

**SOMMAIRE**

- ▶ **Introduction** ..... Lire la suite  
*Elisabeth AOUN*
- ▶ **GHT / Acte II de l'intégration**  
SMPS :  
Point de vue des directeurs  
d'établissements publics  
sur l'évolution des GHT ..... Lire la suite  
*Clément TRIBALLEAU*
- ▶ **Acteurs nationaux :**  
**UniHA, UGAP**  
Le point de vue  
du Directeur Général d'UniHA ..... Lire la suite  
*Bruno CARRIÈRE*  
  
Le point de vue du Directeur Santé  
de l'UGAP ..... Lire la suite  
*François CHAMBEYRON*
- ▶ **Actualités juridiques**  
Marchés publics :  
les principales nouveautés 2020 ..... Lire la suite  
*Élodie CHEVALLIER*
- ▶ **Acteurs régionaux et territoriaux**  
Le point de vue du coordonnateur  
du GCS Achats Centre ..... Lire la suite  
*Jean-François HUSSON*  
  
Le Point de vue du coordonnateur  
Achats GHT Sud Lorraine ..... Lire la suite  
*Franck PERRIN*  
  
Le Point de vue du Coordonnateur  
du GCS Occitanie ..... Lire la suite  
*Loïc ROLLAND*
- ▶ **Tables rondes :**  
- Comment sécuriser  
les approvisionnements ?  
- Transformation des achats  
pharmaceutiques  
- Innovations en termes d'achats ..... Lire la suite
- ▶ **Conclusion** ..... Lire la suite  
*Elisabeth AOUN*

**MARDI 13 OCTOBRE 2020**

# Stratégies d'achats à l'hôpital public

## Les évolutions attendues en 2020 pour les produits de santé



Elisabeth  
AOUN



Clément  
TRIBALLEAU



Bruno  
CARRIÈRE



François  
CHAMBEYRON



Élodie  
CHEVALLIER



Jean-François  
HUSSON



Franck  
PERRIN



Loïc  
ROLLAND

**PROCHAINES FORMATIONS 2021**

**SESSION PRODUITS DE SANTÉ À L'AGEPS\***

**SESSION COMEDIMS ET RÉFÉRENCIEMENT  
À L'HÔPITAL\***

**SESSION MÉDICAMENTS À L'HEURE DES COMPTES\***



\*Dates à définir selon les contraintes sanitaires



## Introduction

**Elisabeth AOUN**  
Modératrice

### **Bruno DE PAZ – Président de l'API**

*Bonjour à tous, je vous remercie d'être parmi nous. Cette conférence est hybride puisqu'elle se déroule à la fois en présentiel, avec une cinquantaine de personnes dans la salle, et en distanciel, avec 40 participants qui sont connectés à distance. J'espère que ce format inédit ne freinera pas l'interactivité, notamment au moment des tables rondes. Des caméras filment les interventions et nous avons mis en place un "chat" pour que les personnes à distance puissent intervenir.*

Elisabeth Aoun, qui nous fait le plaisir d'animer les débats et qui nous a aidés à organiser cette conférence, détaillera le programme de cette matinée et nous fera part des derniers ajustements.

### **Élisabeth AOUN – Modératrice**

Bonjour à tous et à toutes. Nous sommes effectivement dans un contexte particulier qui n'empêchera pas, je l'espère, des échanges avec les intervenants qui, pour certains, sont aussi en visioconférence.

Je vous signale un changement de programme : monsieur Ruano ayant un empêchement de dernière minute, ne pourra être parmi nous. Mais je suis certaine que nos différents intervenants pallieront cette absence. Ils sont tous très au fait de l'évolution de l'organisation des achats nationaux dans les hôpitaux publics.

Monsieur Triballeau ouvrira la session. Il dressera un état des lieux des GHT à partir du rapport de l'IGAS qui a concerné 135 Groupements hospitaliers de territoire. L'enquête a été réalisée dans 12 régions, auprès de 400 interlocuteurs. Nous verrons que, s'agissant des achats, le constat est plutôt satisfaisant en matière de coopération hospitalière, même si elle reste très inégale selon les régions. Les recommandations de l'IGAS portent sur l'instauration d'un contrôle de gestion pour mieux mesurer les impacts économiques des achats, et la mise en place d'un système d'information performant, point faible des établissements. Cette double recommandation a également été mise en évidence dans un rapport du député Jean-Carles Grelier. Ce rapport complète celui de l'IGAS ; il souligne la difficulté d'évaluation des gains d'achat et donc leur traduction en gains budgétaires. Il estime que sur les quatre critères qui permettraient de mesurer la qualité d'un indicateur – la pertinence, l'utilité, la solidité, le caractère vérifiable et auditable –, seul le critère d'utilité est partiellement satisfait. Il reste donc beaucoup de chemin à parcourir pour mesurer l'efficacité du système mis en place.

À la suite de Monsieur Triballeau, les représentants des structures nationales UGAP et Uni-HA interviendront sur les conséquences de

la crise sanitaire. Nous pourrions voir dans quelle mesure un système d'acquisition dynamique peut être utilisé pour des achats de produits de santé, ce qui constitue une pratique assez nouvelle en ce domaine.

Les intervenants régionaux compléteront ces propos en présentant les expériences conduites dans trois régions et les enseignements qu'ils en tirent. Franck Perrin, coordonnateur du GHT Sud Lorraine, se demandera si la convergence est une simplification et si le recours à différents opérateurs nationaux et locaux présente un risque de dispersion des contrats. Loïc Rolland, représentant du CGS Achats en santé d'Occitanie, insistera sur la place des opérateurs nationaux et le rôle du pharmacien dans les organisations d'achat. Enfin, Jean-François Husson, du CGS Achats Centre, insistera sur l'importance de donner du sens aux achats, en travaillant notamment sur les achats à valeur ajoutée.

Les questions juridiques seront abordées par Élodie Chevallier, avocat en droit public des affaires. Elle évoquera la révision du CCAG, qui n'a jamais été revu depuis 2009. Le CCAG est un document essentiel, trop souvent méconnu des fournisseurs. Pourtant, tous les marchés publics y font référence. Vous vous étonnez parfois que certains éléments s'imposent à vous alors qu'ils ne sont pas explicitement mentionnés dans le marché. Or en règle générale, tout marché fait référence à ce Cahier des clauses administratives générales. Il faut donc bien connaître ce document qui précise les modalités d'exécution du marché. Élodie Chevallier abordera également la question des échantillons et rappellera que la demande doit être raisonnable. C'est un point important, soulevé lorsque certains établissements demandent, à l'appui de vos offres, de déposer un nombre d'échantillons parfois excessif.

Nous pourrions aussi interroger nos intervenants sur le respect de l'obligation de recourir aux PME pour au moins 10 % de la valeur des marchés.

Lors des tables rondes, nous aborderons le sujet délicat de la sécurisation des approvisionnements. Nous ferons un point sur l'avancée des réflexions conduites par le comité de pilotage mis en place par la DGOS et sur les directives qui sont envisagées. Cette question est particulièrement prégnante en période de crise, nous l'avons vu pour certains dispositifs ou équipements.

Enfin, nous verrons si les expériences conduites pendant la crise, en termes de logistique ou de stratégie d'achat, peuvent être pérennisées.

Avant de leur laisser la place, j'invite les différents intervenants à bien respecter les temps de parole qui leur sont alloués.



## GHT / Acte II de l'intégration

### ■ SMPS : Point de vue des directeurs d'établissements publics sur l'évolution des GHT

**Clément TRIBALLEAU**

*Secrétaire régional adjoint SMPS Pays de la Loire, Directeur adjoint CHU Angers*

Bonjour à tous. Je suis directeur adjoint du CHU d'Angers, en charge notamment de l'animation du Groupement hospitalier de territoire (GHT) du Maine-et-Loire, composé de dix établissements, des parcours patients et des coopérations. Je suis également élu au Syndicat des managers publics de santé. C'est aussi à ce titre que vous m'avez sollicité et je vous en remercie.

#### EVALUATION ET PERSPECTIVE DES GHT

Je vous propose d'évaluer la dynamique des GHT à la fin de l'Acte I de la réforme et de dresser quelques perspectives. Celles-ci sont partiellement dictées par les acquis et les retours d'expérience de la crise sanitaire. J'essaierai de les distinguer de celles qui se dessinaient avant la crise, notamment à travers *Ma santé 2022*.

**La réforme des GHT est bien connue des acteurs du monde de la santé mais l'est moins du grand public.** Elle a pourtant considérablement modifié le fonctionnement des établissements de santé.

Comme vous le savez, elle prévoit une prise en charge commune, graduée, entre les hôpitaux d'un même groupement.

Elle implique la mise en place d'un projet médical et de fonctions mutualisées, notamment les achats, la DIM, les systèmes d'information et la formation.

Je ne détaille pas plus ces éléments qui figurent dans la loi Tourraine du 26 janvier 2016. Le périmètre des GHT est extrêmement hétérogène. Il y a de tout petits GHT, qui couvrent 100 000 habitants, comme celui de Pontivy, et des GHT dont le bassin de population s'élève à près de 2 millions d'habitants, par exemple celui des Bouches-du-Rhône. Les périmètres géographiques sont également extrêmement larges, allant du Limousin jusqu'à des GHT très intégrés comme celui de Lorient.

**La France compte 136 GHT.** Ils ont tous adopté un projet médical partagé et mis en place la mutualisation des achats à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Ils avaient également pour objectif d'avoir un SIH convergent et homogène au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Cet objectif est extrêmement difficile à atteindre. Les systèmes d'information des établissements sont en effet très hétérogènes et la convergence ne sera pas possible avant une dizaine d'années.

La phase de mise en place des GHT s'est achevée en 2019.

#### Le rapport de l'IGAS

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été missionnée par le ministère de la Santé pour évaluer la réforme et son rapport dresse un panorama des apports de la réforme dans le fonctionnement hospitalier.

**Le premier enseignement est que la révision générale du périmètre des GHT serait inopportune.**

De nombreux débats ont été menés sur ce périmètre au moment de la mise en place de la réforme. Aujourd'hui, toute modification bousculerait de nombreux acquis et travaux réalisés depuis 2016 sur le terrain. Pourtant, quelques GHT ont du mal à fonctionner du fait d'une taille inadaptée, les empêchant de bénéficier de seuils d'efficacité critique.

**L'IGAS préconise que les ARS prennent des mesures correctives sur le périmètre des GHT,** dans les situations où l'offre de soins reste fragile, dans les cas de dissidence d'établissements ou quand des dérogations ont été accordées à des établissements de santé mentale.

**Elle pointe également la nécessité de renforcer la gouvernance médicale,** point qui est abordé dans le projet Ma santé 2022. Les GHT devront se saisir de la possibilité offerte par la loi de fusionner des instances. En effet, l'ajout d'une couche administrative ne facilite pas le fonctionnement des GHT.

**L'IGAS souligne qu'il subsiste des tensions sur la démographie médicale dans beaucoup de GHT,** qui freinent la mise en œuvre des projets médicaux partagés. Le GHT du Maine-et-Loire a beaucoup avancé à la faveur de menaces ou d'opportunités sur certaines filières. Nous avons par exemple construit une équipe commune avec l'hôpital de Saumur en hépato-gastroentérologie. Ce sont souvent les facteurs conjoncturels qui font avancer les projets, comme le facteur humain. Quand un praticien pilote et prend en main un sujet, le projet avance beaucoup plus rapidement que s'il est porté par l'administration.

**Au niveau des fonctions support, l'IGAS pointe une grande hétérogénéité.**

Le SIH et le dossier patient unique (DPI) apparaissent comme des objectifs très lointains. En Maine-et-Loire, nous sommes en train de faire le choix d'un dossier patient pour l'ensemble de notre GHT. Une fois ce choix arrêté, la mise en œuvre se fera progressivement, sur une dizaine d'années.

Le domaine des achats est le plus avancé. **L'IGAS souligne l'importance de donner plus de souplesse à certains GHT,** notamment dans la généralisation des délégations aux établissements, pour certains achats dont le montant ne nécessite ni procédure de mise en concurrence, ni publicité. Il faut trouver le bon équilibre entre les gains achat et la souplesse laissée aux établissements.

La question des plateaux médicotechniques a également bien avancé, que ce soit sur la pharmacie, la biologie ou la radiologie. En effet, les projets médicotechniques sont ceux sur lesquels les aspects de convergence et de mutualisation sont les plus évidents. Beaucoup de GHT ont engagé des travaux sur ces sujets.

**En conclusion de son rapport, l'IGAS classe les GHT en trois catégories.** La première comprend les GHT qui ont une posture défensive et qui résistent à toute restructuration, groupe assez minoritaire. La seconde, plutôt majoritaire, regroupe les GHT qui affichent des projets tout en mettant en avant les obstacles, souvent avec pertinence. Le GHT du Maine-et-Loire se situe dans cette catégorie. Enfin, la troisième bénéficie d'une forte antériorité, à travers des GCS. Grâce au leadership des biologistes ou des pharmaciens, elle est très avancée dans l'intégration.

Les GHT sont donc au milieu du gué, les déploiements très inégaux, et la convergence vers un modèle intégratif se fait avec retard. La majorité des établissements reste dans une catégorie que l'IGAS appelle "en chantier". Elle propose deux scénarios d'évolution. Le premier doit s'ancrer dans la proximité. Le second, plus intégré, pour

les GHT les plus avancés, parle d'établissement public de santé territorial ; sa logique consiste à aller vers des directions communes et des fusions d'établissements.

### Le rapport de la Cour des Comptes

La Cour des comptes a publié son propre rapport, beaucoup plus critique que celui de l'IGAS.

Le rapport souligne que l'ambition qui a justifié la création des GHT n'est pas au rendez-vous et recommande une accélération sur le volet "directions communes et fusions", pour constituer des personnalités morales uniques d'établissement, aller vers une logique économique et de regroupement plus intégrée.

Pour ma part, je pense que, depuis 2016, le paysage des hôpitaux a considérablement changé grâce à la réforme des GHT.

### Ma santé 2022

Avant la crise, *Ma santé 2022* prévoyait déjà de renforcer la dynamique des GHT en catégorisant les établissements en soins hyperspécialisés, soins spécialisés et soins de proximité. L'article 35 de la loi prévoyait une réforme forte autour des hôpitaux de proximité.

Un décret était en discussion sur les missions des hôpitaux de proximité, ainsi que la réforme du régime des autorisations. Elle devait intégrer davantage la dynamique des GHT autour d'autorisations par sites géographiques ou à l'échelle d'un GHT. Ma santé 2022 demeurait dans la continuité de la loi. Nous attendions de nombreux décrets pour renforcer la gouvernance médicale des GHT.

### La crise sanitaire

La crise sanitaire a bousculé cet agenda. Les ARS se sont beaucoup reposées sur les GHT pour coordonner l'offre de soins de crise.

En Pays de la Loire, l'ARS a complètement délégué à l'établissement support du GHT l'animation de l'offre de soins de crise.

Les GHT ont montré qu'ils étaient en capacité d'animer cette offre de soins, avec les acteurs privés, lucratifs ou non lucratifs. Les GHT, et notamment les CHU, ont mis en place une coordination et une animation agiles des acteurs de soins.

Le CHU de Grenoble a coordonné l'ensemble de la montée en charge des filières Covid, non-Covid, les parcours de patients et les liens avec la médecine de ville et les cliniques.

Certains GHT ont organisé une gestion territoriale de leurs lits. Par exemple, en Maine-et-Loire, nous avons une vision sur l'ensemble des lits des établissements, y compris les cliniques, pour orienter les patients. Au mois de mars, tous les lits du CHU ont été vidés pour pouvoir accueillir les patients Covid. Nous avons également organisé la solidarité territoriale entre établissements avec la mise à disposition croisée de personnel entre cliniques et hôpitaux.

Par ailleurs, certains hôpitaux ont pu réaliser une partie de leurs opérations dans des cliniques et compenser ainsi leur mobilisation pour l'accueil des patients Covid.

Nous avons également bénéficié d'un retour d'expérience sur l'animation du secteur médico-social et de la médecine de ville. En effet, ce sont hôpitaux qui disposaient des compétences en gériatrie ou en hygiène pour affronter la crise. Au départ, nous connaissions mal le virus et il fallait apprendre un certain nombre de gestes pour prendre en charge les patients et pour protéger les résidents dans les Ehpad. Nous avons déployé des équipes mobiles gériatriques et des équipes mobiles d'hygiène sur l'ensemble du territoire. Nous avons également mis en place des centres de dépistage et des plateformes ville/hôpital. Toutes ces actions ont renforcé notre leadership et notre lien avec les établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, l'État a complètement délégué aux GHT la coordination logistique des équipements de protection individuelle.

Au tout début de la crise, nous étions assez réticents à assurer cette mission. Finalement, les GHT ont pu jouer un rôle de plateforme logistique et ont renforcé leur légitimité. Ils ont mis à disposition du territoire des masques, des solutions hydroalcooliques, des tabliers, des surblouses et des médicaments.

Les GHT sortent donc renforcés dans leur rôle d'animateur territorial de l'offre de soins. La crise a renforcé leurs liens avec la médecine de ville et le secteur médico-social. Ils ont montré qu'ils étaient capables de faire face avec agilité et solidarité.

La question du devenir des délégations territoriales des ARS ou du rôle des ARS par rapport aux GHT est posée.

Les CHU demandent que ce rôle d'animateur territorial de l'offre de soins soit conforté. Ils ont montré qu'ils étaient capables de le tenir dans la crise et ils souhaitent pouvoir continuer à le faire en période normale.


**Elisabeth AOUN**

Pour lancer le débat, je retiens que la loi 2022 se fera dans la continuité de la réforme des GHT de 2016. C'est important de le souligner, car souvent, dans le domaine hospitalier, les textes impactant les organisations se succèdent trop rapidement. C'est donc une bonne nouvelle qu'une réforme de cette ampleur se poursuive. Je relève également que les hospitaliers sont maintenant plutôt acquis à cette réorganisation des soins, qui semble avoir montré son efficacité dans cette période de crise. C'est un point assez nouveau.

*Pouvez-vous me confirmer que l'ensemble des hospitaliers est effectivement favorable à cette réforme ?*

**Clément TRIBALLEAU**

Il est difficile de parler au nom de l'ensemble des hospitaliers. Dans certains territoires, la réforme se passe très bien mais sa mise en œuvre est plus difficile dans d'autres, pour des raisons de périmètre, d'offre de soins ou de personnes. La majorité des hospitaliers est globalement favorable à la poursuite de la réforme, peu souhaitent un retour à la situation antérieure.

Il reste cependant des points de vigilance. Le fonctionnement des GHT est lourd, notamment au niveau des instances, avec de nombreuses réunions administratives supplémentaires. Heureusement, dans la loi de 2019 Ma santé 2022, le législateur prévoit la possibilité de fusionner des instances. Alors qu'en 2016 les établissements n'avaient d'autre choix que de se plier à la constitution des GHT, la loi de 2019 prévoit des adaptations en fonction des territoires. Les acteurs seront libres de simplifier leur organisation.

La réforme a permis de solidifier l'offre de soins sur un certain nombre de territoires même si elle ne résout pas tous les problèmes,

notamment pour les territoires en grande difficulté au niveau de la démographie médicale.

**Un participant en visioconférence**

*Le directeur de l'Assurance maladie a évoqué la nécessité de redimensionner les GHT pour permettre une meilleure articulation avec les CPTS. Quelle est votre position sur cette proposition ?*

**Clément TRIBALLEAU**

Les CPTS concernent les acteurs de ville. La loi de 2016 a lancé une dynamique approfondie par Ma santé 2022. La crise a renforcé la dynamique des CPTS puisque les acteurs de ville ont dû s'organiser aussi pour répondre à la crise. En Maine-et-Loire, nous avons mis en place 28 centres ambulatoires de prise en charge du Covid. Ce sont les acteurs libéraux qui ont organisé cette offre. Tous les territoires ne disposent pas de CPTS. L'objectif du gouvernement est de trouver une organisation partant du terrain, des acteurs de ville, sur un bassin de vie pertinent, souvent beaucoup plus petit que le périmètre des GHT. Nous sommes dans une phase dans laquelle les deux acteurs s'observent. Les hospitaliers ont souvent des difficultés pour identifier les interlocuteurs légitimes quand ils ont besoin de s'adresser à la médecine de ville. Les CPTS représentent ces interlocuteurs légitimes avec lesquels discuter. Il faut donc travailler à structurer ce lien entre les hôpitaux, fédérés au sein des GHT, et les acteurs de ville, fédérés au sein des CPTS.

**Élisabeth AOUN**

Merci beaucoup pour votre intervention. J'invite Monsieur Bruno Carrière à rejoindre la tribune.



## Acteurs nationaux : UniHA, UGAP

### ■ Le point de vue du Directeur Général d'UniHA

**Bruno CARRIÈRE**  
Directeur général - UniHA

Quand vous m'avez contacté, je vous ai répondu que je ne voulais pas parler des GHT parce que cette réforme est aujourd'hui acceptée.

#### UNIHA

Depuis six mois, sur le terrain, nous nous sommes rendu compte que, au-delà du cadre réglementaire et législatif, les initiatives des acteurs de terrain étaient fondamentales. Ce sont eux qui construisent des coopérations et qui font émerger des organisations.

#### Quelles ont été, depuis six mois, les actions d'UniHA ?

À partir du mois de mars, nous avons complètement modifié notre manière de travailler. Nous avons bien sûr été confinés, mais nous n'avons pas arrêté de travailler.

**Début mars**, nous avons acheté 150 respirateurs en Chine. Ils sont arrivés entre le mois de mai et le mois de juin et nous les avons payés à la commande.

Nous avons également fait des marchés en 36 heures, dans un cadre réglementaire. Notre budget a été multiplié par 4.

Pour trouver des masques, des gants ou des respirateurs, il était nécessaire, pour espérer être livré, de payer au moins 50 % de la valeur des produits à la commande.

**Au printemps**, nous nous sommes efforcés de trouver des EPI, à l'exception des masques réquisitionnés par l'état. Il y a trois semaines, nous avons acheté des tests antigènes.

**Au sortir de cette période**, nous nous sommes interrogés sur la pertinence de notre modèle et nous estimons qu'il n'était pas adapté au traitement d'une telle crise.

Les industriels pilotent depuis de nombreuses années leurs achats par la gestion du risque, c'est-à-dire l'évaluation des fournisseurs, l'évaluation des chaînes d'approvisionnement, la capacité à évaluer la qualité des produits sur les sites de production et la capacité à diversifier les risques en ayant plusieurs fournisseurs en même temps.

**UniHA doit repenser sa politique d'achats pour être au rendez-vous de la prochaine crise.**

Globalement, peu d'organisations étaient prêtes à faire face à la crise.

Sans le concours de quelques grandes entreprises françaises, la situation aurait été encore plus difficile. Je regrette que nous soyons enfermés, depuis des années, dans un débat entre opérateurs nationaux et régionaux, sans vraiment travailler sur la fonction achat, sur la gestion des risques, sur les standards d'approvisionnement, sur la continuité de l'activité ou de la qualité.

#### Quelle est la performance de la fonction achats dans les hôpitaux ?

Le PLFSS 2021 prévoit 500 millions d'euros d'économies sur les achats après un milliard d'euros les années précédentes.

La performance sur laquelle nous sommes jugés depuis des années n'est pas nécessairement celle sur laquelle nous souhaitons construire.

**La performance du système de santé est sa continuité, sa qualité, son efficacité.** La fonction achat doit donc garantir la continuité de la prestation de soins aux citoyens et assurer une qualité constante des produits aux professionnels de santé. Certains établissements ont reçu des blouses et des gants inutilisables.

La fonction achat doit évidemment être efficace, au niveau des prix d'acquisition des produits mais aussi en termes d'organisation.

Le coût complet et le *"best value procurement"* sont des sujets essentiels. Nous allons donc revisiter nos stratégies achat et notre façon de mesurer notre performance.

**En ce qui concerne la question de la rupture des produits de santé.**

Le rapport Biot fait des propositions, tout comme un rapport Parlement européen publié la semaine dernière.

UniHA sera demain un acteur du dispositif. Nous avons une responsabilité d'acteur économique pour réimplanter des activités en France et en Europe ou pour travailler sur des solutions entrepreneuriales qui nous permettront de retrouver des lignes de médicaments.

La crise nous a appris à être un acteur économique. Notre puissance de feu financière nous permet de travailler sur ces thématiques.

Demain, vous pourrez trouver des produits de santé sous marque distributeur. C'est la logique normale lorsque le fonctionnement du marché ne nous permet pas de trouver les produits que nous cherchons à acquérir. Nous avons vécu une première expérience pendant la crise. Nous avons acheté du gel hydro-alcoolique en vrac que nous avons fait conditionner en bidons par une entreprise agroalimentaire avant de les vendre aux hôpitaux. La commercialisation des produits de santé demande autorisation de l'ASN.

**Enfin, UniHA a créé un consortium avec le RESAH pour approvisionner en EPI 27 000 établissements, publics et privés, des secteurs médico-social et sanitaire.** Nous avons passé un marché avec le groupe La Poste qui assure le stockage, la distribution, et à qui nous avons délégué le recouvrement.

**Nous avons créé un site d'e-commerce sur lequel les établissements peuvent passer commande.** Ce site a été cofinancé par le ministère de la Santé qui l'utilisera pour distribuer les stocks constitués pendant la crise. Nous proposerons aussi des gants, des pyjamas de bloc, des tests antigéniques, dont nous avons acheté 5 millions d'exemplaires, et peut-être des vaccins. Ce dispositif complète la cellule de crise installée au ministère. S'il donne satisfaction à tous les acteurs, il sera probablement prolongé.

Nous avons aussi investi sur le digital et j'observe que les entreprises qui ne seront pas au rendez-vous du digital rencontreront rapidement de grandes difficultés parce qu'il deviendra un mode d'approvisionnement majeur.

**UniHA pourrait enfin devenir un partenaire des autorités sur la souveraineté et la continuité des approvisionnements.**


**Elisabeth AOUN**

Merci beaucoup pour votre intervention. Je tiens à préciser que la gestion des risques, la continuité d'approvisionnement et la qualité ont toujours figuré parmi les préoccupations des acheteurs.

*Vous avez évoqué des paiements de commandes au comptant alors qu'en comptabilité publique s'applique la règle du service fait. Comment avez-vous pratiqué ?*

**Bruno CARRIERE**

Nous avons utilisé le système des avances, comme pour les marchés de travaux. Nous avons versé un pourcentage du montant total de la commande à la signature du marché. L'avance la plus importante que nous avons faite concernait un marché de gants, pour 3,5 millions d'euros. Le risque financier est porté par UniHA puisqu'il n'y a pas de groupement de commandes. Couplé avec un système d'acquisition dynamique (SAD), il est possible de conclure des marchés en quelques jours.

**Elisabeth AOUN**

*Pensez-vous que le SAD soit une procédure adaptée pour l'achat de nombreux produits de santé ?*

**Bruno CARRIERE**

Le SAD est adapté à la pratique de l'achat / revente. Il permet de prendre des positions rapidement et de diluer les risques. Il est intéressant de combiner des contrats longs avec des mécanismes de SAD. Cependant, pour que ce système fonctionne, il faut une bonne assise financière, ce qui est le cas d'UniHA qui réalisera en 2021 5 milliards d'euros d'achats. Couplé avec de l'e-commerce, ce mécanisme permet de récupérer les données de consommation des clients et ainsi de réguler les commandes.

**De la salle**

*Comment coupez-vous cette flexibilité d'achat pour les établissements avec les incertitudes sur les volumes commandés pour les industriels ? Vous avez évoqué des initiatives pour rapatrier la production de produits pharmaceutiques en France ou en Europe. Comment allez-vous faire pour les valoriser dans les appels d'offres soumis au code des marchés publics qui prohibe la préférence nationale ?*

**Bruno CARRIERE**

La sécurisation des approvisionnements et la visibilité pour les fournisseurs sont assurées par le mix produit des appels d'offres dans le cadre de l'achat / revente. L'acheteur prend la main sur les approvisionnements des hôpitaux en contractualisant des engagements sur la durée, des cadencements, voire des volumes. Cette manière de construire les stratégies achats est aussi la conséquence de mises en concurrence des opérateurs achats par les hôpitaux. Le panel de marchés mis à la disposition des établissements inclut des contrats longs, avec parfois plusieurs fournisseurs sur un même produit. Les crêtes sont quant à elles traitées par le SAD et

le pré-référencement. Je ne suis pas un grand expert du code des marchés publics et je demande aux juristes d'élaborer la meilleure solution pour répondre à la stratégie achats.

Nous pouvons en effet être partenaires d'une activité de relocalisation en France, ou en Europe. Cependant, la relocalisation en France de produits à faible valeur ajoutée n'a pas d'avenir. Par exemple, le prix des masques est retombé au prix chinois pré-Covid. Toutes les entreprises de production de masques chirurgicaux en France seront rapidement en grande difficulté, faute de débouchés. Les lois économiques n'ont pas disparu avec la crise sanitaire. Nous devons trouver des produits pour lesquels nous pouvons amener de la valeur et lui donner un avantage comparatif incontestable sur le plan économique ou écologique. Parallèlement, nous devons être en mesure de garantir des volumes d'activité pour lisser les coûts d'imprévisibilité pour les industriels. À ces conditions, des industriels, y compris dans le secteur du médicament, pourraient être intéressés par des opérations de relocalisation. En l'absence de compétitivité dans la durée, ces opérations n'ont aucune chance d'aboutir.

**De la salle**

*Les organisations professionnelles des entreprises du secteur travaillent sur la sécurisation de l'approvisionnement en produits de santé.*

**Bruno CARRIERE**

J'ai en effet vu passer un document de ces organisations qui explique que, pour sécuriser les approvisionnements, il faut augmenter la liste en sus et le tarif de référencement. Chaque fois que vous augmentez la liste en sus ou le tarif de référencement, vous prélevez de la valeur sur l'ONDAM, ce qui signifie une baisse des ressources pour les patients. Ces propositions ne fonctionneront pas. Nous devons trouver une solution économiquement viable, dans la durée, pour l'ensemble des partenaires du dispositif.

**De la salle**

*L'intégrez-vous dans ce modèle d'achat / revente la partie distribution dont vous auriez la charge ?*

**Bruno CARRIERE**

Nécessairement. Le consortium dont je vous ai parlé en est un bon exemple. Nous sommes alliés avec un partenaire qui a un savoir-faire en termes de logistique. Je ne suis pas un chaud partisan des plateformes logistiques régionales qui ne garantissent en rien une bonne compétitivité. Le système hospitalier ne maîtrise pas tous les paramètres d'une telle organisation. Il est préférable de s'en remettre à des spécialistes.

**Elisabeth AOUN**

Merci beaucoup, Bruno Carrière, nous vous retrouverons lors de la table ronde. Je donne la parole François Chambeyron Directeur Santé de l'UGAP.





## Acteurs nationaux : UniHA, UGAP

### ■ Le point de vue du Directeur Santé de l'UGAP

François CHAMBEYRON  
Directeur santé UGAP

Je remercie Monsieur De Paz pour son invitation. J'ai entendu chez l'orateur précédent un vrai plébiscite pour l'achat / revente.

Nous avons réalisé en 2019 une enquête de satisfaction auprès de nos clients de l'univers hospitalier. 92 % des personnes interrogées sont satisfaites et 91 % recommanderaient l'UGAP.

#### L'UGAP

La centrale d'achat UGAP est un établissement public créé en 1985 qui a pour principe l'achat / revente sur le mode de la commande publique. Elle dispose de 25 agences en France, emploie 1500 collaborateurs et est sous la double tutelle du ministère de l'Éducation nationale et du ministère du Budget.

Nous avons reçu en 2019 le label "Relations fournisseurs et achats responsables" et nous sommes adhérents du "Pacte PME" et du "Pass French Tech".

#### Gestion de la crise Covid

Le 18 mars, tous les salariés de l'UGAP sont passés au télétravail. Pour autant, notre métier n'a pas changé même si notre activité s'est envolée avec une hausse de 40 % des entrées de commandes. Les équipes se sont totalement mobilisées pour répondre aux besoins à la fois des hôpitaux mais aussi à celles de différents ministères, notamment pour les EPI.

La demande de moniteurs de ventilation et de lits de réanimation a explosé. Dans le cadre du modèle d'achat / revente que nous utilisons, nous avons déjà les marchés qui répondaient à ces demandes.

#### L'UGAP en quelques chiffres

L'UGAP gère 4,6 milliards d'euros hors taxes de commandes. 57 % de nos fournisseurs titulaires sont des PME. Elles représentent 18 % des achats. L'UGAP a donc la volonté de rendre accessible l'achat public aux PME. Elle a réalisé 138 millions euros d'achats innovants en 2019, en croissance de 11,2 %, soit 3 % du montant total des achats. Pour mémoire, l'État a fixé un objectif de 2 % d'achats innovants pour les centrales d'achat à l'horizon 2020.

L'offre de l'UGAP s'articule autour du médical à hauteur de 14 %, de l'informatique (37 %), des véhicules (27 %), des services (13 %) et de l'équipement général (9 %).

La clientèle de l'UGAP se répartit entre les ministères et les établissements publics (40 %), les établissements hospitaliers (16 %) et les collectivités territoriales (37 %).

Notre connaissance des collectivités territoriales devrait faciliter notre développement auprès des CPTS, notamment avec les outils de téléconsultation.

Les conseils départementaux de Seine-et-Marne et de l'Essonne ont fait l'acquisition de 12 télécabines de consultation pour répondre au risque de désertification médicale. Ces collectivités territoriales n'ont pas toujours d'expertise médicale et la direction santé de l'UGAP peut les accompagner.

Les commandes des hôpitaux portent sur tous les produits proposés par l'UGAP : l'informatique (20,7 %), le mobilier et les équipements de restauration (7 %), le médical (61,9 %), les services de gardiennage, de nettoyage et de bio nettoyage (7 %) et les véhicules sanitaires (3,7 %).

#### La Direction Santé

La Direction santé dont j'ai pris la tête le 15 juin dernier a deux missions principales : développer la relation avec l'hôpital sur l'ensemble du portefeuille Ugap, notamment dans le domaine informatique et la cybersécurité, et développer l'activité médicale auprès de l'ensemble des clients de l'UGAP.

Nous commercialisons par exemple des défibrillateurs automatiques externes auprès des collectivités territoriales. Un décret de janvier 2020 oblige en effet les établissements recevant du public (ERP) à être équipés d'un défibrillateur automatique externe.

En novembre 2019, pendant le salon des maires de France, nous avons formé de nombreux élus sur notre stand à l'utilisation de ces équipements.

Pendant et après la crise sanitaire, l'UGAP a fait preuve d'agilité et s'est efforcée de répondre aux besoins de ses clients. Depuis sa création, elle utilise le système de l'achat / revente plébiscité par Bruno Carrière.

#### Le SAD à l'UGAP

Cependant, avant même la période de crise, nous nous étions interrogés sur la possibilité de lancer des marchés en utilisant le SAD Système d'Acquisition Dynamique. Aujourd'hui, nous le mettons en place pour les dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux stériles.

Le SAD est une procédure de passation de marchés entièrement électronique, pour des achats courants. Son principal avantage réside dans la sécurité de l'approvisionnement. L'UGAP est en mesure de communiquer aux fournisseurs des quantités relativement fiables sur les besoins de ses clients, avec des écarts limités à 3 ou 4 % par rapport aux prévisions de commandes.

Le SAD permet la mise en œuvre de marchés spécifiques et donc de lancer des consultations auprès des fournisseurs qui ont candidaté et qui ont été retenus dans la phase de consultation.

Par ailleurs, si un marché est résilié, nous pouvons le remplacer par un marché spécifique via le SAD, à tout moment, sans attendre 3 à 4 ans comme pour les marchés à bons de commande. Le renouvellement de ces marchés peut se faire progressivement, par vagues successives, afin d'éviter des appels d'offres avec plus de 300 lots.

Le SAD offre d'autres atouts, tels que l'absence de durée limitée pour la consultation, l'intégration des opérateurs économiques pendant toute la durée du SAD, la remise en concurrence rapide, la réactivité en fonction de l'évolution du marché – notamment pour les produits innovants que nous pouvons intégrer assez rapidement avec beaucoup d'agilité –, la création d'un vivier de fournisseurs, l'ouverture à candidatures pour 10 ans, un effet de gamme auprès des industriels, le lancement progressif des marchés par vagues.

Nous avons également identifié des points de vigilance, lesquels sont la prise en compte des précisions et modifications du Cahier des clauses administratives particulières (CCAP) applicables aux marchés spécifiques à apporter aux autres documents, la suspen-



sion du dépôt de candidature lors de l'invitation à soumissionner, un système adapté aux services et aux fournitures, la publication des quantités estimées sur une période de dix ans.

L'UGAP a lancé le SAD pour les dispositifs médicaux stériles et les dispositifs médicaux non stériles. Nous avons publié le 30 juin 2020 l'avis d'appel public à la concurrence et nous avons réceptionné 120 candidatures. Nous informerons les opérateurs économiques de leur admission dans les meilleurs délais puis nous leur enverrons une invitation à soumissionner pour la passation de marchés spécifiques. Enfin, les offres seront analysées par nos acheteurs au regard des

critères d'attribution et les marchés spécifiques seront attribués pour une durée de 36 mois renouvelables deux fois pour 6 mois.

L'UGAP propose 13 catégories de dispositifs médicaux stériles et non stériles : anesthésie réanimations, consommables biomédicaux, désinfection / décontamination, hygiène et protection, instrumentation chirurgicale, ophtalmologie, orthèses et contention, prélèvement / injection / exploration, soins infirmiers, système respiratoire, système urogénital, tractus digestif et métabolisme, traitement des déchets médicaux.

### « Discussion »

#### **Elisabeth AOUN**

Merci pour votre intervention. Je note votre bonne performance vis-à-vis des PME.

*Que recouvre pour vous la catégorie des "achats innovants" ?*

#### **François CHAMBEYRON**

Il est toujours difficile de définir une innovation. Un produit perd rapidement son caractère innovant. Par exemple, les télécabines de consultation sont aujourd'hui des produits courants. Au moment du lancement du marché, il y a 3 ans, nous espérions des commandes rapides. Les deux premières années, nous n'avons vendu que deux télécabines. Au 1<sup>er</sup> semestre 2020, nous en avons vendu 12.

#### **Question en visioconférence**

*Et en ce qui concerne l'entrée de l'UGAP sur le marché du médicament.*

#### **François CHAMBEYRON**

L'UGAP n'a pas l'intention, aujourd'hui, de se positionner sur le marché du médicament.

#### **Question en visioconférence**

*Le SAD pourra-t-il s'appliquer aux réactifs et aux équipements de laboratoire ?*

#### **François CHAMBEYRON**

À la demande de l'État, l'achat de réactifs est en cours d'examen. Nous ne savons pas encore si nous utiliserons le SAD ou un marché classique, mais nous espérons proposer en 2021 une offre de réactifs de laboratoire.

#### **Élisabeth AOUN**

Merci pour vos réponses. Je donne maintenant la parole à Madame Chevallier, avocate.



## Actualités juridiques

### ■ Marchés publics : les principales nouveautés 2020

Élodie CHEVALLIER  
Avocate, Ey Avocats

Bonjour à tous et à toutes. Je remercie Monsieur DE PAZ pour cette invitation.

Je vais d'abord traiter des actualités générales sur les marchés publics avant de faire un focus sur les conséquences de la crise sanitaire.

#### ACTUALITÉS GÉNÉRALES SUR LES MARCHÉS PUBLICS

Le seuil de passation de marchés de travaux, sans mise en concurrence et sans publicité, a été réévalué à 70 000 euros HT jusqu'au 21 juillet 2021. Parallèlement, pour les commandes de denrées alimentaires fabriquées pendant la période de crise sanitaire, il a été porté à 100 000 euros HT.

#### Les CCAG

Le projet de refonte des CCAG a été annoncé à l'automne dernier. Les CCAG dans leur version actuelle sont en vigueur depuis 2009 et seul le CCAG travaux a fait l'objet, en 2014, de modifications mineures. Il vise à réorganiser et à harmoniser le vocabulaire de tous les CCAG : propriété intellectuelle, travaux, marchés techniques de l'information et de la communication, fournitures courantes et services. Il a également pour objectif l'amélioration de certaines clauses et la prise en compte des évolutions des textes et de la jurisprudence, notamment le Code de la commande publique afin de les remettre en ligne avec la réglementation en vigueur.

Une consultation publique a été lancée pour recueillir les avis des parties prenantes sur ces futurs changements (prévention et règlement des différends, exécution financière, etc.). La mise en place d'un CCAG spécifique à la maîtrise d'œuvre est envisagée. Des échanges ont notamment eu lieu sur la question des avances pour lesquelles il serait prévu un mécanisme d'option pour les acheteurs : rester dans le cadre des dispositions du code de la commande publique ou prévoir un mécanisme plus favorable aux entreprises.

Le projet a pris du retard. Les CCAG devraient être publiés à l'automne pour entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Nous espérons que ces nouveaux CCAG faciliteront l'exécution des marchés. Il faut en effet rappeler l'importance de bien connaître les CCAG dans le cadre de l'exécution des marchés, toutes les informations ne figurent pas dans le CCAP.

Pendant la crise sanitaire, plusieurs clauses "oubliées" des CCAG ont été redécouvertes, notamment les mécanismes de traitement des incidents d'exécution et de prise en compte de leurs incidences financières.

L'Observatoire économique de la commande publique a publié une étude très intéressante sur la sous-traitance. Cette question se pose régulièrement dans le cadre de la passation et de l'exécution des marchés.

Les commissions consultatives de règlement amiable des litiges ont été renouvelées. Elles permettent souvent d'éviter d'aller au contentieux.

La fiche technique relative à la remise d'échantillons, de maquettes et de prototypes a été mise à jour au mois de mai. Dans ce cadre, la Direction des affaires juridiques (DAJ) a rappelé l'importance de fixer une prime. Cette prime est obligatoire à partir du moment où les candidats doivent investir significativement dans la production de ces maquettes et échantillons.

L'absence de prime constitue un frein à la concurrence parce qu'elle peut empêcher certains candidats, qui considèrent que l'investissement est trop important, de se positionner. L'objectif est de favoriser l'égalité entre les candidats et de permettre d'accroître la concurrence. La DAJ considère que l'investissement est significatif à partir du moment où la réponse génère des charges sensiblement plus élevées que celles supportées dans le cadre d'une réponse classique.

Une ordonnance du 17 juin 2020 apporte des aménagements qui tiennent compte de la crise pour aider les entreprises à faire face aux conséquences économiques de la crise sanitaire et qui sont applicables jusqu'au 10 juillet 2021.

- Les entreprises en redressement judiciaire et qui bénéficient d'un plan de redressement peuvent désormais se porter candidates aux marchés publics.
- Un deuxième dispositif permet d'étendre une mesure qui existait pour les marchés de partenariat à tous les marchés globaux : ces marchés doivent prévoir une part minimale, qui ne peut être inférieure à 10% du montant prévisionnel du marché sauf lorsque la structure économique du secteur concerné ne le permet pas, de l'exécution du marché que le titulaire s'engage à confier directement ou indirectement à des petites et moyennes entreprises ou à des artisans. L'acheteur public doit prendre en compte, dans ses critères d'attribution, l'engagement des soumissionnaires de faire appel aux PME ou à des artisans. C'est une mesure forte de soutien à l'économie.
- Une autre mesure applicable jusqu'au 31 décembre 2023 permet aux acheteurs publics de ne pas tenir compte, dans l'appréciation de la capacité économique et financière des candidats, de la baisse du chiffre d'affaires intervenue pendant les exercices marqués par la crise sanitaire.

Si la plupart des dispositions de l'ordonnance du 25 mars 2020 sur l'état d'urgence ne s'appliquent plus, les conséquences financières de la crise sanitaire perdurent.

Par exemple, la plupart des demandes indemnitaires arrivent seulement maintenant. Des marchés ont été suspendus, d'autres ont été résiliés et tous les opérateurs économiques ont eu du mal à mesurer les impacts de la crise.

Les conditions d'indemnisation restent celles qui étaient prévues par l'ordonnance. Elles prennent en compte la période visée et la nature des conséquences financières.

Les difficultés survenues pendant la crise et celles qui perdurent après ne sont pas gérées de la même manière. De même, les conséquences sont assez multiples. Elles peuvent porter sur la baisse ou l'augmentation des charges mais aussi sur les conditions d'exécution des marchés.

Le premier réflexe est de proposer un avenant, le deuxième est de se pencher sur la révision des prix. Les marchés prévoient des clauses de révision des prix.

J'attire votre attention sur l'importance de porter une vigilance particulière à la question de la révision des prix pour les futurs marchés et de veiller à ce que la clause prévue soit réellement applicable.

En ce qui concerne les règles d'indemnisation, l'ordonnance a fixé des principes mais il ne fait pas oublier.

de vérifier ce qui est déjà prévu dans le contrat, dans le CCAP et dans les références au CCAG. A titre d'exemple, certains contrats peuvent écarter la force majeure, d'autres peuvent réserver des clauses plus favorables.

L'indemnisation du titulaire à la suite de la résiliation du marché ou de l'annulation d'un bon de commande est cadrée.

En cas de résiliation du fait des mesures prises dans le cadre de l'état d'urgence, le titulaire peut prétendre à des indemnisations, comme l'indemnisation des dépenses effectivement engagées pour l'exécution des prestations. Cette disposition s'applique quel que soit le contrat, même en présence de clauses contraires. Par ailleurs, l'indemnisation complémentaire du manque à gagner est possible, sous réserve que le contrat ne l'exclue pas et qu'il ne résulte pas d'une situation de force majeure. Le Covid n'est pas qualifié automatiquement de cas de force majeure, il convient de faire une appréciation au cas par cas.

L'indemnisation du titulaire en cas de suspension du marché est également possible. Il a droit notamment à l'indemnisation des charges d'ajournement occasionnées par la suspension, mais il doit le démontrer, documents à l'appui, ce qui n'est pas toujours évident

et pour les marchés de travaux à l'indemnisation des frais de garde et de surveillance ainsi que des dommages sur les chantiers.,

En présence d'un marché de substitution, si le montant minimum prévu dans le marché initial n'est pas appliqué, le titulaire ne peut pas bénéficier d'une indemnisation du manque à gagner.

En cas de poursuite de la prestation, le titulaire supporte parfois des coûts supplémentaires liés à des difficultés d'approvisionnements ou à des mesures de sécurité particulières. Il bénéficie alors d'un droit à indemnisation, sur le fondement de la théorie de l'imprévision, qui permet de rétablir l'équilibre du contrat si son exécution a été bouleversée.

Ce bouleversement doit être imprévisible et extérieur aux parties, ce qui semble facile à démontrer pour la Covid. Il faut également démontrer un lien suffisant entre les circonstances invoquées et la modification de l'économie du contrat.

Le titulaire doit justifier de son préjudice. Cette indemnité n'a pas pour objet de couvrir le manque à gagner. De plus, comme l'administration n'est pas responsable de l'alourdissement des charges du fournisseur, elle ne couvre pas 100 % des charges extracontractuelles et laisse le titulaire supporter 10 % de ces charges. Cette indemnité peut être fixée à l'amiable ou, en cas de désaccord, par un juge.

**Élisabeth AOUN**

Merci beaucoup. Les points sur les règles d'indemnisation et sur l'attention à porter aux clauses de révision des prix étaient particulièrement intéressants pour vous, fournisseurs.



## Acteurs régionaux et territoriaux

### ■ Le point de vue du coordonnateur du GCS Achats Centre

Jean-François HUSSON  
Ph, CH Blois, coordonnateur du GCS Achats Centre

#### Élisabeth AOUN

Notre matinée se poursuit avec les acteurs régionaux et territoriaux. Je passe d'abord la parole à Jean-François Husson qui est coordonnateur du GCS Achats Centre ; lui succéderont Franck Perrin, coordonnateur des achats du GHT Sud Lorraine et Loïc Rolland, coordonnateur du GCS Achats en santé Occitanie. Nous ferons un point à l'issue des trois interventions.

#### LE GCS ACHATS CENTRE

#### Jean-François HUSSON

Je remercie Monsieur De Paz d'avoir organisé cette conférence.

Le **Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Centre** a été créé en 2011 par l'ARH, sur la base d'un groupement de commandes régional classique. C'est un GCS de taille intermédiaire, avec un portefeuille d'achat de 275 millions euros. Il compte 151 adhérents.

Dans le cadre des GHT, les établissements support organisent la stratégie d'achat sur leur territoire. Nous sommes l'opérateur d'achat régional désigné par l'établissement support mais les opérateurs nationaux demeurent actifs.

**Nous nous occupons des achats de produits pharmaceutiques, intégralement pour 5 GHT et partiellement pour 10 GHT.**

**Sur les dispositifs médicaux, la répartition est homogène, beaucoup moins pour les médicaments de nutrition.**

Nous travaillons aujourd'hui au développement de filières sur les gaz médicaux. En effet, ce marché reste assez fractionné puisque le CHR d'Orléans négocie lui-même ses achats, comme le CHU de Tours, les autres établissements passant par le groupement d'achat régional.

Le GCS s'est beaucoup développé puisqu'en 2011 il ne comptait que 47 établissements. Il s'étend également sur l'Auvergne avec des établissements médico-sociaux et le GHT de la Haute-Loire. Cette extension extrarégionale ne se fait pas par prospection, nous répondons simplement aux demandes des établissements support. Ils cherchent un opérateur de mutualisation pour certaines catégories de produits, les médicaments et les gaz médicaux, tout en participant à la définition de la politique d'achat et à l'évaluation des offres.

**Nous mettons en place des actions de progrès pour nous évaluer et améliorer notre performance achat.** Nous nous comparons ponctuellement aux opérateurs nationaux et régulièrement aux autres opérateurs régionaux.

Ce travail nous permet d'identifier des opportunités, de partager des outils, notamment sur la dématérialisation, et d'évaluer nos ressources.

**L'enjeu est de conjuguer notre savoir-faire de proximité, nos liens avec les acteurs de terrain, avec un haut niveau de performance.**

Depuis 2011, nous avons construit différentes filières. La filière médicaments s'est ainsi développée à partir de la demande d'établissements qui n'avaient pas de support de marché et qui souhaitaient recourir à un opérateur externe.

**Nous nous efforçons de donner du sens à l'achat. L'opérateur d'achat régional est pertinent s'il travaille sur les parcours patients.**

Par exemple, pour les patients hémophiles, nous avons intégré les prescripteurs du CHU et développé une stratégie d'achat avec les établissements de proximité qui exécutent les marchés. En effet, les patients viennent chercher leurs médicaments dans ces établissements de proximité.

Nous avons également travaillé sur le prélèvement d'organes puisque les centres de prélèvements et de gestion des greffes ont été réorganisés au niveau régional. À la demande des soignants, nous avons construit des cahiers des charges pour que tous puissent partager les mêmes sacs de prélèvement, les mêmes solutions de conservation d'organes et les mêmes containers.

**Nous travaillons également avec les centres de référence.** Quand nous déterminons une stratégie d'achat, par exemple sur les biosimilaires, les prescripteurs des établissements périphériques du CHU peuvent se tourner vers les médecins de ce dernier pour obtenir des réponses à des questions pratiques, notamment lors de procédures d'interchangeabilité de traitements anti-TNF.

Le groupement régional permet également de travailler à la constitution d'un livret du médicament territorial. En effet, un GHT partage un projet médical et met en commun certaines fonctions comme les Comedims. Le groupement régional peut ainsi définir très en amont des stratégies d'achat avec des mises en concurrence de classe sur la nutrition, les médicaments ou encore les produits de contraste.

Les GHT mettent en place des systèmes d'information territoriaux, avec des outils de gestion économique et financière territoriaux et des dossiers de patients territoriaux. Il faut alimenter ces systèmes d'information avec des référentiels communs ; le groupement régional offre quelques clés pour la constitution de ces référentiels.

**Enfin, les ESPIC ou les établissements médico-sociaux peuvent partager ces mêmes référentiels.** C'est important dans le cadre du parcours patient pour une prise en charge plus simple.

L'activité de notre groupement est en croissance, mais nous devons stabiliser et renforcer nos équipes. Or, les ressources et les compétences sont rares et l'hôpital public souffre d'un sérieux problème d'attractivité sur les salaires. Nous allons ainsi passer du statut de coopérative sanitaire au statut d'employeur afin d'offrir aux agents de meilleurs salaires. Nous rencontrons une deuxième difficulté avec la formation des pharmaciens. Aujourd'hui, les pharmaciens s'intéressent davantage à la pharmacie clinique qu'aux mécaniques d'achat.

Nous cherchons toujours à nous améliorer et nous sommes attentifs à ce que font les autres opérateurs de mutualisation. Si nous ne sommes pas pertinents dans un domaine, nous n'hésiterons pas à arrêter et nous recommanderons une approche territoriale ou nationale. Nous réfléchissons ainsi à abandonner certaines filières de produits de santé pour les confier aux GHT. Sur les achats de fournitures hôtelières, notre efficacité n'est pas optimale et nous estimons qu'il

est préférable de laisser faire l'UGAP, UniHA ou le RESAH.

Sur les enjeux de demain, nos pistes de réflexion portent :

- sur l'achèvement de la dématérialisation des marchés avec la transmission d'éléments dématérialisés aux trésoreries.
- Nous devons également être plus présents et plus pertinents sur les enjeux écologiques et sociaux.

Aujourd'hui, nous devons faire de la performance économique et mettre à la disposition des hôpitaux des produits avec un très haut niveau de sécurité. Il faut concilier la sécurité et la performance, alors que le côté environnemental et social est assez mal traité sur les produits de santé. C'est pourtant l'un des principaux enjeux des prochaines années.

Enfin, nous tirerons les enseignements de la crise Covid, notamment sur la précarité de l'offre industrielle. Nous n'avons aucune prétention de réindustrialiser le bassin ligérien. En revanche, la crise a mis en évidence de réelles carences dans les systèmes d'information hospitaliers et dans la transparence de la diffusion des données, notamment sur l'état des stocks des établissements. L'État a dû mettre en place un système par *MaPui.fr* pour recenser les données de consommation et de stocks des hôpitaux.





## Acteurs régionaux et territoriaux (suite)

### ■ Le Point de vue du coordonnateur Achats GHT Sud Lorraine

**Franck PERRIN**

Ph, CHRU Nancy, Coordonnateur Achats GHT Sud Lorraine

Bonjour à tous, je suis coordonnateur du GHT Sud Lorraine pour les achats médicaux. Notre GHT est depuis peu signataire de la charte Relations fournisseurs responsables.

#### LE GROUPEMENT ACHATS GHT SUD LORRAINE

Le GHT Sud Lorraine comprend 11 établissements, dont le CHRU de Nancy. Ses achats annuels s'élèvent à 350 millions euros dont 210 millions pour les produits médicaux, le laboratoire, le bio-médical, les dispositifs médicaux stériles et non stériles, les médicaments.

Nous avons choisi une organisation centralisée avec des acheteurs, des filières bien déterminées et une politique d'achats responsables. Nous avons ainsi pris des engagements envers nos clients internes et des engagements d'équité, de transparence par rapport à nos actions de marché.

Nos objectifs financiers, qualitatifs et organisationnels sont fixés par le Comité stratégique du GHT qui regroupe tous les directeurs d'établissements.

La transformation de la fonction achats au sein de notre GHT est effective depuis 2018. Certains établissements parties n'avaient pas l'habitude de travailler avec une fonction achats qui sépare les rôles entre les différents intervenants : les acheteurs, les approvisionneurs, et les prescripteurs.

Cette première phase a été très complexe à mettre en œuvre car elle a transformé en profondeur notre organisation et les habitudes. Les établissements parties ont aussi été confrontés à la disparition de leur pouvoir adjudicateur, le transfert total de la mission achats à l'établissement support ayant déjà créé un certain émoi.

Les établissements support avaient l'habitude de travailler avec des prestataires historiques, nationaux pour les plus gros GHT, alors que les établissements parties travaillaient plus volontiers avec des structures territoriales ou régionales.

Les GHT ont également été confrontés au rejet du principe même de la transformation des achats par des prescripteurs qui estimaient qu'ils savaient très bien acheter. Pourtant, les différents intervenants de cette matinée ont démontré que la professionnalisation de la fonction achat était tout à fait légitime et qu'elle était même indispensable pour atteindre des niveaux de performance satisfaisants.

Cette transformation présente aussi des aspects très positifs. Les équipes se sont rapprochées, elles ont appris à mutualiser et elles ont créé des réseaux. Ces réseaux sont très bénéfiques pour le partage d'expérience ou pour la recherche d'innovations dans les façons d'acheter.

La feuille de route fixée par la DGOS aux GHT les invitait à converger pour simplifier. La simplification n'est pas encore atteinte. Le schéma cible qui prévoit un pilotage par l'établissement support et des établissements parties qui suivent est encore une utopie. Les façons de travailler au sein des différents GHT varient en fonction des contextes. Si certains établissements support contractualisent

encore seuls, des partenariats nouveaux se créent, notamment des partenariats inter-GHT. Le GHT Sud Lorraine cherche à se rapprocher des autres GHT du Grand Est comme Reims ou Strasbourg, pour des projets d'achats communs.

Les relations entre les groupements et les centrales d'achat des GHT dépendent de la typologie des GHT. Je classe les GHT en deux groupes.

- *D'une part, ceux qui disposent d'effectifs dédiés à l'achat et professionnels.*

Ce sont généralement des GHT importants, avec de gros budgets et qui, historiquement, étaient déjà engagé dans un processus de transformation interne.

Ils disposent de coordonnateurs de filière, d'acheteurs dédiés et ont mis en place une vraie séparation entre la fonction d'acheteur et celle de prescripteur.

- *D'autre part, des GHT de plus petite taille, avec des moyens financiers plus faibles.*

Ils disposent d'effectifs diffus, qui ne sont pas entièrement dédiés au processus d'achat : d'approvisionneurs, de pharmaciens ou de prescripteurs techniques. Ce sont souvent ces prescripteurs techniques qui rédigent les contrats.

Ces deux types de GHT travaillent de façon très différente avec les groupements d'achats.

Le premier, avec des effectifs dédiés aux achats, utilise les centrales d'achat et met en concurrence les différents opérateurs.

Le second sous-traite ses actions d'achat. Il traite souvent avec des groupements territoriaux ou nationaux et leur délègue totalement un portefeuille de produits.

À Nancy, nous travaillons avec tous les opérateurs. Nous regardons leurs offres, qu'ils soient nationaux ou territoriaux. Nous sommes sensibles à une segmentation assez fine des offres des opérateurs.

Le libellé "médicaments" est trop vague pour actionner tous les leviers de la performance achat. Une segmentation plus fine, par exemple "médicaments de cardiologie", permettra d'actionner beaucoup plus de leviers de performance. Il nous arrive également de porter des projets pour des opérateurs nationaux.

Notre objectif est de développer ces approches filières ou thématique pour changer de paradigme, ne plus parler de lancement d'un appel d'offres, mais de projet d'achat de performance, d'optimisation ou de standardisation.

Pour terminer, aujourd'hui, nos stratégies d'achat n'ont jamais été aussi travaillées. De leur côté, les opérateurs se transforment également et proposent des outils contractuels innovants.

Les structures d'achat des GHT offrent des performances économiques, en gains achats par exemple, ou qualitatives, en gains RSE.

Cependant, il faut rester vigilants. Les Centrales d'achats ou groupements de commandes ne doivent pas devenir des "vendeurs". En effet, l'objectif d'un "vendeur" est de vendre au plus grand nombre et pas forcément de vendre le meilleur produit. Cette question est fondamentale pour l'innovation.

Les dossiers d'achats transverses sont importants pour obtenir les meilleures conditions mais sont compliqués à mettre en œuvre. En effet, ils doivent prendre en compte les spécificités de chaque établissement.

Enfin, l'adhésion à plusieurs groupements présente le risque de développer un phénomène de picking qui consiste à acheter la molécule A au groupement 1 et la molécule B au groupement 2. Elle se traduit par un manque de visibilité sur le portefeuille global.





## Acteurs régionaux et territoriaux (suite)

### ■ Le Point de vue du Coordonnateur du GCS Occitanie

**Loïc ROLLAND**

*Ph, CH Cahors, Coordonnateur du GCS Achats en santé Occitanie, Groupement Garonne*

Bonjour à tous. Je suis à la fois pharmacien du groupement Garonne pour les produits de santé et les dispositifs médicaux, et coordonnateur du GCS Achats en santé Occitanie qui vient d'être créé.

#### LE GCS ACHATS EN SANTÉ OCCITANIE, GROUPEMENT GARONNE

##### Présentation de la région

L'Occitanie associe les ex-régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Elle regroupe 6 millions d'habitants, 3 millions sur le bassin méditerranéen et 3 millions éparpillés sur les 8 départements de l'ex-Midi-Pyrénées.

**Les besoins médicaux et d'organisation de soins sont très disparates et représentent un vrai challenge pour la région.**

En effet, des territoires peuvent être en difficulté à cause de problèmes de transport ou par la massification des populations. Nîmes, Montpellier, Béziers, Perpignan sont de grosses villes, alors que sur l'ex-Midi-Pyrénées, la seule grande ville est Toulouse. Cette situation crée des tensions et le GCS Achats en santé d'Occitanie doit tenir compte de cette situation.

**Le GCS Achats en santé d'Occitanie a été créé par 13 des 14 GHT du territoire.**

Il compte 122 adhérents. Son administrateur est le directeur du Centre hospitalier de Carcassonne et il dispose d'un directeur des opérations.

Comme beaucoup de structures, son fonctionnement a été perturbé par la crise sanitaire. Les différentes filières sont portées par des établissements mandataires qui organisent l'achat pour le GCS.

**Le GCS souhaite travailler avec les opérateurs nationaux et les opérateurs territoriaux.**

L'hôpital de Cahors est mandataire pour les médicaments, les dispositifs médicaux stériles et non stériles et pour les gaz. Cette organisation n'est pas figée et peut être modifiée.

Certains de nos marchés arrivant à terme, la priorité est que les médicaments et les dispositifs médicaux restent disponibles. Les pharmaciens souhaitent mettre en place à la fois des marchés négociés et des appels d'offres, c'est-à-dire des marchés globaux. En effet, dans nos structures, le nombre moyen de pharmaciens est de 2,5. La plus petite structure dispose de 0,5 pharmacien en ETP et la plus grosse, hors CHU, de 5. Nous rencontrons également des difficultés techniques, par exemple de SIH. La passation de marchés globaux évite aux pharmaciens des hôpitaux de renouveler trop souvent les marchés.

**Nous avons mis en place une association qui a pour objectif de faciliter les échanges entre les GCS et le partage d'expériences.**

Ces échanges sont précieux alors que de nombreux jeunes collègues pharmaciens ne sont pas familiers des procédures d'achat et bien souvent ne comprennent pas ce qu'est un appel d'offres.

La mise en place du livret thérapeutique est primordiale pour les pharmaciens et essentielle pour la convergence des marchés. Ces livrets doivent être adaptés aux contextes locaux et aux besoins des différentes populations.

Le nouveau schéma d'organisation a été imposé par la création de la nouvelle région et par la DGOS. Le calendrier prévisionnel prévoit une mise en place sur plusieurs années. Le premier objectif est bien sûr de signer de nouveaux marchés pour que les établissements puissent passer commande et les trésoriers payeurs régler les factures.

Les décisions n'ont pas encore été prises pour les dispositifs médicaux implantables, alors que pour les médicaments, il était important d'agir rapidement car les marchés arrivaient à échéance le 1<sup>er</sup> juillet 2020. Notre taille nous incite à nous faire accompagner par les structures nationales. Nous travaillons ainsi avec l'UGAP qui nous aide à trouver des solutions pour répondre à des ruptures sur certains produits.

**Le GCS a déjà sélectionné les établissements porteurs de filières ou de segments.**

Dans chaque filière ou segment, le coordonnateur s'organise avec les pharmaciens des adhérents. Une équipe administrative est dédiée aux aspects techniques des marchés.

Par ailleurs, le GCS va recruter des pharmaciens pour travailler sur les dispositifs médicaux, être au plus près des besoins des établissements et harmoniser les pratiques.

La nouvelle région est portée par un collectif de pharmaciens animé par le professeur Philippe CESTAC du CHU de Toulouse. Ce collectif a pour objectif stratégique de permettre aux pharmaciens des établissements de se recentrer sur leurs missions de pharmacie à usage intérieur (PUI) et sur la pharmacie clinique, en leur offrant, via des plateformes territoriales, un support pour les achats.

**En conclusion, le GCS souhaite mettre en avant le pharmacien support pour accompagner les pharmaciens des établissements.** Ce pharmacien support doit animer le Comedims et faire converger les livrets thérapeutiques. Le GCS peut ainsi rendre du temps pharmaceutique à ses adhérents et, en cas de difficultés d'approvisionnement, apporter des solutions. Les pharmaciens se consacrent ainsi et avant tout aux patients. Les prochains mois seront en effet marqués par des dégâts collatéraux du Covid ; de nombreux patients mourront sans doute de pathologies laissées de côté pour répondre à la pandémie.



## Discussion

### Elisabeth AOUN

Je retiens de vos interventions que votre réflexion commune porte sur l'intérêt de faire soi-même ou de faire faire par d'autres acteurs, notamment les trois acteurs nationaux.

*Les schémas retenus pour vos achats sont-ils suffisamment clairs pour les fournisseurs ? Leur permettent-ils de savoir quel est la politique retenue au titre d'achats "locaux" ou "nationaux" ? Face à une pluralité d'acteurs et de possibilités de recours, peuvent-ils encore passer des marchés bien calibrés qui leur permettent de savoir exactement l'ampleur de leurs engagements ?*

### Loïc ROLLAND

Les besoins sont toujours évalués à partir de la consommation des établissements. Les difficultés sont liées à la consommation erratique sur certains produits. Cependant, la plus grande difficulté des industriels est de rattacher des commandes au bon établissement et au bon prix.

### De la salle

*La question des mises à disposition est complexe à gérer pour les industriels. Des établissements font du picking et les plus petits ne savent parfois plus à quelle procédure ils ont souscrit. Cette complexité amène des litiges. Nous vous recommandons de clarifier les processus et de faire preuve de pédagogie auprès des établissements.*

### Franck PERRIN

C'est vrai que la période est difficile. Nous sommes en pleine transformation et soumis à un choix difficile. D'un côté, nous devons réaliser une performance économique, donner des quantités précises. De l'autre, nous devons faire preuve de flexibilité sur le plan juridique. A tout moment, chacun doit pouvoir piocher sur le contrat. Or, ces deux objectifs ne sont pas compatibles et nous devons faire un choix. Je suis favorable à l'arrêt des marchés sans minimum et sans maximum. Les établissements connaissent leur consommation minimum pour chaque produit. Nous pourrions ainsi assainir la situation entre acheteurs et industriels.

Enfin, le modèle de vos logiciels dans lesquels un établissement est affilié à un groupement d'achats est obsolète. Il existe une multitude d'adhésions, de référencements. Nous devons réussir à formaliser ce fonctionnement.

### Bruno CARRIÈRE

Je souscris aux propos de Loïc Rolland sur la réorientation de l'investissement des équipes pharmaceutiques dans les établissements de taille réduite. La valeur d'une équipe pharmaceutique réside-t-elle dans la conduite de processus achat ou dans la pharmacie clinique ? Si nous regardons l'impact du risque iatrogène, il faut évidemment y travailler dans les petites structures.

Dans les petits établissements, ceux dans lesquels le temps pharmaceutique est compté, si la priorité est donnée à ces activités à forte valeur ajoutée dans le processus de prise en charge des patients, les questions d'approvisionnements et encore plus de marchés sont marginalisées. Nous sommes en période de transi-

tion entre deux modèles. Il faut attendre trois et quatre ans pour que tous les marchés soient repassés. La clarification prend du temps et les GHT n'ont été mis en place qu'au début de l'année 2018. Elle viendra des opérateurs qui seront en capacité de porter un engagement beaucoup plus précis, qui pourront construire la meilleure expérience client possible. La fidélité, la connaissance fine des besoins en volume, en cadencement, en type de produits offrent l'assurance d'obtenir les meilleures conditions d'achat.

Dans cinq à dix ans, il existera de gros opérateurs qui seront régionaux ou nationaux. Nous pouvons imaginer un coordonnateur du groupement de commandes qui gèrera toute l'exécution des marchés, y compris le paiement. Cette organisation permettrait de financer les investissements de dématérialisation des pièces de marché et les systèmes d'information.

Dans le secteur bancaire, tout le back-office a été automatisé ou externalisé pour concentrer la relation client sur les séquences à haute valeur ajoutée. La gestion du compte courant a été automatisée mais les banques ont conservé des séquences de personnalisation de la relation sur les grosses opérations bancaires qui apportent le maximum de valeur. Si nous transposons ce modèle au système de soins, nous remettons des personnels dans la relation avec le patient, que ce soit au niveau de la pharmacie, des activités de diagnostic ou de la gestion administrative du parcours patient. Il n'y a pas de raison que la manière dont le produit de santé est dispensé à l'hôpital soit épargnée par la transformation.

### Un participant en visioconférence

*Cette question s'adresse à Franck Perrin. Quelle est votre approche pour l'achat des réactifs et équipements de laboratoire ? Avez-vous mis en place une mutualisation avec d'autres GHT ou l'envisagez-vous ?*

### Franck PERRIN

L'activité de laboratoire était complètement sous-traitée dans le privé par nos établissements parties. Il était donc facile de converger puisque seul le CHU disposait de contrats pour les réactifs et les équipements de laboratoire.

Nous n'avons pas prévu de rapprochements interrégionaux à court terme. C'est une vision intéressante mais elle se heurte à de nombreuses habitudes et à des pratiques hétérogènes ; sa mise en œuvre serait compliquée.

Nous sommes, pour le moment, dans une logique de centralisation de l'activité de laboratoire au niveau de notre GHT pour offrir un service réactif à nos établissements.

### Élisabeth AOUN

Le secteur d'achat de réactifs est l'un des plus complexes. Il est lié à des organisations, à des pratiques, à des équipements existants, et il faudra du temps pour regrouper les compétences.

### Franck PERRIN

Les Centres nationaux de référence ne valident pas toujours les possibilités de concurrence, ce qui freine la convergence.

## Tables rondes :

- Comment sécuriser les approvisionnements ?
- Transformation des achats pharmaceutiques
- Innovations en termes d'achats

Elisabeth AOUN  
Modératrice

Je vous propose de passer aux thèmes prévus pour les tables rondes : la sécurisation des approvisionnements, la transformation des achats et les innovations. Certains ont déjà été largement traités, notamment le recours au Système d'acquisition dynamique. Je

vous propose d'aborder la question des marchés sur performance et de déterminer comment ils pourraient s'appliquer aux produits de santé. Nos intervenants pourront peut-être apporter des précisions en matière de sécurisation des approvisionnements.

### Discussion

#### De la salle

*Il me semble que nous avons peu parlé de la logistique pour la sécurisation des approvisionnements. Actuellement, nous constatons que des produits de santé manquent et que les stocks sont dispersés dans tous les services et dans tous les hôpitaux. Pensez-vous qu'il est opportun de réfléchir à la centralisation des stocks et à quel niveau, local, régional, national ou européen ?*

#### Jean-François HUSSON

À notre échelle, il n'y a pas de projet de plateforme territoriale. Au niveau régional, l'ARS a considéré que ce n'était pas opportun. Sur la territorialisation des approvisionnements, aucune réflexion n'est engagée. Pendant la crise, nous avons connu une expérience de centralisation des approvisionnements de masques et d'EPI sur les établissements support des GHT. Cette expérience était vraiment artisanale, avec des livraisons massives, pas du tout organisées, à toute heure du jour et de la nuit, sans méthode, avec l'appui des ARS pour la ventilation des quantités. Ce modèle ne fonctionnera pas sur le long terme.

Sur la logistique, nous essayons d'inciter nos collègues à rationaliser leurs approvisionnements. La principale difficulté est liée la carence des systèmes d'information sur les stocks. Les industriels ont des obligations de stocks nationaux, mais au niveau hospitalier, nous n'avons pas de visibilité satisfaisante sur les stocks de notre établissement ou sur ceux des établissements voisins.

#### Loïc ROLLAND

Avant la période Covid, la DGOS avait préparé une mission sur les ruptures mais celle-ci a été suspendue. Les établissements doivent-ils disposer de deux, trois ou quatre mois de stock ? Ces stocks doivent-ils être étiquetés ? C'est une problématique très délicate. Pendant la crise sanitaire, nos établissements ont reçu des seringues chinoises. Seul le nom du laboratoire était lisible en français. La difficulté qui a été relevée par Monsieur Carrière est que tout doit passer par l'informatique. Nous avons eu une bonne expérience avec la start-up bretonne MaPUI qui a permis de mettre en relation les collègues rencontrant des problèmes de stocks. La DGOS a été mise dans la boucle de MaPUI. La principale difficulté que nous rencontrons aujourd'hui est de savoir où sont les stocks. Par ailleurs, dans les déclarations qui sont faites à MaPUI, il ne faut pas négliger le facteur humain. Les stocks déclarés correspondent-ils aux stocks réellement détenus ? Certains pharmaciens peuvent décider de déclarer un sous-stock pour préserver leurs marges de manœuvre. La gestion des stocks est un sujet extrêmement complexe. Par exemple, un établissement a consommé en un seul mois autant de curares qu'au cours des 12 ou 18 mois précédents.

Je peux également prendre l'exemple d'un laboratoire qui a gagné il y a dix ans un marché américain et qui a fait partir tout son stock européen aux États-Unis. Ce sont des stratégies de laboratoire.

Nous rencontrons aujourd'hui des difficultés sur un dispositif médical parce que la maison mère du laboratoire refuse de mettre un stock à disposition de la France. L'État est impuissant face à cette situation. Pour la très grande majorité des produits, les approvisionnements se passent bien mais nous perdons beaucoup de temps pour quelques produits, parfois indispensables. Notre GCS a pu acheter des EPI en achat / revente parce que notre établissement disposait des moyens financiers pour le faire.

#### Bruno CARRIÈRE

Je ne crois absolument pas à un système d'information global pour gérer les stocks. Des directeurs d'hôpitaux m'ont confié qu'ils ne communiquaient pas leur stock réel de curares. C'est un produit trop stratégique, à la fois pour les patients hospitalisés et pour le redémarrage de l'activité chirurgicale. J'explique régulièrement au ministère que toutes ses informations sont fausses.

Nous avons effectivement envoyé des masques et des EPI aux établissements support qui étaient chargés de les redistribuer. Cette organisation a mal fonctionné car nous ne disposions d'aucun historique de commande. Nous l'avons arrêtée. Les établissements sanitaires ont cependant été globalement servis. En revanche, les établissements médico-sociaux et le soin à domicile ont souvent été oubliés. Il faut faire des efforts pour ces établissements qui n'ont pas toujours un accès aisé aux EPI, aux dispositifs médicaux et même à certains médicaments. Le réseau officinal semble insuffisant pour répondre à ces besoins et nous devons trouver d'autres solutions. Nous serons peut-être sollicités demain pour approvisionner les CPTS.

Sur la logistique, je vous ai déjà fait part de mon opinion. Je ne crois pas aux plateformes territoriales créées par les ARS. En revanche, il faut accompagner les projets entrepreneuriaux portés par des professionnels. Dans le secteur de la santé, nous profitons d'une organisation logistique très efficace, très efficiente, capable de couvrir le territoire au moins deux fois par jour, avec des points de contact très fins. Un adossement à ces entreprises, qui disposent d'un savoir-faire incontestable, peut être envisagé.

#### Élisabeth AOUN

*Quel est l'avancement de la réflexion de la DGOS sur la sécurisation des approvisionnements ?*

#### Jean-François HUSSON

Le dernier groupe de travail s'est réuni au mois de mars et depuis, le sujet n'a pas avancé.

#### Loïc ROLLAND

Je confirme que les travaux avaient débuté mais, pour l'instant, la reprise des réunions des groupes de travail n'est pas prévue.

**Bruno CARRIÈRE**

Je pense que ces travaux doivent être revisités à la lumière de la crise sanitaire.

**Jean-François HUSSON**

La crise a mis en évidence un secteur déjà dégradé. Depuis quatre ans, nous alertons les autorités au sujet des taux de rupture très importants sur les médicaments et sur les dispositifs médicaux.

**Loïc ROLLAND**

Comme les hôpitaux ont traité moins de patients pour des pathologies courantes, des produits habituellement en rupture le sont moins. La période Covid n'a pas aggravé nos difficultés d'approvisionnement. Nous n'avons pas eu à gérer les curares puisque Santé Publique France s'en est chargée. En revanche, les ruptures sur les produits basiques que nous connaissons il y a six mois reviendront malheureusement.

**Élisabeth AOUN**

*S'agissant des innovations en termes d'achat, nous n'allons pas revenir sur le SAD dont nous avons déjà longuement parlé. Avons-nous quelque chose à attendre en matière de contrats sur performance et des gains partagés ?*

**Bruno CARRIÈRE**

UniHA a lancé un marché sur le monitoring de la température avant, pendant et après le bloc opératoire. Notre cahier des charges imposait que le patient ait toujours, au minimum, une température de 36,5°. C'est une recommandation de la SFAR qui précise que quand un patient a au moins 36,5° sur toute la chaîne hospitalière, il y a moins de complications, moins de réhospitalisations, moins d'infections. Dans le cadre d'un dialogue compétitif, nous avons dit aux candidats que seul le paramètre de 36,5° nous intéressait.

Ce marché a été finalisé il y a un an, il est en phase de déploiement. Ces opérations sont longues ; elles demandent beaucoup de savoir-faire, des équipes qui ont des compétences multiples. Nous sommes capables d'en mener un par an.

Si des personnes ont envie de s'investir sur ces sujets, je les invite à prendre tous les dossiers de l'article 51 qui ont été financés et à regarder ce qui peut être construit avec des modèles économiques innovants.

**Franck PERRIN**

Le GHT de Nancy estime que les achats de performance sont très pertinents. Nous travaillons actuellement sur un contrat avec lequel nous allons acheter une performance, un certain pourcentage de réussite. Pour atteindre l'objectif, se grefferont un accompagnement et un dispositif médical.

Sur les marchés de performance, il est important de savoir comment les suivre. Monsieur Carrière évoquait la température des patients. Aujourd'hui, je ne sais pas combien de patients sortent du bloc opératoire avec cette température. Il est indispensable de pouvoir suivre l'indicateur qui permettra de rétribuer notre partenaire.

Pour le moment, à Nancy, nous préférons garder la main de manière à accorder des bonus à nos fournisseurs quand nos attentes sont dépassées, ou des malus quand les objectifs ne sont pas atteints.

Les achats de performance sont aujourd'hui peu développés et je pense qu'il faut la contractualisation d'un pourcentage. Ce mouvement doit s'accompagner de la formation des équipes de back-office de l'établissement sur les indicateurs et doit répondre à un véritable projet.

**De la salle**

*Je rebondis sur l'article 51 et les expérimentations en cours sur les produits de la liste en sus. Quel serait l'impact, pour les achats, de la généralisation de l'expérimentation en cours dans cinq établissements ? Ces établissements récupèrent aujourd'hui 100 % de l'EMI.*

**Jean-François HUSSON**

Pouvez-vous rappeler l'objet de cet article 51 ?

**De la salle**

Il a pour objet d'améliorer la prise en charge des médicaments issus de la liste en sus.

**Loïc ROLLAND**

La question est complexe. L'article 51 concerne des moments très particuliers de consommation, sur des populations ciblées. Il est très difficile d'en faire une généralisation. L'article 51 complexifie les relations, notamment au niveau du payeur.

**Jean-François HUSSON**

L'article 51 prévoit des dispositifs pour accélérer les démarches qui peuvent avoir des impacts sur les marchés, notamment à travers la PHEV. Les initiations de traitement à l'hôpital ont eu un impact direct sur les référencements, les choix et les consommations intra-hospitalières.

**Bruno CARRIÈRE**

Pour compléter la réponse et pour faire un exercice prospectif, la refonte de la tarification T2A avec les indicateurs qualité aura un impact plus important sur les contrats.

Les nouveaux indicateurs qualité entreront dans la refonte budgétaire des hôpitaux. Certains indicateurs seront très structurants et obligeront les hôpitaux à repenser certaines activités. En effet, ils devront être au rendez-vous de ces indicateurs, par exemple sur les infections nosocomiales, sur la qualité de vie au travail ou sur le taux de vaccination des soignants.

**De la salle**

*Monsieur Perrin peut-il nous en dire plus sur les indicateurs qu'il souhaite mettre en place ?*

**Franck PERRIN**

Les indicateurs sont variables. La durée moyenne de séjour ou le taux de déprogrammation sont les plus classiques. Ces indicateurs doivent être construits avec les médecins. Nous pouvons imaginer, pour les stimulateurs cardiaques, un taux de réintervention à 5 ans ou un indicateur sur la durée de vie de la pile. Ces contrats existent en Amérique du Nord, où le fournisseur qui a livré une pile défectueuse prend en charge la réintervention par le fournisseur. Tout est imaginable, la question principale portant sur la capacité des équipes à gérer ces indicateurs.

Un appel d'offres est trop risqué, à la fois pour l'établissement et pour l'industriel. Il faut trouver les bonnes modalités de passation et le code des marchés est suffisamment souple. Ce n'est pas au moment de la réception de l'offre qu'il faut déterminer les indicateurs. Cette question doit être traitée en amont, dans la phase de sourcing, pour définir la bonne procédure d'achat. Il existe des procédures avec négociations comme les dialogues compétitifs qui permettent de discuter avec les différents partenaires et de trouver un accord sur les outils de suivi du marché.

Cependant, il faut avant tout convaincre la communauté médicale et laisser suffisamment de temps aux industriels pour qu'ils proposent des solutions innovantes.

**Bruno CARRIÈRE**

Il y a, sur les dossiers de ce type, quelques des facteurs clés de réussite.

Tout d'abord, il est nécessaire de déterminer le mode de management de l'hôpital. Si la direction n'est pas capable de proposer un retour sur investissement au profit des équipes soignantes qui sont investies sur le projet, celui-ci a peu de chances d'aboutir. Nous avons mené des négociations qui ont échoué sur la réaffectation dans le service des marges de manœuvre identifiées. La direction financière estimait qu'il n'était pas question d'individualiser l'inté-

ressement au niveau d'un service. Si la gestion de l'établissement est hypercentralisée, si le mode d'intéressement des équipes n'est pas défini, la probabilité d'un échec est très élevée.

Le second facteur de réussite porte sur la mise en œuvre de modèles économiques différents des modèles habituels. Les BPU classiques, avec des unités d'œuvre qui sont soit des équipements, soit des dispositifs médicaux, ne fonctionneront pas bien. Il faut un lien sur l'ensemble du dispositif et donc savoir juxtaposer un équipement, un dispositif médical, une séquence de formation ou un audit. Si je reprends l'exemple sur les stimulateurs cardiaques, il faut prévoir un actuaire pour mesurer le risque.

UniHA travaille sur les économies d'énergie à rendement court. Tout le monde est d'accord pour faire des économies d'énergie. Pourtant, quand vous dites à un hôpital qu'il doit au préalable investir pour changer des lampes ou changer un groupe froid, il répondra qu'il doit arbitrer entre un nouveau scanner et un groupe froid. Pour dépasser cet obstacle, nous sommes alliés avec la Caisse des Dépôts et Consignations qui apporte des financements sur

la durée. Les avances de fonds sont remboursées avec les gains sur la consommation. C'est un montage dans lequel nous agrégeons un banquier, des entreprises qui savent changer les lampes ou régler les groupes froids et un cabinet de conseil qui mesure les économies et joue le rôle de tiers de confiance. Ce cabinet de conseil rassurera le banquier et l'hôpital sur la réalité des économies à venir. Ces projets lourds se chiffrent en dizaines voire en centaines de millions d'euros et doivent assurer, sur un délai de 4 à 5 ans, au moins un retour à l'équilibre global.

#### **Un participant en visioconférence**

*Une réflexion est-elle engagée sur une approche de contrat basé sur la valeur dans la biologie ?*

#### **Franck PERRIN**

Je n'ai pas connaissance de réflexions sur ce sujet. Nous n'avons pas cette maturité sur cette filière d'achat.

## Conclusion

Elisabeth AOUN

Modératrice

Je vous propose de conclure cette matinée en récapitulant les principaux enseignements que nous pouvons en tirer.

En premier lieu, les hospitaliers semblent plutôt acquis à la réforme des GHT. La loi de 2022 ne remet pas en cause cette organisation, mais prévoit des adaptations.

La crise a eu des vertus, notamment en donnant aux établissements support des GHT un rôle d'animateur sur l'offre de soins, aux côtés des ARS.

L'évolution des systèmes d'information, pourtant indispensables pour connaître l'état des stocks ou faire des bilans sur les performances économiques en matière d'achat, est très lente. Il faudra peut-être dix ans pour harmoniser l'ensemble des systèmes et corriger ce point faible de nos hôpitaux.

Le système des avances peut être utilisé pour régler des fournitures alors qu'il était jusqu'à présent, utilisé essentiellement pour des travaux.

En matière d'innovation, le système d'acquisition dynamique sera de plus en plus utilisé, dans un système d'achat revente. En revanche, des réserves ont été émises sur le recours aux marchés de performance. En effet, il faut réunir des conditions préalables assez complexes pour les mettre en œuvre et pour mesurer leur efficacité.

UniHA pourrait être un partenaire pour réfléchir à la relocalisation, sur le territoire français, de certaines activités, de produits à forte valeur ajoutée.

Le modèle de consortium mis en place pour l'acquisition de masques, avec une logistique assurée par des professionnels compétents, est une expérience intéressante.

Sur le plan juridique, un travail est en cours sur la révision des CCAG dont l'importance reste méconnue des fournisseurs. Par ailleurs, il est rappelé qu'il est important de veiller à la clause de révision des prix et de bien connaître les règles d'indemnisation en cas de manquements.

Les GHT travaillent sur le partage des segments entre opérateurs nationaux et opérateurs locaux, en cherchant à donner du sens à leurs choix.

Le volet RSE est incontournable. La Lorraine a mis en place une charte des relations fournisseurs responsables qui a valeur de label, et peut constituer un exemple à suivre.

Je constate également qu'il y a toujours des injonctions contradictoires, entre souplesse de fonctionnement et obligation de faire de la performance.

La logistique est abordée à chaque conférence mais reste en questionnement. Quel est le bon système ? Bruno Carrière est convaincu qu'il faut faire faire plutôt que faire soi-même. Cependant, la question n'est toujours pas réglée, ce qui souligne sa complexité.

La connaissance des stocks demeure partielle et incertaine. En effet, même si un bon système d'information était mis en place, des réticences et des arbitrages locaux subsisteront toujours, qui l'emporteront sur l'intérêt général.

Enfin, nous suivrons avec intérêt la réforme de la T2A, avec ses nouveaux indicateurs très structurants, qui peuvent avoir un impact sur les modalités d'organisation des hôpitaux.

Je remercie l'ensemble des intervenants pour leurs présentations extrêmement riches d'expériences et d'un grand intérêt.