par les établissements, liés à une plus grande expertise et une généralisation de la commande publique. Pour un service en charge de la passation des marchés, cette mutualisation n'est pas toujours évidente en termes de gestion et de relation avec jusque là une forte prégnance des directeurs fonctionnels sur l'achat. Sur le principe il y a évidemment un grand nombre d'intérêts mais en pratique cela dépend beaucoup de la situation des GHT et de leurs spécificités, ce qui n'est pas sans causer des problèmes dans les relations entre les établissements supports et parties.

Enfin un décret de mai 2019<sup>62</sup> modifie une dernière fois, pour le moment, ces dispositions, en faisant référence au nouveau code de la commande publique. À droit constant concernant l'exécution des marchés qui demeure la seule prérogative de l'établissement partie le législateur intègre désormais les hôpitaux militaires tout en laissant une marge de manœuvre au ministère de la défense.

C'est au regard de la fonction achat de GHT les seules modifications d'importance qui ont été apportées, toutefois elles ne changent pas fondamentalement l'interprétation de la fonction achat de

<sup>60</sup> Article R 6132 - 16 du code de la santé publique modifié par un décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 - art 1.

<sup>61</sup> Article 5 6132 – 16 – I du code de la santé publique modifié par un décret n° 2019-405 du 2 mai 2019 -art 4.

<sup>62</sup> Article R 6132-16 du code de la santé publique modifié par un décret n° 2019-405 du 2 mai 2019 - art 4.

GHT. En revanche elles poussent à l'interrogation sur la nuance que fait le code de la santé publique entre les termes d'approvisionnement, d'exécution du marché et la fonction logistique<sup>63</sup>.

Une des difficultés liée à l'absence de personnalité juridique et à l'organisation de la fonction achat a nécessité des précisions de la part du ministère.

### B) Le Budget « G » un exemple particulier d'alternative à l'absence de personnalité morale.

En matière de budget et de contrôle de gestion, le budget d'un établissement doit être rattaché à une personnalité morale, et cela a été rappelé par le sénat<sup>64</sup> dans une note relative aux régies. Face à l'absence de personnalité morale des GHT, le législateur a lié le budget du GHT à celui de l'établissement support. En ce sens le législateur a crée un nouveau compte de résultats annexe « G » qui dans ses fonctions utilise la personnalité morale du budget de l'établissement support. Cela est précisé par l'article R 6145-12 du code de la santé publique «Les dépenses et les recettes imputables aux activités assurées par les établissements publics de santé sont retracés dans le cadre d'un état des prévisions de recettes et de dépenses unique. Toutefois, font l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe les opérations d'exploitation concernant chacun des services ou activités suivants » :7° Pour les établissements support de groupement hospitaliers de territoire, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L 6132-3.

[1) 3° La fonction achats.] gérées par cet établissement. Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Aucun de ces comptes de résultats annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal.

Ainsi comment comprendre ce budget « G » au regard du précepte juridique qui annonce que pour être doté de comptes financiers et donc d'entrées et de sorties financières il est nécessaire d'avoir la personnalité morale ? Il est nécessaire de comprendre que le pouvoir législatif peut se permettre ces « hérésies » financières mais aussi qu'il en était obligé afin de permettre des flux financiers dans le GHT. Car comment refacturer hors GHT sinon, une action qui à lieu dans le GHT ? Au travers des budgets propres des établissements ? Sur plusieurs comptes ? Nous serions très proche d'une insincérité dans ce cadre.

<sup>63</sup> Article L 6132-3-II du CSP modifié par l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018.

<sup>64</sup> P. Bas, Question écrite n° 0592, publiée au JO sénat du 28/06/2018, page 3205.

# Section 2) Le rôle du directeur général de l'établissement support de groupement hospitalier de territoire.

Le directeur général de l'établissement support devient avec les GHT un directeur aux fonctions augmentées. Si certains en doutent il suffit de l'analyser en terme de carrière, l'établissement support de GHT est un objectif à atteindre. Nous allons ici traduire son rôle en matière d'achat (A) avant d'observer comment il exerce cette mission en l'absence de personnalité morale (B).

# A) Un rôle primordial dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

En application de l'article L 6132-3 3°)<sup>65</sup> du code de la santé publique que nous citons dans le cadre du guide de la fonction achat de GHT « L'établissement support désigné par la convention constitutive assure [...] pour le compte des établissements partie au groupement [...] la fonction achats ». Pour cette fonction, le directeur de l'établissement support exerce, par dérogation, les compétences d'un chef d'établissement (L. 6143-7 CSP) »<sup>66</sup>. Les citation du CSP reprises ici par le guide de la fonction achat de GHT nous apportent donc des précisions quant au cadre légal. Pour autant le code mentionne aussi à l'article L. 6132-1-1que : « Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale. »<sup>67</sup>. Le Directeur de l'établissement support exercerait donc par dérogation la fonction achat au nom des établissements parties sans toutefois bénéficier de la personnalité morale que l'on peut retrouver dans d'autres groupements comme les GCS. Il y a donc plusieurs conclusions à en tirer. La première, que le législateur dans un souci d'optimisation de la fonction achat a souhaité transférer à un établissement dit « support » d'un groupement les compétences techniques que ce soit en matière d'achats ou juridiques. Mais dans ce transfert il n'a pas souhaité déposséder les établissements dit « parties », l'idée de la coopération entre les établissements a fait son chemin et la loi de modernisation de notre système de santé retranscrit bien cela. La deuxième est, que le directeur général de l'établissement support qui était déjà à un poste stratégique voit son activité élargie et au regard des enjeux et de la taille des GHT le poste devient

<sup>65</sup> Article L6132-3 3 du CSP modifié par l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018.

<sup>66</sup> DGOS, *Guide méthodologique : La fonction achat des GHT*, DGOS, 1er juillet 2017. P 11 (Attention à la version précisions en Bibliographie).

<sup>67</sup> Article L6132-1 issu de l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 article 23.

éminemment politique. Troisièmement l'importance de la coopération et la multiplication des instances, qui tendrait à être réduites avec le projet de loi « ma santé 2022 », complexifie la prise de décision à l'échelle des GHT. Enfin, en matière d'achats, les textes et la pratique confirment la délégation des compétences au directeur achats/économique de l'établissement support.

#### B) Le rôle du directeur au regard de l'absence de personnalité morale.

Le rôle du directeur général de l'établissement support qui pilote l'ensemble du GHT notamment par l'intermédiaire du comité stratégique du groupement se trouve être quelque peu complexe. Il bénéficie de délégations du directeur de l'établissement partie. Toutefois ces délégations ne lui transfèrent pas pour autant les choix de l'établissement partie sur ses achats, qui imputerais finalement que le D.G. de l'établissement partie soit un directeur adjoint si il ne bénéficie plus de la totalité de ses « pouvoirs ». La politique d'achat est définie par l'établissement partie, en revanche la stratégie d'achat est du ressort de l'établissement support.

A titre d'exemple nous avons relevé pour le G.H.T. du Douaisis<sup>68</sup> l'article 16 : «Le directeur de l'établissement partie délègue au directeur de l'établissement support les compétences suivantes, nécessaires à la mise en œuvre de ses missions :

- La représentation de l'établissement, dans tous les actes de la vie civile et l'action en justice au nom de l'établissement, pour les compétences mutualisées au sein du groupement ;
- La gestion des affaires courantes et l'exécution des délibération du conseil de surveillance pour les compétences mutualisées au sein du groupement.

Ces compétences sont déléguées pour 5 années et renouvelées tacitement.

Le directeur de l'établissement déléguant est tenu informé, dans le cadre du comité stratégique du groupement, de la mise en œuvre de ces délégations. ».

À ce titre, le directeur de l'établissement support assume donc la représentation mais pas la responsabilité au titre du GHT. En effet celui-ci n'a pas de personnalité morale, donc en ce sens, il n'est pas possible d'assurer la responsabilité. C'est aussi pour cela que les marchés sont rattachés fonctionnellement à l'établissement support qui assure alors la responsabilité au titre du GHT mais sur sa propre compétence et en son risque propre.

<sup>68</sup> Les conventions constitutives de G.H.T sont disponibles sur le site de l'ARS : <a href="https://www.hauts-defrance.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-0">https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-0</a>, Convention constitutive du G.H.T. du Douaisis p10.

#### Chapitre 2) L'importance de la convention de GHT.

Dans les articles évoqués ci-avant ou dans le code de la santé publique il y a de nombreux renvois aux conventions constitutives de GHT<sup>69</sup>, que ce soit en matière réglementaire ou législative. Il nous a alors semblé pertinent de développer un point sur cette convention constitutive (Section 1) et le règlement intérieur (Section 2) qui y est attaché afin de comparer certaines pratiques en matière d'achats.

# Section 1) La construction d'une convention constitutive de groupement hospitalier de territoire.

Au regard du code de la santé publique la convention constitutive de GHT doit entre autres, définir les modalités d'organisation et de fonctionnement de la fonction achat de GHT (A). Toutefois, en pratique, ces conventions sont très succinctes et relèvent d'une certaine urgence (B).

#### A) La convention constitutive au regard du code de la santé.

L'article L. 6132-2 du code de la santé publique indique que « la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes »<sup>70</sup>. Les articles R 6132-1<sup>71</sup> et suivants du code de la santé publique précisent quant à eux un certain nombre de points indispensables à la réalisation d'une convention constitutive. Nous concernent ici, le volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement<sup>72</sup>, mais aussi les compétences déléguées à l'établissement support<sup>73</sup>. Au regard des activités déléguées en matière d'achat par les établissements parties à l'établissement support et au regard du code de la commande publique et des obligations qu'il crée avec les seuils de publicité, certains établissements publics de santé se sont dirigés vers une sécurisation des achats afin de limiter les risques entre les responsables de l'établissement support. Ainsi, dans certaines conventions la fonction achat donne lieu à un Comité de pilotage (COPIL) dédié à l'achat et à une commission des marchés publics, le premier pour les projets et la seconde pour valider les procédures engagées. La nécessité d'instaurer un plan d'action en matière d'achats à l'échelle du

<sup>69</sup> Article L 6132-2 du C.S.P. relatif aux conventions constitutive de G.H.T.

<sup>70</sup> Article L 6132-2-I modifié par l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018- art 23.

<sup>71</sup> Article R 6132-1 à R 6132-21-1du C.S.P.

<sup>72</sup> Article R 6132-1-I-2 du C.S.P.

<sup>73</sup> Article R 6132-1-II du C.S.P.

GHT doit favoriser les coopérations et ce dès la création de la convention constitutive.

Dans les faits, ces conventions sont très variables, évidemment plus importantes ou de moindre importance au regard des tailles des GHT. Elles le sont aussi dans la quantité mais très souvent elles se sont vues à la fois prudentes et limitées dans la portée temporelle se bornant à une mise en place de la fonction achat de GHT sans réellement définir les axes de travail une fois que celle-ci ont été mise en place.

#### B) Des conventions constitutives très succinctes.

Reprenons un certain nombre de conventions constitutives établies dans la région des Hauts-de-France.

Dans la convention constitutive du GHT du Douaisis<sup>74</sup> nous retrouvons :

Article 17 : «L'établissement support assure pour le groupement : la fonction achat qui comprend selon l'article R 6132-16<sup>75</sup>[...] Pour ce faire, la fonction achats est mutualisée et un plan d'action des achats de GHT est élaboré de manière participative. Un responsable de la fonction achats est désigné par le directeur de l'établissement support. Les établissements du GHT bénéficieront progressivement d'une harmonisation des méthodes, d'une mutualisation des activités et des outils, et d'une répartition des missions en concertation avec les établissements parties permettant de mettre à profit les expertises existantes dans les différents établissements. L'établissement support s'engage à faire bénéficier l'établissement partie des tarifs préférentiels qui lui sont accordés et réciproquement ».

Dans la convention constitutive du GHT Aisne Nord – Haute Somme<sup>76</sup> voici ce qui est prévu : «Un groupe de travail composé des personnes ressources de chaque établissement partie au groupement est créée afin de :

- Réaliser un état des lieux des différentes pratiques et outils utilisés au sein du groupement.
- Définir une cartographie des achats par chaque établissement (dépenses, fournisseurs, ...)
- Définir les grands segments d'achats.
- D'identifier les priorités pour élaborer le plan d'action achat commun et établir une stratégie commune pour les approvisionnements.
- De répartir les missions afin de mettre à profit les expertises existantes, par processus ou domaine

<sup>74</sup> Les conventions constitutives de G.H.T sont disponibles sur le site de l'ARS : <a href="https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-0">https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/groupements-hospitaliers-de-territoire-0</a>, convention constitutive du G.H.T. du Douaisis p11.

<sup>75</sup> Mentionné ci-avant dans la Partie I – Titre 1 – Chapitre 1 – Section 1 – A).

<sup>76</sup> Convention constitutive du G.H.T. Aisne Nord – Haute Somme, Fonction achat p 21 et 22.

d'achats, dans les différents établissements.

Les modalités opérationnelles des processus et organisations portées par cette fonction achats mutualisée sont décrite dans le règlement intérieur du groupement. ».

Enfin en guise de dernier exemple, dans la convention constitutive du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure<sup>77</sup> il est précisé que la politique et les stratégies sont établies par le comité stratégique. Notons les éléments suivants :

« L'établissement support [...] assure pour le compte des établissements parties la fonction achat en assumant la mission de coordonnateur de groupements de commandes. Les groupements de commande sont la seule modalité d'expression retenue aux présentes s'agissant de la planification et passation des marchés ci-avant identifiés. [...].

Il est institué un collège des directeurs des services économiques ou des responsables achats des établissements parties ne disposant pas de DSE. [...]

Les ordres du jour prévisionnels et les comptes-rendus des réunions sont systématiquement transmis aux membres du comité stratégique. [...]

Considérant les contrariétés juridiques existant entre le décret précité et le code des marchés publics au jour des présentes, il est rappelé que c'est ce dernier qui prévaudra. »

Il est important ici de se rendre compte déjà des divergences entre les différentes conventions. Ensuite, cela ne reflète qu'une partie des conventions existantes. En effet au regard de la totalité des GHT, nous ne rendons compte que d'une infime minorité. D'autres conventions ne font même pas référence à un détail de la fonction achat et il était ici impossible de toutes les citer bien sûr.

Ces conventions permettent d'observer comment les établissements ont appréhendé les problématiques de la fonction achat à leurs débuts. En effet, ne présumons pas de la situation actuelle dans les établissements au regard d'une convention qui a souvent deux à trois ans d'existence. En revanche, il est possible d'en retirer que les établissements n'ont pas tous perçu la problématique achat au même degré. Certains d'entre eux ont cherché à développer une stratégie de base comme le GHT Aisne Nord – Haute Somme ou le GHT du Douaisis qui ont cerné les problématiques immédiates afin d'y travailler immédiatement. Pour le GHT Lille métropole Flandre intérieure, la problématique a plutôt été de définir comment il était possible de faire fonctionner cette fonction achat au regard des multiples acteurs. Sa convention constitutive est vraiment centrée sur les conditions de la collaboration plutôt que des moyens à mettre en œuvre afin de parvenir à la convergence de la fonction achat à l'échelle du GHT. La convention constitutive permet alors de cerner les problématiques fonctionnelles des différents G.H.T. alors que le règlement intérieur et les décisions des différents comités doivent mener à plus d'opérationnalité.

<sup>77</sup> Article 22: fonction achat, convention constitutive

### Section 2) Le règlement intérieur et son apport dans la structuration de la fonction achat.

Afin d'englober de la meilleure des manières le règlement intérieur abordons deux aspects. Le premier concerne la création du règlement intérieur (A) et le second concerne son évolution (B)

### A) Le règlement intérieur du groupement et son importance dans la création de la fonction achat.

À la convention constitutive de GHT, il est indispensable d'adjoindre un règlement intérieur au regard de l'article R 6132-2 du CSP. « Le règlement intérieur est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties et associés au groupement » Celui-ci peut être modifié à tout moment dans les mêmes conditions de sa création. Et si le législateur a pris la peine de définir le cadre de la convention constitutive dans les articles L 6132-1 et 2 il est resté plus en retrait quant au contenu du règlement intérieur. Face à ce manque d'informations il importe alors aux établissements de créer leur propre règlement intérieur (R.I.) ou de s'appuyer sur des modèles comme celui mis en œuvre par la FHF<sup>79</sup>.

Ainsi dans le cas du GHT Plaine de France<sup>80</sup> (93) le règlement intérieur ne définit pas seulement le fonctionnement des différentes instances propres au GHT que sont le comité stratégique ou encore le collège médical ... Il va plus loin en proposant une « partie 3 : Fonctions mutualisées et déléguées et gouvernance » <sup>81</sup> Après avoir rappelé la gouvernance et le caractère obligatoire de la fonction achat de GHT, le RI vient définir la fonction achat<sup>82</sup> et les objectifs la concernant. Un certain nombre de débats demeurent, comme évoqué ci-avant. La constitution de la convention implique des points obligatoires, pas celle du RI. Au regard des disparités entre les différents GHT existants, le législateur à souhaité laisser à tout un chacun le bon droit de s'organiser comme il le souhaitait. Néanmoins compte tenu d'un intérêt modéré porté envers les GHT, d'une mauvaise compréhension, ou d'autres raisons, ces documents n'ont pas toujours été établis avec le cadre le plus optimal.

<sup>78</sup> Article L 6132-2 du CSP modifié par un décret n° 2019-405 du 02 mai 2019. - art 4

<sup>79</sup> FHF, Trame de règlement intérieur de GHT, publié le 04 juillet 2016 et mis à jour le 06 décembre 2017.

<sup>80</sup> https://www.hopital-de-gonesse.fr/wp-content/uploads/2017/09/pj-rightplainedefrance1072017.pdf

<sup>81</sup> Ibidem P22

<sup>82</sup> Ibidem P23

#### B) Quelle évolution doit-on proposer au règlement intérieur de G.H.T.

Aujourd'hui avec plus d'un an de recul sur la fonction achat de GHT il est possible de se rendre compte que le RI du GHT Plaine de France<sup>83</sup> évoqué ci-avant<sup>84</sup> ne concerne qu' un aspect de mise en place de la fonction achat qui fera donc l'objet d'une modification pour la suite, par exemple pour la convergence des marchés.

Afin de mettre en place cet aspect non cadré par la loi, le vade-mecum<sup>85</sup> du ministère de la santé propose différents points que sont, la nature des acteurs, les mutualisations obligatoires ou facultatives mise en œuvre et la mise en place des actions opérationnelles. Au regard de la lecture du « vade-mecum »<sup>86</sup> celui-ci précise que les textes ne fixent pas de calendrier pour l'élaboration du règlement intérieur. Toutefois dans la mesure ou le RI est le prolongement de la convention constitutive il est alors indispensable afin de pouvoir mettre en œuvre la convention constitutive et ne se dissocie pas dans les faits de celle-ci. À des fin de comparaison, la convention constitutive de GCS qui, certes, dispose de la personnalité morale voit dans son obligation de déclaration à l'A.R.S. un RI joint en annexe de la convention constitutive. Au-delà des arguments énoncés précédent il convient de prendre en compte des aspects relatifs aux éléments internes des RI. À quel point sontils aboutis, mais aussi comment peuvent-ils être remis en cause ?

La mise en place d'une fonction achat de GHT est comme vu précédemment<sup>87</sup> indissociable de l'élaboration d'un GHT. Néanmoins si celle-ci n'induit pas pour autant un immobilisme à l'échelle des dix ans programmés de la convention constitutive et de la possibilité de modifier les règlements intérieurs de GHT. Celle-ci devrait être étudiée afin de relancer certaines opportunités qui n'ont pas été saisies dans un premier temps.

Au regard des éléments légaux et réglementaire, puis des conventions qui régissent les GHT il nous est essentiel de démontrer comment la mise en place d'un système d'information achat est apparu comme indispensable au regard des enjeux des marchés groupés et de la sécurité ou de l'efficacité de ceux-ci au même titre que les dispositions légales.

<sup>83</sup> https://www.hopital-de-gonesse.fr/wp-content/uploads/2017/09/pj-rightplainedefrance1072017.pdf.

<sup>84</sup> Page 26 du présent mémoire.

<sup>85</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, GHT Mode d'emploi – VADEMECUM-, 26 mai 2016, P66.

<sup>86</sup> Ibidem

<sup>87</sup> Partie I), Titre I), Chapitre 1, section 1 – Page ....

## Chapitre 3) La nécessaire mise en place d'un système information achat.

De part l'article L6132-3-I-1<sup>88</sup> « L'établissement support désigné par la convention assure [...] la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier (SIH) convergent ». Si cet aspect à en premier lieu été développé dans une intention de communication des dossier patients, le système d'information a en matière d'achat été utilisé dans ce qui a été nommé un système d'information achat. Ce système d'information à un double objectif, assurer une meilleure efficience de l'achat par une coordination et un trafic plus rapide des informations mais aussi de satisfaire à des questions de sécurité juridique. Au regard du G.H.T. cet outil est primordial afin de venir satisfaire une sécurisation non satisfaite par l'absence de personnalité morale. Ainsi au travers de ce chapitre nous avons souhaité démontrer le rôle du système d'information achat en amont de la passation du marché (Section 1) avant de se pencher sur la sécurisation en aval de la procédure marché (Section 2).

#### Section 1) Le rôle du système d'information d'achat en amont de la passation du marché. :

Dans une perspective de sécurisation juridique, le rôle du système d'information achat est d'apporter une traçabilité des actes qui est indispensable. L'établissement support portant les marchés il n'a pas nécessairement envie que les fautes des établissements parties se reportent sur lui. Tracer les divers éléments de l'achat par la mise en place d'un S.I.H. (A) doit permettre au-delà de l'apport en efficacité que chacun assume ses problématiques, néanmoins la pluralité des systèmes (B) peut limiter cette action.

#### A) La mise en place d'un système d'information d'achat hospitalier :

Le Système d'Information hospitalier (SIH) dans sa version achat peut s'appréhender comme un logiciel qui doit permettre une meilleur communication entre les acheteurs et prescripteurs et le service marché. Mais pas seulement en effet il y a aussi un objectif d'harmonisation des pratiques, de sécurisation du processus et de centralisation des informations. Précision ici sur l'acronyme SIHA, il est utilisé à la fois pour signifier un système d'information de l'achat, mais c'est aussi le nom d'un produit<sup>89</sup> du RESAH dont il n'est pas l'objet de faire ici la promotion, pour permettre le

<sup>88</sup> Article L 6132-3 du CSP modifié par l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 – art 2

<sup>89</sup> SIHA, MiPih, centre de ressources et d'expertise du RESAH.

distinguo le terme SIA<sup>90</sup> est utilisé. C'est un outil indispensable dans le cadre des GHT ou les acheteurs, les prescripteurs et le service marché ne sont pas sur un même site. La problématique, existante préalablement dans les grands établissements prend une dimension autrement plus importante à l'aune des années 2016, non seulement un même établissement peut disposer de plusieurs site et de nombreux personnels, mais en plus il doit coopérer avec des sites parfois éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres. Avec une corrélation de l'évolution technologique le moment était venu de s'orienter sur ce type de technologies. Ainsi en 2018 selon le site TICsanté<sup>91</sup> les trois grands opérateurs d'achat groupé que sont l'UGAP, le RESAH et UniHA ont présenté en mai/juin 2018 des dispositifs informatiques pour l'outillage de la fonction achat mutualisée.

En matière de SIHA il y a bien entendu une base légale très faible<sup>92</sup>. Aussi la DGOS s'est emparée du sujet afin de réglementer cet aspect.

L'utilisation de ce SIH a pour objectif en théorie, de permettre des gains de temps pour les agents, des gains en matière de délais de communication. Si un acheteur devait auparavant créer plusieurs fichiers excel pour gérer ses tâches, aujourd'hui, il peut alléger sa charge de travail notamment par l'intégration dans la base des informations reçues des services d'approvisionnement et l'exportation/intégration de ces sommes. Cela peut aussi aider dans les annexes nécessaires aux marchés de la cellule juridique : décomposition des prix globaux et forfaitaires (DPGF), bordereau de prix unitaires (BPU) et détails des quantités estimatives (DQE). Les possibilité de duplication d'anciennes consultations ou pièces pour ne pas repartir de zéro. Le fait que soit générées automatiquement des trames par le logiciels sont autant d'avantages à prendre en compte.

Au regard de ces informations, un défaut principal est incarné par la présence d'une pluralité de systèmes d'informations qui ne se « parlent » pas toujours bien entres-eux ce qui génère alors plus inconvénients que d'avantages.

#### B) Une pluralité de systèmes d'information hospitalier :

<sup>90</sup> D. Roquier, Leçon n° 4 : La mise en place d'un système d'information achat approprié, Par le site achatpublic.com. P1

<sup>91 &</sup>lt;a href="https://www.ticsante.com/story/4113/ght-les-centrales-d-achats-degainent-leurs-outils-pour-informatiser-la-fonction-achat.html">https://www.ticsante.com/story/4113/ght-les-centrales-d-achats-degainent-leurs-outils-pour-informatiser-la-fonction-achat.html</a>.

<sup>92</sup> Article L 6132-3 du CSP modifié par l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 – art 21.

Au cours de la procédure d'achats, le SIH doit donc permettre à l'échelle du GHT une meilleure communication des différentes pièces, une plus grande rapidité dans les démarches. Toutefois, cet argument essentiel de la mise en place d'un SIH trouve à notre sens sa limite de part le nombre d'outils existants. Ainsi l'État<sup>93</sup> utilise pas moins de 6 applications, IMPACT pour la performance achat, CHORUS pour l'analyse des dépenses et l'exécution des marchés, PLACE pour la passation des marchés ... En matière hospitalière la problématique est la même et doit nécessiter à l'échelle des GHT d'insérer les mêmes pratiques en terme d'achat et d'utilisation de logiciels. À cause de la diversité de l'offre à ce niveau, et ce, même si il n'y a pas des dizaines de solutions en terme de marchés publics, mais aussi de la diversité des logiciels en fonction des actes et des opérations effectuées par les professionnels quels qu'ils soient dans l'hôpital.

Le défaut est de ne pas avoir sur le marché un logiciel qui couvrirait toutes les étapes allant du recensement des besoins à la liquidation et au mandatement avec un seul item. Aujourd'hui les GHT se retrouvent donc avec la problématique d'une incohérence entre les différents SIH présents dans les établissement support et établissements parties, mais aussi le défaut en interne de devoir utiliser plusieurs applications différentes. Ainsi CHORUS est un logiciel utilisé par les sociétés notamment pour transmettre leurs factures alors qu'un certain nombre d'établissements utilisent MAGH-2 pour la liquidation des factures par les gestionnaires, ou le mandatement des factures par la direction des finances. En matière de marchés publics, la passation de ceux-ci peut se faire par MACOWEB alors que d'autres vont utiliser EPICURE. A mon sens il y a ici un travail à effectuer à plus ou moins long terme pour unifier les SIH dans les établissements de santé et faire en sorte d'avoir des solutions moins complexes à mettre en place. En revanche l'objectif de convergence des marchés à identifié la nécessité d'avoir aussi une convergence des systèmes d'information<sup>94</sup> et ce depuis 2016. Sur cet aspect les centres hospitaliers ne sont pas tous en accord et nous pouvons les comprendre au vu des enjeux économiques immédiats. Il faut toutefois considérer l'investissement dans un système d'information achats de GHT comme ce qu'il est : un investissement à moyen ou long terme. Les réticences sont compréhensibles dans la mesure où certains de ces logiciels coûtent cher, pour un certain nombre d'établissements ceux-ci ont investi il y a somme toute peu de temps et attendent d'avoir amorti la dépense avant d'évoluer dans ce domaine. Pour d'autres, il y a un problème de confiance dans les GHT. Il faut donc espérer que l'ancrage des GHT avec le projet de loi ma santé 2022 assure aux établissements d'avoir une vision pérenne de l'outil qui leur fasse faire les investissements qui permettrons à l'outil GHT de démontrer le potentiel de son efficacité, avec la

<sup>93</sup> https://www.economie.gouv.fr/dae/systeme-dinformation-achat

<sup>94</sup>RHF (Revue hospitalière de France), achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. P44

relativité à apporter au regard des distinctions entre les GHT.

Toutefois même si parfois les relations entre les différents systèmes d'information peuvent être complexes cela ne doit pas occulter la sécurisation que permettent de tels système même si le gain de temps agent n'est pas toujours évident.

#### Section 2) Une sécurisation juridique permise grâce aux contrôles en aval.

Au stade de la prise en charge de la procédure par les services en charge de la passation des marchés publics au sein des établissements un certains nombre de nouvelles étapes doivent favoriser une sécurisation des marchés et de pouvoir imputer précisément d'éventuelles fautes ou au contraire de les analyser et de les réduire avant que le problème n'éclate. Le contrôle de la computation des seuils (A) doit permettre principalement d'éviter un risque lié au contrôle de la cour des comptes sur les « saucissonnages de marchés » alors que la traçabilité des décisions (B) doit éviter les monocontrôles.

### A) Le contrôle de la computation des seuils.

Le SIH permet une traçabilité indispensable, en particulier dans des contextes GHT difficiles. Il doit aussi permettre de regrouper avec l'établissement support les achats communs, de procéder au recensement des achats et de prendre en compte d'une nomenclature à l'échelle du GHT.

A l'heure actuelle les structures utilisent de manière majoritaire des logiciels de gestion financière comme le logiciel MAGH2<sup>95</sup> que j'ai utilisé au cours de mon expérience au sein de la cellule des marchés publics du CH de Douai. Ceux-ci présentent l'avantage de permettre une vérification de la computation des seuils. C'est à dire des achats déjà effectués dans la nomenclature concernée, par exemple si en matière de fournitures de dispositifs médicaux-stériles (DMS) l'acheteur du CH à déjà dépensé ou engagé plus de 25 000 euros sur la ligne de nomenclature achat concernée. Dans cette situation, le seuil sous lequel les marchés simplifiés sont possibles alors il devra procéder par un marché public en application d' une procédure adaptée. Le code de la commande publique<sup>96</sup> est très clair sur ce point. A ce stade toutefois il est difficile d'établir ce principe comme un principe général applicable aux GHT. La mise en commun des données financières nécessite déjà d'avoir le

<sup>95</sup> Logiciel de GEF : Gestion économique et financière lié plutôt à l'aval et au contrôle des dépenses il est aussi utilisé en amont de la procédure achat pour un contrôle.

<sup>96</sup> Article R 2121-4 du CCP crée par un décret n° 2018-1075 du 3 décembre 2018.

même logiciel. Le code de la commande publique n'oblige pas en matière de marchés à posséder un système de gestion financière commun puisque la phase d'exécution des marchés demeure de la responsabilité des établissements parties en dehors des avenants<sup>97</sup>. Cela pose donc un problème lors de la computation des seuils, l'établissement support doit-il toujours demander le montant figurant sur la ligne de nomenclature concernée à l'établissement partie? La cellule juridique doit-elle faire confiance aux données transmises? Ici la meilleure solution demeure cependant un accès du logiciel de gestion économique et financière (GEF) par l'établissement support. Mais c'est politiquement difficile à mettre en place. C'est en partie pour cela que la traçabilité permise par les logiciels conduit à une maîtrise nécessaire des informations à disposition et joue un rôle nécessaire dans le développement d'un contrôle et d'une sécurisation juridique des procédures. Notons tout de même un réel besoin d'évolution quant à ces nomenclatures qui sera l'objet d'un débat ci après<sup>98</sup>.

#### B) Une traçabilité nécessaire.

Nous avons eu l'opportunité d'assister à une formation le 13/05/2019 sur le logiciel achat - Logiciel MARCOWEB<sup>99 -</sup> utilisé par cet établissement qui est un des logiciel existant sur le marché . Mme Jessica Noulette responsable des marché dans l'établissement support qu'est le Centre Hospitalier de Douai (C.H.D.) à présenté au Centre Hospitalier de Somain (CHS), l'établissement partie à la GHT du Douaisis, le logiciel susnommé. Celui-ci doit permettre une relation de sécurisation des pratiques entre les différentes parties du groupement en matière d'achat public. Concernant le module achat de ce logiciel dédié aux achats dont le montant est inférieur à 25000 euros H.T., voici comment cela fonctionne : En résumé : L'acheteur crée une demande d'achat du service<sup>100</sup>, la validation de l'opportunité de l'achat par le directeur fonctionnel<sup>101</sup> enfin la validation de la demande d'achat par le service juridique des marchés publics grâce à un contrôle de la ligne de nomenclature<sup>102</sup>.

Il y a dans l'utilisation de ces logiciels une valeur incontestable en matière de sécurité de l'achat pour les services juridiques. La validation d'une demande d'achat<sup>103</sup> nécessite les documents adjoints indispensables au respect du code de la commande publique<sup>104</sup> ou des procédures internes

<sup>97</sup> Article R 6132-16 du CSP modifié par un décret n° 2019-405 du 02 mai 2019.

<sup>98</sup> Renvoi au chapitre 3, section 1.

<sup>99</sup> Logiciel MARCOWEB publié par la société AGYSOFT : https://www.agysoft.fr/marcoweb

<sup>100</sup>Annexe n° 1 Page

<sup>101</sup>Annexe n° 2 Page

<sup>102</sup>Annexe n° 3 Page

<sup>103</sup>Annexe n° 1 Page

<sup>104</sup>Article R 2122-3 du code de la commande publique crée par un décret n°2018-1075 du 3 décembre 2018. Article

mis en place dans les EPS<sup>105</sup> mais aussi dans d'autres structures comme les services d'incendie et de secours (SDIS) ou autres fonctions publiques. Pour les procédures marchés publics supérieures à 25 euros d'autres procédures sont mises en place.

Le SIH permet donc la sécurisation de l'achat par l'enregistrement des différentes demandes et autorisations accordées. Il a aussi le mérite grâce aux diverses validations à la fois fonctionnelles et juridiques mise en place dans un centre hospitalier comme celui de Douai de fixer des limites à l'engagement de l'argent public. Le double contrôle d'opportunité et juridique fixe ainsi un cadre assez sévère à l'engagement d'une dépense, parfois un peu lourd au regard de certains acheteurs ou praticiens il n'en demeure pas moins indispensable au regard des dérives du passé. En pratique il demeure quelque peut perméable juridiquement, comment peut-on exiger de son supérieur hiérarchique, n+1, n+2 etc de signer une décharge pour une commande qui ne semblerait pas tout à fait justifiée. Il est bien sur possible de le faire juridiquement et le juge soutiendra ce type de raisonnement mais en pratique cela serait un frein important en terme de carrière, le logiciel permetil alors de tracer ce genre de dépenses ? Oui si c'est un marché, en revanche pour les hors marché c'est plus compliqué en effet dans le cas ou la sécurité du patient est en jeu. La commande doit-être passé, ce qui ne pose pas tant le soucis de la sécurité de l'achat, dont la traçabilité sera assurée, que la question d'un achat qui sera probablement sur facturé par l'entreprise qui se sait en position de force.

Aujourd'hui les entreprises privées sont dans une maîtrise globale et optimisée des achats liés au coeur du métier. L'objectif pour un certain nombre de celles-ci est d'avancer en matière de gestion des achats numériques et nouvelles technologies souvent rattachées à la direction de l'informatique et des télécommunications de l'établissement (D.I.T.). Ce sera aussi le défi, ce l'est déjà en partie, des C.H. dans les années à venir. La difficulté d'un recrutement de qualité dans ce domaine, lié à d'importantes différences salariales avec le privé pose parfois un soucis de compétences. En termes de marchés publics il y a aussi des problématiques liées aux technologies et à l'exclusivité donc au probable surcoût qu'elles entraînent car une fois que l'on est « captif » d'une technologie il est possible pour le fournisseur de fixer ses prix et la marge de négociation sera assez faible.

Face au manque de personnalité juridique, et à une législation parfois légère en matière de GHT, il

relatif

105Annexe n° 4 page

39

a été nécessaire de mettre en place des éléments complémentaires. Ce sont des guides sur les GHT promulgués par la DGOS. En matière d'achats hospitaliers le guide méthodologique de la fonction achat des GHT<sup>106</sup> est l'élément le plus important mais il n'est pas le seul. Ces différentes aides ministérielles sont importantes mais sont à pondérer. En effet pour certains, elles ne ciblent que les GHT de taille conséquentes, pour d'autres la marge d'interprétation et de construction laissée aux établissements est difficile à appréhender.

<sup>106</sup>DGOS, *Guide méthodologique : La fonction achat des GHT*, DGOS, 1er juillet 2017. (Attention à la version – précisions en Bibliographie).

# Titre 2) Le programme performance pour des achats responsables : un outil indispensable dans la construction et l'évolution de l'achat à l'échelle du GHT.

Aujourd'hui, le plan de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a pour objectif de réduire les dépenses par de nombreux moyens comme la diminution des actes, des hospitalisations, ou augmenter la prise en charge en ambulatoire. En matière d'achat l'ONDAM fait appel au programme PHARE. Un des quatre leviers de ce dernier pour la période 2018-2022 est « *la montée en efficience de la fonction achat de GHT*<sup>107</sup> ». Le présent titre 2 a pour ambition de mettre en exergue les différents éléments utilisés par le programme PHARE afin de contribuer à une optimisation du développement en GHT de l'achat. Le programme PHARE étant plus ancien que la mise en place des GHT, il est intéressant de pouvoir observer à quel point il s'est adapté au contexte des GHT et de quelle manière ses apports ont eu une importance souvent conjointe aux précisions de la DGOS en complément d'une législation parfois succincte sur le sujet.

Ainsi dans un premier temps, l'objectif sera d'offrir une vision de la prise en compte de la performance achat au regard du programme PHARE et de ses éléments coopératifs (Chapitre 1) puis de s'intéresser à la valorisation de la fonction achat de G.H.T. (Chapitre 2).

<sup>107</sup>DGOS, Support méthodologique de la valorisation de la performance achat\_20190520, Programme PHARE, DGOS, P6.

# Chapitre 1) La prise en compte de la performance achat : un aspect coopératif.

L'aspect coopératif des achats est quelque chose de propre à la fonction publique hospitalière, et cela pour plusieurs raisons, il n'y a pas vraiment d'équivalent du programme PHARE à l'échelle territoriale par exemple. Pour l'État il n'y a pas de notion d'indépendance, donc les achats sont majoritairement effectués au plus haut niveau quand c'est possible, en ce sens l'État possède de l'avance en matière de mutualisation des achats. Le programme PHARE est ancien au regard des initiatives hospitalières en matière d'achat mais pas au regard de celles de l'État. Inclure la fonction achat groupé pour les GHT est issu d'une réforme de 2016 alors que le programme PHARE date du début de la décennie. Il agit donc depuis huits ans sur les bonnes pratiques achat des établissements et à fait la jonction avec le développement de la fonction achat dans les GHT (Section 1) ses pratiques sont particulièrement issues de la coopération (Section 2).

Section 1) L'origine du programme « Performance pour des achats responsables » et son rôle dans la fonction achat du groupement hospitalier de territoire.

Dans un contexte hospitalier aux budgets restreins et où « les achats hospitaliers représentent 18 milliards d'euros, le second poste à l'échelle des établissements de santé après la masse salariale» 108. Le programme PHARE a une importance particulière dans les marchés groupés puisqu'il les impulse avec l'objectif d'effectuer des économies. C'est dans ce cadre que nous observerons le rôle du programme PHARE au regard de ses objectifs et de sa construction (A) mais aussi sur quels aspects des améliorations pourraient être proposées (B).

<sup>108</sup>PHARE, Présentation du programme PHARE, DGOS, 2013

# A) Présentation du programme « Performance pour des achats responsables »

Le programme PHARE possède une dualité entre certains éléments qui font l'objet d'un fondement juridique comme les PAAT<sup>109</sup> et d'autres qui n'en ont pas. Lors du lancement en 2011 Annie Podeur à rappelé « *Notre défi, ce n'est pas de faire des économies, c'est de dégager de la marge pour le fonctionnement des établissements et pour un meilleur service à nos concitoyens.* » <sup>110</sup>.

La « massification » peut se définir comme la hausse des groupements de commandes dans le but d'obtenir des économies d'échelle. Elle est au travers des achats groupés une des solutions qui selon la DGOS<sup>111</sup> représente une source de gains potentiels, la mise en place des GHT, et de la fonction achats a eu pour ambition de favoriser le groupement des achats de manière à réaliser de telles économies.

La DGOS met aussi en avant l'optimisation des produits et services achetés mais sur ce point difficile de légiférer. En effet, de part la liberté de prescription médicale<sup>112</sup>, et les particularités des besoins, des systèmes déjà en place il est impossible de généraliser cette optimisation et il sera plus intéressant d'agir en conseil et en soutien, au regard des besoins et des demandes des établissements. L'objectif d'une sensibilisation et d'une montée en compétence des personnels acheteurs, service marchés, directeurs achats ou directeurs généraux demeure un des objectifs principaux du programme PHARE.

Enfin dans l'optimisation des processus d'achats, au regard du nouveau code de la commande publique. Mais aussi lié à la montée en compétences et notamment par une centralisation des services juridiques des marchés sur les établissements support, l'utilisation du code et son optimisation ont pris une bonne voie. Demeure aussi un travail à effectuer sur la fonction logistique qui demeure un peu en marge. Enfin une montée globale des compétences des prescripteurs que ce soit dans leur domaine mais aussi dans leur connaissance des marchés publics et des marchés groupés de manière à bien cerner les enjeux de ces marchés et travailler en bonne coordination pour de meilleures solutions.

Rappelons pour finir cette présentation que le programme PHARE n'est pas un plan d'économie, et c'est aussi en ce sens qu'il n'est pas imposé par la loi. L'objectif du programme PHARE n'est pas une réduction des budgets mais bien une aide fonctionnelle pour permettre de dégager des marges

<sup>109</sup> L 6132-16-II du code de la santé publique modifié par un décret n° 2019-405 du 2 mai 2019 art 4.

<sup>110</sup> PHARE, Présentation du programme PHARE, DGOS, 2013 Diapo 1

<sup>111</sup> Ibidem Diapo 2

<sup>112</sup> Article R 4127-8 du code de la santé publique modifié par un décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 – art 1.

de manœuvres pour des établissements bien souvent en difficulté. Enfin nous abordons ici le programme PHARE non pas en tant que programme d'État mais bien comme un acteur des achats groupés et l'impact qu'il a eu dans le développement de ceux-ci.

# B) Quelle efficacité, quels moyens engagés, et quelle actualité pour le programme « performance pour des achats responsables » ?

Aujourd'hui le programme PHARE porte un nombre de projets assez variés, que ce soit sur l'organisation de programmes régionaux, le calcul des gains, le développement d'outils, des guides de bonnes pratique, la diffusion de bonnes pratiques et de benchmark. Pour citer Raoul Derisbourg, animateur du programme PHARE en région Hauts de France « les pratiques et notamment en terme de massification des commandes sont en très bonnes voies aidées par les moyens mis en place». Toutefois il demeure des pistes de performance, des étapes inabouties. Par exemple en matière de logistique hospitalière<sup>113</sup>. Un travail majeur sur la convergence au sens large doit encore être effectué. Que ce soit la convergence des systèmes d'informations, ou encore, la convergence des pratiques, des achats, et ce sera un aspect majeur afin de parvenir à mettre en valeur de la meilleure des manière le GHT. Le calcul des gains doit être amélioré aussi et c'est en ce sens qu'une note d'information doit être publiée fin aout 2019, celle-ci sera bien sur opposable au regard de l'aspect légal des plans d'actions achats de territoires.

Sur un second aspect strictement lié aux GHT et donc au guide de la fonction achat publié par la DGOS<sup>114</sup> la réelle difficulté des textes à orienter une politique claire, lisible, avec des regroupements définis, et fonctionnant au regard d'une personnalité morale établie persiste. Elle résulte très certainement de ce que nous voyons comme une incapacité du gouvernement à établir une stratégie claire de mutualisation et de regroupement. Sans chercher à expliquer pourquoi le gouvernement ne va pas plus loin dans l'intégration, ce qui a été confirmé par le projet de loi « Ma santé 2022 », il faut en tenir compte et trouver des solutions aux problématiques actuelles des acteurs de la santé. Et particulièrement quant au regard de la difficile construction juridique des groupements d'achats.

Le programme PHARE intervient donc au travers de nombreux moyens, l'un des principaux est la mise en commun des pratiques de manière à proposer une montée en compétences des différents acteurs au travers de la coopération.

<sup>113</sup>Renvoi à la Partie III) Titre 2) Chapitre 3)

<sup>114</sup>DGOS, Guide méthodologique: La fonction achat des GHT, DGOS, 1er juillet 2017.

## Section 2) Une mise en commun des pratiques à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire.

Un des grands objectifs du programme PHARE à l'échelle des établissements de santé est de profiter des mutualisations obligatoires et notamment dans la fonction achat afin d'aller plus loin dans l'intégration des établissements au sein d'un système commun qui doit leur permettre de rendre leurs achats plus efficients. Dans ce contexte, l'objectif premier est de permettre les comparaisons en premier lieu à l'échelle du GHT (A), mais aussi intégrer les résultats au regard d'une politique nationale qu'est le programme d'étude ARMEN (B).

#### A) Mettre en place les moyens d'une comparaison à l'échelle des GHT.

Les établissements de santé autrefois relativement isolés dans leurs pratiques tendent aujourd'hui de plus en plus vers des relations horizontales de partage et une mise en commun en matière d'achats. Cela au travers du programme PHARE qui a permis de créer des réseaux entre les acheteurs d'une région ou d'un partage à l'échelle nationale au travers des animateurs du programme PHARE.

Dans une logique comparative, l'utilisation du benchmark achat, « un étalonnage comparatif (à l'origine concept industriel) »<sup>115</sup> doit permettre aux établissements de s'inspirer des pratiques abouties sur d'autres centres hospitaliers pour améliorer les leurs. À l'inverse partager les domaines ou ils sont les plus avancés de manière à en faire profiter les autres établissements. Il faut rompre avec une fonction publique plus ancienne, plus refermée sur l'interne et s'ouvrir aux solutions nouvelles que propose des programmes comme le programme PHARE.

La mise en place de moyens de comparaison et de coopération entre les établissements ne doit pas seulement être humaine. Au regard des enjeux du monde moderne, ou la technologie joue un rôle important, la fonction publique hospitalière doit s'adapter et intégrer les fruits de ce progrès. Les technologies que sont les logiciels de partage, de stockage, de coopération, de comparaison... En bref ce qui doit permettre d'aller plus rapidement, de manière plus intégrée, et avec une facilité de relation entre les professionnels mais aussi les usagers.

La cour des comptes, relève dans un rapport<sup>116</sup> le recours dans les marchés publics aux entreprises de consultants. En effet à la lecture du rapport, ceux-ci sont souvent d'une utilité modérée au regard des apports et affaiblisses les compétences en interne. Il faut parvenir à garder ou à acquérir les

<sup>115</sup> V. VENSUL, Aspects financiers et comptables, obstacles ou atouts de la construction d'un groupement de coopération sanitaire, Mémoire de l'EHESP, 2012, p34.

<sup>116</sup> Référé n° G/64/18-0152E de la cour des comptes.

compétences au sein de la fonction publique pour continuer d'être performants.

#### B) Le Programme ARMEN:

Le programme ARMEN est un sous programme du programme PHARE dédié aux achats il fonction sur un travail collaboratif entre les acheteurs et il consiste en l'identification des opportunités de gains, par vague de domaines. Cela consiste en plusieurs points : Réunir des acheteurs « expertsmétiers » dans le même domaine. Permettre un travail conséquent de ceux-ci, et notamment sur le sourcing et sur les bonnes pratiques qu'ils ont déjà. Par vagues de dix domaines le projet ARMEN cherche a développer les bonnes pratiques et partager les connaissances des acheteurs afin d'aller vers plus d'efficience dans les domaines ciblés. Ensuite assurer la promotion et la sélection de gains prioritaires.

La vague 6 d'ARMEN à eu lieu au mois de juin 2019, elle à mis en avant des thématiques transverses comme les bonnes pratiques d'organisation de la fonction achat, la convergence des marchés ou encore les plans actions d'achat de territoire. Un certains nombre de dossiers de bonnes pratiques sont disponibles sur le site du ministère<sup>117</sup>. Ce sont des conseils que les acheteurs sont libres de mettre en pratique ou pas.

La problématique principale, centrale en matière de programme PHARE est la non opposabilité de ces initiatives. Chacun est alors libre ou non, de les mettre en place dans son établissement.

Cela doit nous entraîner à l'appréciation de la valorisation de la fonction achat de GHT, grâce au PAAT, un des seuls éléments disposant d'une force légale.

46

<sup>117</sup> Solidarité-sante.gouv.fr – Projet ARMEN.

# Chapitre 2) La valorisation de la fonction achat du groupement hospitalier de territoire.

Dans ce chapitre nous observerons ce qui a été mis en place au sein du programme PHARE et utilisé de manière importante à l'échelle des groupement hospitaliers de territoire. Avec l'objectif de promouvoir une bonne pratique de l'achat à l'échelle du GHT le cadre légal du PAAT offre des solutions. Utilisons celui-ci comme catalyseur des bonnes pratiques achat difficiles à mettre en place auparavant, et observons l'influence réelle de ces programmes d'action achat de territoire. Ainsi dans un premier temps nous développerons l'importance du rôle du PAAT (Section 1), qui est une obligation réglementaire imposant une certaine rigueur et certains objectifs de performance achats dans le code de la santé publique avant de développer la politique de mise en œuvre de procédures communes (Section 2).

# Section 1) Le rôle du plan d'action achat au sein du GHT en matière de bonnes pratiques.

Le PAAT, s'impose comme l'obligation réglementaire de faire remonter les gains d'achats et de bonnes pratiques auprès du ministère. Au travers du programme PHARE et de son animateur régional qui compile les différents apports des GHT de la région les établissements cherchent à apporter leur pierre à l'édifice. Avec l'objectif assumé de faire des économies à l'échelle de la pratique des groupements nous allons observer comment est organisé un plan d'action achat de territoire (A) avant de s'orienter vers les défis propres aux GHT (B).

#### A) L'organisation d'un plan d'action achat.

Avant toute chose, une précision, il est fait mention du plan d'action achat lorsque l'on en parle à l'échelle du ministère. En revanche quand on l'utilise dans le cadre d'un GHT par exemple il devient au même titre que le groupement « de territoire » et ce ainsi que défini au L6132-16-II « Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement. »<sup>119</sup> décliné en une échelle territoriale (PAAT) à pour objectif le recensement des gains achats au sein des établissements. Ceux-ci « valorisent les dépenses potentielles évitées grâce à une action de l'acheteur »<sup>120</sup>. « Si l'acheteur n'intervient pas,

<sup>118</sup> L 6132-16-II modifié par un décret n° 2019-405 du 2 mai 2019 art 4.

<sup>119</sup>L 6132-16-II modifié par un décret n° 2019-405 du 2 mai 2019 art 4.

<sup>120</sup>DGOS, *Support méthodologique de la valorisation de la performance achat\_20190520*, Programme PHARE, DGOS, P11.

l'établissement paie au prix fort»<sup>121</sup>. Ainsi les gains achats dépendent en grande partie de la « motivation » des acheteurs. Motivation dans plusieurs sens, les gains achats ne sont pas l'objet des seuls domaines de compétences de l'acheteur, c'est aussi une affaire de bonnes pratiques. Ainsi celui-ci peut conseiller un service sans procéder lui-même à l'achat dans un service ou il ne connaît pas forcément les matériaux. « Motivation » aussi dans le sens ou en dehors des bonnes pratiques la capacité à effectuer des gains dépend de l'investissement et de la recherche de connaissances de l'acheteur. Le programme PHARE précise les grands enjeux du PAAT : «identifier des actions concrètes permettant de générer de 2 à 3 % de gains (ndlr: annuels) sur le périmètre achat complet du GHT<sup>122</sup> ».

Ainsi, un article de la FHF<sup>123</sup> précise dans le cadre du PAAT que le premier de ceux-ci à l'échelle d'un GHT date du 1<sup>er</sup> janvier 2017, cela est toutefois loin d'être une généralité, puisque le PAAT nécessite une remontée des gains achats depuis les services vers la DGOS en passant par l'acheteur responsable et l'animateur du programme PHARE dans la région, rappelons que cette personne est très souvent seule à l'échelle de la région, comment réalise t-elle un contrôle approfondit ? C'est assez compliqué dans les faits et cela implique donc un travail de confiance, ce qui peut induire une marge de réponses inexactes.

# B) Les défis du plan d'action achat territoire à l'échelle du groupement hospitalier de territoire.

Pour la RHF « Le décret du 27 avril 2016 précise qu'un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré »<sup>124</sup>. Il induit donc la notion d'obligation pour ce PAAT qui doit permettre de repérer les gains. «Au delà de l'identification des gains, qui est sont objectif principal il s'inscrit dans la démarche d'élaboration d'une politique d'achat de territoire. Il renforce le dialogue prescripteur/acheteur à l'échelon territorial et contribue « in fine » en la mise en œuvre du projet médical partagé »<sup>125</sup>. La remontée des gains étant censé être un travail entre le

<sup>121</sup>Ibidem

<sup>122</sup>PHARE, Méthodologie d'élaboration d'un plan d'actions achat de territoire (PAAT) Kit de déploiement, PHARE, octobre 2016, P15.

<sup>123</sup> Revue Hospitalière Française(RHF), *Achats et GHT*, Fédération Hospitalière Française, septembre/octobre 2016, Page 44

<sup>124</sup>Revue Hospitalière Française(RHF), *Achats et GHT*, Fédération Hospitalière Française, septembre/octobre 2016, Page 49.

<sup>125</sup>Ibidem.

prescripteur et l'acheteur cela peut-être un effet bénéfique. Notons, toutefois, que ce travail de coopération n'est pas toujours présent. Le ministère aimerais que cette relation ai lieu toute l'année et non uniquement lors des deux remontées de gains achat du PAAT.

Décliné à l'échelle du GHT, et il doit l'être<sup>126</sup>, le PAAT correspond à l'ensemble des plans d'actions du GHT remontés en un seul élément à l'ARS par le directeur achat ou l'acheteur principal. On ne cessera de souligner l'importance de la communication et de l'implication des acteurs.

Au travers du PAAT c'est aussi l'idée de fédérer autour d'un projet commun les établissements du GHT. L'importance des acteurs, principalement les acheteurs, qui n'ont peut-être jamais coopérer et donc n'ont pas partagé leurs bonnes pratiques est crucial dans un objectif de montée en compétences. Les objectifs du PAAT doivent alors alimenter une réflexion sur les partages de connaissances et l'implication de chacun dans le projet « fonction achat de GHT ».

Au regard de ces différents éléments et de la pratique, il y a souvent le bémol que ces PAAT soient conclus au dernier moment sur un ou des fichiers Excel et ne permettent pas de produire un travail en amont avec le SI Achat de l'établissement sur prize en compte de manière optimale doit être promue à l'échelle des établissements. Il est aussi possible que l'acheteur refuse d'afficher ses faiblesses le PAAT doit permettre, si il est bien fait un diagnostic de performance de l'achat afin d'aller plus loin dans les performances de l'achat à l'échelle du GHT et ne consiste pas un moyen de « punir » les acheteurs. D'autant qu'une mauvaise performance de l'achat peut être justifiée par une hausse des dépenses sur ce segment ou un prix des matières premières qui flambe.

# Section 2 ) La mise en place de procédures d'achats communes aux établissements du groupement hospitalier de territoire.

Cette section vient clore l'organisation légale de la fonction achat de G.H.T et les réflexions quant-à l'absence de personnalité juridique tend à des solutions complémentaires proposées dans le cadre du programme PHARE. Il faut prendre en compte le caractère, pour le moment, non obligatoire de ces procédures et l'analyser au regard des besoins d'économies des établissements pour voir leur intérêt au développement d'outils communs au fonctionnement et à l'analyse des marchés groupés. La création d'une nomenclature commune doit permettre des pratiques comparatives comme les benchmark (A) tout en permettant de se questionner sur l'analyse qui peut en être retirée (B).

<sup>126</sup>Article R 6132-16 du code de la santé publique, modifié par décret n° 2019-405 du 02 mai 2019 -art 4.

<sup>127</sup> DGOS, Les outils de reporting et pilotage achat de gestion du PAAT, guide méthodologique de la fonction achat de GHT, DGOS, P 123.

<sup>128</sup> PHARE, Méthodologie d'élaboration d'un plan d'actions achat de territoire (PAAT) Kit de déploiement, PHARE, octobre 2016, P40.

# A) La création d'une nomenclature commune, un objectif indissociable des bonnes pratiques comparatives.

Nous avons souhaité lier deux solutions différentes qui dans les faits fonctionnent pleinement de manière simultanée. La première est aussi la plus récente, il s'agit des nomenclatures, celles -ci pour permettre des gains achats sont utilisées simultanément à la gestion économique et financière (GEF) d'une part surtout dans les relations internes au GHT alors que la nomenclature seule ouvre aussi vers l'extérieur et vers le benchmark évoqué ci avant<sup>129</sup>.

Commençons ici par définir la nomenclature achat : C'est une forme de tri, de classement des produits au regard d'une échelle qui doit comprendre des dizaines de milliers de produits avec un numéro attitré<sup>130</sup>.

Une note d'information de la DGOS<sup>131</sup> met en avant la création de nomenclatures des catégories homogènes de fournitures et de service des achats hospitaliers. Pour présentation la note nous donne ces éléments : « Le nouveau cadre juridique mais aussi les exigences d'efficience récurrentes impliquent de doter la fonction achat de GHT de nouveaux outils. Dans cette perspective, le programme PHARE a élaboré avec le concours de nombreux acteurs hospitaliers deux nomenclatures de la fonction d'achat hospitalière: la nomenclature « achat » et la nomenclature « catégories homogène de fournitures et de services »<sup>132</sup>.

Ainsi les objectifs sont la : « constitution d'un socle de vocabulaire commun à l'ensemble des acheteurs hospitaliers <sup>133</sup>» avec en point de mire la possibilité de faire des benchmarks. Soit directement entre acheteurs pour comparer les pratiques, ou institutionnellement au niveau de l'ARS ou même du ministère, afin de comparer les pratiques sur des masses semblables (l'objectif du benchmark).

Mais aussi de « permettre des traitements de données d'achat <sup>134</sup>» et ainsi avoir accès pour tous à des statistiques qui doivent permettre une amélioration de la performance à l'échelle nationale. Nous sommes tout de même septique sur cette volonté statisticienne du ministère. Elle correspond à la volonté logique de recenser les marchés, mais au regard des pratiques, des variétés

<sup>129</sup> Partie II), titre 1, Chapitre 1.

<sup>130</sup> Annexe n°5

<sup>131</sup> Note d'information de la DGOS : n° DGOS/PF1/PHARE/2018/13 du 16 janvier 2018 portant sur la nomenclature homogène de fourniture et de services des achats hospitaliers.

<sup>132</sup> Ibid P1.

<sup>133</sup> Ibid P2.

<sup>134</sup> Ibid P2

d'établissements, de la liberté de prescription. Quelle valeur ou quel regard accorder à ce qui sera inévitablement traduit par le ministère et dans quelle logique de travail ? C'est souvent une crainte des établissements que les statistiques n'aident pas leur travail mais au contraire pousse le gouvernement à réduire les moyens.

Enfin permettre « la comparaison d'indicateurs de performance de l'achat <sup>135</sup>» à l'échelle nationale au regard d'une analyse nationale. Celle-ci devrait par la transmission de bonnes pratiques et la descente d'informations au niveau des établissements permettre des améliorations et une analyse de la pratique des structures.

## B) Quelle analyse commune aux achats des groupements hospitaliers de territoire ?

Nous pensons que ces éléments sont indispensables dans une analyse de l'achat et à la réalisation de benchmark destinés aux hôpitaux. Mais nous partageons certaines craintes des établissements de voir utiliser ces statistiques à des fins de réduction de certains éléments de financements suite à une analyse géographique nationale non significative des disparités territoriales. Comment comparer un GHT en Haute-Savoie avec les problématiques de déplacements etc au regard d'un GHT peut être de même volume en terme de lits, mais en Picardie ou les distances sont couvertes par plusieurs grands axes, ce qui induit moins de frais de livraisons, la proximité parisienne aidant aussi en ce sens. Quel objectif aurait un benchmark entre ces deux GHT ou la prise en compte au même niveau dans des statistiques ?

Pour finir, la nomenclature est un sujet sensible, en effet elle classe les achats les uns par rapport aux autres. En matière d'achat il est souvent effectué un classement ABC afin de déterminé en A les achats à valeur stratégique et donc à enjeux élevé. B pour ceux qui le sont moins et C pour les derniers qui ont la plus faible valeur ajoutée. Mais quelle valeur doit-on donner à ces classements et à quel points sont-ils généralisés ou au contraire individualisés ?

# Partie 2 : La construction d'une fonction achat mutualisée au sein d'un groupement hospitalier de territoire.

La construction d'une fonction achat de GHT induit une implication active de ses acteurs. Ainsi il a été déterminé que le responsable achat du GHT qui conduit le projet a un rôle clé<sup>136</sup>. Celui-ci doit faire face à de nombreux défis pour faire admettre une fonction achat obligatoire<sup>137</sup> au regard du code de la santé publique, mais dont le fonctionnement et l'efficacité surtout est proportionnelle à la capacité d'investissement du responsable de la fonction achat et de ses équipes.

L'organisation en interne de la fonction achat mutualisée cristallise un certain nombre de débats. Des enjeux liés à l'organisation de la fonction achat mutualisée (Titre 1) mais aussi des enjeux liés à l'expansion de celle-ci au travers de la convergence des marchés (Titre 2) afin que le concept des GHT soit poussé au maximum de ce qui a été envisagé. Et cela afin de permettre les gains comptables tant attendus par les services financiers des établissements.

<sup>136</sup>Revue Hospitalière Française(RHF), *Achats et GHT*, Fédération Hospitalière Française, septembre/octobre 2016, Page 44.

<sup>137</sup>Article L 6132-3-3 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 -art 21.

# Titre 1) L'organisation interne d'une fonction achat mutualisée : La mise en place des procédures à l'échelle du GHT.

L'organisation interne de la fonction achat de GHT implique la mise en place de procédures afin de permettre une intégration de tous les acteurs dans un système nouveau qui se doit de proposer avantages et intégration pour les différents acteurs de la fonction achat de GHT. C'est avec un cadre permettant de créer une adhésion que l'organisation pourra porter un certain nombre de projets. Ainsi afin de capitaliser envies et qualifications il va être nécessaire de faire monter en compétences les personnels prenant par aux mutualisations (Chapitre 1) mais aussi de prévoir un cadre organisationnel adapté aux nouveaux besoins (Chapitre 2).

## Chapitre 1) La professionnalisation de la fonction achat de GHT : un objectif indispensable à l'efficacité des mutualisations.

La professionnalisation de la fonction achat doit concerner tous les acteurs, juristes, acheteurs, directeurs, prescripteurs. Cela doit impliquer dans un premier temps un état des lieux indispensable à l'optimisation de la fonction achat dans les GHT (Section 1), afin de permettre de dégager des pistes de performances (Section 2) dans un objectif d'optimisation de la fonction achat groupée.

## Section 1) Un état des lieux indispensable à l'optimisation de la fonction achat.

L'un des objectifs essentiels des GHT et des marchés qui sont passés en son nom, est l' aboutissement à une efficience hospitalière des achats. Ainsi, dans ce cadre, il est indispensable de proposer un état des lieux de l'organisation interne avant d'aller plus loin. Cet état des lieux est défini dans un article de la RHF<sup>138</sup> qui met en avant, « le positionnement de la fonction dans l'établissement, les processus en place et les organisations». En pratique, il apparaît que les acteurs et les organisations sont variées. Par exemple au Centre Hospitalier de Douai, la cellule des marchés publics au sein de laquelle j'ai effectué mon stage est rattachée fonctionnellement à la direction générale. Dans la plupart des établissement la cellule marché répond de la direction des achats, ou des services économiques. Certains acheteurs comme les pharmaciens sont rattachés à un service qui est la pharmacie et non pas la direction des achats même si ils représentent la masse critique des achats dans les établissements. Ainsi à Douai, le responsable des achats ne pilote ni les achats de la pharmacie, ni ceux du laboratoire, pas non plus les services techniques ou l'informatique. Il est chargé des achats d'approvisionnement et de logistique. L'article susnommé<sup>139</sup> indique aussi « les compétences et expertises présentes, les volumes et fournisseurs par domaine d'achat, les marchés conclus (échéances) et les modalités d'acquisition (locale, groupement, centrale d'achat) ». Ces éléments ne sont pas inclus de manière systématique dans l'analyse de la fonction achat. Nous pensons surtout à une cartographie précise des achats, que ce soit en termes de volumétrie, de besoins, ou de dates. La fonction achat qui correspond à une personnalisation à l'échelle du GHT doit prendre en compte ces différents éléments si elle veut acquérir les compétences nécessaires à

<sup>138</sup> Revue Hospitalière Française(RHF), *Achats et GHT*, Fédération Hospitalière Française, septembre/octobre 2016, Page 46

<sup>139</sup>Ibidem

une bonne interprétation de la loi et à l'obtention d'une reconnaissance à la fois interne et externe par la montée en valeur et en compétences, mais aussi par la réalisation de gains.

### Section 2) Une montée en compétences des personnels

Au-delà des objectifs de gains évidents et classiques que sont les gains achats ou budgétaires, l'une des priorités de la fonction achat est de pousser vers une « montée en compétences » des différents personnels, que ce soit les acheteurs ou les acteurs juridiques travaillant au sein des cellules des marchés publics principalement.

Ainsi afin de répondre aux précisions légales de regroupement des compétences marchés à l'échelle du groupement sur l'établissement support il faut impliquer les acteurs sur cette compétence support (A). Cependant le développement de cette activité des marchés publics à l'échelle de l'établissement support du groupement offre des freins naturels (B).

#### A) Une implication de tous les acteurs sur la fonction support.

Au regard de la loi de modernisation de notre système de santé et de la mise en place des GHT, il y a de manière additionnelle à la montée en compétences « classique » une prise en compte par les instances dirigeantes de la nécessité d'une maîtrise « de base » sur des compétences en matière de passation des marchés et de gestion des achats pour les prescripteurs et les utilisateurs. En effet dans les établissements il est parfois difficile pour un personnel technique, ou médical, de se rendre compte des enjeux, et des coûts. Nous n'allons pas débattre du manque de moyens dénoncé par les personnels soignants et notamment ceux des urgences mais en terme d'achats il y a un réel intérêt à développer les compétences des acteurs de soins ou des personnels techniques sur les coûts et l'efficience. À l'inverse il est aussi indispensable pour les acheteurs, les directeurs achats ou directeurs généraux (D.G.) de bien connaître les attentes et les besoin des professions médicales. Et sur cette base pratiquer un travail d'auto-diagnostic ou d'audits externes sur la maturité des achats afin de cibler des performances et au contraire de ne pas travailler sur un achat déjà arrivé à maturité. Il ne faut pas oublier en matière d'achats l'impossibilité de travailler sur une performance de tous les achats en même temps et c'est aussi le sens du programme ARMEN<sup>140</sup> développé en amont de travailler les achats par « vagues » et d'inclure au fur et à mesure la performance. En effet, aucun hôpital ou presque n'aurait les moyens humains ou les compétences techniques de nature à

<sup>140</sup> Partie I), Titre 2), Chapitre I), Section 2), B).

modifier tous les achats sur un ou deux exercices budgétaires.

Aussi c'est un travail de montée en compétences qui doit être général en termes de personnels mais spécifique sur les segments d'achats concernés. Cette démarche peut rencontrer des obstacles. En effet dans le contexte des GHT le défi principal, ne l'oublions pas, réside dans la capacité à motiver, encadrer les personnels et il faut dans ce cadre savoir aussi où sont les limites et les opportunités de la méthode.

## B) Des freins « naturels » à une montée en compétences des agents des groupements hospitaliers de territoire.

Les limites sont bien souvent les limites des GHT et pas seulement de la fonction achat. La distance géographique des acteurs est très souvent un frein qu'il faut considérer et inclure dans la construction d'une fonction achat qui promeut au regard de l'article L 6132-2-5-A du code de la santé publique «la désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées »<sup>141</sup>. La formation sur un seul établissement (support) d'une fonction induit donc une mobilité pour un certain nombre d'acteurs, que ce soit une mobilité structurelle ou une mobilité dans les compétences attendues. Dans les GHT au sein desquels les établissements sont assez proches géographiquement, cette mobilité peut-être intéressante si elle est présentée dans des conditions attrayante, par exemple les distances réduites dans le GHT Lille métropole peuvent intéresser une mutation géographique. En revanche le GHT Baie de Somme, est beaucoup plus étendu, avec une distance par exemple de 90 kilomètres entre le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM) sur mer et le CHU d'Amiens. Cela induit un temps de route conséquent et/ou coûteux qui sera profondément négatif en termes de mobilité interne au GHT. Enfin parfois sur de petits établissements la personne qui s'occupe des marchés à diverses casquettes, marchés, finances, ... et le temps dédié aux marchés est assez faible ce qui empêche un regroupement de compétences.

Lorsque ce constat est effectué il faut alors proposer des solutions. Celles-ci peuvent être financières même si elles ne sont pas encore utilisées en nombre dans la fonction publique hospitalière en raison des moyens limités, mais aussi des statuts bloquants pour les titulaires. Elles peuvent aussi êtres statutaires ou de missions, même si rarement dissociées d'efforts financiers. Même si les moyens sont limités, il y a un intérêt en matière de fonction achat ou marchés d'inclure un coût de personnel spécialisé et compétent. Aujourd'hui, la fonction publique tend vers un modèle privé et particulière la fonction publique hospitalière qui embauche nombre de contractuels, dans ce

<sup>141</sup>Article L 6132-2-5-A du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018- art 23.

sens le coût d'un personnel doit-être, selon nous, justifié au regard des compétences qu'il peut apporter. Une rémunération ne doit plus être un frein mais un moteur à l'efficience même si nous sommes peut-être un peu utopistes en la matière.

Les limites et actions à mettre en place ne sont pas uniquement géographiques et financières dans la montée en compétences. Il s'agit aussi d'intéresser les acteurs aux méthodologies de travail du programme PHARE, aux changements réguliers dans les marchés. Les achats et les marchés sont un secteur en mouvement constant qui doit se voir offrir des formations très régulières afin de maintenir les agents dans un niveau de compétences, source d'initiatives et de progrès au sein des GHT.

Chapitre 2) Une optimisation des relations et des prises de décision au regard de la définition de la fonction achat.

La fonction achat de GHT est la cause de nouvelles problématiques et notamment dans l'organisation des services. Ainsi quelle répartition des compétences achats et marchés est mise en place au sein du GHT (Section 1) et en relation avec cette organisation quelle délégation de signature est-elle mise en place (Section 2)?

## Section 1) La répartition des compétences achat et marchés au sein du GHT.

L'organisation au sein du GHT se défini souvent comme centralisée ou décentralisée. Dans un premier temps, l'organisation centralisée concentre les filières d'achats au sein de l'établissement support du GHT. C'est ce qui est souvent mis en place dans le cadre de rattachement d'établissements de petites ou de moyenne taille avec un CHU, mais il n'y a aucune obligation dans ce cadre. En matière d'organisation décentralisée il est possible d'observer une répartition dans les établissements du GHT ou au moins plusieurs d'entre eux. Ceux-ci ont alors réparti les compétences de l'achat en fonction des compétences acheteurs des différents établissements et centralisé la cellule marché au niveau de l'établissement support. En effet la loi 142 qui précise bien que l'établissement support assure la fonction achat pour les établissements partie laisse une marge d'organisation à ceux-ci.

Le guide de la fonction achat de GHT<sup>143</sup> viens préciser la distinction entre deux formes d'organisations, d'un côté une organisation pyramidale de l'autre une organisation matricielle. Dans une organisation pyramidale les acheteurs sont dédiés à temps complet à la fonction achat, ils peuvent relever soit de l'établissement support dans le cadre d'un changement d'établissement où d'une mise à disposition. Ils sont encadré par le référent achat de l'établissement partie, lui même sous l'autorité du directeur des achats de l'établissement support. Ils peuvent aussi continuer de relever de l'établissement partie qui est le leur. Pour l'organisation matricielle, les acheteurs sont dédiés à temps partiel à la fonction achat. Ils demeurent employés et affecté dans leur établissement partie.

Dans l'organisation de la fonction achat de GHT, et une fois ces diverses procédures mises en place, la nécessité de la délégation prend tout son sens. Elle est finalement le rouage qui permet de passer d'une fonction l'autre

<sup>142</sup>L 6132-3-III du code de la santé publique modifié par l'ordonnance 2018- 1125 du 12 décembre 2018- art 21.

<sup>143</sup> DGOS, Guide méthodologique: La fonction achat des GHT, DGOS, 1er juillet 2017, P22.

## Section 2) La délégation de signature un enjeu dans les bonnes relations entre établissement support et parties

Un certain nombre de principes juridiques vont permettre une organisation des compétences. Selon les situations, la même stratégie ne sera pas appliquée d'une organisation à l'autre, et les mêmes procédures juridiques ne seront pas mises en oeuvre.

Sur le plan juridique, la signature des marchés relève de la seule compétence du chef de l'établissement support. Ce raisonnement, précisé par le ministère, tient au fait que la passation des marchés relève de l'établissement support. Dans ce cadre, se pose le problème de la délégation de signature. D'un côté le directeur général (DG) de l'établissement partie est obligé de déléguer sa signature au DG de l'établissement support dans le cadre du règlement intérieur attenant à la convention constitutive de GHT. D'un autre côté ce même directeur général se retrouve dans l'impossibilité légale<sup>144</sup> de pouvoir déléguer une signature qui a déjà fait l'objet d'une délégation. En tout cas pas dans les conditions de la première délégation, c'est-à-dire pas à la personne qui lui à délégué cette signature. Il faut alors trouver des parades afin de contourner ce qui peut être un réel frein à la fonction achat de GHT. Par exemple, il est possible de déléguer la signature à un personnel de l'établissement partie qui serait affecté à la fonction support achat au sein de l'établissement support. Expliquons-nous : Dans certains GHT, la création de la fonction achat/marchés au niveau de l'établissement support a donné lieu à des transferts de personnels. Ceux-ci sont effectués dans plusieurs cadres, soit le personnel est transféré de l'établissement partie à l'établissement support pour toutes ses fonctions ou activités. Soit et ce cadre est plus complexe, il n'est transféré au sein de l'établissement support et délégué à la fonction support que pour une partie de ses tâches. Dans ce cadre il demeure sous la responsabilité de l'établissement partie auquel il est rattaché. Ici, une délégation de signature à cette personne devrait permettre de contourner le problème du « retour » de la délégation de signature.

<sup>144</sup> Article D. 6143-33 et suivants du code de la santé publique.

Après une présentation du fonctionnement interne d'un GHT, les difficultés et les avantages de la construction de celui-ci en matière d'achat, nous avons choisi de nous focaliser sur la convergence, et ce pour plusieurs raisons. La convergence représente un enjeu crucial pour les établissements dans le cadre des GHT. En matière l'achat il est l'aboutissement du GHT sous sa forme actuelle. Le dernier délai fixée par le ministère dans la construction des GHT (le 31 décembre 2020) et les enjeux économiques sous-jacents sont importants. Toutefois, pour un certain nombre de raisons la situation n'est pas des plus simples pour la mise en œuvre de la convergence et notamment par l'absence d'obligation réglementaire que rappelle le cabinet Houdart dans une note<sup>145</sup>.

<sup>145</sup> H. Boucetta, La convergence des marchés publics au sein des GHT : quelles solutions à mettre en œuvre ?, Houdart.org, 21 avril 2017.

# Titre 2) La mise en œuvre de la convergence des marchés publics.

La convergence des marchés est parfois présentée, à tord, comme uniquement un regroupement des procédures de marchés du GHT sur un marché commun. C'est le cas, mais c'est loin d'être le seul objectif du ministère de la santé sur cet aspect. La convergence voulue par le ministère de la santé est générale. En matière d'achats, elle ne concerne pas seulement une « massification » des commandes à l'échelle du GHT, elle se veut aussi force d'uniformisation des bonnes pratiques ou encore d'uniformisation du matériel.

La convergence, si elle n'est pas obligatoire s'oriente comme le défi majeur de ces prochaines années en matière de fonction achat. Parmi les professionnels, ceux-ci s'accordent à dire que l'objectif du 31 décembre 2020 ne sera pas atteint, et ce pour plusieurs raisons qui seront évoquées ci-après. Mais une très large majorité des acteurs admettent une nécessité à la convergence des achats. Nécessité poussée par des situations économiques difficiles pour la majorité des établissements mais qui n'en demeurent pas moins de réelles opportunités d'évolution, d'efficience indispensables.

La convergence présente à notre sens des approches fondamentalement différentes, mais néanmoins indissociables. En premier lieu la convergence doit permettre sous une approche économique une unification juridique des procédés (Chapitre 1). Ceci-dit, entre les attentes économiques et les moyens juridiques à disposition et notamment le code de la commande publique la relation pose des difficultés (Chapitre 2). Cela ne doit pas occulter l'importance de la convergence ses problématiques et les moyens juridiques à disposition pour tendre vers un facteur indispensable dans la coopération hospitalière (Chapitre 3).

# Chapitre 1) Convergence au sein du groupement hospitalier de territoire, une approche économique indispensable à la pleine réalisation de l'objectif d'achat groupé.

Les achats groupés s'imposent aux établissements par les gains budgétaires qu'ils permettent. C'est en tout cas notre point de vue sur le sujet. Dans les faits, comment sont établis ces gains achats ? Permettent t-ils de réels gains budgétaires (Section 1) et comment les établissements mettent-ils en place la convergence (Section 2) ?

## Section 1) Des gains budgétaires.

Les gains budgétaires, s'ils ne sont pas issus directement d'une stipulation du code de la santé publique, sont au regard de celui-ci une interprétation des directives (A) appliquée dans un contexte budgétaire qui favorise sans contestation possible des mesures nécessaires (B).

# A) Contextualisation de la convergence au regard de l'introduction des groupements hospitaliers de territoire.

Selon un article de la RHF<sup>146</sup> « Les 135 GHT constitués entrent dans une phase opérationnelle. Les établissements parties se sont engagés avec le soutien de l'établissement support sur une voie cruciale : la mutualisation de la gestion de leurs achats. Ce travail capital devra être achevé au plus tard le 31 décembre 2020 ». L'article utilise le mot capital à dessein, et il est possible de regretter de ne pas avoir un point réglementaire spécifique sur la convergence. Tout au plus un article<sup>147</sup> nous éclaire sur le rôle stratégique que doit occuper l'établissement support dans la conclusion de l'ensemble des marchés et de leurs avenants. C'est finalement de cet aspect que le cadre de la convergence est issu. Si l'établissement support doit définir une « politique, une planification et une stratégie d'achat »<sup>148</sup>, cela implique que celui-ci oriente l'achat, et les marchés pour le GHT. La pratique de la convergence devient alors une simple gestion unique des marchés par un établissement.

La mise en place d'un achat groupé à l'échelle du GHT est alors l'opportunité de regrouper certains marchés et peu-importe que ceux-ci soient effectués dans le cadre d'un groupement ou directement

<sup>146</sup> RHF, achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. P43

<sup>147</sup> Article R 6132-16 du code de la santé publique modifié par un décret du 02 mai 2019 -art 4.

<sup>148</sup> Ibidem.

en liaison avec le fournisseur. Toutefois, au regard de la réglementation des marchés publics en vigueur il convient de ne pas aller trop vite. En effet l'opportunité du transfert que rappelle la DGOS dans son guide<sup>149</sup> qui consisterait à la cession d'un marché par l'établissement partie à l'établissement support fait l'objet d'une réglementation sévère du code de la commande publique<sup>150</sup> reprise dans sa fiche<sup>151</sup> sur les modalités de modification des contrats en cours d'exécution, mais aussi par de la jurisprudence<sup>152</sup> qui rappelle la nécessité du consentement du titulaire du marché.

#### B) Un argument budgétaire.

Dans le cadre de la convergence, l'organisation de celle-ci n'est donc pas d'origine légale. Quant à sa mise en place, celle-ci voit tout de même une exécution assez rapide avec la limite que cela ne concerne pas tous les segments d'achat qui seraient susceptibles de faire l'objet de cette convergence. La convergence connaît des problématiques semblables aux marchés groupés avec la particularité de la temporalité et des difficultés attenantes.

L'argument budgétaire est majeur pour les petits établissements qui sont des établissements parties essentiellement. Si l'on prend l'exemple de la GHT métropole flandres intérieure, une mutualisation sur les marchés du CHRU de Lille permet aux petits établissements des alentours, comme Armentières de faire des gains achats de 20 à 80 % des sommes précédemment investies. À ce stade et avec une telle importance, les gains budgétaires seront réels. Avec une fonction achat qui mutualise les cellules juridiques des marchés publics cela peut aussi permettre au niveau des petits établissements des gains en personnels.

Néanmoins, ces arguments budgétaires sont réfutés par certains établissements. Pour les petits établissements le confort de gestion est bien moindre. En effet, si les gains achats sont indéniables les procédures qui étaient autrefois en procédures négociées ou en marché à procédure adaptée (MAPA) sont aujourd'hui devenus des appels d'offres avec des durées de publicité plus importantes. Pour les établissements membres de GHT mais disposant déjà de masses critiques importantes dans les commandes comme les C.H. de Roubaix ou de Tourcoing, le gain achat est plus faible au regard des quantités qu'ils ont déjà. Cela va induire des procédures plus longues, des réunions avec l'établissement support, et avec une finalité qui ne correspond pas toujours aux choix de leurs praticiens puisque le marché, mutualisé, induit une convergence non seulement des

<sup>149</sup> DGOS, Guide méthodologique de la fonction achat de GHT, Programme PHARE, DGOS, 2017, P 8.

<sup>150</sup> Article L 2194-1 du code de la commande publique crée par une ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018.

<sup>151</sup> Direction des Affaires juridiques, Fiche: Les modalités de modification des contrats en cours d'exécution, DAJ à jour du 01/04/2019.

<sup>152</sup> Conseil d'État, 25 octobre 1978, OCIB, n° 99491

marchés mais aussi des pratiques et des choix dans les produits. Dans cette situation certains évoquent le peut d'intérêt du GHT au regard de leur masse critique importante et des organisations disponibles pour les achats groupés que sont les opérateurs nationaux ou des GCS régionaux. La taille intermédiaire du GHT ne les intéresse pas.

Ainsi, au regard des difficultés et des avantages procurés par les GHT il convient d'observer quelle mise en place peut être réalisée des marchés groupés à l'échelle du GHT.

# Section 2) La mise en place à l'échelle du groupement hospitalier de territoire de la convergence.

La convergence présentée dans la section ci-avant offre donc avantages et inconvénients. Elle est l'incidence des problématiques d'achats groupés à l'échelle du GHT et doit conduire à un regroupement des marchés « semblables » appartenant à une nomenclature commune vers un seul et unique marché à l'échelle du GHT Dans ce cadre et à l'aune des avantages et inconvénients évoqués en section 1<sup>153</sup> comment faire correspondre les attentes des prescripteurs avec la nécessité d'une convergence? Dans un premier temps, un travail est à effectuer en amont (A) avant de s'orienter vers des alternatives (B).

#### A) Une convergence qui nécessite un travail en amont.

La RHF met en avant l'importance d'une « Cartographie des achats » afin «d'identifier l'ensemble des marchés des établissement partie au GHT et à recenser les dates d'échéances de ces contrats.»<sup>154</sup>. Cette cartographie consiste en une approche auprès des établissements partie afin d'obtenir leurs dates de fin de marchés.

Toutefois cette étape qui n'est qu'un prélude, ne doit pas se substituer au travail de fond qu'est l'uniformisation des marchés. Cette étape occultée par les différents guides que nous avons consultés est en revanche remontée par de nombreux acheteurs ou praticiens du service public hospitalier. Cela consiste sur un segment d'achat à anticiper la convergence, chercher des points communs, et ce afin qu'un produit ou une prestation puisse correspondre à tous. Au nom de la liberté de prescription médicale par exemple il n'est pas possible de faire converger les médecins

<sup>153</sup> Partie II) Titre II) Section I)

<sup>154</sup> RHF, achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. P48

sur des segments pour lesquels ils ont des attentes différentes.

Ensuite il est à notre sens important de doter la convergence d'une logique qui s'inspire du programme ARMEN. Dans un premier temps, s'intéresser aux segments facilement identifiables comme convergeants, que ce soit par leur matière mais aussi par les éléments liés aux marchés publics à prendre en compte comme les avenants, les décisions de résiliation etc.

Enfin la convergence des éléments difficiles doit passer en dernier et au regard, sous d'une difficulté, causée par une multiplicité des dates. Elle doit faire l'objet d'un travail entre les différentes cellules juridiques marchés publics des établissements du GHT.

#### B) Les alternatives à la convergence des marchés

Il est possible d'envisager à ce stade que l'établissement support au regard des recours possibles aux centrales d'achat plutôt que d'assurer lui même le travail utilise une convention avec une centrale de manière à profiter des marchés que celle-ci met à disposition des établissements. Cela doit permettre en faisant adhérer tous les établissements à l'accord cadre une convergence du marché en question. Et cela tout en prévoyant des dates de début différentes mais la même date de fin. Il faut certes s'acquitter du coût que facture la centrale (variable au regard des méthodes et des coûts) mais pour un établissement assez peu doté en personnel cela peut permettre de le décharger une partie du travail. Attention tout de même à ce que cette solution soit encadrée, apporte des gains et ne soit pas juste une facilité.

## Chapitre 2) La convergence des marchés et les obligations juridiques du code de la commande publique.

La convergence des marchés, à l'instar des groupements impose aux acteurs économiques des volumes souvent de plus en plus conséquents. Cette faculté à agir en nombre est une opportunité majeure pour les achats de la fonction publique hospitalière. Toutefois ce principe de groupement implique aussi des risques, à la fois pour le principe d'égalité entre les candidats (Section 1) mais aussi au regard d'enjeux comme le « hors marché » (Section 2).

## Section 1) La convergence des marchés au regard du principe d'égalité entre les candidats.

La convergence des marchés, implique comme vu précédemment une « massification » des achats. Autrement dit : des volumes plus importants permettant de négocier des tarifs avantageux avec les fournisseurs.

Si l'on est assez réducteur, alors les économies d'échelle sont un élément nécessaire, indispensable et un principe qui doit permettre de réduire les coûts en achat de la fonction publique hospitalière. Dans les faits oui, les économies d'échelle sont indispensables et permettent de générer des gains sur les achats. Toutefois comme me l'explique Marcel Coplo, responsable des achats au Centre Hospitalier de Douai : «Dans la mesure où certains achats font l'objet, comme les couches, d'un marché à l'échelle de la région au travers d'un GCS, pour un montant de plusieurs millions d'euros, et des centaines de milliers d'unités, alors cet achat limite à un certain nombre de fournisseurs, ici trois, l'accès au marché.»

Nous en déduisons donc que d'une part les achats de cette échelle permettent des économies très intéressantes pour les établissements mais que d'un autre sens, les quantités, les délais, le GCS. bloque finalement l'accès à la commande des petits fournisseurs et pénalise leur activité, des possibilités d'extension et de concurrence. De plus il me précise que «sur certains marchés, autres que les couches, des ententes sur les prix existent liées au faible nombre de fournisseurs sur le marché». Elles sont difficiles à prouver et constitue l'une des preuves des limites des achats groupés.

La limite des achats groupés peut être alors double, une limite au sens économique du terme mais aussi une limite au regard du code des marchés. L'exemple utilisé concerne un GCS pour lequel l'impact est plus important. Mais à l'échelle d'un GHT. la réflexion peut-être la même. Peut-être

pas pour un GHT de petite taille comme celui du douaisis mais pour les GHT des CHU c'est une logique indéniable.

En conclusion de cette section il convient de relever l'importance au regard des différentes attentes ministérielles et législatives du travail à effectuer en bonne entente entre les acheteurs et le service juridique des marchés. C'est bien évidemment une attente en adéquation avec l'ensemble des missions évoquées dans ce mémoire. Ceci-dit, il y a un enjeu juridique avancé à agir avec un bon équilibre entre les attentes économiques du ministère, le programme PHARE et les acteurs locaux que sont les acheteurs et les juristes en charge de la passation des marchés publics qui représentent les attentes du code de la commande publique. Entre la réduction des moyens et les enjeux de sécurité juridique la séparation sera de plus en plus ténue et son influence sur l'économie n'est plus à prouver.

### Section 2) Le hors-marché au regard de la convergence des marchés.

Le hors-marché est un facteur de risque pour les différents acteurs de la santé, il implique des pratiques qui peuvent être onéreuses ou risquées juridiquement pour l'établissement. Au regard du ministère de la santé, le maintien de ces pratiques est indispensable pour pallier au principe de sécurité du patient<sup>155</sup>. À l'aune des marchés groupés, de la sécurisation juridique et de la coopération hospitalière il est plus que jamais un enjeu d'amélioration des pratiques et de réduction des coûts pour les établissements.

La convergence et au-delà la mise en place d'achats groupés doit permettre d'offrir plus de solutions aux établissements pour éviter le hors-marché. Ainsi la rapidité d'adhésion sur un segment d'achat du RESAH ou de UNIHA, d'un GCS ou le fit de venir se grouper sur un marché déjà détenu par un établissement du GHT doit permettre aux établissements des alternatives à un hors-marché couteux. Le GHT par sa communication interne est aussi une nouvelle solution et une alternative pour un « dépannage » sur un produit de santé par exemple.

La convergence propose ainsi des solutions que ce soit au regard de coûts élevés ou de compétences et de pratique. Mais cela n'ôte pas pour autant toutes les diffiultés.

<sup>155</sup> Article 152-5 du traité instituant la communauté européenne.

## Chapitre 3) Les difficultés liées aux modifications de contrats dans la convergence des marchés publics.

La convergence implique au regard de la FHF<sup>156</sup> une urgence qui a été perçue de manière très aléatoire par les établissements mais plutôt en retard de manière globale. Le retard de la convergence des marchés et les difficultés rencontrées (Section 1) est le fait de différentes problématiques très pratiques mais aussi juridiques (Section 2).

### Section 1) Les difficultés liées à la convergence.

La convergence implique au regard du code des enjeux à l'horizon 2021. Néanmoins ce temps déjà réduit, subordonné à la création de la fonction achat de GHT et à d'autres problématiques GHT qui ont accaparé les établissements de santé a pour beaucoup d'entre eux induit un certain « retard à l'allumage » en matière de convergence. Par suite, d'autres facteurs de retard se sont présentées, lors de la mise en place de la convergence (A) mais aussi certains défis relatifs à l'absence d'obligation juridique.

## A) Trois facteurs de retard principaux lors de la mise en place de la convergence.

Aujourd'hui le code de la santé publique indique un principe simple : dans le cadre des GHT, les établissements doivent faire converger leurs marchés<sup>157</sup>. Ce principe appuyé par le programme PHARE, qui indique que : « L'un des chantiers prioritaire que l'établissement support devra mener avec l'ensemble des établissements parties »<sup>158</sup> réside dans la convergence des marchés. À la lumière des enjeux de coopération et de convergence des marchés attendus, mais aussi des gains achat espérés, la convergence est un argument qui cumule plusieurs thématiques, en premier lieu le système d'information, ou encore des enjeux de ressources humaines.

Le principe de convergence fixé au 31 décembre 2020 par le ministère à en revanche été assez mal perçu par les établissements, mal perçu non pas à l'égard d'un quelconque sentiment mais dans la difficulté et les délais. En effet ceux-ci qui ont été fixés à 4 ans, devaient permettre aux établissements de santé de s'engager, d'anticiper les difficultés, et par la mise en oeuvre dans les premières heures d'une cartographie, de percevoir le travail qui allait être demandé. À ce stade il y a

<sup>156</sup> RHF, achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. P48

<sup>157</sup> DGOS, Guide la la fonction achat de GHT,

<sup>158</sup> DGOS, Guide de la fonction achat de GHT,

eu plusieurs freins, pour un certain nombre d'établissements un manque de moyens, du souseffectif, ont posé le soucis du temps à consacrer à une « cartographie »<sup>159</sup>. Quand un établissement rencontre déjà des problèmes à tenir les délais demandés par les services opérationnels lors de la rédaction de ses marchés, il est compliqué pour lui de s'engager en plus sur l'élaboration d'une cartographie de GHT.

Connaissant les problématiques des GHT, à savoir, essentiellement des problèmes relationnels entre les établissements, il fallait déjà dépasser cela afin d'effectuer un travail en commun de cartographie des achats. Enfin la taille des GHT est une problématique aussi, même si moins importante que les deux précédentes. Faire converger quelques dizaines de marchés quand il y a dix C.H. avec dix dates différentes de fin de marchés, donc des avenants, des ruptures de contrat, des marchés à renouveler sur des durées plus courtes, les blocages induits par les marchés de quatre ans relatifs aux marchés subséquents à bons de commande n'est pas aisé. Ce sont autant de problématiques qu'il faut intégrer dans une cartographie et qui demandent à la fois les moyens humains d'y répondre mais aussi les connaissances des marchés concernés.

## B) L'absence de la convergence au regard du code de la santé publique.

Dans le code de la santé publique, il n'y a pas de principe légal ou réglementaire imposant la convergence des marchés, aussi d'un point de vue strictement légal, la convergence n'est pas obligatoire, seul la passation du marché par l'établissement support l'est. Ce serait quelque peut du gâchis de ressources humaines mais il est possible de faire deux marchés différents pour la même chose.

Toutefois attention au principe de « saucissonnage du marché » prohibé par le juge administratif même si la jurisprudence en la matière demeure floue. Le saucissonnage est le fait de diviser une prestation concernant les même biens pour descendre sous certains seuils de publicité afin de pouvoir éviter certains éléments qui nous ennuierais dans les autres procédures, plusieurs candidats, longueur de la procédure etc.

Au delà des difficultés légales évoquées ci-dessus s'étendent d'autres problématiques plus techniques. Ou se situe la convergence sur des produits biomédicaux différents, des médecins qui n'utilisent pas les mêmes références, des engagements déjà pris sur des références ou le marché est dit « captif ». Ainsi dans les cas ou le centre hospitalier partie est lié à une entreprise par des droits de propriété commerciale/intellectuelle ou encore des prestations techniques exclusives à une

<sup>159</sup> RHF, achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. P48

entreprise liée à une machine ou la durée d'amortissement est plus longue que les durée classique de marché ou le temps laissé à la convergence.

Au regard de ces critères comment faire converger les IRM de dix établissements, ou tout au moins cinq sur les dix du GHT, avec une durée d'amortissement de sept ans et sept dates de fin de marché ? Ce sera l'objet de la section suivante.

Au delà de l'objectif fixé par le ministère et des difficultés évoquées ci dessus, il y a de réelles opportunités. Celles-ci concernent surtout à notre sens les marchés de fournitures, et sur certains points les marchés de service mais demeurent plus compliqué dans le biomédical et les domaines pharmaceutiques liés à la liberté de prescription ou de soins.

## Section 2) Les problématiques juridiques rencontrées dans la convergence des marchés.

La convergence des marchés implique comme vu au début de ce titre 160 un nombre de solutions importantes à mettre en œuvre, ces solutions sont juridiques et correspondent aux possibilités offertes par le code de la commande publique ou de la jurisprudence. Parmi ces possibilités l'avenant aux marchés en cours est la solution la plus souvent déployée (A) par les service juridiques des marchés, mais elle ne doit pas occulter tout un panel de solutions disponibles afin de tendre vers une convergence plus rapide (B).

# A) L'avenant, l'élément le plus utilisé dans la convergence mais aussi controversé au regard de la pratique juridique.

La solution la plus simple dans ce cadre de prolongation consiste à utiliser les avenants, toutefois les avenants sont régulés par des règles précises. Aujourd'hui selon la D.A.J. « Si le code de la commande ne fait pas référence aux notions d'« avenant » et de « décision de poursuivre » les parties à un contrat seront généralement incitées à conclure un avenant qui matérialisera leur engagement à procéder aux modifications envisagées en cours d'exécution sauf le cas ou celles-ci auraient été prévues dans le contrat initial. 161».

<sup>160</sup> Partie II, Titre II, Chapitre 1, section 2

<sup>161</sup> DAJ, Fiche les modalités de modification des contrats en cours d'exécution, espace commande publique, P1

# B) L'avenant n'exclu pas une variété de solution juridiques à disposition pour mener à la convergence.

En matière de marchés publics de nombreuses solutions juridiques sont offertes aux établissements afin de pouvoir faire converger des marchés.

La plus aisée d'entre toutes est-celle qui se réfère aux marchés « N+ », « N » pour le nombre d'année et « + » pour les reconductions prévues, par exemple en matière de fournitures, un marché de deux ans renouvelable par reconduction tacite pour un an plus un an. Avec la mention «Le marché sera reconduit tacitement sauf indication contraire du pouvoir adjudicateur au moins 15 jours avant la fin du marché ». Dans le présent cas il suffit simple de reconduire ou au contraire ne pas reconduire un marché pour pouvoir converger vers d'autres.

Dans le cas d'une entreprise qui serait mise sous administration provisoire il est aussi possible de rompre le contrat si l'administrateur du groupement assure ne pas poursuivre l'activité du groupement.

Pour la RHF<sup>162</sup>, «Il pourrait raisonnablement être soutenu que l'objectif de convergence des marchés-rendu nécessaire pour assurer la mise en œuvre de la fonction achat mutualisée constitue bien un tel motif, dès lors que l'abandon de projet (CE, 8 décembre 1978, Bergerioux n° 01708) et la modification du cadre réglementaire (CE, 22 avril 1988, Sté France 5 n° 86241) sont autant de motifs d'intérêt général susceptibles de justifier une résiliation. En tout état de cause de type de décision peut s'avérer relativement onéreux pour l'administration. La résiliation pour motif d'intérêt général donne en effet droit à une indemnisation intégrale du préjudice subit par le cocontractant (CE, 19 décembre 2012, Société AB transport, n° 350341 et 350399). Ainsi dans les marchés qui renvoient aux dispositions des cahiers des clauses administratives générales (CCAG) (Art 43 CCAG TIC, art 33 CCAG PI, art 33 CCAG FCS, art 46.4 CCAG FCS, art 46.4 CCAG Travaux. Le pouvoir adjudicateur est tenu de verser : ...». les indemnités induites par ce genre de décisions sont bien souvent trop onéreuses pour être admises comme une solution viable.

<sup>162</sup> RHF, achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016. P49

Le GHT n'est toutefois pas le seul acteur de l'achat groupé, de fait il est même le plus récent dans ce domaine, et si il faut prendre en compte les relations internes qui sont depuis la mise en place de la fonction achat le principal défi des GHT cela ne doit pas occulter que le GHT se conçoit non seulement en tant qu'entité avec des défis propres, internes mais aussi l'importance des relations et la difficulté de celles-ci avec des acteurs extérieurs notamment en matière d'achats groupés et de commande. Ces autres groupements ne sont pas à prendre en considération comme étant des concurrents ou en tout cas pas dans la forme commerciale, il n'est pas question ici de savoir qui doit avoir les marchés mais plutôt d'envisager quelle solution est la plus optimale au regard des situation des établissements. Gardons à l'esprit que l'objectif est de promouvoir des gains pour les établissements de santé. Avec la mise en place des GHT il est possible d'observer un renouvellement dans les rapports entre ces groupements mais aussi un certain nombre de problématiques qui se sont développées ces dernières années sur le sujet. Aujourd'hui encore l'actualité est dense sur le sujet et pousse les acteurs à s'adapter sans cesse à de nouveaux modes de fonctionnement et à explorer les textes afin de choisir la meilleure combinaison juridique pour lui permettre de réaliser l'optimisation de ses achats.

# Partie III) Le Groupement Hospitalier de Territoire et son lien avec les opérateurs d'achat mutualisé

Pour rappel, au regard de l'article L6132-1.-I. : « Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale »<sup>163</sup>. Toutefois conformément à l'article L6134-1 : «Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions ils peuvent signer des conventions, participer à des Groupements d'intérêt public (GIP), des Groupements d'intérêt économique (GIE), des groupements de coopération sanitaires (GCS) ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières »<sup>164</sup>. Enfin selon l'article R 5124-2<sup>165</sup> du CSP ou de l'article L 2113-6<sup>166</sup> du code de la commande publique, il est possible pour un groupement de se constituer en centrale d'achat. Les différents groupements évoqués par les textes seront l'objet de notre dernière partie, au sein de laquelle nous évoquerons les défis et enjeux du GHT vis-à-vis des différents groupements évoqués ci-dessus, dans un premier temps dans le cadre des choix que sont amenés à effectuer les acteurs du domaine de la santé au regard de leurs besoins, des moyens, et des possibilités permises part la législation. Et dans un second temps nous interrogerons sur le temps et l'opportunité de l'achat via les centrales d'achat ou par d'autres moyens groupés.

<sup>163</sup>Article L 6132-1-I du code de la santé publique modifié par une ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 – art 23. 164Article L 6134-1 du code de la santé publique

<sup>165</sup>Article R 5124-2 du code de la santé publique modifié par un décret n° 2016-523 du 27 avril 2016.

<sup>166</sup>Article L 2113-6 du code de la commande publique crée par l'ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018

### Titre 1 ) Les différents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé.

Aujourd'hui, une des difficultés de l'achat groupé pour les GHT réside dans les relations entretenues avec les groupements auxquels ils ont accès au regard de la législation en vigueur « Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif peuvent participer à des actions de coopération [...]. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions ... »<sup>167</sup>. La signature de conventions signifie avoir la personnalité morale, ce que n'ont pas les GHT. La pluralité des groupements évoquée dans l'article L6134-1<sup>168</sup> du code de la santé publique, parfois le recoupement de certaines missions, pose le souci de l'utilité de ces groupements tels qu'ils sont présentés aujourd'hui. Pour les structures les plus petites la difficulté à choisir entre deux GCS peut être un problème, et pour les gros GHT comme celui du CHU de Lille (GHT Lille métropole Flandres intérieure) le GCS sera trop petit pour être intéressant en termes de massification et à l'inverse complexifie les relations puisqu'il lui faut prendre en compte de nouveaux acteurs. Compte tenu des utilisations qui sont effectuées par les établissements de santé le présent titre a pour objectif de témoigner de l'importance moindre des groupements d'intérêt économique (GIE) et des groupements d'intérêt public (GIP) (Chapitre 1) au regard de la dominante des groupements de coopération sanitaire (GCS) (Chapitre 2) dans la matière sanitaire qui nous regarde.

<sup>167</sup>Article L6134-1 du CSP dans sa version initiale issue de la loi du 26 janvier 2016, Loi n° 2016-41. 168*Ibidem* 

### Chapitre 1) Les Groupements d'intérêt économiques et les groupements d'intérêt public des acteurs moindre du monde hospitalier.

Les GIE ou GIP sont des organisations qui doivent permettre la mise en place d'une coopération sur un modèle plus économique que ne le sont les GCS ou les GHT.

Ainsi ils sont présents à la fois dans le code de la santé, mais aussi dans le code de l'action sociale et des familles (CASF)<sup>169</sup>. Le groupement d'intérêt économique (Section 1) est lui dédié à une activité économique tandis que le groupement d'intérêt public (Section 2) concerne plutôt des actions de mise en œuvre de mission d'intérêt général.

#### Section 1) Le groupement d'intérêt économique

Le groupement d'intérêt économique fait l'objet d'une organisation juridique précise (A) faisant référence à des textes présents essentiellement dans le code de commerce. Toutefois d'autres codes comme le code de la santé, y font référence également pour leur utilisation (B) dans le cadre sanitaire et médico social.

#### A) L'organisation juridique du Groupement d'intérêt économique.

Selon le code de commerce « Deux ou plusieurs personnes physiques ou morales peuvent constituer entre elles un groupement d'intérêt économique pour une durée déterminée. Le but du groupement est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité. Il n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même. Son activité doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci»<sup>170</sup>.

Le code de la santé publique reprend également cette définition : « Les établissements de santé publics ou privés à but lucratif peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions ils peuvent signer des conventions, participer à [...] des groupements d'intérêts économique [...]. »<sup>171</sup>. Enfin les groupements d'intérêt économiques apparaissent aussi dans le code de l'action sociale et

<sup>169</sup> Article L 312-7 du code de l'action sociale et des familles, modifié par une loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 (art 47 et 63).

<sup>170</sup> Article L 251-1 du code de commerce

<sup>171</sup> Article L 6134-1 modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 -art 121.

des familles dans les termes suivants : «Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité [...] les établissements et services mentionnés au L 312-1 [...] peuvent : Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

Au regard des différentes lectures des textes, il est donc à prendre en compte le GIE comme un acteur de la santé et notamment dans la construction de groupements.

Un GIE accède à la pleine capacité juridique du fait de son immatriculation au registre du commerce et des sociétés. A contrario d'un GIP/GCS/GHT il n'est pas soumis à l'approbation préalable d'une autorité publique comme l'ARS. Cela est lié au fait que le GIE ne soit pas un acteur de droit public mais de droit privé. Créés il y a longtemps (1967)<sup>172</sup> «Leur objet est de faciliter ou de développer l'activité économique de leurs membres, sans toutefois réaliser des bénéfices sauf à titre accessoire »<sup>173</sup>.

#### B) L'utilisation de cette opportunité dans les établissements.

Le GIE fait l'objet d'un contrat entre deux ou plusieurs acteurs, personnes morales ou physiques mettant en commun leurs connaissances ou leurs activités. Comme le GIE ne peut pas assurer de fonctions de soins il est exclu de ce cadre. Le GIE concerne donc souvent des activités paramédicales comme par exemple l'imagerie.

Le cabinet Houdart dénonce un certain nombre d'obstacles concernant cette activité : « Il constitue un frein à une véritable mutualisation des moyens du fait de l'impossibilité pour l'établissement public de santé de mettre à disposition du GIE son personnel hospitalier (médical et non médical) — Il présente un risque fiscal pour les établissements publics de santé — Il peut être source de problématiques sérieuses en matière de responsabilité des membres, qui est indéfinie et solidaire. »<sup>174</sup>.

Il semblerait alors que le GIE soit très peu utilisé dans d'autres domaines que ceux de l'imagerie. En effet, pour être rentabilisée ou amortie, celle-ci, nécessite une exploitation maximale des différents équipements d'imagerie que sont les IRM, scanners, radiologie.

Le seul exemple que nous avons trouvé hors imagerie concerne le GIE HOSPIS. Celui-ci est proposé par les hospices de Lyon et développe des technologies de l'information et de la

<sup>172</sup> Vie-publique.fr

<sup>173</sup> Ibidem.

<sup>174</sup> N. Benyahia, GIE et imagerie médicale : la fin des idées reçues!, Houdart et associés : Le blog, 24 octobre 2017.

communication (TIC) en santé, et notamment des solutions de dossiers patients informatisés (DPI) telles que : « Easily ».

Ainsi dans un esprit de complément et surtout de manière à proposer des solutions plus adaptées aux fonctions publiques diverses a été créer le GIP.

#### Section 2) Le groupement d'intérêt public.

Le groupement d'intérêt public est une option de développement économique qui se rapproche des attentes des établissements ou d'autres fonctions publiques. Il a pour objectif de promouvoir certaines activités économiques. Toutefois n'ayant pas été prévu pour les soins il ne concerne dans un hôpital que les activités économiques. Observons dans un temps premier la structuration du groupement d'intérêt public (A) avant d'analyser la mise en pratique de celui-ci (B).

#### A) Structuration et organisation du groupement d'intérêt public.

Le Groupement d'intérêt public (GIP) doit permettre à des partenaires publics et privés de mettre en commun des moyens pour la mise en œuvre de missions d'intérêt général. Les GIP datent de 1982. L'ordonnance de 2011<sup>175</sup> de simplification et d'amélioration de la qualité du droit a institué un statut législatif des GIP. Ainsi dans le chapitre II<sup>176</sup> des dispositions relatives au statut des groupements d'intérêt public, nous pouvons retrouver les différents éléments liés à la création et à l'organisation de GIP dans les établissements.

Pour ne pas reprendre les articles évoqués ci avant<sup>177</sup> ceux-ci sont les mêmes. En effet GIE et GIP sont prévus dans les mêmes situations au regard du code de la santé publique et ne divergent entre les deux que peu de choses.

Cependant, il faut savoir que les GIE sont de droit privé alors que les GIP sont publics de droit public, avec une obligation de majorité d'établissements publics comme les établissements de santé au regard des personnes morales de droit privé qui sont chargés d'une mission de service public. Cela est notamment lié au fait que le GIP demande une validation/approbation par l'autorité administrative compétente.

La mission d'un GIP porte sur un rapprochement d'activités ou d'équipements en commun. Le GIP

<sup>175</sup> Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

<sup>176</sup> Idem dans ses articles 98 à 122.

peut s'appuyer sur un règlement intérieur et/ou financier qui précise et complète les statuts. Enfin le GIP exerce à but non lucratif des missions d'intérêt général en mettant en commun les moyens de l'exécution de ces missions.

En application du décret<sup>178</sup>, la convention constitutive, une fois publiée par voie d'arrêté, porte création du GIP et traduit un accord sans ambiguïté entre les futurs membres du groupement. Ce groupement prévoit la mutualisation d'activités non médicales.

Après avoir décrit la construction d'un GIP, quelle est son utilisation dans la pratique des établissements de santé ?

#### B) De l'utilisation du groupement d'intérêt public dans les établissements.

Contrairement GHT l'avantage du GIP est qu'il dispose à la fois de la personnalité morale et de la coopération publics avec du privé à but non lucratif. Il se limite à des objectifs économiques aussi nous le retrouverons souvent dans les domaines des E-technologies ou les domaines liés à l'hébergement des personnes, tels que la blanchisserie ou autres domaines facilement détachable des soins.

Au regard de l'objet de ces GIP ceux-ci interviennent beaucoup dans les nouvelles technologies. Ainsi en matière d'achat et de coopération entre groupements notons le développement de la solution SIHA qui est un partenariat entre le GIP Miphih et l'opérateur d'achat groupé « RESAH ». Le MIPIH se défini lui-même comme *«une structure publique de coopération inter-hospitalière spécialisée dans la construction du système d'information hospitalier »*<sup>179</sup>. Le MIPIH est quelque peut devenu un GIP hors-normes puisqu'il embauche près de 500 personnes pour un chiffre d'affaire de 62 millions d'euros. Puisque les GIP ne peuvent pas faire de bénéfices cette somme va service à rémunérer les employés du GIP mais aussi à l'investissement futur. Le MIPIH produit un effort annuel de 15 %. A la différence des entreprises il y a donc un coût à embaucher le MIPIH mais ce coût est partagé entre les adhérants au regard des frais, en partie couvert par le chiffre d'affaire et des efforts d'investissements.

Dans les deux cas du GIE et du GIP évoqués ci-avant il y a un certain nombre de limites à la coopération entre établissements publics de santé. Et c'est souvent dans le cadre de GCS établissements de santé que cela est mis en avant. Toutefois les GCS de moyens ont aussi la particularité de proposer des mises en place économiques avec un statut différent.

<sup>178</sup> Décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public.

### Chapitre 2) La dominante des groupements de coopération sanitaire

En matière d'achats hospitaliers il est souvent fait appel aux groupements de coopération sanitaire (GCS) ceux-ci présentent l'avantage d'avoir été conçus spécifiquement pour la coopération entre personnes morales publiques attachées à la matière sanitaire 180 ou médico-sociale 181. À l'inverse des GIE ou GIP qui sont de nature plutôt économique, le GCS est lui un acteur de coopération prévu dans le domaine de la santé dont l'objectif n'est pas de faire du bénéfice *«Ce groupement poursuit un but non lucratif »*182.

Le décret n° 2010-862<sup>183</sup> précise les conditions dans lesquelles sont exercées les GCS des fonctions (Logistique, administrative, ...) nécessaire à l'activité. Ces GCS ne peuvent être organisés que pour le compte exclusif de ses membres. L'objectif d'un GCS n'est pas de passer outre le code de la commande publique, mais plutôt d'utiliser le GCS de manière à réduire les coûts, et mutualiser les activités dans le secteur de l'achat.

Ainsi présentons dans un temps premier la création des GCS (Section 1), avec d'observer la création de la convention constitutive de GCS (Section 2), pour terminer par une comparaison des pratiques (Section 3).

#### Section 1) La création des GCS

La mise en place des GCS est un phénomène plus ancien que les GHT. Celle-ci date des années 1990. Toutefois, la création et le développement de ceux-ci résultent de deux phases bien distinctes. Dans un premier temps seul une trentaine de groupements existaient, puis leur utilisation va se généraliser. Aujourd'hui, qu'en est-il? Sur quels fondements légaux (A) et quelles initiatives s'appuie la construction d'un GCS et comment est utilisée la présence de la personnalité morale au regard des enjeux actuels (B)?

<sup>180</sup> Article L 6134-1 du code de la santé publique, modifié par une loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, art 121.

<sup>181</sup> Article L 312-7 du code de l'action sociale et des familles, modifié par une loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 (art 47 et 63).

<sup>182</sup> Article L 6133-1 du code de la santé publique.

<sup>183</sup> Décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010 – article 1.

#### A) L'aspect légal de la mise en place du GCS.

Le GCS est défini dans le code de la santé publique aux articles L- 6133<sup>184</sup> et suivants et R- 6133<sup>185</sup> et suivants. Pour préciser le cadre, dans un GCS dit « achats » qui sera notre sujet ici seul le groupement de coopération sanitaire de moyen nous intéressera. L'article L 6133-1<sup>186</sup> du code de la santé publique précise : «Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour : Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, [...] pour le compte de ses membres »<sup>187</sup>. Aussi un GCS «Doit comprendre au moins un établissement de santé.»<sup>188</sup> Une exception existe, toutefois, cas qui ne nous concerne pas en matière de marchés et d'achats. Nous n'y reviendrons donc pas.

Dans sa constitution, « Le groupement de coopération sanitaire peut-être constitué avec ou sans capital. »<sup>189</sup>. Cela implique en matière d'achat un problème de crédibilité. En effet, sans capital, le GCS sera moins crédible auprès des entreprises. Il faut donc un minimum de capital compte tenu des montants conséquents engagés.

Constitué par des personnes de droit public exclusivement, «le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public »<sup>190</sup>. Il pourra aussi être une personne de droit privé si il est constitué par des établissements privés. Enfin, «le groupement de coopération sanitaire de moyens peut-être employeur »<sup>191</sup>. C'est le cas dans les GCS achats où les GCS emploient à minima une personne afin que le groupement soit actif et porté par une ou plusieurs personnes qui s'y investissent et au contraire ne soit pas une coquille vide portée par quelques âmes de bonne volonté.

Dans la construction du GCS tel que nous le connaissons aujourd'hui, sont intervenues plusieurs réformes. Le décret de 2010<sup>192</sup>, celui de 2017<sup>193</sup> ou encore celui de 2019<sup>194</sup> qui a eu une influence réduite (qui est consacrée essentiellement au rôle du service de santé des armées).

Ainsi à titre d'exemple, le GCS GRAM (Groupement Régional d'achats multi-segments) est un

<sup>184</sup> Partie législative, sixième partie : Etablissements et services de santé : Livre premier : Etablissements de santé : Titre Coopération : Chapitre III : Groupements de coopération sanitaire.

<sup>186</sup> Article L 6133-1 du code de la santé publique modifié par une ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018-art 23. 187 Ibidem alinéa 1.

<sup>188</sup> Article L 6133-2 Al I du code de la santé publique modifié par une ordonnance n° 2018-20 du17 janvier 2018 -art

<sup>189</sup> Article L 6133-3 Al I du code de la santé publique modifié par ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 – art 1.

<sup>191</sup> Article L 6133-3 Al II du code de la santé publique modifié par ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 – art 1.

<sup>192</sup> Décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010 relative aux GCS.

<sup>193</sup> Décret n° 2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.

<sup>194</sup> Décret n° 2019-405 du 02 mai 2019 relatif aux activités pharmaceutiques du service de santé des armées et à la coopération entre ce service et les acteurs de santé.

groupement de coopération sanitaire de moyens au sens de l'article 28 de l'ordonnance du 23 juillet 2015 pour lequel des avenants à la convention constitutive ont été produits au regard des différentes réforme le concernant.

Après avoir étudier l'aspect légal de la mise en place des GCS nous allons nous intéresser aux enjeux qui animent ceux-ci.

# B) Groupement de coopération sanitaire et groupement hospitalier de territoire : la personnalité morale au regard de nombreux enjeux.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 les établissements supports des GHT sont compétents pour assurer la « fonction achat » pour le compte de l'ensemble des établissements parties. Ainsi il était possible de penser pour les acteurs que cela signerai la fin des GCS. Mais *que nenni*, l'impact majeur de l'absence de personnalité morale a même contribué au développement des GCS.

En effet pour le cabinet Houdart et Associés <sup>195</sup> «La mise en œuvre des GHT montre que l'absence de personnalité morale peut être un frein. Ainsi, la mutualisation essentielle de moyens (équipes communes, trésoreries etc...) ou de fonctions (notamment logistiques et médico-technique) se heurte, du fait de l'absence de personnalité morale, à des obstacles qui ne sont pas encore dépassés notamment en regard des règles de fiscalité ou de commande publique. » et la mention d'un droit d'option à doter le GHT de la personnalité morale n'a pas vu le jour dans le projet de loi. Les GHT sont donc très probablement envisagés pour les 4 ou 5 prochaines années sous l'angle d'une difficile coopération.

Concernant le GCS. celui-ci est doté de la personnalité morale<sup>196</sup> ce qui permet d'effectuer des opérations comptables beaucoup plus simples basées sur une refacturation a l'inverse du GHT qui doit utiliser dans le cadre de la fonction achat une clé de répartition un peu simpliste et ne ciblant pas au mieux les coûts.

Le personnalité morale joue aussi un rôle au regard de l'apport en terme de relations avec les structures économiques – fournisseurs - auxquels fait appel le GCS afin que les relations soient existantes tout simplement. Mais aussi cadrée, ce qui n'est pas possible sans personnalité morale.

Après avoir présenté ce défaut de personnalité morale intéressons-nous à la composition d'une convention constitutive de GCS.

<sup>195</sup> L. Jeune, Ma santé 2022 – Projet de loi et GHT: vers un mode dégradé de fusion, Houdart et associés, 2019.

<sup>196</sup> L 6133-3 du code de la santé publique modifié par une ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017-art 1.

#### Section 2) La convention constitutive d'un GCS.

L'arrêté du 23 juillet 2010<sup>197</sup> relatif aux GCS constitue la version de création des GCS. Cette version a été complétée plusieurs fois et notamment depuis le 19 avril avril 2019 avec un arrêté du 5 avril 2019 relatif aux GCS.

Dans ce cadre, quels éléments retrouvons nous dans une convention constitutive de GCS ? Quels en sont les objectifs ? Ici nous avons relevé un intérêt particulier à travailler sur une distinction entre les fonctions juridiques (A) et un point de vue stratégique (B) afin de permettre un distinguo entre ce qui relève d'éléments contractuels classiques et ce qui est issu d'une élaboration plus « politique » du groupement.

#### A) Une organisation juridique.

La distinction entre une organisation juridique et un point de vue stratégique ne tient pas tant en la différence des textes qu'a leur influence. Dans ce paragraphe nous mentionnerons les éléments qui concernent les attentes du code de la santé publique en matière de conventions constitutives de GCS.

Ces éléments sont repris aux articles R 6133-1 à R 6133-9198. Les reprendre ici n'aurait pas un intérêt grandissime. En revanche, au regard d'un modèle de construction de GCS qui est celui du GCS SRA – CAPPS Bretagne 199 il est possible de présenter de manière synthétique les grandes orientations d'une convention constitutive de GCS. Ainsi dans le premier chapitre intitulé *«Dispositions générales »*, il est possible de retrouver les dispositions relatives à la nature juridique, l'objet et les missions, le siège, la durée ou encore les avenants et la dissolution. Dans le deuxième chapitre : *« droits et obligations des membres »* on retrouve les dispositions relatives à l'adhésion, le capital social, la cotisation annuelle , les droits sociaux, les obligations et droits l'exclusion et le retrait ou encore le règlement des litiges. Dans le troisième chapitre *«Gouvernance »*, on retrouve les dispositions relatives aux pouvoirs et missions ou obligations de l'assemblée générale, de l'administrateur, du comité exécutif (appelé aussi COSTRAT (comité stratégique) ou CODIR (comité des directeurs)), ou encore le règlement intérieur la communication et le portefeuille de projets. Le quatrième chapitre est relatif aux finances. Enfin la cinquième chapitre porte sur la

<sup>197</sup> Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire, JORF n° 0170 du 25 juillet 2010 page 13775.

<sup>198</sup> Articles R 6133-1 à 9 du code de la santé publique.

<sup>199</sup> https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-03/2019-02-18-%20Convention-constitutive-GCS-%20SRA-CAPPS.pdf

gestion budgétaire et comptable pour finir par la gestion des ressources humaines ou matérielles, propres ou déléguées.

Ce plan n'est pas un exemple unique, il correspond à une version récente développée par la région Bretagne qui est très complète. D'autres versions existent dans des régions différentes avec des modèles moins développés. Cela permet de cadrer les actions à l'intérieur d'un GCS qui n'a pas vocation à attirer le contentieux, néanmoins l'accumulation d'acteurs, l'importance des enjeux en matière d'achats sont autant de facteurs sources de possibles conflits.

L'organisation juridique de la convention constitutive ne doit pas oblitérer le rôle que celle-ci à au regard des attentes « politiques » des établissements. Et c'est en ce sens que nous développerons les aspects stratégiques qui sont à la fois juridiques et politiques.

#### B) Un point de vue stratégique.

Le point de vue stratégique doit nous permettre dans le présent cas de faire une interprétation de certaines situations données au regard de la construction juridique de la maquette de la convention constitutive de GCS. Dans le cadre de la construction d'une convention constitutive à la distinction de certains éléments abordés précédemment<sup>200</sup> nous mettrons ici en exergue les éléments qui influencent l'orientation du GCS.

Afin de définir le cadre d'un GCS il faut commencer par en limiter l'aspect géographique. Dans le cadre des GCS de moyens, pour les achats, ceux-ci sont établis à l'échelle régionale. Pourquoi ? Avec les GHT le département est devenu une échelle intermédiaire trop peu intéressante en terme de massification alors qu'au contraire avec les grandes régions l'échelon régional s'est affirmé comme un réel intermédiaire entre le GHT et l'échelon national.

Ensuite la définition du GCS vient se faire à la fois sur le fonctionnement interne, la gouvernance et l'administration de celui-ci mais aussi sur le financement.

Le capital social<sup>201</sup> n'est pas neutre, il représente le poids politique de chaque établissement au regard des droits sociaux dispensés. À ce titre plusieurs modèles sont existants. Le premier concerne un type de fonctionnement de GCS que nous avons nommé « de démocratie directe ». Dans ce cadre chaque représentant d'une personnalité morale dispose d'un droit égal de vote au sein de

<sup>200</sup> Partie III - Titre 1 - Section 2 - Chapitre 2 - A)

<sup>201</sup> Article L 6133-3 Al I du code de la santé publique modifié par ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 – art 1.

l'assemblée du GCS. Le modèle peut aussi être affecté au titre d'une « démocratie indirecte » élus par collèges ou représentés à l'échelle d'un GHT, les établissements sont chacun représentés dans le un collège qui peut être : établissement sanitaire (ES) ou établissement sanitaire et médico-social (ESMS) ou encore établissement de santé privé à intérêt collectif (ESPIC) ... À ce titre ils élisent des représentants qui interviennent eux à l'échelle de l'assemblée générale pour porter leur voix commune, ce qui peut impliquer des décisions en interne mais aussi la définition des droits des collèges entres eux (non obligatoire). Par exemple pour le collège des établissements publics de santé cela représente 55 % des droits, pour les ESMS 20 % ESPIC 20 % etc... Enfin, existe aussi un modèle « représentatif de l'achat ». Celui-ci consiste à faire entrer les différents établissements au capital du GCS en fonction de leur puissance d'achat. Cette dernière peut être déterminée selon le nombre de lits par exemple. Evidemment chacun de ces modèles présente des avantages et des inconvénients qu'il convient de prendre en compte en fonction de la situation régionale et des problématiques exprimées dans les réunions préalables à la création du GCS.

Le financement est le second aspect à prendre en compte. Dans le cas présent d'un capital social cela sous-entend que les frais de fonctionnement fixes sont imputables au regard des droits sociaux. Donc si le système est égalitaire, les frais de fonctionnements le seront aussi. À l'inverse si le système privilégie une catégorie d'établissements ou des établissements alors ils vont aussi, *de facto*, devoir régler une note plus importante. Le paiement de frais de fonctionnement fixes n'est pas essentiellement le seul, il peut être accompagné ou remplacé par des frais de fonctionnement variables selon les achats effectués et de l'importance que peuvent avoir les acteurs dans les quantités commandées. Ce système qui n'est pas forcément le plus simple à mettre en œuvre implique un juste retour des acheteurs mais il est aussi le plus égalitaire dans sa conception.

Enfin finissons la présentation des GCS par une situation concrète et la situation régionale actuelle.

# Section 3) Une comparaison des pratiques régionales. Une superposition des GCS dédiés aux marchés publics à l'échelle de la région des Hauts-de-France.

Aujourd'hui à l'échelle de la région des Hauts-de-France trois groupements proposent des achats groupés. L'objectif est d'unifier la pratique pour mutualiser les coûts des groupements mais aussi de pouvoir recueillir plus de participants afin de massifier de manière plus importante encore. La constitution d'un GCS dédiés aux marchés publics dans le présent cas des Hauts-de-France (A) doit nous permettre d'identifier et de mettre en avant des potentiels à l'échelle régionale (B).

# A) La constitution d'un GCS dédiés aux marchés publics : L'exemple de la région des Hauts-de-France.

Dans les Hauts-de-France, il existe aujourd'hui trois GCS d'achat. Bien que ces trois GCS soient utiles et permettent des gains ils sont aussi source d'un certain nombre de faiblesses que ce soit dans leur organisation interne ou dans le fait qu'ils aient des périmètres qui pourraient se recouvrir. Des coûts plus élevés, un manque de professionnalisation ou encore la non intégration du médico-social sont autant de points de travail. A ce jour, entre les GHT et notamment les plus importants d'entre eux comme celui de«Lille métropole Flandres intérieure » atteignent un volume d'activité de plus en plus proche d'un GCS. C'est dans ce cadre que l'ARS Haut de France à décidé de mettre en œuvre un GCS régional unique pour l'achat afin de travailler sur une nouvelle structure plus performante en matière économique ou juridique. Pour la partie juridique de cet aspect nous nous sommes intéressés<sup>202</sup> à la construction d'une convention constitutive de ce GCS unique au regard des attentes des opérateurs et des nouvelles problématiques à prendre en compte en matière juridique.

#### B) Identifier et élargir des potentiels.

A ce jour, les GCS en matière d'achat sont poussés, ils présentent toutefois de nouveaux défis après quelques années d'exercice.

Pour certains il y a et il y aura toujours probablement un problème de définition de ceux-ci. Il ne s'agirait pas du meilleur moyen de mutualisation, situé entre l'échelle nationale qui massifie de manière plus importante et l'échelle des GHT et *a fortiori* des GHT de taille imposante comme ceux du CHU de Lille ou de Amiens.

Les GCS « achats » posent aussi la question des adhérents. Jusque ou doit-on aller dans l'intégration ? Doit-on se limiter au EPS qui présentent les plus grandes masses. Quand est-il quand les CHU de la région sont attachés à des fonctionnement de type RESAH ou UNIHA ? Que vaut le GCS sans eux ? Mais aussi que faire des ESPIC, des établissements privés ? Comment intégrer des établissement comme les GIP qui n'ont pas de lits ? Quels droits leur donne t-on au regard de certains droits ou certains payements évalués en fonction des lits ? Enfin comment proposer une

intégration de plus en plus nombreuse des EHPAD qui sont généralement en retard au regard des EPS dans l'intégration des achats massifiés ?

Le GCS achat pose le problème des EHPAD. En effet ceux-ci sont au regard des EPS des masses assez faibles et historiquement peu prises en compte dans l'achat groupé. Ils sont aussi sur des fonctionnements ou des produits pas (encore) ou peu uniformisés. Il y a donc forcément moins d'économies sur la masse monétaire globale en jeu à faire mais les économies à effectuer dans le cadre des EHPAD doivent permettre à ceux-ci de prendre connaissance de bonnes pratiques et d'effectuer des achats plus uniformisés au regard de la massification et grâce aux économies engendrées de leur permettre une plus grande capacité de marge de manœuvre financière.

C'est au regard des ces situations et en tenant compte de ces interrogations que nous observerons quelle est la conception d'une stratégie achat du GHT envers les opérateurs d'achats groupés.

### Titre 2) La conception d'une stratégie achat du GHT envers les opérateurs d'achats groupé.

Aujourd'hui les centres hospitaliers principalement, mais aussi de plus en plus les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ou encore les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) rejoignent des groupements pour les achats qui peuvent être effectués en commun. Cette solution doit leur permettre par la massification des achats de faire des économies d'échelle sur les achats. Au regard des structures existantes, et notamment de celles présentée dans le Titre 1<sup>203</sup>, l'ambition du présent titre est alors de démontrer de manière non exhaustive que les relations entre les acteurs sont au regard des codes<sup>204</sup> de la santé publique et de la commande publique, en vigueur des relations à la fois nécessaires mais aussi complexes. Le présent titre concernera dans un temps premier les centrales d'achat qui sont vecteur de massification à l'échelle nationale (Chapitre 1) mais aussi les enjeux autour du regroupement des GCS (Chapitre 2) ou encore les défis autour de la création d'une fonction logistique de GHT (Chapitre 3).

<sup>203</sup> Chapitre 3 – Titre 1 : Les différents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé.

<sup>204</sup> Code de la commande publique et code de la santé publique.

### Chapitre 1) Les centrales d'achat une massification nationale entre opportunités et risques. (3-4 pages)

Les centrales d'achat que sont majoritairement pour la fonction publique hospitalière le réseau des acheteurs hospitaliers (RESAH) ou encore l'union des hôpitaux pour les achats (UNIHA) et enfin de manière un peu plus globale sur la fonction publique l'union des groupement d'achat public (UGAP) offrent aux acheteurs hospitaliers la possibilité d'acheter des produits par leur intermédiaire. Les process ne sont pas tous les mêmes et nous allons les expliquer au regard des enjeux et de l'utilisation qui en est faite par les établissements de santé (Section 1) mais aussi à la lumière d'enjeux de la mutualisation (Section 2).

### Section 1) Centrales d'achat et groupements de commande, leur utilisation par les établissements de santé.

Selon un article de la RHF<sup>205</sup> la mutualisation de la politique d'achat au niveau de l'établissement support inclut notamment les stratégies de recours aux opérateurs d'achats mutualisés. En effet ceux-ci, de par un accès à des masses critiques de commandes, permettent d'obtenir auprès de nombreux industriels des prix ou des ristournes sans concurrence possible. La stratégie utilisée pour accéder à ces centrales par le biais de conventions favorise aussi leur utilisation pour un large panel de structures. Toutefois ces structures selon les achats se veulent être des centrales d'achat (A) ou des groupements de commandes (B).

#### A) La centrale d'achat.

Face à différentes problématiques économiques la difficulté est d'apporter les réponses juridiques adaptées. Dans le cadre des relations aux centrales d'achat il y a un acteur qui s'ajoute aux problématiques de l'achat groupé : la centrale d'achat.

L'article L2113-2<sup>206</sup> du code de la commande publique vient définir la centrale d'achat comme «un acheteur qui a pour objet d'exercer de façon permanente, au bénéfice des acheteurs, l'une au moins des activités d'achat centralisées suivantes : 1° L'acquisition de fournitures ou de services -

<sup>205</sup> Revue Hospitalière Française(RHF), *Achats et GHT*, Fédération Hospitalière Française, septembre/octobre 2016, Page 44.

<sup>206</sup> Article L 2113-2 du code de la commande publique crée par l'ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018.

2° La passation des marchés de travaux, de fournitures ou de services ». Pour la DAJ<sup>207</sup> du ministère de l'économie et des finances « Le recours à ce mode de mutualisation des achats présente pour les acheteurs de nombreux avantages, notamment : - La réduction des coûts relatifs à la procédure de passation des marchés publics ; - La réalisation d'économies d'échelle et, en conséquence, la réduction du coût de la prestation ; - Le bénéfice de l'expertise du processus d'achat et l'amélioration de l'efficacité de la commande publique ; - L'élargissement de la concurrence. ». Les centrales d'achat permettent de tels avantages, toutefois modérons quelques peu les propos de la DAJ. La procédure de passation des marchés publics peut voir son coût pondéré, et là se situe un des objectifs des GHT. En effet les conventions de GHT prévoient de manière globale une pondération du coût à l'échelle du GHT au regard de la clé de répartition et en fonction des besoins des différents établissements. Le coût est donc déjà mutualisé dans le cadre des GHT. Le gain va donc être plus faible pour les GHT que pour un établissement seul ou en tout cas plus réparti. En matière d'économies d'échelle la réflexion est la même. Si l'on agit au niveau des GHT alors la quantité commandée doit permettre d'avoir accès à des tarifs intéressants au niveau des centrales. Mais pour les structures plus réduites de type EHPAD il est plus compliqué tant d'un point de vue des compétences achat ou marchés que d'un point de vue des capacité financières d'être un réel candidat à des marchés de types centrales d'achat, en effet les centrales font payer des droits d'accès sur leur marchés qui sont parfois assez conséquents.

La centrale d'achat n'est pas une fin en soit, dans la mesure ou celle-ci peut être combinée avec la capacité à grouper des commandes et c'est ainsi que le conçoit par exemple UNIHA.

#### B) Les groupements de commande.

Dans le cadre des centrales d'achat nationales les groupements sont des solutions de montage de marchés différents afin de proposer d'autres solutions. Pour les établissements cela doit leur permettre d'accéder à des avantages d'une nature différente et donc de bénéficier de l'expertise des centrales d'achat sur certains marchés.

Ainsi, l'article L 2113-6 du code de la commande publique met en avant la définition suivante : «Des groupements de commandes peuvent être constitués entre des acheteurs afin de passer conjointement un ou plusieurs marchés. Un groupement de commandes peut également être

<sup>207</sup> DAJ, *Fiche la mutualisation des achats*, espace commande publique, rubrique conseil aux acheteurs et aux autorités concédantes/ fiches techniques. P1

constitué, aux mêmes fins, entre un ou plusieurs acheteurs et une ou plusieurs personnes morales de droit privé qui ne sont pas des acheteurs, à condition que chacun des membres du groupement applique, pour les achats réalisés dans le cadre du groupement, les règles prévues par la présente partie. »<sup>208</sup>. Ces groupements permettent de mutualiser des procédures de marchés publics et de participer à des économies sur les achats. Les groupements de commande établissent une convention constitutive qui est signée par leurs membres<sup>209</sup> qui définit les règles de fonctionnement du groupement. Ainsi, poursuit l'article « Elle peut confier à l'un ou plusieurs de ses membres la charge de mener tout ou partie de la procédure de passation ou de l'exécution du marché public au nom et pour le compte des autres membres. Les acheteurs membres du groupement sont solidairement responsables des seules opérations de passation ou d'exécution du marché qui sont menées conjointement en leur nom et pour leur compte selon les stipulations de la convention constitutive »<sup>210</sup>.

Ces articles précisent le mode de fonctionnement d'un groupement de commande. Ce dernier créée par le code des marchés publics, a été repris dans l'ordonnance de 2015 et dans le code de la commande publique. Il a été créée pour permettre aux différentes fonctions publiques d'avoir un recours simple d'accès à des procédures d'achat groupés. Aujourd'hui dans la pratique de ces groupements c'est même encore plus simple. Effectivement les centres hospitaliers ont accès aux structures très organisées que sont le RESAH, UNIHA, ou l'UGAP qui proposent directement des conventions types rédigées par leur soins à remplir, à signer, et à renvoyer de manière dématérialisée. Ils disposent d'ailleurs de personnels qui s'occupent de toutes les formalités pour proposer aux centres hospitaliers un marché clé en main pour lequel il n'y a plus qu'à passer le bon de commande associé. Ceci moyennant un pourcentage perçu sur le marché bien sûr.

Cette présentation des deux moyens d'action des centrales d'achat qui sont devenus des acteurs incontournables dans le monde des marchés groupés ne doit pas occulter les impacts de ces marchés avec les bénéfices et les avantages de ceux-ci.

\_

<sup>208</sup> Article L 2113-6 du code de la santé publique crée par ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 – art. 209 Article L 2113-7 du code de la santé publique crée par une ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 -art. 210 Ibidem.

#### Section 2) Les enjeux de la mutualisation.

La mutualisation a des enjeux importants. Selon le ministère de la santé celle-ci est avant tout une source d'économies. À l'aune des entreprises ou du code de la commande publique et comme expliqué en partie II)<sup>211</sup> elle peut être source d'inégalités. Pour les établissements elle se situe dans un ensemble d'options qui peuvent être plus ou moins intéressantes à saisir au regard des occasions. C'est un travail important des acheteurs mais aussi de la cellule des marchés publics que de savoir vers quel opérateur s'orienter.

#### A) Le choix du marché groupé.

Au cours des différentes parties, nous avons présenté les différents moyens d'action sur l'achat et comment ils sont mis en place. Ici nous allons nous intéresser au choix du marché groupé et pourquoi les établissements décident d'aller vers un opérateur régional national ou local.

Dans le cas d'un opérateur local, c'est à dire souvent à l'échelle du GHT mais cela peut varier au regard des GHT, il y a deux éléments à prendre en compte. Soit, les opérateurs sont attirés par l'établissement de santé, soit l'établissement de santé s'y intéresse. Dans le premier cas il est fait référence aux domaines fortement concurrentiels et locaux. Par exemple les circuits courts<sup>212</sup>, ou les entreprises d'échelle nationale mais installées à plus ou moins 50km et qui vont procurer des avantages en matière de livraison/logistique, les marchés de travaux à échelle réduite qui pourraient être définis sous le seuil de publicité nationale<sup>213</sup> souvent passés avec les mêmes opérateurs locaux au regard des enjeux de main d'oeuvre, de ceux qui ne veulent pas répondre aux marchés publics, de l'impact des coûts de déplacement à la journée ... Lorsque le marché n'est pas pourvu de manière exponentielle ou alors lorsque les besoins de l'hôpital font que celui-ci s'y intéresse dans la globalité du marché, pour les crèches par exemple ou pour un produit local spécifique.

Si l'on s'intéresse à l'opérateur régional là aussi il est possible de catégoriser. Dans un premier temps il peut s'agir d'un groupement « par défaut ». L'opérateur national ne propose pas ce segment d'achat et le centre hospitalier se dirige alors vers le GCS régional. Il peut aussi s'agir d'opportunités au sens où le GCS est simplement plus avantageux sur le prix des prestations. Dans tous les cas il vaut mieux compte tenu des contraintes du code de la santé ou du code de la commande publique s'orienter sur ce type de marchés en GHT de manière à apporter un poids plus

<sup>211</sup> Partie II), Titre 2, Section 2.

<sup>212</sup> Défini par une note JO Sénat du 25/05/2019 – page 2755

<sup>213</sup> Annexe 2 au code de la commande publique JORF n° 0077 du 31 mars 2019.

important au marché, obtenir des prix avantageux et diviser la participation aux frais.

Enfin il y a les opérateurs nationaux. Souvent, l'opportunité d'y recourir est dictée par la capacité de massification, ou d'expertise de ces opérateurs. Toutefois elle peut aussi être induite par un gain de temps ou un manque de personnel juridique. Ce n'est pas forcément une mauvaise chose mais il faut être conscient que les opérateurs nationaux si ils sont très avantageux en termes d'utilisation et de simplicité ils n' en restent pas moins des acteurs économiques qui prélèvent une part et donc pour lesquels les marchés ont un coût. De manière globale les établissements de santé s'y retrouvent, et notamment sur les marchés de la pharmacie car il y a beaucoup de gains à prendre. Mais il faut élaborer la bonne stratégie à la lumière du coût des autres groupements énumérés ci dessus.

Au delà de ces divers arguments d'autres existent, et certains se recoupent il ne faut pas voir ici une vérité absolue mais des grandes options souvent prises par les EPS. Et nous y répondront dans la partie à venir.

#### B) Qu'est-ce qu'un mauvais choix d'opérateur à l'échelle des marchés groupés?

Les marchés groupés peuvent être sources à la fois de gains et de bénéfices mais peuvent aussi être des échecs, sous deux aspects. Le premier est lié à un choix d'un groupement non pertinent et le second à la trame économique du marché.

Dans le premier cas, certains établissements font le choix d'un recours à un opérateur national afin de passer les marchés mais demeurent des acteurs passifs de cette stratégie et l'utilisent pour ne pas embaucher ou car il n'y a pas assez de compétences en interne. Cela pose le problème de la pertinence d'une telle action, de son coût reporté à une large échelle annuelle et au coût du recrutement d'un personnel de type acheteur ou juriste. Il est aussi possible de rencontrer la thématique d'un achat qui n'est pas optimisé car il aurait pu être effectué de manière plus rentable en choisissant un autre mode de passation. Il faut aussi demeurer prudent sur la durée d'engagement qui faite lorsqu'on recourt à un opérateur différent.

L' une des difficultés juridiques dans la construction de stratégies achat cohérentes réside dans la relation entre le code de santé publique et notamment les articles L6133-1<sup>214</sup> et suivants et les

<sup>214</sup> Articles L 6133-1 et suivants du code de la santé publique dans sa version de juillet 2019.

articles R 6133-1<sup>215</sup> et suivants. Mais aussi les articles et principes issus du code de la commande publique, avec notamment les articles L2113-2 et suivants relatifs aux centrales d'achat ou encore les principes fondamentaux de la commande publique<sup>216</sup>.

C'est un réel bémol et parfois même une réelle difficulté en matière d'élargissement de la concurrence. Nous avons déjà évoqué le sujet plus en amont alors il sera inutile de revenir dessus ici. Ceci-dit quelques précisions à ce qui pourrait être considéré comme une atteinte aux TPE/PME. Les centrales d'achat traitent des volumes tels qu'il est souvent impossible aux TPE/PME de répondre, pondéré tout de même par l'allotissement. Sur certains segments d'achat comme les fournitures de bureau, l'incontinence ou d'autres, l'effet de massification est tel que seul un nombre désormais réduit de candidat peuvent répondre à ce genre d'appels d'offres. Le fait que les centrales d'achat ne fonctionnent presque essentiellement que par des accords cadres<sup>217</sup> génère donc un marché tous les quatre ans et donc d'autant moins de chance pour les entreprises de pouvoir subvenir à leurs besoins si elles ne sont pas titulaires du marché. En revanche dans le domaine des NTIC (Nouvelles technologies de l'information et de la communication) des centrales comme l'UGAP ou le CAIH mettent en place des partenariats destinés à répondre à certains besoins nouveaux via des accords avec des start-up.

Le rôle des centrales d'achat ne doit pas occulter l'importance des structures régionales et comment celles-ci fonctionnent afin d'en distinguer les différences avec les avantages et inconvénients liés à tout un chacun.

<sup>215</sup> Articles R 6133-1 et suivants du code de la santé publique dans sa version de juillet 2019.

<sup>216</sup> Article L3 du code de la commande publique, 1<sup>er</sup> avril 2019.

<sup>217</sup>Article R2162-10 du code de la commande publique crée par le décret 2018-1075 du 03 décembre 2018.

### Chapitre 2) Vers un renouvellement des structures juridiques à l'échelle régionale.

L'un des enjeux majeurs de la région des Hauts-de-France réside aujourd'hui dans la capacité de celle-ci à se renouveler en matière d'achats groupés hospitaliers. Au regard des différentes stratégies présentées en amont nous aimerions ici présenter la stratégie d'un GCS de « massification » des achats. Sans revenir sur les problématiques évoquées en amont liées à la massification des achats nous aurions ici voulu mettre en avant les enjeux qui découlent d'une convention constitutive de GCS, et voir, comment est organisé celui-ci au regard des attentes des établissements fondateurs de la convention constitutive. Il existe en cette matière deux techniques présentées ci-avant<sup>218</sup> le modèle de la centrale d'achat (Section 1) et celui du groupement de commandes (Section 2).

#### Section 1) L'utilisation du modèle de la centrale d'achat.

Ici nous expliquerons le fonctionnement du GCS en centrale d'achat, avant de procéder à l'explication du montage de celle-ci dans le cadre d'un modèle de centrale d'achat puisque les méthodes de fonctionnement et les moyens utilisés ne sont pas les mêmes.

### A) Le fonctionnement d'un groupement de coopération sanitaire « centrale d'achat ».

Le modèle de la centrale d'achat consiste à se constituer en acheteur – revendeur. Ainsi, la centrale d'achat en se basant sur les consommations issues des précédentes commandes, des prévisions de commandes, etc. achète en gros ou dispose d'un catalogue chez un fournisseur. Celle-ci, dans le respect du code de la commande publique (elle n'y déroge pas) va devoir anticiper les quantités qu'elle commande afin de les revendre. Dans ce cadre la centrale d'achat fait payer à la personne souhaitant bénéficier du marché des frais de fonctionnement et d'intermédiation.

Le GCS organisé au regard des articles mentionnés au L. 6133-1 et suivants du code de la santé publique<sup>219</sup> possède un certain nombre de variables dans l'organisation. Les choix qui sont effectués

<sup>218</sup> Partie III), Titre 2, Chapitre 1.

à ce stade impactent l'utilisation qui sera effectuée par le GCS.

Dans le cas d'une centrale d'achat, celle-ci peut se constituer de deux manières : soit en centrale d'achat fermée établie à l'échelle d'un GHT soit en centrale d'achat ouverte à d'autres personnes morales. La centrale d'achat est seule responsable juridiquement et financièrement des opérations de passation des marchés publics. Pour la RHF « Les éventuelles indemnités à verser à un tiers dans le cadre d'un recours « Tarn et Garonne » seraient, toutefois imputés sur le budget annexe de l'établissement support qui présente la particularité d'être abondé par les établissements parties selon une clé de répartition définie par arrêté. » <sup>220</sup> .

### B) L'exemple du groupement de coopération sanitaire achat de la région Centre Val de Loire.

Le GCS « achats du Centre » est un groupement des établissements de santé et médico-sociaux de la région Centre Val de Loire. À ce propos : « En région Centre – Val de Loire, la réflexion sur la régionalisation des achats pharmaceutiques a été initiée il y a plusieurs années par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) du Centre dans le cadre de la mission Operah. Le projet a cependant réellement pris forme fin 2008 à la suite de la dissolution des groupements d'achats départementaux de l'Indre et Loire et du Loiret du fait du rattachement du CHU de Tours et du CHR d'Orléans au groupement de coopération sanitaire Union des hôpitaux pour les achats (UNIHA). Les établissements de ces deux groupements se retrouvant dans une situation incompatible avec les dispositions du code des marchés publics, un groupement de commandes « Cellule Régionale des achats pharmaceutique » (CERAP) basé à Blois, s'est constitué en quelques mois au premier trimestre 2009. »<sup>221</sup>. Suite à cela, la réussite du projet a permis d'avancer vers une structure de forme GCS à partir de 2011 afin d'obtenir la personnalité morale sur une structure légère et d'étendre le périmètre des action du groupement. En mai 2012, le GCS achats du Centre modifie sa convention constitutive ce qui lui permet désormais d'agir en tant que centrale d'achat. Le GCS achats du Centre est ce que l'on appelle un GCS lourd, au sens où il emploi une dizaine d'équivalents temps plein (ETP) en son nom propre même si ceux-ci, dans les faits, agissent depuis des CH de rattachement, ils sont mis à disposition par un ou des CH. Le coût de ceux-ci est alors prélevé sur le budget de fonctionnement du GCS et réparti entre les membres lors

<sup>220</sup> Revue Hospitalière Française(RHF), *Achats et GHT*, Fédération Hospitalière Française, septembre/octobre 2016, Page 49.

<sup>221</sup> Gcs-achats-du-centre.fr

de la cotisation annuelle. Le fait de s'être constitué en centrale d'achat donne une structure plus rigide que le groupement de commande mais offre aussi moins de complications pour les adhérents.

A la lecture de l'article L 2113-4 « L'acheteur qui recourt à une centrale d'achat pour la réalisation de travaux ou l'acquisition de fournitures ou de services est considéré comme ayant respecté ses obligations de publicité et de mise en concurrence pour les seules opérations de passation et d'exécution qu'il lui à confiées. »<sup>222</sup>. Ainsi l'activité en centrale d'achat d'un GCS doit donc pouvoir couvrir un panel de compétences à la fois en achat mais aussi en cellule juridique ou encore administrative de manière à être en capacité de produire les différentes pièces techniques ou administratives d'un dossier de consultation des entreprises, d'une procédure de sourcing jusqu'à la conclusion du marché. Dans ce type d'organisation l'établissement de santé n'a pas de rapports avec l'entreprise qui à fourni la centrale d'achat mais directement avec celle-ci.

Mais le modèle de centrale d'achat n'est pas le seul existant, et il peut être mis en comparaison avec le modèle de groupement de commandes. Les deux fonctionnement parfois ensembles, mais plus régulièrement il en est fait une distinction.

#### Section 2) L'utilisation du modèle de groupement de commandes.

La présente section est le pendant de l'explication proposée ci-avant<sup>223</sup> quant au montage juridique d'un GCS qui se veut alors groupement de commande et donc plus léger que l'utilisation en formule centrale d'achat. Nous exposerons donc son fonctionnement (A) à titre explicatif avant de traduire cela au regard de l'exemple du GCS achats de la région Bretagne (B).

### A) Le fonctionnement d'un groupement de coopération sanitaire selon le modèle du groupement de commandes.

Selon le code de la commande publique le groupement de commande est : « constitué entre des acheteurs afin de passer conjointement un ou plusieurs marchés. Un groupement de commande peut également être constitué, aux mêmes fins, entre un et plusieurs acheteurs et une ou plusieurs personnes morales de droit privé qui ne sont pas des acheteurs à condition que chacun des membres du groupement applique, pour les achats réalisés dans le cadre du groupement, les règles

<sup>222</sup> Article L 2113-4 du code de la commande publique crée par l'ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 – art.

<sup>223</sup> Partie III), Titre 2, Chapitre 2, Section 1.

prévues par la présente partie »<sup>224</sup>. Le fonctionnement de ce groupement est régi par la convention constitutive du groupement qui est alors celle du GCS. Elle peut « confier à l'un ou l'autre de ses membres la charge de mener tout ou partie de la procédure de passation ou de l'exécution du marché au nom et pour le compte des autres membres. »<sup>225</sup>.

En cela observons un intérêt avec la situation des GHT en effet, pour ceux-ci, il n'est pas possible de déléguer toute la procédure marché à un établissement partie. Il va alors falloir qu'à un moment donné l'établissement support soit acteur. L'intérêt ici est donc que la procédure de passation ou l'exécution qui sont des éléments porteur de la fonction achat de l'établissement support du GHT soient par ce biais du groupement de commande identifiable sur le dit groupement. Cela ayant pour objectif qu' au regard de la personnalité morale du GCS, ils n'ont pas ce soucis. Avec la signature de la convention constitutive l'établissement se décharge sur le GCS de certaines de ses procédures.

A la lecture de l'article L 2113-8 « Les acheteurs membres du groupement de commandes sont solidairement responsables des seules opérations de passation ou d'exécution du marché qui sont menées conjointement en leur nom et pour leur compte selon les stipulations de la convention constitutive »<sup>226</sup>. Ici aussi à la différence du GHT les établissements de santé sont conjointement responsables alors que dans le GHT seul l'établissement support assure la responsabilité du portage du marché, même si en cas de contentieux il fera appel à un remboursement des établissements au regard de la clé de répartition du budget G fixée réglementairement.

Après exposé des points légaux nous allons au travers de l'exemple du GCS achat de la région Bretagne vous présenter certains arguments à la pratique de ce GCS de groupement de commandes.

### B) L'exemple du groupement de coopération sanitaire « achats » de la région Bretagne.

Le groupement de coopération sanitaire achat Bretagne est quelque peu le pendant du GCS « achats » du Centre- Val de Loire, il est le second modèle qui s'attache à un portage des marchés pour le compte d'établissements de santé ou médico-sociaux, etc ... Sauf que dans ce modèle-ci, la structure est un modèle plus léger. Constitué en groupement de commande, le GCS fait donc appel à des établissements afin de porter les marchés dont il est acquéreur. Au regard de ce qui a été

<sup>224</sup> Article L 2113-6 du code de la commande publique crée par l'ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 – art

<sup>225</sup> Article L 2113-7 du code de la commande publique crée par l'ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018 – art

<sup>226</sup> Article L 2113-8 du code de la commande publique crée par une ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018art.

avancé<sup>227</sup> sur ce sujet et à titre de comparaison. Le GCS « achats » de la région Bretagne utilise à peine trois équivalents temps plein, à savoir : Un directeur (1 ETP) , une secrétaire (1 ETP) et un contrôleur de gestion qui n'est pas à temps plein. L'objectif dans ce cadre est plutôt de proposer en assemblée générale, une procédure qui doit regrouper un maximum d'établissements afin de mettre en place, ensuite, un marché pour tous. Dans cette logique, le GCS est finalement plus le support et le lien indispensable à la coordination des différents établissements afin de pouvoir proposer ce genre de procédure mais la structure en elle même ne porte pas de projets. Les deux moyens utilisés sont tout à fait viables et dépendent finalement de l'attrait des différents opérateurs pour le GCS. D'un côté on retrouve un groupement de commandes plus souple et que l'on sait disponible, et de l'autre on retrouve un groupement plus structuré qui nécessite aussi de la part des différents établissements une anticipation plus importante liée aux marchés et aux dates de lancement.

Après avoir proposé au sein de cette troisième partie les différents groupements nous allons vous présenter comment, en complément, des divers éléments apportés, une fonction logistique de GHT serait un atout majeur pour les marchés groupés afin d'aller plus loin dans l'intégration.

<sup>227</sup> Référence au B) de la section 1 du chapitre 2) du Titre 2) de la partie III) en page :

# Chapitre 3) La fonction logistique dans le prolongement des marchés groupés à l'échelle du groupement hospitalier de territoire

Aujourd'hui la DGOS a fait de la fonction logistique un enjeu d'économies et de réorganisation à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire. Néanmoins certaines difficultés se posent, d'un côté quant à l'aspect technique, mais aussi et essentiellement pour nous sur l'aspect juridique du montage d'une « fonction logistique ». Celle-ci peut-elle être le fruit de disposition du GHT (Section 1) ou la solution réside t'elle au travers d'une approche de GCS (Section 2).

#### Section 1) Le groupement hospitalier de territoire.

La maturité atteinte au niveau des GHT quant à la fonction achat de GHT doit nous amener à nous intéresser aux questions relatives à la logistique. En effet, au regard des masses commandées, ne doit-on pas prévoir au-delà des marchés et stratégies afférentes de travailler aussi une logistique qui serait groupée et découlerais de ces marchés afin de pousser le concept ?

# A) Les textes encadrant la création d'une « fonction logistique » hospitalière de territoire.

À ce jour, le GHT est décrit aux articles L 6132-1<sup>228</sup> et suivants et R 6132-1<sup>229</sup> et suivants du code de la santé publique. L'article L 6132-3 du code de la santé publique, I)-3)-II) «L'établissement support du GHT peut gérer pour le compte des établissement parties au groupement [...], des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques. »<sup>230</sup>. Donc oui au regard de cet article la fonction logistique est prévue par le code de al santé publique, à contrario de la fonction achat qui est obligatoire la fonction logistique est elle facultative.

En revanche, au regard de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, il apparaît que : «I) l'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du

<sup>228</sup> Article L 6132-1 et suivants du code de la santé publique.

<sup>229</sup> Articles R 6132-1 et suivants du code de la santé publique.

<sup>230</sup> Article L 6132-3-II) du code de la santé publique dans une version actuelle et à venir au premier janvier 2021 (au regard de la réforme MS2022).

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 du code de la commande publique.

L'établissement partie au groupement hospitalier de territoire assure l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance.<sup>231</sup> ». L'exécution relève bien de l'établissement partie. Le guide de la fonction achat de GHT précise par ailleurs que « Sur le plan des processus, cette phase d'exécution couvre ainsi : La gestion et émission des commandes passées au titre des marchés.<sup>232</sup> ».

Enfin, à la lecture de l'article R 6145-12 du code de la santé publique : «les dépenses et les recettes imputables aux activités assurées par les établissements publics de santé sont retracés dans le cadre d'un EPRD unique. Toutefois, elles font l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe, pour les opérations d'exploitation concernant chacun des services ou activités suivant :

7- Pour les établissements supports de GHT, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées au I) et II) de l'article L 6132-3 [susnommé<sup>233</sup>]gérées par cet établissement. Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. <sup>234</sup>» l'utilisation du budget G doit permettre de financer cette fonction de logistique.

Donc, il est possible de mettre en place une fonction logistique financée par une clé de répartition qui au regard des mesures les plus récentes<sup>235</sup> est même définissable par le comité stratégique de GHT et non plus par la simple application de la clé du décret qui d'après l'analyse de contrôleurs de gestion<sup>236</sup> est beaucoup trop générale. Dans ce cadre il est alors possible de penser à développer une fonction de logistique à l'échelle du GHT et à imaginer pourquoi pas une base logistique unique pour différents établissements avec des livraisons de une à trois fois par jours dans les différents services.

Ainsi si dans les textes la fonction logistique de GHT semble organisée et parée au développement un certains nombres de défis juridiques vont venir freiner cette organisation.

<sup>231</sup> Article R 6132-16 du code de la santé publique, modifié par un décret n° 2019-405 du 02 mai 2019- art 4.

<sup>232</sup> DGOS, Guide la la fonction achat de GHT,

<sup>233</sup> Susnommé en page 59.

<sup>234</sup> Article R 6145- 12 du code de la santé publique.

<sup>235</sup> Arrêté du 06 novembre 2017 relatif à la clé de répartition.

<sup>236</sup> Avis de contrôleurs de gestion de l'ARS Hauts-de-France.

#### B) Les défis liés à la création d'une fonction logistique.

Cependant, parce qu'il y a souvent un « mais » en matière de GHT l'interprétation de ces textes et c'est aussi pour cela que nous les avons mis en avant, ne doit pas occulter le fait que cette fonction logistique peut manquer d'opérationnalité. En effet à la lumière des textes, il apparaît que ceux-ci limitent de manière conséquente l'action de la fonction logistique en matière en matière de GHT.

Sans la possibilité de passer des commandes, une fonction qui demeure dévolue aux établissements parties comment développer une fonction logistique de GHT efficace et autonome ? Aujourd'hui, de nombreux industriels dénoncent les ruptures de chaînes et les commandes morcelées de la fonction publique hospitalière. À la lecture des textes, rien ne permet de proposer une solution à cela, hormis une délégation de l'établissement partie à l'établissement support, ou support de la fonction logistique si il n'est pas le même. Le réalisme d'une telle délégation et son cadre juridique seront sujets à des facteurs humains d'entente et de coordination entre différents établissements d'un GHT.

Une deuxième limite concerne ce qu'on appelle communément le décret P.U.I.<sup>237</sup>, Pharmacie à usage intérieur. Ce décret concerne l'application de la logistique en matière de médicaments. Il vient compléter au regard de son ordonnance<sup>238</sup> initiale la mise en application de la possibilité d'une logistique commune avec les autres établissements ce qui était presque inapplicable. Aujourd'hui suite aux modifications qui ont été introduites, c'est plus qu'envisageable. En effet l'article L 5126-2 du code de la santé publique précise depuis une ordonnance de 2018 : « Dans les groupements hospitaliers de territoires mentionnés à l'article L 6132-1, le projet médical partagé comprend un projet de pharmacie qui organise les coopérations relatives aux missions mentionnées au I de l'article L 5126-1 au sein des établissements parties au groupement... »<sup>239</sup>. C'est un avantage indéniable en matière de logistique. Ceci-dit, la logistique pharmaceutique a toujours nécessité des précautions particulières au regard des enjeux d'approvisionnement et d'utilisation des produits concernés. La difficulté consiste alors à organiser cette fonction d'approvisionnement pharmaceutique en fonction des autres approvisionnements. Même lieux de stockage, approvisionnement dans les services etc... Toutefois le grand bénéfice de ce texte récent de mai 2019 demeure l'intérêt porté à une logistique à l'échelle du GHT et son organisation dans un mouvement plus global de réduction des coûts d'approvisionnement.

<sup>237</sup> Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur.

<sup>238</sup> Ordonnance n° 2016-1729

<sup>239</sup> Article L 5126-2 du code de la santé publique modifié par une ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 – art 20

En définitive, le GHT a l'avantage de proposer une fonction logistique comme l'on peut imaginer une fonction achat. Avec le retour d'expérience de cette dernière et une meilleure détermination des enjeux à l'échelle du GHT concernés par la mise en place de la fonction logistique alors il semblerait que cette solution soit celle à privilégier, modéré par la nécessité de fédérer et d'obtenir une délégation de signature et la mise en place d'un SIH commande qui serait convergent à la fois avec les SIH de commande et de logistique des autres établissements mais aussi avec les différents logiciels de gestion économique et financière (GEF).

Si la fonction logistique est envisagée par le code de la santé publique dans le cadre des GHT, il en est aussi fait mention dans ce même code pour un développement sur le système d'un GCS, ce sera notre dernière section.

# Section 2) Le groupement de coopération sanitaire une alternative plus que crédible pour ces défis ?

Nous allons observer ici que le groupement de coopération sanitaire permet lui aussi la définition et l'organisation d'une fonction logistique (A). À l'image d'autres utilisations du GCS, il présente des avantages et des inconvénients au regard du GHT (B).

# A) L'organisation d'une fonction logistique par le biais du groupement de coopération sanitaire.

L'article L 6133-1 du code de la santé publique prévoit que : «Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. [...] Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué pour : 1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche pour le compte de ses membres. <sup>240</sup>»

Le GCS possède quelque peut le pendant du G.H.T. en matière de fonction logistique dans le sens ou cette fonction est prévue pour les deux cas. N'oublions pas la principale différence qui repose sur la personnalité morale et ce qu'elle implique en termes d'organisation.

Au-delà si l'on se projette, alors il est possible d'imaginer une convention constitutive et un règlement intérieur inspirés de ceux existant pour un GHT mais reprenant les éléments essentiels du

<sup>240</sup> Article L 6133-1 du code de la santé publique modifié par une ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 – art 23.

R. 6133-1 du code de la santé publique indispensables à la création d'une convention constitutive de GCS. Le cabinet Houdart<sup>241</sup> dans sa proposition de coordination entre GHT et GCS fait preuve d'ingéniosité sur un thème qui se corrélerait parfaitement avec notre matière logistique. En effet il propose d'établir des GCS qui seraient un fantôme, un calque à apposer sur une fonction du GHT de manière à lui donner la personnalité morale. Dans les faits rien ne l'empêche, surtout pas quant il s'agit d'une fonction mutualisée non obligatoire. Les arguments permettrais d'envisager une réelle fonction logistique et d'approvisionnement au regard des faiblesses de chaque dispositif.

# B) Une mise en perspective du groupement de coopération sanitaire avec le groupement hospitalier de territoire.

Compte tenu des éléments annoncés dans le premier point<sup>242</sup> demandons nous maintenant quelles sont les différences entre les GHT et les GCS.

La divergence structurelle des GCS et des GHT induit l'absence de personnalité morale pour ces derniers et donc le GCS peut refacturer directement des prestations qui seraient liées à la logistique sans passer par une quelconque clé imposée réglementairement pour les GHT. Cela peut aussi concerner les problématiques d'approvisionnement avec les bons de commandes , puisque, *de facto* pour que le GCS puisse fonctionner une délégation serait nécessaire. Le GCS est de même manière facultatif au sein d'un GHT ce qui peut être un avantage. En matière de fonction logistique le GHT est aussi facultatif puisque la logistique fait partie des fonctions « optionnelles » du GHT, toutefois, il ne serait susceptible d'y avoir qu'une seule fonction logistique pour un seul et même GHT. Pour le GCS qui peut s'adapter, se calquer sur un GHT<sup>243</sup> il a aussi la possibilité de s'en distinguer et de s'adapter à la structure voulue en n'intégrant qu'une partie des établissements du GHT. Le GHT présente lui l'avantage de s'orienter vers une coopération plus adaptable sur les statuts. L'article R. 6133-1 du code de la santé publique détaille toutes les modalités qui doivent être présentes dans la convention constitutive. Celle-ci peut être réduite et plus facile d'utilisation dans le cadre d'un GHT.

À contrario certains éléments convergent. Par exemple dans les éléments susmentionnés<sup>244</sup> le décret<sup>245</sup> PUI tend à mettre sur un pied d'égalité les relations entre le groupement et les éléments extérieurs et sur ce point précis tend à converger les pratiques entre GHT et GCS. Il précise aussi et

<sup>241</sup> S. Houdart, GHT un outil juridique et financier mineur par rapport au GCS, Houdart.org, 7 mai 2019.

<sup>242</sup> R 6133-1 du code de la santé publique modifié par un décret n° 2019-405 du 02 mai 2019 – art 5.

<sup>243</sup> S. Houdart, GHT un outil juridique et financier mineur par rapport au GCS, Houdart.org, 7 mai 2019.

<sup>244</sup> Partie III), Titre 2, Chapitre 3, section 1, B)

<sup>245</sup> Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur.

nous l'avons déjà présenté que les GIP/GIE ne sont pas inclus dans le décret PUI. C'est dans ce cadre que le législateur s'est permis d'ouvrir le débat à un rapprochement sur ce point. Le cabinet Houdart a quant à lui présenté l'idée d'un possible calquage d'un GCS sur un GHT pour favoriser les relations en interne ? Est-ce possible ? Le conseil d'État ne présumera t'il pas que calquer un GCS sur un GHT pour lui donner une personnalité morale au regard d'une mission, qui serait *de facto* facultative, puisque les fonctions obligatoires de GHT sont inscrites dans la loi et n'offrent pas débat sur le sujet, se serait pas finalement s'arranger avec les textes ? *Quid* alors des fonctions GHT facultatives si elles étaient représentées par un GCS ? Impossible de présumer de l'opinion du juge mais l'idée est ingénieuse et mériterait d'être exploitée particulièrement dans un domaine comme la logistique afin de mettre en œuvre quelque chose de cohérent qui fasse appel au meilleur des deux systèmes en essayant d'échapper à leurs effets pervers.

### Conclusion.

Avec les différents éléments abordés dans ce mémoire, nous avons travaillé sous l'angle de la gestion des marchés groupés pour les GHT. Dans quel cadre interviennent-ils, comment sont ils utilisés par les établissements à des fins de gains. L'objectif assumé de réaliser des économies ne nous échappe pas mais il a été possible de relever un certain nombre d'autres apports. Par exemple nous avons soulevé l'importance de la formation, des compétences, d'une sécurisation juridique. À la lumière des enjeux modernes en matières de technologies l'utilisation, plus ou moins pratique des systèmes d'information et de la dématérialisation de manière plus générale permet une traçabilité indispensable liée au nombre d'acteurs.

Les groupements hospitaliers de territoire nous permettent de travailler sur des aspects certes techniques mais ils soulignent aussi l'importance de l'humain et la coopération entre les différents personnels à tous les niveaux est indispensable afin de faire progresser une coopération qui ne dispose pas de la personnalité morale. En cela les GCS/GIE/GIP sont des acteurs plus maniable grâce à la personnalité morale. Leur utilisation est toutefois dénoncée par les professionnels, en effet, la lourdeur des procédures à mettre en œuvre en matière de coopération qu'elle quelle soit rebute souvent ceux-ci.

En cela l'aspect juridique des groupements nous laisse un peu perplexe, complexes d'utilisation, presque impossible à mettre en œuvre pour un non-juriste. Et avec des intérêts fonctionnels qui ne conviennent pas aux professionnels.

Nous aimerions rappeler, pour conclure, un des objectifs à la mise en commun défini au moment de la création des GHT : « Une meilleure capacité de l'établissement à développer des politiques d'achats notamment dans les domaines de l'innovation et du développement durable»<sup>246</sup>.

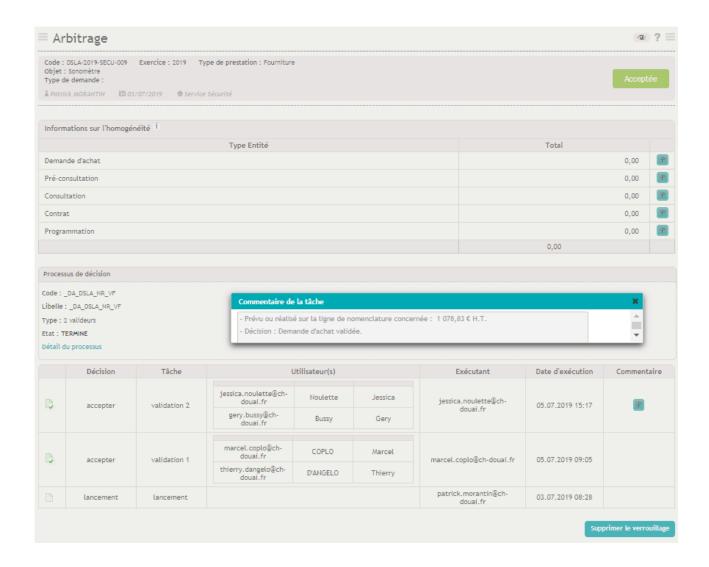
La diminution des coûts d'achats liés aux groupements est effective. En revanche corrélée à la hausse du coût des soins, les budgets sont globalement en baisse. Il est serait assez optimiste de penser que l'innovation et le développement durable sont des politiques que peut se permettre un établissement public de santé aujourd'hui.

A la lecture de ces éléments nous serions heureux de pouvoir observer un certain renouvellement législatif en matière de groupements et ce afin de favoriser des coopération plus simple. Ou dans le cas de la logistique une coopération qui soit fonctionnelle.

<sup>246</sup>RHF, achats et GHT, FHF, septembre/octobre 2016, page 43.

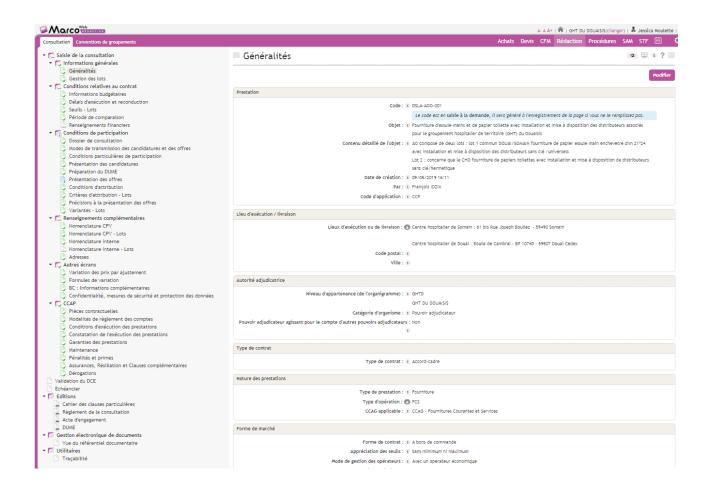
### **Annexes:**

### Annexe n°1:



Source : Logiciel Marcoweb- société agysoft- Utilisateur : Centre hospitalier de Douai.

### Annexe n° 2



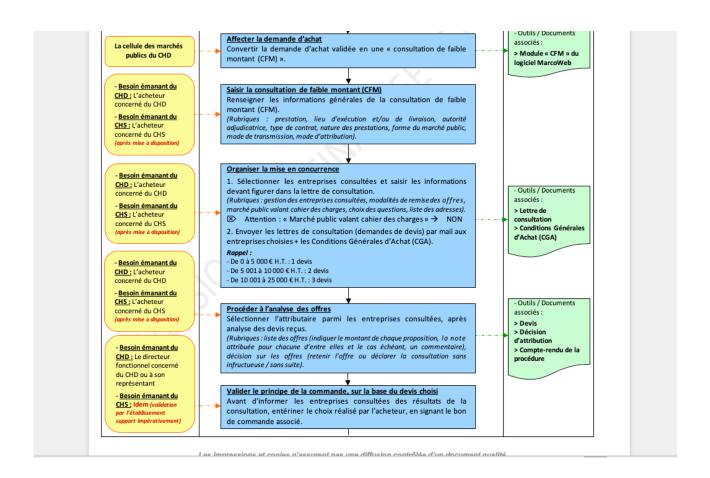
Source : Logiciel Marcoweb- société agysoft- Utilisateur : Centre hsopitalier de Douai.

### Annexe n° 3



Source : Logiciel Emagh2- société SYLPC – Utilisateur : centre hospitalier de Douai.

## Annexe n° 4



Source: Centre hospitalier de Douai – procédure d'achat.

## Annexe n° 5:

	1
10.01	PRODUITS CARNES SURGELES OU CONGELES
10.02	PRODUITS DE LA MER OU D'EAU DOUCE SURGELES OU CONGELES
10.03	FRUITS, LEGUMES ET POMMES DE TERRE SURGELE
10.04	PREPARATIONS ALIMENTAIRES ELABOREES COMPOSITES SURGELEES OU REFRIGEREES
10.05	OVO PRODUITS ET PRODUITS LATIERS
10.06	PAINS, PATISSERIES, VIENNOISERIES SURGELES
10.07	VIANDES ET CHARCUTERIES (AUTRES QUE SURGELEES OU EN CONSERVE APPERTISEE)
10.08	PRODUITS DE LA MER OU D'EAU DOUCE (AUTRES QUE SURGELES OU EN CONSERVE APPERTISEE)
10.09	FRUITS ET LEGUMES PREPARES ET REFRIGERES
10.11	BOISSONS
10.12	AUTRES DENREES ALIMENTATAIRES NON SURGELEES OU CONGELEES
10.13	PAINS, PATISSERIES, VIENNOISERIES (AUTRES QUE SURGELES)
10.14	EPICERIE
10.15	ALIMENTS ADAPTES A L'ENFANT ET PRODUITS DIETETIQUES SANS FIN MEDICALE
10.16	PRODUITS DIETETIQUES
10.18	RESTAURATION ET BRASSERIE DE VILLE
13.01	PRODUITS D'EXTRACTION ENERGETIQUES
13.04	VAPEUR, FROID ET CHALEUR
13.05	BIOMASSE
14.021	LINGE DE MAISON ET DE LITERIE
14.04	HABILLEMENT TEXTILE
14.09	PRODUITS D'INCONTINENCE ADULTE ET INFANTILE
15.02	PAPIERS ET CARTONS EN L'ETAT
16.02	PRODUITS PETROLIERS RAFFINES LIQUIDES
16.03	PRODUITS PETROLIERS RAFFINES GAZEUX
17.01	GAZ INDUSTRIELS
17.101	PRODUITS CHIMIQUES A USAGE INDUSTRIEL
17.102	PRODUITS LESSIVIELS POUR BLANCHISSERIE
18.011	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : VOIES DIGESTIVES
18.012	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : ANTI DIABETIQUES ET AUTRES MEDICAMENTS DU METABOLISME
18.013	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM: MEDICAMENTS DE L'ENZYMOTHERAPIE SUBSTITUTIVE ET TRAITEMENT DES MALADIES METABOLIQUES RARES
18.021	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : MEDICAMENTS DERIVES DU SANG ET IMMUNOGLOBULINES
18.022	SOLUTES DEPURATION
18.023	SOLUTES MASSIFS
18.024	AUTRES MEDICAMENTS DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES
18.03	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : SYSTEME CARDIOVASCULAIRE
18.041	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM: DERMATOLOGIE
18.042	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM: MEDICAMENTS ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET ACARICIDES
18.043	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : MEDICAMENTS DESTINES AUX ORGANES SENSORIELS
18.051	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : SYSTEME GENITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES
18.052	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : HORMONES SYSTEMIQUES
18.061	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : ANTIBIOTIQUES ET ANTIMYCOBACTERIENS
18.062	SPECIALITES PHARMACEUTIQUES AVEC AMM : ANTIMYCOSIQUES A USAGE SYSTEMIQUE

**Source :** <u>NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF1/PHARE/2018/13 du 16 janvier 2018 portant sur la nomenclature des catégories homogènes de fournitures et de services des achats hospitaliers</u>

## Bibliographie:

## Ouvrages généraux :

- Robert Holcman, Management hospitalier: Manuel de gouvernance et de droit hospitalier,
   2e édition, DUNOD, février 2015.
- Florian Linditch, Le droit des marchés publics, 7e édition, Dalloz, collection « connaissance du droit », octobre 2016.
- Jean-Christophe Duval, *l'essentiel du droit des marchés publics*, 3e édition, ellipses.
- Dominique Mabin, *Marchés publics*, Studyrama, deuxième édition, 1<sup>er</sup> trimestre 2018.

### Thèses et ouvrages spécialisés :

- Hélène Lemesle, Réglementer l'achat public en France (XVIIIe- XIXe siècle), Genèses 2010/3
   (n° 80), pages 8 à 26.
- V. VENSUL, Aspects financiers et comptables, obstacles ou atouts de la construction d'un groupement de coopération sanitaire, Mémoire de l'EHESP, 2012.

#### **Articles:**

- Revue Hospitalière Française(RHF), *Achats et GHT*, Fédération Hospitalière Française, septembre/octobre 2016, Pages 43 à 59.
- Revue Hospitalière Française (RHF), *Construire une fonction achat de GHT*, Septembre/octobre 2017 P 35 à 57.
- Gabriel ECKERT, Code de la commande publique : la sécurité juridique au service de l'efficacité économique, Revue contrats et marchés publics, N°1, Janvier 2019, Lexisnexis SA.
- Catherine Keller, « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et ruptures », La semaine juridique- Administrations et collectivités

- territoriales, n=° 28, 13 juillet 2015, 2229.
- L Houdart et A Costes, «GHT et fonction achats : une bombe à fragmentation ?», www.houdart.org, 22 septembre 2016.

### Normes juridiques:

- Ordonnance du 23 juillet 2015
- Ordonnance du 29 janvier 2016
- Ordonnance n° 2018-1074 du 26 novembre 2018.
- Décret n° 64-729 du 17 juillet 1964.
- Décret du 27 avril 2016.
- Décret n° 2018-1075 du 03 décembre 2018.
- Le 28 mars 2014 3 nouvelles directives au JOUE. 23-24 et 25.
- Le décret 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.
- Le décret n=° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT est codifié aux articles R6132-1 et suivants du CSP. Le 16 défini précisément la fonction achat.
- Art 107 loi 2016-41 du 26 janvier 2016 dite loi MNSS codifiée aux L 6132-1 et suivants du code de la santé publique pour les GHT.
- Article 43 du CCAG TIC, article 33 CCAG PI, article 33 CCAG FCS et 46.4 CCAG travaux.

## Guides et recommandations de bonnes pratique ministériels

- DGOS, *Guide méthodologique : La fonction achat des GHT*, DGOS, 1er juillet 2017. (Attention ce guide existe en deux versions identiques mais aux formats différents, le premier et original celui du ministère est disponible dans un format de 202 pages avec une mise en forme plus complexe que le second produit par l'ARS PACA sur un format de 170 pages. Pour des raisons pratiques j'ai utilisé la seconde version de ce guide et les références de pages renvoient à cette seconde version). ARS PACA.
- DGOS « GHT mode d'emploi, 15 points clés, vade-mecum », DGOS, 1er juillet 2017.
- DGOS « Guide du pilotage de la performance achat en établissement » DGOS.
- Ministère des solidarités et de la santé, « *GHT Foire aux questions sur les achats -»*, Ministère des solidarités et de la santé, 2017.
- DGOS « Guide méthodologique des GHT dédié à la fonction achat des GHT », DGOS, mai 2017.
- DGOS, Support méthodologique de la valorisation de la performance achat\_20190520, Programme PHARE, DGOS.
- DAJ, *Fiche la mutualisation des achats*, espace commande publique, rubrique conseil aux acheteurs et aux autorités concédantes/ fiches techniques. Mise à jour le 01/04/2019.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, GHT Mode d'emploi VADE-MECUM-, 26 mai 2016.
- Sénat : Rép Min à Q n° 95292, du 26 avril 2016, JO 24 mai 2016.
- Cour des comptes, les achats hospitaliers, juin 2017 (127 pages).
- J. Hubert, F. Martineau, Rapport intermédiaire de la mission- mission GHT.

## Webographie:

- https://www.fhf.fr
- https://www.cairn.info
- https://hal.archives-ouvertes.fr
- https://www.economie.gouv.fr/daj
- https://www.ticsante.com/
- www.economie.gouv.fr/dae
- www.social-sant.gouv.fr/ght
- <a href="https://www.houdart.org">https://www.houdart.org</a>
- <a href="https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/">https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/</a>
- gcs-achats-du-centre.fr

# Table des matières

Sommaire:	1
Table des abréviations	3
Introduction:	5
Partie I) Le Groupement Hospitalier de Territoire face à l'absence de personnalité morale	18
Titre 1) Une relation fonction achat et marchés publics sécurisée juridiquement au sein des G	НТ
malgré l'absence de personnalité morale	
Chapitre 1) Le cadre juridique du transfert de l'achat et des marchés au sein des GHT	20
Section 1) L'organisation légale et réglementaire du groupement hospitalier de territoire	
A) La fonction achat de GHT	20
B) Le Budget « G » un exemple particulier d'alternative à l'absence de personnalité	
morale	22
Section 2) Le rôle du directeur général de l'établissement support de groupement hospitali	er
de territoire	23
A) Un rôle primordial dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire	23
B) Le rôle du directeur au regard de l'absence de personnalité morale	24
Chapitre 2) L'importance de la convention de GHT	25
Section 1) La construction d'une convention constitutive de groupement hospitalier de	
territoire	25
A) La convention constitutive au regard du code de la santé	25
B) Des conventions constitutives très succinctes	
Section 2) Le règlement intérieur et son apport dans la structuration de la fonction acha	ıt.
	28
A) Le règlement intérieur du groupement et son importance dans la création de la	
fonction achat	
B) Quelle évolution doit-on proposer au règlement intérieur de G.H.T	29
Chapitre 3) La nécessaire mise en place d'un système information achat	
Section 1) Le rôle du système d'information d'achat en amont de la passation du marche	
A) La mise en place d'un système d'information d'achat hospitalier :	
B) Une pluralité de systèmes d'information hospitalier :	
Section 2) Une sécurisation juridique permise grâce aux contrôles en aval	
A) Le contrôle de la computation des seuils	
B) Une traçabilité nécessaire	
Titre 2) Le programme performance pour des achats responsables : un outil indispensable dan	
construction et l'évolution de l'achat à l'échelle du GHT	37
Chapitre 1) La prise en compte de la performance achat : un aspect coopératif	38
Section 1) L'origine du programme « Performance pour des achats responsables » et so	
rôle dans la fonction achat du groupement hospitalier de territoire	
A) Présentation du programme « Performance pour des achats responsables »	39
B) Quelle efficacité, quels moyens engagés, et quelle actualité pour le programme	
« performance pour des achats responsables » ?	40
Section 2) Une mise en commun des pratiques à l'échelle des groupements hospitaliers	
territoire	
A) Mettre en place les moyens d'une comparaison à l'échelle des GHT	
B) Le Programme ARMEN :	
Chapitre 2) La valorisation de la fonction achat du groupement hospitalier de territoire	
Section 1) Le rôle du plan d'action achat au sein du GHT en matière de bonnes pratique	
	43

A) L'organisation d'un plan d'action achat	43
B) Les défis du plan d'action achat territoire à l'échelle du groupement hospitalier d	le
territoire	44
Section 2 ) La mise en place de procédures d'achats communes aux établissements du	
groupement hospitalier de territoire	45
A) La création d'une nomenclature commune, un objectif indissociable des bonnes	
pratiques comparatives	46
B) Quelle analyse commune aux achats des groupements hospitaliers de territoire ?.	47
Partie 2 : La construction d'une fonction achat mutualisée au sein d'un groupement hospitalier de	
territoire	
Titre 1) L'organisation interne d'une fonction achat mutualisée : La mise en place des procédu	ıres
à l'échelle du GHT	
Chapitre 1) La professionnalisation de la fonction achat de GHT : un objectif indispensab	le à
l'efficacité des mutualisations	50
Section 1) Un état des lieux indispensable à l'optimisation de la fonction achat	50
Section 2) Une montée en compétences des personnels	51
A) Une implication de tous les acteurs sur la fonction support	51
B) Des freins « naturels » à une montée en compétences des agents des groupement	S
hospitaliers de territoire	
Chapitre 2) Une optimisation des relations et des prises de décision au regard de la définiti	ion
de la fonction achat	54
Section 1) La répartition des compétences achat et marchés au sein du GHT	54
Section 2) La délégation de signature un enjeu dans les bonnes relations entre	
établissement support et parties	55
Titre 2) La mise en œuvre de la convergence des marchés publics	57
Chapitre 1) Convergence au sein du groupement hospitalier de territoire, une approche	
économique indispensable à la pleine réalisation de l'objectif d'achat groupé	
Section 1) Des gains budgétaires	
A) Contextualisation de la convergence au regard de l'introduction des groupements	S
hospitaliers de territoire	
B) Un argument budgétaire	59
Section 2) La mise en place à l'échelle du groupement hospitalier de territoire de la	
convergence	
A) Une convergence qui nécessite un travail en amont	
B) Les alternatives à la convergence des marchés	61
Chapitre 2) La convergence des marchés et les obligations juridiques du code de la	60
commande publique	
Section 1) La convergence des marchés au regard du principe d'égalité entre les candic	
Section 2) Le hors-marché au regard de la convergence des marchés	63
Chapitre 3) Les difficultés liées aux modifications de contrats dans la convergence des	<i>C</i> 1
marchés publics	
Section 1) Les difficultés liées à la convergence	
A) Trois facteurs de retard principaux lors de la mise en place de la convergence	
B) L'absence de la convergence au regard du code de la santé publique	
Section 2) Les problématiques juridiques rencontrées dans la convergence des marchés	
A) L'avenant, l'élément le plus utilisé dans la convergence mais aussi controversé a	
regard de la pratique juridique	
DEL AVERARIE IL EXCIU DAS UNE VALIELE DE SOLUTION JULIQUES A DISDOSITION DOUT MENE	ı a

Partie III) Les différents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé. 69  Chapitre 1) Les différents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé. 69  Chapitre 1) Les Groupements d'intérêt économiques et les groupements d'intérêt public des acteurs moindre du monde hospitalier. 71  A) L' organisation juridique du Groupement d'intérêt économique. 71  A) L' organisation juridique du Groupement d'intérêt économique. 71  B) L'utilisation de cette opportunité dans les établissements. 72  Section 2) Le groupement d'intérêt public. 73  A) Structuration et organisation du groupement d'intérêt public. 73  B) De l'utilisation du groupement d'intérêt public dans les établissements. 74  Chapitre 2) La dominante des groupements de coopération sanitaire. 75  Section 1) La création des GCS. 75  A) L'aspect légal de la mise en place du GCS. 75  A) L'aspect légal de la mise en place du GCS. 75  A) Une organisation juridique 97  Section 2) La convention constitutive d'un GCS. 78  A) Une organisation juridique 78  B) Un point de vue stratégique. 79  Section 3) Une comparaison des pratiques régionales. Une superposition des GCS dédiés aux marchés publics à l'échelle de la région des Hauts-de-France. 80  A) La constitution d'un GCS dédiés aux marchés publics: L'exemple de la région des Hauts-de-France. 81  B) Identifier et élargir des potentiels. 81  Titre 2) La conception d'une stratégie achat du GHT envers les opérateurs d'achats groupé. 83  Chapitre 1) Les centrales d'achat une massification nationale entre opportunités et risques. 84  Chapitre 3 – Titre 1 : Les différents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé. 84  A) La centrale d'achat. 84  B) Les groupements de commande. 85  Section 1) Centrales d'achat une massification nationale entre opportunités et risques établissements de santé. 84  A) Le centrale d'achat. 84  B) Les d'achat et groupement de compération sanitaire « centrale d'achat. 90  Section 1) L'utilisation du modèle de la centrale d'achat. 90  Section 1) L'u
Titre 1 ) Les diffèrents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé
Chapitre 1) Les Groupements d'intérêt économiques et les groupements d'intérêt public des acteurs moindre du monde hospitalier
acteurs moindre du monde hospitalier.  Section 1) Le groupement d'intérêt économique.  71  A) L' organisation juridique du Groupement d'intérêt économique.  71  B) L'utilisation de cette opportunité dans les établissements.  72  Section 2) Le groupement d'intérêt public.  73  A) Structuration et organisation du groupement d'intérêt public.  73  B) De l'utilisation du groupement d'intérêt public dans les établissements.  74  Chapitre 2) La dominante des groupements de coopération sanitaire.  75  Section 1) La création des GCS.  75  A) L'aspect légal de la mise en place du GCS.  75  B) Groupement de coopération sanitaire et groupement hospitalier de territoire : la personnalité morale au regard de nombreux enjeux.  77  Section 2) La convention constitutive d'un GCS.  78  A) Une organisation juridique.  79  Section 3) Une comparaison des pratiques régionales. Une superposition des GCS dédiés aux marchés publics à l'échelle de la région des Hauts-de-France.  80  A) La constitution d'un GCS dédiés aux marchés publics : L'exemple de la région des Hauts-de-France.  81  B) Identifier et élargir des potentiels.  81  Titre 2) La conception d'une stratégie achat du GHT envers les opérateurs d'achats groupé.  83  Chapitre 3 – Titre 1 : Les différents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé.  84  A) La centrales d'achat une massification nationale entre opportunités et risques.  (3-4 pages).  84  Section 1) Centrales d'achat et groupements de commande, leur utilisation par les établissements de santé.  85  Section 2) Les enjeux de la mutualisation.  87  89  A) Le choix du marché groupé.  87  89  Chapitre 2) Vers un renouvellement des structures juridiques à l'échelle des marchés groupés?  89  Section 1) L'utilisation du modèle de la centrale d'achat.  90  Section 1) L'utilisation du modèle de la centrale d'achat.
Section 1) Le groupement d'intérêt économique
A) L' organisation juridique du Groupement d'intérêt économique
B) L'utilisation de cette opportunité dans les établissements
Section 2) Le groupement d'intérêt public
A) Structuration et organisation du groupement d'intérêt public
B) De l'utilisation du groupement d'intérêt public dans les établissements
Chapitre 2) La dominante des groupements de coopération sanitaire
Section 1) La création des GCS
A) L'aspect légal de la mise en place du GCS
B) Groupement de coopération sanitaire et groupement hospitalier de territoire : la personnalité morale au regard de nombreux enjeux
personnalité morale au regard de nombreux enjeux
Section 2) La convention constitutive d'un GCS
B) Un point de vue stratégique
Section 3) Une comparaison des pratiques régionales. Une superposition des GCS dédiés aux marchés publics à l'échelle de la région des Hauts-de-France
aux marchés publics à l'échelle de la région des Hauts-de-France
A) La constitution d'un GCS dédiés aux marchés publics : L'exemple de la région des Hauts-de-France
Hauts-de-France
B) Identifier et élargir des potentiels
Titre 2) La conception d'une stratégie achat du GHT envers les opérateurs d'achats groupé
Chapitre 3 – Titre 1 : Les différents groupements et leurs relations à l'achat en matière de santé.  83  Chapitre 1) Les centrales d'achat une massification nationale entre opportunités et risques.  (3-4 pages)
Chapitre 1) Les centrales d'achat une massification nationale entre opportunités et risques.  (3-4 pages)
Chapitre 1) Les centrales d'achat une massification nationale entre opportunités et risques.  (3-4 pages)
(3-4 pages)
Section 1) Centrales d'achat et groupements de commande, leur utilisation par les établissements de santé
établissements de santé
A) La centrale d'achat
B) Les groupements de commande
Section 2) Les enjeux de la mutualisation
A) Le choix du marché groupé
Chapitre 2) Vers un renouvellement des structures juridiques à l'échelle régionale
Section 1) L'utilisation du modèle de la centrale d'achat
A) Le fonctionnement d'un groupement de coopération sanitaire « centrale d'achat ». 90
B) L'exemple du groupement de coopération sanitaire achat de la région Centre Val de
Loire
Section 2) L'utilisation du modèle de groupement de commandes
A) Le fonctionnement d'un groupement de coopération sanitaire selon le modèle du
groupement de commandes
B) L'exemple du groupement de coopération sanitaire « achats » de la région Bretagne.
93
Chanitra 2) La fanction logistique dans la prolongement des marchés groupés à l'échelle du
Chapitre 3) La fonction logistique dans le prolongement des marchés groupés à l'échelle du groupement hospitalier de territoire

A) Les textes encadrant la création d'une « fonction logistique » hospitalière de	
territoire	95
B) Les défis liés à la création d'une fonction logistique	97
Section 2) Le groupement de coopération sanitaire une alternative plus que crédible	pour
ces défis ?	98
A) L'organisation d'une fonction logistique par le biais du groupement de coopéra	ation
sanitaire	98
B) Une mise en perspective du groupement de coopération sanitaire avec le	
groupement hospitalier de territoire	99
Conclusion.	101
Annexes :	102
Annexe n°1:	102
Annexe n° 2	103
Annexe n° 3.	104
Annexe n° 4.	105
Annexe n° 5:	106
Bibliographie:	107
Ouvrages généraux :	107
Thèses et ouvrages spécialisés :	107
Articles:	
Normes juridiques :	
Guides et recommandations de bonnes pratique ministériels	
Webographie:	110